

SOCIOLOGIA DE LAS PROFESIONES: UN NUEVO ENFOQUE¹

*Maria Helena Machado*²

BREVE COMENTARIO TEORICO SOBRE SOCIOLOGIA DE LAS PROFESIONES

La controvertida área de la sociología de las profesiones ha fomentado un rico debate en torno de situaciones polémicas, tales como: ¿qué diferencia una profesión de una semiprofesión?

En la sociología una profesión está definida como tal, cuando existe un cuerpo específico de conocimiento para actuar en una realidad social y organizada. La medicina, la abogacía, la odontología son, en esta perspectiva, consideradas "profesiones". En tanto la enfermería, por ejemplo, está considerada en la literatura corriente de la sociología de las profesiones como semiprofesión, dada la ausencia de un cuerpo específico de conocimiento, así como por la inexistencia de un mercado de trabajo inviolable, al contrario de lo que ocurre con los médicos y los abogados, entre otros profesionales. En la actualidad, la sociología y la psicología son consideradas como categorías en proceso de "profesionalización", o sea, que aún no adquieren status y perfil de una profesión sólida.

Algunos autores discuten mucho este asunto y enfocan puntos de vista relevantes para analizar críticamente esta situación. Turner y Hodge (1), en sus estudios sobre las profesiones, afirman que "en las sociedades complejas y posindustriales, cuatro principales áreas de análisis ofrecen

¹ Este artículo es parte de una investigación, coordinada por la autora, sobre la dinámica organizativa de las profesiones de salud y el problema de la isonomía en el contexto de la Reforma sanitaria, realizada en el Núcleo de Recursos Humanos en Salud, de la Escuela Nacional de Salud Pública —FIOCRUZ—, financiada por la Secretaría de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

² Socióloga, Profesora del Departamento de Administración y Planeamiento en Salud, Escuela Nacional de Salud Pública, Rio de Janeiro.

criterios para el inicio de una exploración de los problemas generales, ligados al estudio de las profesiones y semi-profesiones: a) grado de profundidad de la teoría y de la técnica; b) grado de monopolio; c) grado de reconocimiento externo y, d) grado de organización”.

Para Wilensky (2) existen dos características básicas que distinguen, en el mercado, profesión de ocupación. La primera es el carácter técnico de la tarea del profesional, ya que la misma se basa en un cuerpo de conocimiento sistemático, adquirido a través de una formación escolar. Se presupone que “este conocimiento” fue transmitido por otros profesionales que “hablan el mismo lenguaje”. La segunda característica tiene relación con las normas y reglas profesionales, en que se orienta, para ejecutar su tarea. En otros términos, esta tarea y/o actividad representa un conjunto de actos sistemáticos y continuos, que obedecen a una cierta lógica técnico-científica.

Sin embargo, para Marinho (3), “decir técnico no significa necesariamente decir científico. La base, para la reivindicación de competencia exclusiva, varía de acuerdo con las características de cada profesión”. Esto significa que pesan mucho más los factores político-institucionales, el consenso social, la práctica y el desempeño profesional, en la definición de ser o no una profesión, que los criterios científicos o no científicos. No negamos aquí la importancia histórica del carácter de cientificidad conferida, por la academia y por la sociedad, a ciertas profesiones, lo que les propicia prestigio, status y poder frente a las demás, principalmente si pensamos en los moldes de las sociedades occidentales. En estas sociedades, por ejemplo, el grado de profesionalismo que la medicina y la abogacía adquirieron, permitió que estas profesiones se convirtieran en actividades sociales indispensables para las mismas. Pero, si alguien se aventura a ejercerlas sin el debido entrenamiento escolar, está sujeto, consecuentemente, a las penalidades sociales y legales de las entidades de clase, responsables por el ejercicio, la ética y la fiscalización de la profesión.

De esta forma, como lo indica Moore (4), una profesión se define por un conjunto de dimensiones estructurales y actitudinales:

a) Es una ocupación de tiempo integral, o sea, el profesional pasa a vivir de la remuneración que se origina de la actividad ejercida;

b) se caracteriza por la presencia de profesionales que se destacan por la “vocación”, o sea, aceptan las normas y modelos apropiados y se identifican con sus colegas;

c) poseen una organización, esto es, los profesionales se organizan a partir de la mutua identificación de intereses organizacionales distintos, teniendo en cuenta, sobre todo, el control sobre el acceso, la selección, proyección y reglamentación de los participantes, adoptando un código de ética que formaliza las normas de conducta de los mismos;

d) poseen un cuerpo de conocimiento formal, que es impartido, a través de una iniciativa teórica, por las universidades en las sociedades modernas;

e) poseen orientación para el servicio, esto es, se destina a servir los intereses de los clientes y de la comunidad, es decir, tienen una práctica social;

f) poseen autonomía, que si se compara con la existente en la Edad Media, se encuentra exacerbada en las profesiones modernas, en función de una gran especialización. Hay una presencia fuerte de corporativismo.

En trabajos realizados en los Estados Unidos, por Wilensky (2), sobre el proceso de profesionalización, el autor concluye que (después de haber comparado históricamente 18 categorías) una actividad pasa a ser considerada "profesión" cuando supera las cinco etapas del proceso de profesionalización. Estas etapas son las siguientes:

1. El trabajo se convierte en una ocupación de tiempo integral. Según el autor, esto ocurre dada la "necesidad social" y/o del surgimiento y ampliación del mercado de trabajo específico.
2. Se crean escuelas para el adiestramiento. Luego que la ocupación pasa a ser de tiempo integral, nuevas demandas y nuevas clientelas surgen buscando formación y entrenamiento. Aparecen así las primeras escuelas dedicadas a la formación de nuevos profesionales, y se crea, de esta manera, un cuerpo esotérico de conocimiento específico de la materia.
3. Se constituye la asociación profesional. En este momento se definen perfiles profesionales que dan a este grupo una identidad.
4. La profesión es reglamentada. Esta fase es esencial para una futura profesión, ya que en este momento se definirá el "territorio profesional" asegurando así el "monopolio de competencia" no solo del saber, sino, sobre todo, de la práctica profesional.
5. Se adopta un código de ética. Cerrando el proceso se establecen normas y reglas para actuar en el área profesional. Con esto estará fuera del mercado el charlatán, el descalificado, con lo que preserva así a los "genuinos profesionales".

Según Klegon (5), la discordancia entre los criterios que diferencian las profesiones de las no profesiones es simbólica, pues el punto más crítico del enfoque taxonómico es la inhabilidad de aplicar la lista de criterios (abstractos y teóricos) a situaciones concretas, o sea, la existencia de una abstracción, de un conocimiento teórico.

Asimismo, aquellos proponentes de la "perspectiva taxonómica", tienen alguna dificultad en aplicar el criterio, "base de conocimiento", a situaciones concretas. Por ejemplo, Wilensky ha argumentado que un conocimiento sistematizado, basado en un largo entrenamiento, es importante. Se presenta un problema, no obstante, para esclarecer cómo alguien puede clasificar si una ocupación tiene conocimiento semejante, ya que "el conocimiento puede no ser técnico ni común" (5).

Contrarios a esta visión estática del abordaje taxonómico, autores más críticos argumentan que la base de conocimiento, como parte integrante de la ideología de la ocupación, puede cambiar y ser moldeada, de acuerdo con las necesidades de las ocupaciones profesionales. Siendo así, el criterio de “conocimiento” es problemático para distinguir profesiones que requieren pericia, habilidad mental y destreza manual y aquellas basadas en un conocimiento teórico, de aquellas basadas en la técnica. Klegon (5) argumenta que, de acuerdo con este criterio, ¿cuál sería, por ejemplo, la diferencia entre el cirujano y un mecánico altamente competente y especializado? Ambos tienen un cierto tipo de conocimientos, ambos actúan sobre objetos específicos y elaboran complejos y especializados diagnósticos acerca del problema del objeto. Concluye Klegon, “tal vez entonces el límite entre habilidad teórica y profesión no sea claro, si no se tiene una definición social, que es más importante que definir habilidad mental y conocimiento teórico”.

Freidson ha sugerido que la diferencia real, entre habilidades adquiridas y profesión, está dónde el conocimiento es adquirido, o sea, en la escuela formal o en el aprendizaje en la práctica. Esto es, sin duda, un punto clave e interesante del debate, o sea la producción del “cuerpo esotérico de conocimiento” de cada profesión. Se sabe, no obstante, que el proceso de profesionalización no se constituye en una “historia natural de profesionalismo”. Implica, antes que nada, un proceso dinámico histórico, donde los profesionales luchan por la conquista y garantía de privilegios para su profesión.

Esta y otras cuestiones son poco exploradas en el paradigma convencional de la sociología de las profesiones. Una crítica pertinente tanto al modelo funcionalista como al neweberiano, es que ambos no toman en cuenta o descuidan el proceso de dependencia de salarios a que todas las llamadas profesiones liberales están siendo sometidas. Es así como las profesiones más tradicionales (médicos, abogados, odontólogos, por ejemplo) están en franco e irreversible proceso de asalariamiento.

MEDICINA Y ENFERMERIA: ¿CAMPOS CONFLICTIVOS?

La evolución de los profesionales de salud, como “fuerza de trabajo”, está relacionada con las modificaciones histórico-sociales ocurridas en las sociedades. Estas modificaciones afectan de manera decisiva el campo de acción y la definición del profesional de salud. Dos siglos atrás, por ejemplo, era difícil separar, con cierta claridad, los oficios de los médicos y de los farmacéuticos; también era imposible distinguir al barbero del cirujano. Y ahora se vuelve cada vez más problemático definir si el farmacéutico es o no profesional de salud, ya que este profesional está mucho más dedicado al proceso de producción de medicamentos (industrias far-

macéuticas) que a la manipulación de drogas en los hospitales. Se distancia a pasos largos del sector salud y del equipo de salud (constituido por médicos, odontólogos, enfermeras, entre otros).

Por otro lado, el debate sobre la actividad de enfermería es problemático, en la medida en que ni las propias enfermeras tienen claridad de su objeto de trabajo. Unas dicen que es el cuidado directo del paciente; otras, el planeamiento hospitalario, mientras otras afirman que, la gran posesión del mercado de trabajo de la categoría, es la supervisión. No hay consenso. Hay muchas discusiones y pocas definiciones.

Problemático, dinámico y controvertido, así se puede resumir hoy el escenario del mercado de trabajo de las diversas categorías profesionales de salud, principalmente aquellas que, desde épocas remotas tienen la actividad liberal como esencial.

El concepto sociológico clásico que define la profesión médica —monopolio de un área específica de actividad, a partir de una larga formación intelectual, adhesión de todos los miembros de la profesión al sistema de valores, autonomía de trabajo, entre otros— como una profesión típica y noble de linaje entre las profesiones, está cada vez más distante de su situación actual. Hoy el debate imperativo gira en torno a situaciones tales como: pérdida gradual e irreversible de la autonomía profesional, deterioro de las condiciones de trabajo, el asalariamiento, la nueva división del proceso de trabajo, así como la incorporación de otros profesionales al equipo de salud, etc. Hoy, el poder y el saber médico son cuestionados y, en cierta forma, repartidos entre las enfermeras, los psicólogos, los fisioterapeutas y otros.

No obstante, cuestionado o no, el médico tiene aún un alto grado de control sobre el proceso del trabajo en salud (abarcando otras categorías profesionales), tanto al nivel de definición de políticas de salud como de su implementación. El médico es, por así decirlo, el carro fuerte del equipo de salud, tanto cuantitativa como cualitativamente.

Resumiendo, cabe al médico diagnosticar y prescribir una terapéutica adecuada al paciente.

Como sabemos, el origen del trabajo médico, así como su organización como categoría profesional, se remonta a épocas tan remotas que, dado el carácter exploratorio del presente trabajo, no nos permite retroceder a los inicios de la actividad médica. No obstante, vale la pena resaltar algunos puntos importantes para la comprensión de la práctica e inserción de esta categoría profesional.

Donnangelo (6), en su trabajo sobre los profesionales médicos, muestra que: “la forma como se constituyó, históricamente, el cuerpo de conocimientos científicos, el sistema de normas y la organización corporativa de la profesión médica, proporciona un interesante tema de exploración”. Para la autora, la discusión debe centrarse en el “ideal de la autonomía médica”, o sea, en “la medicina liberal”, es decir, “su defensa

aparece frecuentemente relacionada con exigencias intrínsecas de la profesión médica, exigencias de naturaleza ética y también técnico-científicas”, por ejemplo, la noción de que el éxito del diagnóstico y del tratamiento dependen básicamente de la relación establecida entre médico y paciente. El acto médico es un acto solitario. Exige, no solo exclusividad del saber y poder (monopolio), sino también la eliminación de la opinión de legos y el creciente y acentuado proceso de especialización en su formación. Otro punto fundamental de la relación médico-paciente es el llamado “secreto profesional”. La consulta, por así decirlo, es un acto privado e individual, en el espacio y en el tiempo, que se inicia como una confesión (6), continúa con un examen y termina con una prescripción. Somete a sus colegas (otros médicos) a que compartan el secreto profesional y solo a él le cabe la responsabilidad individual del acto médico y sus consecuencias. Cabe resaltar que, aunque el médico sea asalariado y, por tanto, libre de la relación médico-paciente en lo que respecta al local, precio y tiempo de la consulta, por ejemplo, las cuestiones relacionadas con la ética, el secreto y la responsabilidad profesional, son atribuibles a él y se les confiere importancia capital en el proceso diagnóstico y terapéutico.

Rescatar el lado artesanal del trabajo médico ha sido una bandera de lucha de segmentos importantes de esta profesión. Este modelo artesanal se asemeja al modelo que Wright Mills (7) idealizó, en donde la artesanía está intrínsecamente ligada a la satisfacción con el trabajo. Así, afirma Mills: “la artesanía, como modelo plenamente idealizado de la satisfacción con el trabajo, implica algunos aspectos importantes: el trabajo no obedece a ningún motivo ulterior, fuera de la fabricación del producto y de sus procesos de creación; los detalles del trabajo cotidiano son significativos para el trabajador, porque en su espíritu no están separados del producto del trabajo; el trabajador es libre para organizar su trabajo. Así, el artesano puede aprender y desarrollar sus conocimientos y habilidades trabajando. No hay ninguna separación entre trabajo y cultura. El modo de subsistencia del artesano determina e impregna todo su modo de vida”.

De esta forma, el artesano de Mills se asemeja al que conocemos como “profesional liberal”. “Frente a este modelo (artesanal), una mirada al mundo profesional del trabajador moderno es suficiente para evidenciar que ninguno de los aspectos mencionados se encuentra en la actualidad en la experiencia del trabajo. El trabajo artesanal se tornó en un anacronismo. . . . (que) si subsiste como trabajo, esto es, como actividad vendible, y, apenas, entre algunos artesanos y entre los profesionales liberales, que consiguieron permanecer independientes. Desde el punto de vista ético, la artesanía se limita a un grupo mínimo de profesionales liberales e intelectuales privilegiados” (7).

Otro punto importante, que explica la razón de que los médicos hayan sido tan avalados, es su comportamiento social y la relación estrecha que estos profesionales siempre han tenido con las autoridades gubernana-

mentales. Ha habido una participación de la corporación médica en el planeamiento urbano, desde el Brasil colonial, cuando ellos decían la última palabra sobre cómo, dónde, y en qué bases se estructurarían los hospitales, los asilos, los prostíbulos, las prisiones, los cementerios, las escuelas, las fábricas, etc., conforme lo muestran, Machado *et al.* en *Danação da Norma* (8).

La participación de la profesión médica, en la esfera pública oficial, se ha caracterizado siempre por el conservadurismo y el mantenimiento del "status quo", adquirido a lo largo de su historia. Al lado de las autoridades oficiales, los médicos no solo han planeado las políticas de salud sino también han participado activamente en la vida política del país. La hegemonía médica, no solo se dio en la esfera del sector salud, sino además, en los movimientos más amplios de la sociedad civil. Y, si comparamos el poder político de intercambio y diálogo que tienen las demás categorías de salud, por ejemplo las enfermeras, frente a la de los médicos, veremos que hay, históricamente determinada, una inmensa disparidad. La participación de las enfermeras, los psicólogos, odontólogos, entre otros, en la vida política del país es insignificante frente a la de los médicos. Las políticas de salud del país son planeadas, elaboradas y discutidas en el ámbito de la corporación médica.

No es sino hasta muy reciente que este "status quo" del médico comenzó a ser criticado, no solo por otros profesionales de salud sino, y principalmente, por segmentos (asalariados y de izquierda) de la propia corporación médica.

Otro dato importante, que es necesario hacer resaltar en la categoría médica, es su composición mayoritariamente masculina. Es solo a partir de las décadas de los sesenta y setenta que este cuadro se alteró, pasando a incorporar, cada vez más, un contingente femenino. Este proceso de feminización es un fenómeno, no solo de la categoría médica, sino de todas las categorías profesionales del campo de la salud. A título de ejemplo, en la actualidad el 70% o del contingente de profesionales de la salud está constituido por mujeres (9). Lo opuesto ocurre con la categoría de enfermería, ya que, históricamente, ha estado constituida, casi de manera exclusiva, por el sexo femenino.

La forma y la inserción tardía de las mujeres en la esfera productiva, como fuerza de trabajo remunerada, han determinado en forma decisiva las condiciones de trabajo y de mercado a las que estuvieron y están sometidas.

Como veremos, el origen de la actividad de enfermería guarda peculiaridades interesantes, tanto como actividad profesional, como por la condición femenina que la misma posee.

Según Almeida (10), la enfermería tuvo su origen (religioso) desvinculado, en un primer momento, de la actividad médica. Así, ella describe: "en el resumen histórico hasta aquí realizado, desde el inicio del

Cristianismo hasta el feudalismo, tenemos, en la Edad Media, una enfermería independiente de la práctica médica, o sea, sus acciones no presuponían órdenes médicas o planes médicos terapéuticos. Parece que eran dos trabajos con objetos y objetivos diferentes y las técnicas significaban simples procedimientos caseros, pues el objetivo del cuidado de enfermería no se ligaba al cuerpo enfermo ni a su enfermedad: importaba el confortamiento del alma del enfermo para la salvación y la de los agentes de enfermería; por lo tanto, no era necesaria una teoría del cuidado de enfermería. Este fue el modelo religioso de esta actividad". La función de la enfermería, en los hospitales de la Edad Media, era cuidar del bienestar del paciente, dándole alivio a su alma.

Solo a partir del siglo XVIII, el saber médico tomó la dimensión del hospital, medicalizándolo. Fue así, que la enfermería pasó a asumir un papel preponderante en el mantenimiento del orden y la disciplina del hospital y el médico pasó a utilizar el individuo-paciente, como objeto del saber y de su práctica. "Las dos prácticas, la médica y la de enfermería, que eran independientes, se encontraron ahora en el mismo espacio geográfico, el espacio hospitalario, y en el mismo espacio social, el del enfermo. Se comienza así a construir la teoría del objeto de la medicina dedicada al cuerpo . . . y el modelo religioso de enfermería va siendo, poco a poco, sustituido por un cuidado del ambiente del paciente, para dar condiciones a la naturaleza a actuar en el cuerpo del enfermo. Mientras el saber de la medicina va pasando del medio ambiente al enfermo, la enfermería se centra en su ambiente" (10).

Calcada posteriormente en el modelo de Florence Nightingale, dama aristocrática de la Inglaterra del siglo XIX, la enfermería fue asentada, entonces, en un trípode: el celo religioso, la disciplina militar de los hospitales ingleses y el estilo aristocrático de la familia de Florence. Devoción, altruismo, vocación y trabajo voluntario gratuito fueron los pilares que sustentaron la formación de la actividad de enfermería. En otras palabras, la enfermería surge como una actividad amateur y filantrópica, ejecutada por damas de la alta sociedad o por jóvenes pobres que, a cambio del estudio, se dedicaban al trabajo de los hospitales. "Nightingale legitimó la jerarquía y disciplina en el trabajo de enfermería, tomadas de su alta clase social, de la organización religiosa y militar, materializando las relaciones de dominación-subordinación, y reprodujo, en esta forma, las relaciones de clase social en la enfermería. Introdujo el modelo vocacional o el arte de enfermería" (10). En ese momento, la enfermería se somete al trabajo médico, pasando a ser una actividad complementaria enlazada a la actividad médica. El saber médico se empieza a estructurar, teniendo como objeto el cuerpo, y la enfermería se transforma en actividad paramédica, subordinada y dominada por el modelo médico dominante. El carácter disciplinario de la enfermería reasume el papel, distinguido en los hospitales, de mantener "el orden en la casa".

Señalada de poco profesionalismo, la enfermería tardó mucho en volverse una profesión esencialmente asalariada, abandonando, en parte, su carácter de filantropía y religiosidad y, por consiguiente, el aspecto amateur que caracterizaba esta actividad.

Como ya vimos, la práctica médica y la práctica de enfermería tuvieron orígenes, tanto socioeconómicos como político-ideológicos, bastante diferenciados. En la medida en que los médicos asumieron la delantera del proceso de salud (tanto a nivel de las políticas de salud, como de su implementación), las enfermeras retrocedieron, abdicando de su autonomía y sometándose a la orden médica.

REFERENCIAS

- 1 Turner, C. y Hodge, M.N. Occupations and professions. En: Jackson, J.A., *Professions and professionalization*. Londres, Cambridge, 1970.
- 2 Wilensky, H.L. The Professionalizations of Everyone. En Grusky, Oscar y George Miller (eds), *The sociology of organizations: basic studies*. Nueva York, The Free Press, 1970.
- 3 Marinho, M.J. *Profissionalização e Credenciamento: a Política das Profissões*. Rio de Janeiro, SENAI, Departamento Nacional, 1986.
- 4 Moore, W.E. *The professions' roles and rules*. Nueva York, Russell Sage Foundation, 1970.
- 5 Klegon, D. *Sociology of Work and Occupations*, Vol 5, No. 3, 1978.
- 6 Donnangelo, M.C. *Medicina e sociedade*. São Paulo, Pioneira, 1985.
- 7 Mills, Wright. *A Nova Classe Média*. Rio de Janeiro, Zahar, 1969.
- 8 Machado, R. et al. *Danação da Norma. Medicina Social e Constituinte da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- 9 Machado, M.H. "A participação da mulher na força de trabalho em saúde no Brasil. En: Médici, A.C. (org.), *Textos de Apoio-Planejamento, I-Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro, PEC/ENSP, 1987.
- 10 Almeida, M.C. y Rocha, J.S.Y. *Saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo, Cortez, 1986.
———. *Profissões da saúde. Um enfoque sociológico*. Rio de Janeiro, IUPERJ, 1988. (Documento mimeografiado)