

ENFERMERIA E INVESTIGACION CIENTIFICA DE LA SALUD-ENFERMEDAD. PRACTICA MEDICA Y POLITICA SANITARIA

Héctor Daniel Salazar Holguín*

Resumen

Se resalta la importancia que tiene la investigación científica como base fundamental en los planes de estudio de enfermería para la superación de marcos teóricos todavía estrechos en la atención de salud de grupos de población tanto sanos como enfermos y, para el desarrollo de la profesión en lo académico, en lo profesional, en sus condiciones laborales y económicas, en lo social, lo político y hasta lo histórico.

Señala que es necesario la comprensión del proceso salud-enfermedad desde el enfoque de la medicina social para ampliar tanto el conocimiento científico de esta realidad colectiva como el campo de las actividades del profesional de enfermería, lo cual debe conducirlo a la superación del trabajo puramente técnico hacia la participación en la formulación y realización de políticas similares para el país.

Así mismo, menciona otro campo de la investigación científica a partir de la medicina social como el saber médico, la práctica médica, la educación para la salud y de recursos humanos y el ordenamiento y control sociales del proceso salud-enfermedad (políticas de salud).

* Médico-investigador, profesor titular - Escuela Superior de Enfermería, Universidad Autónoma de Chihuahua, México. 1989.

Introducción

Con la instauración del grado de licenciatura, la enfermería alcanzó, por fin, el reconocimiento académico-profesional a que tenía legítimo derecho desde hace largo tiempo. Ello implicó mayores requisitos (bachillerato, por ejemplo) y ciertos cambios en los planes de estudio, para superar su preparación hasta el nivel de las demás licenciaturas del campo sanitario: medicina, odontología, química clínica, etc.

En esta superación tan importante, la Investigación Científica ha podido desempeñar un papel fundamental. Sin embargo, siendo todavía incipiente, debe impulsársele con mucho más brío; puesto que solo con su recurso puede irse logrando para la enfermería:

- Un conocimiento científico pleno de su objeto de estudio y de trabajo: el proceso salud-enfermedad.
- Una superación esencial de planes y programas educativos ya establecidos (auxiliar, técnico, licenciatura, especialidad); así como la creación de nuevos niveles: *maestrías* y *doctorados* en enfermería.
- Una ampliación del campo de sus actividades (hasta hoy demasiado restringido al cuidado de pacientes individuales), hacia la atención sanitaria de grandes grupos humanos (centros de trabajo y producción, comunidades, regiones, estados y el país entero).
- Por ende, el paso de una labor meramente *técnica*, a la programación, administración y planificación de servicios de salud; o sea, un desempeño real y efectivo en la formulación y realización de políticas sanitarias para los estados, el país y las organizaciones internacionales de salud (OMS, OPS, etc.).

Todo esto, no obstante que es realmente posible (ya que algo se viene haciendo al respecto), nos parece hoy día un simple sueño. Y lo es, pero *realizable*.

Para avanzar en su concreción, hay que ser consciente que un obstáculo fundamental lo constituye el hecho de que la enfermería (al igual que odontología, pero menos que medicina) se mantiene, persistentemente, en el mero ámbito de la salud-enfermedad *individual*.

Esto restringe su saber a las cuestiones más superficiales, aparentes e inmediatas. En la medida que la enfermería no sea capaz de ir abordando y comprendiendo las dimensiones *colectivas, sociales e históricas* del proceso salud-enfermedad, mantendrá un conocimiento científico limitado y un desempeño profesional puramente *técnico*. De hecho, la limitación al cuidado de personas enfermas, es el principal factor que ha impedido una diferencia esencial entre la licenciatura y los niveles no-profesionales de la enfermería.

Por consiguiente, la investigación científica está llamada a ser un arma fundamental para el desarrollo y superación esenciales de todo el gremio de las enfermeras: en lo académico, en lo profesional, en sus condiciones laborales y económicas, en lo social, lo político y hasta en lo histórico.

Con el propósito de mostrar el campo de la investigación científica del proceso salud-enfermedad y la enorme importancia que tiene para la superación de la enfermería en todos sentidos, se han escrito las siguientes notas.

El proceso salud-enfermedad

La *salud* y la *enfermedad* son dos aspectos o momentos diferenciables en las condiciones de existencia, en un tiempo dado, y en el proceso de la *vida* de los seres humanos.

Reconocemos como "salud", aquella situación en la que se encuentran intactas y actuantes las *potencialidades humanas* que han logrado ser desarrolladas en una sociedad específica para un tiempo histórico determinado.

En la realidad, estas potencialidades no pueden ser reducidas a sus elementos básicos, como son las de tipo físico, fisiológico y psíquico (afectivo, sexual, etc.), sino que incluyen, necesariamente, las de orden superior: pro-

ductivas, artísticas, intelectuales, sociales, políticas e históricas (para transformar al ser humano y a la sociedad).

La "enfermedad", por consiguiente, se define como su *contrario*: toda carencia, disminución, distorsión u obstáculo en contra de la realización, despliegue y desarrollo de tales potencialidades humanas.

Así entendidas, la concreción y diferenciación de salud y enfermedad, resultan siempre *relativas*: dependen del grado y la calidad alcanzados en la evolución de mujeres y hombres, en una sociedad y durante un cierto período de la historia. Se valoran, según: la estatura y complexión medias, la duración promedio de sus vidas, el trabajo que desempeñan, la vivienda, la alimentación, la clase social a la que pertenecen, su cultura y educación, las posibilidades que tienen para hacer valer sus intereses en el conjunto social y para transformar aquello que se opone a su progreso histórico.

Salud y enfermedad no son conceptos absolutos ni fenómenos separables como lo sugiere la definición, ya vulgarizada, de la OMS (Organización Mundial de la Salud). En ningún tiempo ni en lugar alguno ha existido una sola persona en "completo bienestar: físico, mental y social". Bastaría hacer un buen examen médico, psiquiátrico y sociológico al "más sano del mundo", para encontrar en él: defectos anatómicos, disturbios bioquímicos y fisiológicos, alteraciones mentales, problemas familiares e incongruencias sociales.

Por otra parte, el enfermo más grave solo puede continuar con vida, si mantiene "saludables" ciertas partes de su cuerpo y de sus funciones biológicas, físicas y sociales, ya que la enfermedad *total* es la muerte.

Por lo tanto, cuando calificamos a alguien como "sano", esto significa que hay, en tal persona, un predominio de los aspectos "saludables" respecto de los "enfermos". Sin embargo, muy lejos de una evaluación global, ello se realiza en un estrecho ámbito particular: orgánico, mental, familiar, cuando más. Casi siempre se hace abstracción de las condiciones ambientales, económicas, sociales y, más aún, históricas, que les ha tocado vivir a los individuos.

Así mismo, al diagnosticar a alguien como “enfermo”, tan solo significa que prevalecen en él ciertos aspectos “enfermizos”, sobre los “saludables”.

En realidad, salud y enfermedad están presentes y juntas en todo instante de la vida. Son *inseparables*. El predominio de una sobre la otra nunca puede ser total, sino solo durante un período, siempre temporáneo. La muerte, como en los buenos matrimonios, es la única capaz de terminar con su convivencia y lucha constante.

En una relación así, la enfermedad puede ser tanto y hasta más “normal” que la salud, aun tratándose de individuos aislados. Una persona que no se enfermara jamás, sería extraordinariamente anormal. Sin embargo, hay quienes creen que bastará un desarrollo superior de la medicina, para que mujeres y hombres del futuro sean absolutamente sanos. Pero es mentira que la salud sea el estado básico, en sí, de los humanos, y la enfermedad un mero accidente que puede ser evitado del todo. Esto es imposible, dado que la enfermedad es inseparable de la vida y ésta no puede existir ni desarrollarse sin ella, como tampoco sin la salud. A lo más que puede aspirarse es a su retraso y control, cada vez con mayor eficacia.

Salud y enfermedad, pues, al ser partes constitutivas de la vida, dependen de las condiciones en que se desarrolla la existencia de los seres humanos: “Dime qué vida llevas y te diré cómo es tu salud” – podríamos parafrasear.

Además de signos y síntomas, físicos y mentales, debe considerarse el ámbito familiar, laboral, social e histórico, en el cual despliegan su vida los individuos, a fin de evaluar cabalmente su salud-enfermedad. Por ejemplo: las relaciones con su pareja e hijos, con sus compañeros de trabajo, las condiciones de la vivienda, cantidad y calidad de la dieta, el medio ambiente donde se habita, educación y cultura, las actividades sociales y políticas relacionadas con estos factores... En fin: una evaluación cabal de su ser, actitudes y actividades humanas.

De esta manera, una aparente salud sico-física puede estar reñida con las condiciones familiares, ambientales, sociales y políticas, en las que se vive. En realidad, no puede hablarse propiamente de “salud”, mientras subsista el machismo entre las parejas, el maltrato a los niños, la contaminación

ecológica, la miseria junto a la riqueza más extravagante, la explotación de los trabajadores por los capitalistas, la dominación política y todo tipo de obstáculos reaccionarios contra el progreso histórico.

Para mujeres y hombres (a diferencia de las plantas y demás animales), las condiciones de vida dejaron de ser "biológicas" y dependientes de la naturaleza, a partir del momento mismo y durante el proceso que los convirtió en seres humanos.

Los alimentos, el vestido, la vivienda, etc. deben ser producidos por el *trabajo*. Y siendo imposible que cada uno de nosotros sembremos, confeccionemos ropas, construyamos casas, etc., todas las actividades para obtener lo necesario para vivir, se reparten, organizan, realizan y desarrollan *socialmente*: desde los individuos y la familia, hasta el Estado.

Por consiguiente, las condiciones de existencia humana, dependen de la manera en que se organiza en la sociedad la producción, distribución y consumo de todos los medios de vida. La salud-enfermedad, entonces, depende a su vez del trabajo, sus productos y el consumo de ellos, así como del desarrollo educativo, cultural y político correspondiente, en una sociedad particular y en un momento histórico específico.

Cuando logramos ampliar la mirada del individuo hacia la sociedad, el proceso salud-enfermedad, no solo es captado totalmente, sino que solo entonces podemos advertir que sus aspectos socio-históricos son, precisamente, los *esenciales*. Y que es falso que la mayoría de la población, en países como el nuestro, está sana por el mero hecho de que no presenta alguna patología orgánica o mental. Por el contrario, las malas y hasta pésimas condiciones en que deben vivir los trabajadores obreros y campesinos, los desempleados, los indígenas, etc., nos indican que la mayor parte de la gente se encuentra social e históricamente *enferma*, incluso de muerte.

Entonces, el estado básico, en sí, normal de los habitantes de los países capitalistas y dependientes (como el nuestro), no es el de "salud"; sino de *enfermedad*. El alcanzar condiciones realmente *saludables* para la mayoría de los mexicanos, latinoamericanos, africanos, asiáticos, es un objetivo para el futuro de la historia.

En conclusión, la salud-enfermedad solo aparece como un proceso "biológico" y "natural" cuando se estudia en *individuos aislados*, al margen y abstraídos del medio donde nacen, crecen, se reproducen, enferman y mueren, esto es: de la *sociedad* y de la *historia*. Por el contrario, cuando estudiamos a la salud-enfermedad en su totalidad y como realmente es no podemos dejar de advertir y reconocer que, más allá de su apariencia individual-biológica-natural, se trata esencialmente de un *proceso social e histórico*.

Infortunadamente, y a pesar de estos avances en el conocimiento de la salud-enfermedad, persiste hasta ahora, en la gran mayoría de las escuelas de medicina, enfermería, odontología, etc. un concepto que restringe a este proceso a los aspectos biológico-individuales. Por consiguiente, sus planes de estudio se encuentran atestados de materias clínicas (marginando casi del todo las cuestiones sociales) y la educación no va más allá de una enseñanza-aprendizaje de tipo *técnico*: de habilidades y destrezas para la atención de personas enfermas.

Con ello, se deja de lado, precisamente, los aspectos más importantes y trascendentales del proceso salud-enfermedad. Al quedar coartado, así, su conocimiento científico, la investigación también se reduce a lo inmediato, la apariencia y la superficialidad.

La investigación científica del proceso salud-enfermedad

Todo lo que constituye la vida humana está relacionado, directa o indirectamente con la salud-enfermedad de mujeres y hombres. Sin embargo, no todos los factores involucrados actúan de la misma manera, ni tienen igual importancia. Dos grandes campos pueden ser diferenciados:

- Las condiciones de salud-enfermedad y
- Toda actividad humana para su conocimiento, transformación y control.

1) Investigación de las condiciones de salud-enfermedad

La situación de salud y enfermedad en que se encuentran los seres humanos en un momento dado y las condiciones que la determinan, pueden es-

tudiarse, a su vez, en tres dimensiones fundamentales: individual, poblacional y socio-histórica.

- En el *individuo*: en tanto persona, organismo y mente "autónomos" y sus constituyentes moleculares, microscópicos, fisiológicos, instintivos, etc.
 - En la *población* o conjunto de individuos con ciertas características comunes (lugar de residencia, sexo, edad, etc.) y sus relaciones con el medio ambiente.
 - En la *sociedad* o sea, una población constituida en *nación* (con ciertas modalidades de trabajo y producción, de vida, tradiciones, creencias, ideología, cultura, régimen político y Estado), con un espacio y un tiempo *históricos*.
- a) Para la investigación de la salud-enfermedad, en su dimensión individual, participan las ciencias *bio-médicas* (como: bioquímica, biología molecular, genética, histología, fisiología, patología, farmacología, etc.) y *clínicas* (nosología, terapéutica, etc.) Sus objetivos fundamentales son: el diagnóstico preciso de las enfermedades (a través de signos, síntomas y síndromes), su etiología (o causalidad inmediata) y mecanismos patogénicos, con la finalidad de ensayar y establecer medidas terapéuticas específicas, eficientes y eficaces.

Puesto que el individuo es su objeto de análisis, la experimentación en el laboratorio y el estudio de *casos* en el hospital, son los métodos más frecuentemente utilizados.

En tanto la Enfermería se circunscribe, con mucho, en la atención y cuidado de los pacientes, la investigación *clínica* predomina en ella.

- b) De otro tipo es la investigación *epidemiológica*. En primer lugar, porque su ámbito no se restringe al individuo, sino que se amplía hacia la *población* (de cualquier tamaño: una familia, un grupo de trabajadores, una comunidad, región, estado, país, etc.). En segun-

do lugar, porque ha debido considerar a los sujetos dentro de un *medio ambiente*, tanto natural (geografía, clima, etc.), como social (lugar de residencia, vivienda, alimentación, servicios públicos, entre otros).

Dos problemáticas le son fundamentales a la investigación epidemiológica: el estudio de la *distribución* de la salud-enfermedad en una colectividad humana y su *causalidad o determinación* generales.

De hecho, existen dos corrientes principales en la epidemiología: la "tradicional" y la "ecológica". La primera, permanece muy ligada a la clínica y las ciencias bio-médicas: los grupos humanos que estudia son pequeños y se definen por características "biológicas" y "naturales" (sexo, edad, raza, lugar, tiempo, etc.). El modelo explicativo suele ser *monocausal*: una causa para un solo efecto.

En cambio, a partir del paradigma de la "tríada ecológica" (huésped-agente-medio ambiente) de Leavell y Clark, una nueva corriente surgió en la epidemiología; la cual ha incorporado, además de la ecología, factores *sociales* en sus investigaciones, tales como: ocupación, ingreso, educación, nivel de vida y otros. Con ello, el modelo interpretativo se tornó *multicausal* (varias causas para un mismo problema de salud).

En la investigación de la salud-enfermedad, el nivel epidemiológico aventaja al clínico, en tanto restituye al individuo su "medio ambiente". Está claro que los fenómenos biológicos y síquicos individuales, solo pueden comprenderse científicamente en sus relaciones con la naturaleza, las demás personas y la sociedad donde viven, y no en individuos "in vitro", aislados en tubos de ensayo.

Sin embargo, con su enfoque del bosque (la población), pierde de vista a los árboles (detalles y contingencias personales); ventaja ésta que sí tiene y desarrolla constantemente la clínica. Empero, suele pretender la medicina que el saber obtenido de los estudios *de caso*, pueden generalizarse para explicar la salud-enfermedad *colectiva y social*; lo cual se ha demostrado como erróneo.

La investigación de este proceso es una población, solo es posible a partir del método epidemiológico, cada vez más científico, en la medida que es capaz de reconocer a los seres humanos como partes y elementos constitutivos de la naturaleza, la sociedad y de la historia.

Empero, es precisamente su corto avance en este sentido el principal defecto de la epidemiología "ecológica". Los aspectos y factores *sociales*, solo han sido añadidos por ella a los biosíquicos y naturales; como si todos tuvieran el mismo peso específico e igual importancia para el conocimiento científico de la salud-enfermedad y su proceso real.

Infortunadamente, la epidemiología es un saber secundario y despreciable para la enfermería tradicional. Esto se explica por su poca importancia para la atención inmediata a los enfermos individuales. Sin embargo, ahora que alcanzó el grado de licenciatura, la enfermería debe desarrollar este saber: primero, porque amplía su conocimiento científico sobre la salud-enfermedad y, segundo, porque es necesario para planear y realizar acciones sanitarias *colectivas* (en las comunidades, por ejemplo). Para ello, resulta evidente el papel fundamental que puede desempeñar la investigación.

- c) Así pues, la imposibilidad de la clínica y las limitaciones de la epidemiología para poder explicar, prevenir, intervenir y transformar a la salud-enfermedad en sus dimensiones social e histórica (logrando, así, su conocimiento *total*), desembocaron en la creación y desarrollo de una ciencia que se ocupará de estos aspectos: la *medicina social*.

Innumerables investigaciones epidemiológicas (particularmente las de tipo "ecológico") mostraron, cada vez con mayor frecuencia y exactitud, una estrecha relación entre las condiciones de salud-enfermedad y ciertos aspectos sociales: ocupación, ingreso, alimentación, vivienda, educación, etc. Con ellos, se hizo posible un conocimiento más profundo y verdadero que el obtenido con los métodos tradicionales. Empero, el encierro positivista en el mero ámbito de las ciencias biológicas, puso un muro de contención a su lógico avance y despliegue científicos.

Este obstáculo solo pudo salvarse, a partir del momento que se entendió que, para un conocimiento realmente científico del proceso salud-enferme-

dad, los aspectos y factores *sociales* no pueden estudiarse con los métodos propios de las ciencias naturales, ni tienen la misma importancia que los fenómenos biológicos. Su capacidad es muy superior para su explicación objetiva y transformación real.

Una vez constatado y admitido que la salud-enfermedad es, en esencia, un proceso *social e histórico*, se hizo ineludible la necesidad de recurrir a las ciencias *sociales* para su estudio. Esto es, precisamente, lo que ha hecho la medicina social.

La incorporación de la economía, sociología, antropología, ciencia política e historia, para la investigación de la salud-enfermedad, ha significado un avance importantísimo. Solo de esta manera ha sido posible abarcar en su *totalidad* a este proceso. Con ello, el campo de su investigación, no presenta una mera ampliación, sino que también se precisa, profundiza y corrige el conocimiento clínico y epidemiológico, superándolo y haciéndolo más verdadero.

Además, el conocimiento de las causas últimas de la salud-enfermedad, posibilita la organización y realización de acciones *sociales* contra las afecciones y la muerte; las cuales resultan más eficientes y eficaces, al actuar desde sus raíces más profundas, hasta los fenómenos más aparentes e inmediatos.

No obstante, tanto por la juventud de la medicina social (unos 15 ó 20 años en nuestro país), como por sus contenidos imprescindiblemente ideológicos y políticos, este tipo de investigaciones está en una etapa inicial en las escuelas mexicanas de enfermería, medicina, odontología, etc.

Para abordar y desarrollar esta tercera dimensión del proceso salud-enfermedad se requiere, pues, que las escuelas de enfermería (particularmente en el nivel de licenciatura) den mayor cabida al saber epidemiológico y, sobre todo, incorporen a las ciencias sociales en sus planes de estudio, tanto como en sus investigaciones.

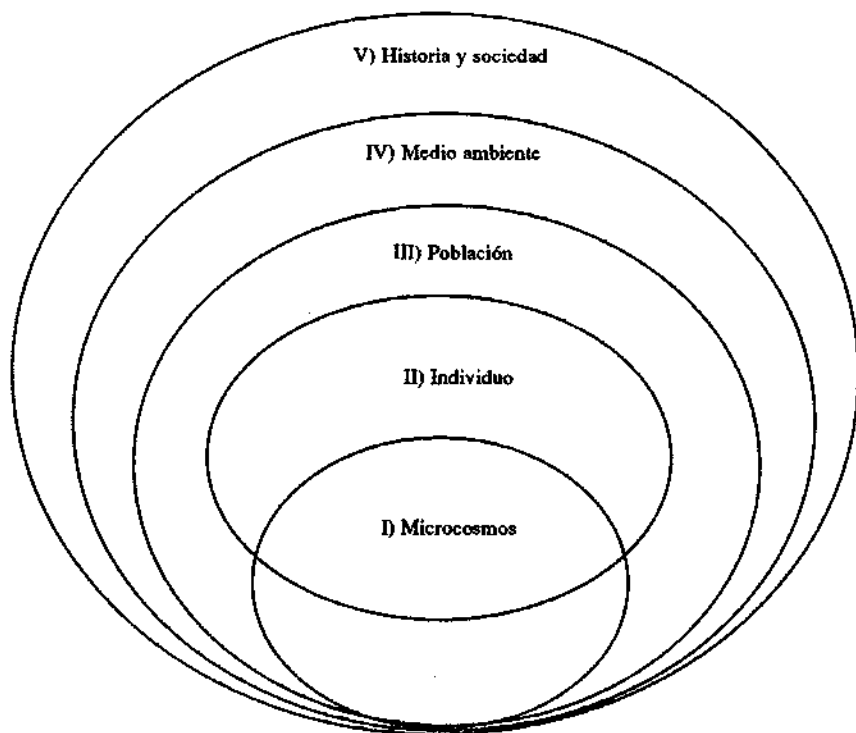
Esta es una cuestión fundamental. Un obstáculo básico para el reconocimiento científico, laboral, económico y legal del grado de licenciatura en

enfermería, es que su saber y prácticas correspondientes no han llegado a ser esencialmente distintos de los niveles *técnicos*. Su ámbito sigue siendo el mismo: la atención a enfermos individuales.

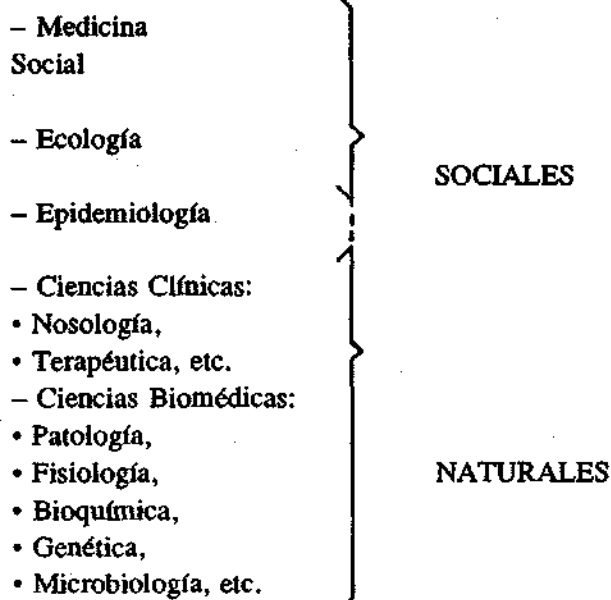
Solo cuando la enfermería sea capaz de ir más allá en el conocimiento científico de la salud-enfermedad (integrando las dimensiones epidemiológica y médico-social), alcanzará un saber *total*, completo, de este proceso. Esto es inevitable para poder ampliar sus prácticas, desde el paciente, hacia la organización institucional de la enfermería y la planificación de servicios sanitarios en la comunidad (primer nivel) y la sociedad en general (todos los niveles de la atención a la salud-enfermedad).

El siguiente esquema resume el campo de la investigación de las condiciones de salud-enfermedad:

Las cinco dimensiones del proceso global de la salud-enfermedad:



Ciencias encargadas de su estudio:



2) Investigación de la práctica médica y de la política sanitaria

La salud-enfermedad es un proceso social e histórico, sobre todo porque depende de las condiciones de vida y de trabajo, pero también porque mujeres y hombres (a diferencia de plantas y demás animales), no nos conformamos con padecer pasivamente las enfermedades y la muerte (por más que esto lo promueva la religión).

Muy por el contrario, desde que nuestros antepasados se convirtieron en seres humanos, hicieron todo lo posible para comprender qué es y cuáles son las causas de la salud-enfermedad, a fin de hacer algo en contra de los padecimientos y mejorar y prolongar la vida. Consiguientemente, su desarrollo y consecuencias también son modificados y controlados por las actividades científicas y prácticas, relacionadas con ese proceso vital, en una sociedad.

La investigación de estas instancias involucra un área todavía más amplia que la encargada del estudio de las condiciones de salud-enfermedad, según puede advertirse en el siguiente cuadro sinóptico:

OBJETO DE ESTUDIO:

AREA DE INVESTIGACION:

A) Saber médico		<ul style="list-style-type: none"> - Epistemología, historia y filosofía de la medicina. - Antropología médica. 	
B) Práctica médica	}	<ul style="list-style-type: none"> a. Diferentes tipos de medicina (indígena, popular, alopática, homeopática, etc.) b. Organización social (mediante instituciones) de servicios de salud c. Organización intrainstitucional de servicios médicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación y programación para la salud. - Administración para la salud.
C) Educación para la salud y recursos humanos	}	<ul style="list-style-type: none"> a. Educación popular (comunitaria y social) b. Educación profesional (medicina, enfermería, odontología, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedagogía y didáctica para la salud.
D) Ordenamiento y control sociales del proceso salud-enfermedad, el saber médico, la educación para la salud y los recursos humanos			<ul style="list-style-type: none"> - Política de salud o sanitaria.

Lo común a estas diversas áreas es el saber, el cuidado y la atención a la salud-enfermedad. Y puesto que ello no nos es dado por la naturaleza ni por la biología, sino que se trata, evidentemente, de actividades *humanas*, la única manera en que pueden ser investigados tales objetos de estudio es con los métodos propios de la filosofía (en general y de la ciencia o epistemología) y de las ciencias *sociales*: antropología, economía, sociología, pedagogía, ciencia política, etc.

Efectivamente, por ejemplo, la práctica médica (esto es, la organización social, a través de instituciones del cuidado a la salud y la atención a la

enfermedad de una población) ha sido objeto de estudio de las siguientes ciencias sociales:

- a) **Antropología:** las diferentes “medicinas” que existen en un país y las relaciones entre ellas.
- b) **Sociología:** desde la relación médico-paciente (estructural-funcionalismo) y el ordenamiento institucional de los “servicios de salud” (teoría de sistemas); hasta el papel de la práctica médica en las sociedades y su historia (medicina social).
- c) **Economía:** desde la programación y planificación de “servicios de salud” y la administración intrainstitucional (teoría de sistemas); hasta las funciones de la práctica médica en el trabajo, la producción y el comercio (medicina social).
- d) **Ciencia política:** desde las relaciones de poder entre médico y paciente o entre el personal de salud (estructural-funcionalismo, neo-kantismo —en particular, el de Max Weber—, etc.) y el ordenamiento y control estatales de los “servicios de salud”, mediante la planificación y legislación sanitarias (teoría de sistemas); hasta las funciones de dominación y hegemonía que se ejercen a través de la práctica médica en una sociedad (medicina social).
- e) **Historia:** desarrollo social e histórico del cuidado a la salud y la atención a la enfermedad (neo-kantismo y medicina social).

De hecho, la investigación científica de la práctica médica y de la política sanitaria, abarca el estudio de sus relaciones con toda la estructura y dinámica de una sociedad; como se muestra en el esquema de la página siguiente.

Como puede deducirse de lo antedicho, la Enfermería apenas sí aborda este campo tan amplio e importante.

Al mantener como función privilegiada y casi absoluta la atención a pacientes individuales, de hecho, solo se ocupan de esas cuestiones sus pe-

LA ESTRUCTURA SOCIAL Y SUS RELACIONES CON LA PRACTICA MEDICA Y LA POLITICA SANITARIA

I) Estructura o base económica

- 1) Proceso de producción
- 2) Proceso de circulación

- a. Proceso de trabajo
- b. Proceso de valorización
- a. Distribución y cambio (comercio)
- b. Consumo

- Coadyuva a mantener y reproducir la fuerza de trabajo necesaria en la producción que valoriza capital.
- Realización del plusvalor (ganancia) contenido en los insumos que se consumen en la atención médica.
- Diferentes instituciones para la atención médica a la población.

II) Super-estructuras

- 1) Sociedad civil

- a. Clases sociales
- b. Familia
- c. Organizaciones civiles: (sindicatos, partidos políticos, etc.)
- d. Instituciones privadas
- e. Ciencia, educación, arte, etc.

- Medicinas familiares.
- Presentaciones y derechos médico-asistenciales para los trabajadores y la población general.
- Medicina privada (liberal, de grupo o empresarial).
- Instituciones educativas y de investigación de la salud-enfermedad.

- 2) Sociedad política

- Conjunto de las instituciones gubernamentales

- Ministerio o Secretaría de Estado, encargada de los servicios médico-asistenciales para una nación.

- 3) Estado = Sociedad civil + Sociedad política

- Instituciones de seguridad social, legislación sanitaria, planificación de la atención médica, etc.

queñas áreas especializadas en educación y administración. Por lo tanto, las actividades investigativas y profesionales respecto a la práctica médica y la política Sanitaria, apenas comienzan a ser abordadas.

Tanto es así, que todavía no es hora en que contemos con una filosofía, sociología e historia acabadas sobre la enfermería. Este gremio todavía no acaba de reconocerse a sí mismo en la sociedad y en su desarrollo histórico, a fin de mostrar a todo el mundo su gran importancia objetiva para la humanidad.

Conclusión

El hecho de que la enfermería se mantiene en el pequeño marco de la atención individual del paciente, la ha llevado a privilegiar en absoluto el saber y la investigación *biológicos* y *técnicos*.

La marginalización que hace de las ciencias y la medicina *sociales*, restringe su conocimiento científico del proceso salud-enfermedad a la mínima parte y limita extremadamente sus actividades, quedándose al margen de la formulación de las políticas de salud y de la planificación y programación de servicios sanitarios (salvo la pequeña área especializada en administración).

Ante ello, la licenciatura es un avance indiscutible de la enfermería. Sin embargo, mientras se siga privilegiando tanto la atención a pacientes individuales y relegando, por ende, las cuestiones *médico-sociales*, no acabará de diferenciarse esencialmente de los niveles *técnicos*, ni completará su avance en la investigación, el saber y la práctica socio-política que requiere un conocimiento total del proceso salud-enfermedad.

En la medida que esto se vaya logrando, el carácter profesional que ya tiene la enfermería será indiscutible y no podrá relegarse más el pleno reconocimiento social a que tiene legítimo derecho en lo científico, lo laboral y lo económico. Los pasos que actualmente están dando las enfermeras en este sentido, nos aseguran que así será en el futuro cercano.