DIALECTICA DE LAS RELACIONES DE PODER DE ENFERMERIA EN VENEZUELA

Autor: Msc. María Rosa Roldán Pol

Tutor: Dra. Digna Escobar

Trabajo que se presenta ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo para optar al Título de

DOCTORA EN ENFERMERIA

VALENCIA, JULIO 2010

VEREDICTO

Nosotros, Miembros del Jurado designado para la evaluación del Trabajo de Grado titulado **DIALECTICA DE LAS RELACIONES DE PODER DE ENFERMERIAEN VENEZUELA presentado por: María Rosa Roldán Pol para optar al Título de Doctora en Enfermería estimamos que el mismo reúne requisitos para ser considerado como: (Aprobado o Tesis óptima*)**

Nombre, apellido, C.I., Firma del Jurado

_____

_____

_____

Valencia, 23 de Noviembre de 2010

**** NOTA: Quedará a criterio del Jurado la calificación del trabajo en una de las dos opciones***

DEDICATORIA

A Mami y Papi por hacerme ver mucho más allá de mi frontera.

A todos los enfermeros anónimos

que han creído y luchado por la Enfermería como Profesión en Venezuela.

AGRADECIMIENTOS

Cuando alguien ha tenido la suerte de dedicarle tantos años al estudio y a la investigación, termina involucrando y afectando todo su entorno y a todos los que la rodean. Por eso, son muchas las personas a las que tengo que agradecer por estar presentes a lo largo del camino recorrido hasta la culminación de esta Tesis; algunos físicamente y otros a la distancia, pero todos han sido esenciales para el desarrollo de este trabajo, por brindarme aliento, cariño, confianza, refugio, compañía, opiniones, correcciones, aportes, conocimientos, consuelo, ayuda y un valor fundamental, solidaridad plena:

A mi familia, por asumir como suyo cada nuevo reto de estudio que me propuse y acompañarme a lo largo de tantos años con el mismo entusiasmo.

A Carolyn y Mauro por su paciencia y auxilio técnico.

A Andrés, Paola y Sebastián por su alegría contagiosa.

A mi familia espiritual (amigos) por estar siempre allí, comprendiendo mi reclusión.

A Mónica por quererme y cobijarme durante tantos años, entendiendo todo y más.

A mi tutora Dra. Digna Yolanda Escobar Rivero por aceptar el desafío de custodiarme en un viaje desconocido.

A la Comisión Evaluadora que siguió paso a paso el desarrollo de esta Tesis, aportando su experiencia y guía constante.

A mis compañeros que supieron comprender mi necesidad de dedicación plena a este trabajo: Sobeylú, Luisa, Liomar, Ainorah, Eduardo, Ana María y Odalys, quienes asumieron la responsabilidad y el compromiso académico; sin ellos hubiera sido imposible concluirlo.

A mi hermana espiritual Yusmelys por acompañarme desde el principio y apuntalarme en todo sentido.

A Víctor, compañero insustituible por brindarme el apoyo inicial para mi participación en el Doctorado.

A mis queridos estudiantes por alimentar mi sed de conocimiento para enfrentar la contradicción de la enseñanza.

A las enfermeras/os y médicas/os entrevistados y a todas las personas encuestadas en la comunidad que anónimamente aportaron invaluable información para la Tesis.

Al Economista José Antonio García, Director de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Carabobo 2008 y a la Sra. Carmen Mayz por su inestimable información.

A Alexandra, por su apoyo técnico y colaboración en todo momento, durante el transcurso del Doctorado.

Al equipo humano de Tecnología Educativa de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, por su asistencia, asesoramiento y tiempo dedicado.

A Todos, Mil Gracias

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Doctorado en Enfermería

DIALECTICA DE LAS RELACIONES DE PODER DE ENFERMERIA EN VENEZUELA

Autora: Msc. María Rosa Roldán Pol
Tutora: Dra. Digna Escobar.
Julio 2010

RESUMEN

La presente Tesis Doctoral, está adscrita a la Línea de Investigación: **Cuidado Humano, Políticas de Salud, Atención Primaria de Salud y Desarrollo Endógeno** y constituye un estudio sobre la naturaleza dialéctica de las asimétricas relaciones de poder que, establecidas entre Medicina y Enfermería en razón de la hegemonía médica, limitan por una parte, el desarrollo sociopolítico de la Enfermería fundamentalmente en términos de la participación de ésta en los Ápices Estratégicos (locus de decisiones políticas) de los espacios institucionales del Poder Público, principalmente en los correspondientes al área de la salud; por la otra, constituyen condicionantes del reconocimiento social de Enfermería y sus profesionales. Para abordar el objeto de estudio se adoptó la Dialéctica Materialista como método y la Argumentación como procedimiento metodológico. El proceso investigativo se desarrolló conforme al modelo diseñado específicamente para tal abordaje: **Supuestos↔Teorías↔ReferentesEmpíricos↔Argumentos↔Hallazgos→TESIS**. En este proceso, las Argumentaciones de Fundamentación se desplegaron en cuatro ámbitos de realización: *asistencial, académico, social y político* mediante el movimiento dialéctico de contrastación de teorías sustentadoras de la Tesis (Marx, Gramsci, Bourdieu, Foucault, entre otras) y de la Antítesis (Weber, Mosca, Pareto, Michels, Parsons, entre otras) contrastadas ambas (Tesis/Antítesis) a su vez, con referentes empíricos obtenidos a través de instrumentos particularmente construidos para nuestro propósito, como fuentes primarias (Entrevistas en profundidad, Encuesta al Azar, Mallas y Mapas Curriculares). Los hallazgos obtenidos posibilitaron el develamiento de contradicciones de clase como condicionantes fundamentales de las relaciones de poder estudiadas que, en términos de Totalidad Concreta Histórica

Explicada y una Síntesis expresada en las identidades/contradicciones entre mundo conceptual y mundo real, descubren las diferencias entre la apariencia y la esencia en lo que refiere a las relaciones de poder entre las dos profesiones complementarias y antagónicas estudiadas. Asimismo, tales hallazgos permitieron el desarrollo de Argumentaciones Concluyentes respecto de los Supuestos y Ámbitos Relacionales, así como del proceso como Totalidad Concreta. Algunas de las repercusiones o aportes de esta Tesis son: la evidencia que, en enfermería, existe una dimensión política de la salud y del cuidado humano que no puede ser obviada; que lo político y consecuencialmente el poder es parte constitutiva del quehacer enfermero; que la presencia y participación de nuestros profesionales en espacios de decisión política constituye un ejercicio de ciudadanía inalienable en razón de los principios de equidad y no-discriminación contenidos en la Carta Magna. Asimismo, se sugiere la construcción colectiva del currículo transformador y se recomienda promover y apoyar investigaciones que conduzcan a la ampliación de los estudios referidos a Política, Enfermería y Salud; es decir, entender y asumir la enfermería como asunto político y por tanto, articulado al asunto poder.

Palabras Clave: Dialéctica, Relaciones de Poder, Enfermería.

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Doctorado en Enfermería

DIALECTICAL POWER RELATIONS OF NURSING IN VENEZUELA

Author: Msc. María Rosa Roldán Pol
Tutor: Dra. Digna Escobar.
July 2010

ABSTRACT

The following Doctoral Thesis, is attached to the research: Human Care, Health Policy and Primary Health Care Endogenous Development and constitutes a study of the dialectic nature of the asymmetric relationships of power that, established between Medicine and Nursing because of the medical hegemony, limit on one part, the socio-political development of Nursing, fundamentally in the terms of its participation in the Strategic Apexes (political decisions locus) of the institutional spaces of the Public Power, mainly in those corresponding to the health area; on the other part, they constitute conditions of the social acknowledgement of Nursing and its professionals. To deal with the object of study, the Materialist Dialectics where adopted as a method and the Argument as methodological procedure. The investigative process was developed according to the model specifically designed for that purpose: **Suppositions↔Theories↔EmpiricalReferences↔Arguments↔Finds→THESIS**.In this process, the Fundamental Arguments were deployed in four scopes of fulfillment: welfare, academic, social and political, by means of the dialectic movement of contrast of theories sustaining the Thesis (Marx, Gramsci, Bourdieu, Foucault, among others) and the Antithesis (Weber, Mosca, Pareto, Michels, Parsons, among others) both contrasted (Thesis/Antithesis) in turn, with empirical references obtained through instruments particularly constructed for our purpose, as primary sources (Deep Interviews, Random Surveys, Nets and Curriculum Maps) The findings obtained made possible the development of the class contradictions as fundamental conditions of the relationships of power studied, which, in the terms of Concrete Historical Explained Totality and a Summary expressed in the identities/contradictions between conceptual

and real world, discover the differences between the appearance and the essence in what is related to the power relationships between the two complementary and antagonist professions studied. Also, such findings allowed the development of Concluding Arguments with respect to the Suppositions and Relationship Scope, as well as the process as a Concrete Totality. Some of the repercussions or contributions of this Thesis are: the evidence that, in nursing, there is a political dimension of health and human care that can't be ignored; that the political and in consequence, the power is a part that constitutes the nursing routine; that the presence and participation of our professionals in the political decision spaces constitutes an undeniable exercise of citizenship in reason of the equality and no discrimination principles contained in the Constitution of the Bolivarian Republic of Venezuela. Also, it suggests the collective construction of the transforming curriculum and recommends promoting and support investigations leading to the expansion of the studies referred to the *Politics, Nursing and Health* subject, which is, to understand and assume nursing as a political matter and therefore, articulated to the Power matter.

Keywords: Dialectics, Power Relations, Nursing

INDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA……..	vi
AGRADECIMIENTOS…….	vii
RESUMEN……	ix
ABSTRACT……..	xi
INTRODUCCIÓN……	1
PRIMERA PARTE	26
ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL ESTUDIO	
Capítulo I.....	27
PROBLEMA	27
PROPÓSITO.....	27
ÁREA TEMÁTICA.....	28
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA...…….…….……	30
Capítulo II……	34
SUPUESTOS…….…….……	34
Capítulo III……..	36
JUSTIFICACIÓN……..……...……	36

SEGUNDA PARTE 41

ENFOQUE METODOLÓGICO

Capítulo I..... 42

LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS……...……..... 42

Capítulo II…… 51

SOBRE EL MÉTODO DIALÉCTICO…….....……... 51

Capítulo III…….. 57

SOBRE LA ARGUMENTACIÓN..…….....……... 57

Capítulo IV…….. 63

ÁMBITOS RELACIONALES……..…… 63

Capítulo V…… 65

FUENTES DE INFORMACIÓN……..…… 65

Capítulo VI……... 72

SOBRE EL ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO.……. 72

Metodología para el Análisis del Discurso..... 73

TERCERA PARTE 79

MARCO REFERENCIAL

Capítulo I…….…… 80

ANTECEDENTES…… 80

Capítulo II. …….. 86

DEFINICIONES DE PODER……..... 86

Definiciones Liminares de Poder…… 86

Posicionamiento Sustantivo del Poder…… 91

Capítulo III…….. 96

UN MARCO REFERENCIAL SOBRE LAS RELACIONES DE PODER. 96

La Teoría Crítica como Bisagra hacia la Concepción Dialéctica del Poder…… 96

Principales características de la Teoría Crítica……. 98

LOS NEOMARXISTAS Y LAS RELACIONES DE PODER.……... 100

La Concepción Relacional de Michel Foucault sobre Poder……. 100

La Concepción Relacional de Pierre Bourdieu sobre el Poder…… 107

LA TEORÍA DE LA EXPLOTACIÓN: REFERENCIA IMPRESCINDIBLE EN LA DIALÉCTICA DE LAS RELACIONES DE PODER……... 109

LAS RELACIONES DE PODER DESDE LA PERSPECTIVA DEL MATERIALISMO DIALÉCTICO…….. 113

La Hegemonía y el Poder en Antonio Gramsci……..……. 118

Las Relaciones de Poder: La plusvalía la Ideología en Ludovico Silva y la Alienación en Marx…… 122

SOBRE EL CONCEPTO DE CLASE SOCIAL…… 130

Relaciones de Poder y Conciencia de Clase…….. 133

Capítulo IV……... 136

CONSIDERACIONES SOBRE LAS TEORÍAS FEMINISTAS Y LAS DESIGUALES RELACIONES DE PODER……... 136

Sobre las Diversas Posturas Feministas……..…… 137

Capítulo V..…….. 140

REFERENTES TEÓRICOS ANTITÉTICOS SOBRE LAS RELACIONES DE PODER…… 140

Una breve Introducción……... 140

Capítulo VI……..... 143

TEORÍAS DE LAS ÉLITES……... 143

La Concepción de Élite en Gaetano Mosca……..…….…… 144

La Concepción de Élite en Vilfredo Pareto…….....…… 145

La Concepción de Élite en Wright Mills……. 146

La Concepción de Élite en Robert Michels……...…….. 149

Capítulo VII……. 151

LA TEORÍA DEL PODER EN MAX WEBER: REFERENCIA TEÓRICA NECESARIA DE CONTRASTACIÓN… 151

La Dominación Legal con Administración Burocrática……..... 154

La Dominación Tradicional……..... 156

La Dominación Carismática……..... 158

Capítulo VIII……... 160

LA SOCIOLOGÍA DE LAS PROFESIONES: UNA REFERENCIA COMPLEMENTARIA E INELUDIBLE……..... 160

Profesión y Organización Gremial…… 167

Las Profesiones: una Visión desde la Teoría de la Estratificación Social ……. 168

Capítulo IX…….. 172

LA ENFERMERÍA UNIVERSITARIA EN VENEZUELA……... 172

Una Mirada desde la Antropología por la Dra. Hebe Vessuri..... 172

Gaceta Médica de Caracas..... 185

CUARTA PARTE 197

DESARROLLO ARGUMENTAL DE LA TESIS:

CONTRASTACIÓN DIALÉCTICA TEORÍA-EMPIRIA

Capítulo I……. 198

ARGUMENTACIONES DE FUNDAMENTACIÓN: TRANSITANDO HACIA LA TESIS…….. 198

Una Necesaria Nota Liminar…….. 198

Ámbitos Relacionales de Poder en Enfermería…….. 202

Capítulo II…… 203

ARGUMENTACIONES SOBRE LAS CONTRADICTORIAS RELACIONES DE PODER EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL…… 203

Definición del Ámbito Asistencial……... 203

Espacios Institucionales correspondientes al Ámbito Asistencial…. 203

Argumentación Dialéctica sobre el Ámbito Asistencial…….. 204

Capítulo III. …… 223

ARGUMENTACIONES SOBRE LAS CONTRADICTORIAS RELACIONES DE PODER EN EL ÁMBITO ACADÉMICO…….. 223

Definición del ámbito académico.……...…… 223

Espacios Institucionales correspondientes al Ámbito Académico…… 223

PERSPECTIVAS ANTITÉTICAS SOBRE LA EDUCACIÓN Y LAS RELACIONES DE PODER ENTRE ENFERMERÍA Y MEDICINA… 225

Los teóricos de las élites…… 225

Los teóricos funcionalistas (Talcott Parsons) y la Educación…….. 227

La postura de Max Weber como argumento Antitético……..… 229

PERSPECTIVAS DIALÉCTICAS (AFIRMANTES DE LA TESIS) SOBRE LA EDUCACIÓN Y LAS RELACIONES DE PODER ENTRE ENFERMERÍA Y MEDICINA…….. 233

Una breve nota conectiva……..... 233

SOBRE LA FUNCIÓN DE LA ESCUELA EN EL MODO DE PRODUCCIÓN CAPITALISTA……..... 239

LOS NEOMARXISTAS, LA EDUCACIÓN Y LAS RELACIONES DE PODER ENTRE ENFERMERÍA Y MEDICINA…….. 244

Un despliegue argumental desde los postulados de Pierre Bourdieu……..... 244

La Argumentación sobre la Enfermería como saber sometido a partir de las posturas de Michel Foucault…….. 248

La concepción de educación transformadora en Antonio Gramsci……..... 256

IDENTIDAD SOCIO-PROFESIONAL DE LA ENFERMERA Y PODER DIFERENCIAL EN ENFERMERÍA Y MEDICINA……..… 260

La sociología de las profesiones: Enfoque analítico necesario en el ámbito académico……..…….. 260

Un breve excurso sobre Max Weber y la concepción luterana de la profesión…….. 271

La contradictoria configuración de enfermería como profesión Académica…… 273

CURRÍCULO Y RELACIONES DE PODER ENFERMERÍA-MEDICINA…….. 280

Caracterización Contextualizada del Currículo Vigente en Enfermería…….. 280

EL CURRÍCULO COMO CONDICIONANTE PARA LA SUMISIÓN ENFERMERA…….. 284

El Modelo PICTS: una herramienta analítica Necesaria……. 284

Características del currículo vigente para formación de Enfermeras 299

Capítulo IV……..... 314

ARGUMENTACIONES SOBRE LAS CONTRADICTORIAS RELACIONES DE PODER EN EL ÁMBITO POLÍTICO……... 314

Definición del ámbito político……. 314

Espacios Institucionales correspondientes al ámbito político……... 314

SOBRE LAS CONTRASTACIONES TEÓRICO EMPÍRICAS Y LAS ARGUMENTACIONES EN EL ÁMBITO POLÍTICO…….. 316

Una nota liminar……..... 316

ARGUMENTACIONES SOBRE EL ÁMBITO POLÍTICO DESDE LA PERSPECTIVA FUNCIONALISTA……... 318

Max Weber: la dominación racional y burocracia……. 318

ARGUMENTACIONES SOBRE EL ÁMBITO POLÍTICO DESDE LA PERSPECTIVA ELITISTA……. 322

Las teorías elitistas-competitivas. La Ley de Hierro de la Oligarquía…….. 322

ARGUMENTACIONES SOBRE EL ÁMBITO POLÍTICO DESDE LA PERSPECTIVA DIALÉCTICA…….. 325

CONTRASTACIÓN ARGUMENTATIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TEÓRICOS DIALÉCTICOS…… 326

LA DIALÉCTICA ENTRE BUROCRACIA Y POLÍTICA: ALGUNO REFERENTES EMPÍRICOS DE LAS ASIMÉTRICAS RELACIONES DE PODER EN LA ESFERA POLÍTICA DE LA SALUD…… 333

LAS INSTITUCIONES DEL PODER PÚBLICO COMO ÁMBITO POLÍTICO DE ASIMÉTRICAS RELACIONES DE PODER ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS……. 338

Las asimetrías relacionales medicina-enfermería en el Poder Ejecutivo Nacional…….. 340

El Ministerio del Poder Popular para la Salud: Espacio Político de Históricas Contradicciones Médicos –Enfermeras……. 341

Las asimetrías relacionales enfermería-medicina en el poder legislativo nacional……..…….. 366

Las asimetrías relacionales en otros niveles del poder Público..... 368

Capítulo V…… 368

ARGUMENTACIONES SOBRE LAS CONTRADICTORIAS RELACIONES DE PODER EN EL ÁMBITO SOCIAL…… 368

Definición del ámbito social…… 368

Espacios institucionales correspondientes al ámbito social…….. 369

SOBRE LAS CONTRASTACIONES TEÓRICO-EMPÍRICAS Y LAS ARGUMENTACIONES EN EL ÁMBITO SOCIAL…….. 369

Una Nota introductoria……... 369

ARGUMENTACIONES SOBRE EL ÁMBITO SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA FUNCIONALISTA…… 370

Max Weber, la Teoría de la Acción y los referentes simbólicos legitimadores de la dominación/ subordinación……. 370

Talcott Parsons, Robert Merton y Paul Lasarsfeld: la sustitución de las contradicciones por símbolos culturales compartidos…**……** 375

ARGUMENTACIONES SOBRE EL ÁMBITO SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DIALÉCTICA…….. 378

Un breve pero necesario preámbulo…….. 378

Sujeto, epistemología y comunicación en la concepción materialista 379

Las Clases sociales como categoría dialéctica de las relaciones de poder medicina –enfermería en el plano simbólico…… 385

De las clases sociales al Campo social: Pierre Bourdieu, un referente teórico imprescindible…… 488

ALGUNAS DIMENSIONES SOCIALES (SIMBÓLICAS) DE LA ENFERMERÍA COMO LOCUS DE RELACIONES DE PODER…… 392

IDENTIDAD PROFESIONAL, RECONOCIMIENTO SOCIAL Y SOCIO SEMIOLOGÍA EN ENFERMERÍA: EXPRESIONES DE ASIMÉTRICAS RELACIONES DE PODER……. 396

La identidad profesional desde la contradicción de las concepciones vocacional y profesional…….. 396

El reconocimiento social en enfermería expresión de contradictorias relaciones de poder……..…….. 403

La conjunción género clase en las relaciones de poder enfermería-medicina: una aproximación en clave Dialéctica…….…….. 411

Medios, Imagen Social de Enfermería y Relaciones de Poder…… 424

QUINTA PARTE

CONSIDERACIONES, ARGUMENTACIONES

CONCLUYENTES Y PROPUESTAS 444

Una consideración previa……... 444

Capítulo I……..…. 446

ARGUMENTACIONES CONCLUYENTES…… 446

ARGUMENTACIONES CONCLUYENTES EN TORNO A LOS SUPUESTOS Y ÁMBITOS RELACIONALES……. 450

UNA ARGUMENTACIÓN CONCLUYENTE EN CLAVE DE TOTALIDAD CONCRETA…… 482

Capítulo II…… 487

CARACTERIZACIÓN SINTÉTICA, SUGERENCIAS Y PROPUESTA. 487

SOBRE LA CARACTERIZACIÓN SINTÉTICA……..… 487

DE LAS ARGUMENTACIONES CONCLUYENTES, A LAS SUGERENCIAS/ PROPUESTAS…….. 489

NOTAS…… 494

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 509

ANEXOS 533

INDICE DE CUADROS

		Pág.
CUADRO Nº 1.	MOVIMIENTO DIALECTICO DEL FENOMENO ABORDADO…….……..…..	**53**
CUADRO Nº 2.	FUENTES DE INFORMACION…….…….	**66**
CUADRO Nº 3.	MEDICINA-ENFERMERÍA IDENTIDAD SOCIO-PROFESIONAL…….…..…..	**270**
CUADRO Nº 4.	MAPA CURRICULAR FORMACION DE ENFERMERAS (OS)……...…...	**291**
CUADRO Nº 5.	MODELO PICTS…….….	**294**
CUADRO Nº 6.	ESTRATIFICACIÓN SOCIAL…….	**313**
CUADRO Nº 7.	PODERES PUBLICOS…….……	**339**
CUADRO Nº 8.	ESTRUCTURA DEL ESTADO……	**341**
CUADRO Nº 9.	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA MINISTERIO DE SALUD……...……	**347**
CUADRO Nº 10.	ORGANIGRAMA DE LA OFICINA SECTORIAL DE ENFERMERÍA (MSAS)……...……	**349**
CUADRO Nº 11.	ORGANIGRAMA DEL IVSS……...……	**355**

INDICE DE ILUSTRACIONES

Pág.

FIGURA Nº 1 LAS CINCO PARTES BÁSICAS DE LA ORGANIZACIÓN **360**

El poder es el concepto fundamental en ciencias sociales así como la energía lo es para la física. Las leyes de las dinámicas sociales, sólo pueden ser entendidas en términos de poder.

(Russell, 1938, p.10)

INTRODUCCIÓN

La idea de revelar en esta Tesis el entramado de las relaciones de poder, tanto superficiales como profundas, que se establecen entre médicos y enfermeras; entre medicina y enfermería, surgió como una inquietud frente a las contradicciones que se evidencian en tales relaciones configuradas en un proceso histórico de dominación/subordinación y, consecuencialmente, de alienación, siendo la enfermería una profesión sometida a fuerzas externas que han condicionado su desarrollo.

Quienes se han ocupado hasta el momento en Venezuela de la investigación en Enfermería, han relegado -quizá de forma inconsciente- aspectos fundamentales que pudieran conducir a cambios reales y sustantivos en esta profesión, pues al hacer una retrospectiva histórica se constata que hay una escasa mirada crítica, sobre temáticas, que nos aleja de la realidad social, política e ideológica de la Enfermería y su contexto de realización.

Mirar profundamente requiere esfuerzo y paciencia, requiere aprendizaje, apertura y método para estudiar los fenómenos en movimiento, aprender a mirar, es imprescindible y que se nos abran los ojos de la sensibilidad, pero también los de la

razón, que nos enseñen a cambiar la opinión, por la comprobación de los hechos. Este, es uno de los modos que la investigación nos pone en nuestras manos para valorar los logros de enfermería o para entender su situación actual; observar, hurgar y desentrañar sus relaciones de poder, estimula al conocimiento y a la toma de conciencia de la necesidad de equilibrar, igualar, dignificar y visibilizar el fenómeno enfermero que a menudo no vemos apropiadamente, no porque no sepamos ver, sino porque no queremos ver o no nos dejan ver.

Por esta razón, la argumentación de esta tesis revela aspectos que nos invitan, como profesionales de enfermería, a pararnos frente al espejo sin miedos y sin tabúes, para juntos descubrir las verdaderas causas generadoras de respuestas que nos alejen del letargo, del conformismo y nos sumerjan en la vorágine del binomio saber-poder.

De manera que lo que se presenta acá, es una tesis sobre las relaciones de poder que entre ambas profesiones (enfermería y medicina) se establecen en términos de la División del Trabajo, de las relaciones capitalistas de producción derivadas de la apropiación de los medios de producción y, por tanto, en sus expresiones correspondientes a las relaciones de clase. En este sentido, el concepto de Clase Social es un concepto guía.

En este trabajo, como su título indica, se trata de revelar – recurriendo a la dialéctica como método - las desigualdades, asimetrías, diferencias de poder como

resultado de las contradicciones de clase; por ello, es una Tesis sobre el Poder. A tal efecto, valgan dos cuestiones que estimamos importantes: **a)** una Tesis Doctoral es, fundamentalmente, un postulado que se sostiene como verdad científica; vale decir, es una proposición que puede ser probada mediante la demostración (entendiendo la prueba como Fin y la demostración como Procedimiento) o bien sostenida mediante razonamientos (Argumentaciones) apropiadas; **b)** Se asumen los planteamientos que sobre el doctorado exponen algunos autores quienes afirman, por una parte, que:

> *Se puede definir el Doctorado como el grado académico más alto que otorgan las universidades; como el nivel de estudios cuya finalidad esencial es producir conocimientos de alta relevancia científica o social en un ambiente de gran libertad. Esta experiencia debe culminar en una tesis que sea no solamente un aporte al conocimiento especializado sino, principalmente, un intento de teorización.* (Morles et alia, 1996, p.31) (Subrayado de la tesista).

Por la otra, que debe existir una concordancia significativa entre tres estructuras: los componentes de la ciencia, los grados académicos y los productos intelectuales universitarios. En este sentido, siendo el doctorado el grado académico más elevado, en él se requieren *"Trabajos intelectuales de mayor complejidad, que consisten en verdaderas creaciones intelectuales, al inventar o formular nuevas teorías o modelos, y cuyo mejor exponente es, o debe ser, la Tesis Doctoral"*. (Morles et alia, 1996, p.30)

Por tanto, si doctorado es creación, entonces es posible suponer y admitir que una Tesis es, en rigor, una afirmación que se argumenta.

Puede que en principio para muchos resulte extraño el planteamiento de contradicciones entre medicina y enfermería en un trabajo de investigación como esta Tesis Doctoral; pero, como se argumenta a lo largo de las sucesivas partes y capítulos, así como se observan en el marco del modelo capitalista, relaciones de dominación/subordinación; capital-trabajo; burguesía/proletariado; profesiones dominantes/profesiones dominadas, también se expresan relaciones de poder en los diversos ámbitos relacionales estudiados, donde se desenvuelven la medicina y la enfermería.

La premisa argumentativa básica, en la Tesis, consiste en que la hegemonía médica ejercida sobre las profesiones de la salud, condiciona específicamente el desarrollo y participación política de enfermería. El propósito central consiste por tanto, en estudiar y revelar desde la perspectiva dialéctica, las relaciones de poder que limitan el desarrollo sociopolítico, el reconocimiento social y la participación en las esferas políticas, particularmente las de salud del Estado Venezolano; asumiendo que los hallazgos obtenidos, constituyen una contribución teórica para repensar el posicionamiento sociopolítico de la Enfermería Universitaria en Venezuela.

Este propósito-guía conduce a:

1) clarificar las relaciones de poder que anclan la Enfermería a viejos paradigmas de sumisión propios de la llamada etapa vocacional; **2)** re-legitimar la profesión abriendo el debate sin tapujos, con conciencia de clase y despojándose de la condición de profesión opinática para asumirse como lo que es: una disciplina científica que demanda una profunda revisión de sus componentes culturales; **3)** en el plano cognitivo: cubrir un importante vacío que exhibe enfermería en el ámbito de la concepción Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS) y particularmente en su dimensión política; **4)** en el plano estrictamente teórico (de elucidación argumental y núcleo de la investigación) ofrecer una explicación dialéctica sobre la naturaleza de las asimetrías de poder en enfermería; las dificultades y limitaciones que presenta para su emancipación profesional, desarrollo político y reconocimiento social que, en conjunto, parecieran revelar la necesidad de la afirmación de una base teórico-epistemológica propia como precondición para el desarrollo, tanto de la producción científica, como de las distintas formas de participación político-social en Enfermería.

Desde esta perspectiva, resultó pertinente, por una parte, la aproximación al campo de investigación **Enfermería, Sociedad y Poder;** la construcción del objeto de estudio referido a la Dialéctica de las Relaciones de Poder y la focalización en el problema (Enfermería – Relaciones de Poder – Participación Política – Reconocimiento Social); por la otra, el hecho de que, siendo el **Desarrollo Social** una de las Áreas del Doctorado (al cual estoy adscrita en mi condición de Tesista y

candidata a Doctora) y que una de sus líneas de investigación es **Cuidado Humano, Políticas de Salud, Atención Primaria de Salud y Desarrollo Endógeno**, se colige que una Tesis como la que se presenta, no solo encuadra en el Área y en la línea precitada, sino que constituye un aporte teórico para su fortalecimiento.

Se partió de la premisa que existen desigualdades de poder entre medicina y enfermería; en rigor, contradicciones en las diferentes relaciones que ambas profesiones mantienen en la sociedad y más precisamente en los ámbitos relacionales (asistencial, académico, político y social) seleccionados para el estudio.

Este supuesto es una percepción generalizada en la sociedad venezolana tal como indica por ejemplo: **a)** el análisis (de elaboración propia) sobre la estratificación profesional en las disciplinas de la salud – con particular énfasis en las dos disciplinas objeto de esta tesis – por cuanto que en las instituciones que pertenecen a los subsectores que componen el Sector Salud (*público, privado y mixto*) son dirigidas por médicos, no obstante poseer Enfermería profesionales con cualificación en Administración de Hospitales y un creciente número de enfermeras con títulos universitarios de IV y V nivel; vale decir, Magíster Scientiarum y Doctoras; **b)** El resultado de los instrumentos aplicados: en primer lugar la encuesta al azar realizada a 120 personas mayores de edad (60 mujeres y 60 hombres) por cuanto ante la pregunta ¿Considera usted que existen desigualdades entre médicos y enfermeras? El 75.83% respondió que SI, lo que en una primera aproximación permitió inferir que

si para los encuestados, los médicos aparecen en posición de superioridad frente a las enfermeras, entonces, la medicina en tanto que profesión, también lo está respecto de enfermería. En segundo lugar en el marco interpretativo de las Entrevistas en Profundidad realizadas y analizadas, a partir de los Criterios y Unidades analíticas del **Análisis Crítico del Discurso**, permitieron identificar estrategias discursivas en los médicos/as entrevistados que revelan identidad discursiva, aspectos ideológicos de superioridad de clase y, por tanto, poder en su configuración como colectivo profesional con respecto a enfermería.

Estos aspectos se desarrollaron a lo largo de la tesis argumentando en torno a este hecho desde diversos ángulos, pues esta situación obedece a una distribución diferencial del conocimiento como expresión de la distribución desigual de la riqueza y el poder, diferencias de sexo y, lo más significativo, de clase social.

Asimismo, se argumenta que la estructuración del conocimiento de estas profesiones es productora y reforzadora de asimetrías, de desigualdades sociales en el campo de la salud y, consecuencialmente, reproduce la estructura de clases existente. En correspondencia con estos aspectos, se estudia lo atinente a la formación de enfermeras universitarias, desde el supuesto que en el proceso de formación las currícula vehiculan conductas de sumisión.

Para soportar la argumentación correspondiente se hizo necesaria la elaboración de un modelo de análisis curricular: el **Modelo PICTS** (elaboración propia) acrónimo de componentes considerados en este trabajo como pertinentes para descubrir fuentes cognitivas de la sumisión en enfermería. Los componentes son (**PI** = político-ideológico; **CT** = científico-tecnológico; **S** ═ simbólico. Sin embargo, es necesario aclarar que el énfasis del análisis se focaliza en los componentes **PI** y **S** en razón de la búsqueda que orienta la Tesis.

Del mismo modo nos centramos en aquellos ámbitos relacionales concretos en los que se expresan y observan, tanto objetiva como subjetivamente, las diferencias de poder tales como espacios laborales, carrera profesional (acceso a puestos o cargos con responsabilidad de alta gerencia), presencia en los ápices estratégicos de entes gubernamentales; el acceso a puestos de responsabilidad en la esfera política; la posesión directa o asociada (accionista) de medios de producción (empresas privadas de salud).

Cabe destacar que en el ámbito laboral se constata prevalencia del diagnóstico y registro médico frente a una magra participación de la enfermera expresada en la sistemática desaplicación del Proceso Enfermero, en tanto que metodología básica de la profesión; asunto éste que permitió inferir una cierta dependencia profesional como condicionante del desarrollo de Enfermería.

En el ámbito académico, la cooptación de los espacios de decisión así como el control de los factores objetivos y simbólicos de este ámbito, tales como cargos de relevancia en la estructura académica derivada fundamentalmente de actos eleccionarios; la edición de revistas propias para publicación de trabajos científicos que permitan cientométrica o bibliométricamente garantizar el control y autonomía intelectual.

Todo lo antes mencionado, permite afirmar que existen marcadas diferencias entre medicina y enfermería con clara y determinante dominación de la primera sobre la segunda.

Este interés por estudiar y descubrir el trasfondo de las relaciones de poder ha estado anidado, como constante preocupación, a lo largo de mis diecisiete (17) años de actividad profesional como profesora en una Escuela de Enfermería de una Universidad de las denominadas autónomas, durante los cuales se acentuó, progresivamente, la necesidad de estudiar las relaciones de poder en el ámbito de las profesiones de la salud en Venezuela, particularmente en lo atinente a las contradicciones de clase Medicina- Enfermería que, siendo una materia pendiente como tema oculto u ocultado, lo convierte en importante nicho de investigación.

Por esa razón se emprendió un arqueo bibliográfico y la consulta experta en lo que se refiere al área temática en la cual se enmarca la Tesis**: Enfermería, Sociedad**

y Poder en Venezuela. El resultado de esa revisión fue que este asunto ha sido escasamente abordado, al menos desde la investigación de Enfermería en Venezuela, y eso impulsó el reto de estudiarlo. Así, se abrió un espacio de investigación poco transitado que llevó a reflexionar sobre: ¿Qué es lo que a Enfermería le impide su desarrollo sociopolítico y reconocimiento social? ¿Qué factores influyen para que Enfermería no tenga poder? Estas interrogantes iniciales condujeron a un escarpado pero prometedor territorio donde se comenzó a configurar el inicio del trayecto que, siguiendo la huella de unas premisas y de ciertos referentes empíricos, motivó el intento de descubrir esas fuerzas y relaciones que parecen condicionar, de forma determinante, el carácter subordinado de esta profesión.

En esa travesía se entendió que era ésta, una temática de difícil abordaje dada su complejidad y, más aún, por la sensibilidad que produce la mirada interna - de carácter crítico – a quienes en líneas generales consideran que en enfermería, el estudio de sus características y/o condicionantes políticos constituyen tema tabú, aún en la esfera de la investigación científica, académica.

De la misma manera que se percibe escasa autocrítica de enfermería, también se aprecia la existencia de un impulso inconsciente tanto de autoprotección individual como de la profesión, en un intento de hacer invisibles o negar las evidencias sobre los factores políticos, sociales y económicos que la condicionan como una profesión históricamente sumisa, con bajo reconocimiento social, poco participativa y sin poder

político. Son innegables las relaciones de poder que se establecen entre enfermería, el resto de las disciplinas de la salud y específicamente con medicina, como dupla del equipo de salud. Tales relaciones son de una naturaleza, función y manifestación, que remiten a la Paradoja del Amo y del Esclavo (Hegel, *Fenomenología del Espíritu*, 1971) en tanto que Enfermería representaría el esclavo y medicina el amo. En esta posición, el esclavo ve en el otro la función de dominio que el amo inspira y la acepta como algo natural, es más, se siente bien en su rol, porque no es conciente de ello.

Se trata, por tanto de la exaltación de lo aparente y de esta forma, la apariencia nos indica que esta existencia tiene un carácter ahistórico, eterno; el sentido común lo esquematiza y legitima mediante la afirmación que sostiene *'siempre fue así y siempre lo será'*. De allí que los sujetos sociales dominados y sumisos empiezan a otorgar consenso al dominador y a olvidar el turbio origen de las relaciones de clase y por ende de poder, auto representándose imaginariamente la situación como una relación eterna, sin origen y sin futuro. Es un proceso de alienación mediante el cual se deshistoriza el ejercicio del poder; he ahí la clave para su reproducción.

Como se puede observar, largos han sido los años del ejercicio de la hegemonía médica para inocular semejante creencia en la enfermería y en el colectivo. Pero la conciencia brota en el terreno de esta estructura de relaciones sociales. En términos de Marx *"La conciencia, por tanto, es ya de antemano un*

producto social, y lo seguirá siendo mientras existan seres humanos" (Marx y Engels, 1845, p.6). De manera que se entiende que en el fondo existe un problema de carácter ideológico puesto que el hacer y el pensar están inseparablemente unidos, son momentos esenciales de una misma actividad humana, pero no son idénticos. Lo que el hombre piensa sobre lo que hace no siempre coincide con lo que en realidad hace. Hay profundas influencias de orden social –en primer término la lucha de clases- y de origen afectivo que inciden para que el hombre se engañe a sí mismo acerca de su -actividad y de sus obras. En este sentido:

> *Las ideas de la clase dominante son las ideas dominantes en cada época; o, dicho en otros términos, la clase que ejerce el poder material dominante en la sociedad es, al mismo tiempo, su poder espiritual dominante. La clase que tiene a su disposición los medios para la producción material dispone con ello, al mismo tiempo, de los medios para la producción espiritual, lo que hace que se le sometan, al propio tiempo, por término medio, las ideas de quienes carecen de los medios necesarios para producir espiritualmente. Las ideas dominantes no son otra cosa que la expresión ideal de las relaciones materiales dominantes, las mismas relaciones materiales dominantes concebidas como ideas; por tanto, las relaciones que hacen de una determinada clase la clase dominante, o sea, las ideas de su dominación. Los individuos que forman la clase dominante tienen también, entre otras cosas, la conciencia de ello y piensan a tono con ello; por eso, en cuanto dominan como clase y en cuanto determinan todo el ámbito de una época histórica, se comprende de suyo que lo hagan en toda su extensión, y, por tanto, entre otras cosas, también como pensadores, como productores de ideas, que regulan la producción y distribución de las ideas de su tiempo; y que sus ideas sean; por ello mismo, las ideas dominantes de la época* (Marx y Engels, 1845, p.30)

Se entiende que la investigación crítica – y esta lo es - debe intentar sobrepasar el plano de la apariencia, de la intuición, de la inmediatez y, con esta

convicción emprender la tarea de poner al descubierto que cuando se alude a las relaciones sociales (capitalistas) como algo eterno, ahistórico (asociado a la voluntad de Dios), o como resultado de la voluntad mutua, del consenso entre medicina y enfermería, estamos en el plano de la apariencia, de lo que se ve, de lo observable, de lo accesible a los sentidos y a la conciencia inmediata y precrítica (el llamado mundo de lo seudo-concreto, en la acepción de Karel Kosik (1967). Se trata de develar el sentido común previamente moldeado por la hegemonía médica en tanto que expresión de los sectores dominantes.

En este trabajo, se deja claro que el ámbito del poder es aquél donde se producen, se constituyen y reproducen las relaciones sociales. El ámbito donde se forman y se realizan (a partir de relaciones anteriores) relaciones sociales, luego de lo cual tiene lugar un proceso de reproducción.

De manera que las relaciones sociales se conforman, según la teoría marxiana, a partir de confrontaciones y contradicciones entre los sujetos históricos intervinientes, es decir, a partir de relaciones de fuerza entre los polos. En este sentido, deberíamos (re) pensar la categoría que expresa la relación social (capitalista) como una relación de fuerza entre los sujetos sociales involucrados y es aquí, al interior de la relación misma, donde reside la lucha de clases entre un sujeto social dominador y otro sujeto social dominado (que puede rebelarse y trastocar la relación social) Así, el poder constituye el ámbito de las relaciones de fuerzas que atraviesan

tanto las relaciones sociales como las relaciones políticas donde se producen y reproducen nuevas relaciones a partir de la ruptura de las anteriores.

Otros aspectos que también se tratan en la Tesis - en razón de su relación directa con el establecimiento de relaciones asimétricas de poder entre medicina y enfermería - son: **a)** la tríada Mujer-Ciencia-Poder por lo que se enfoca lo relativo al género y las ideologías sexistas desde las cuales también se aborda la incorporación de la mujer a la ciencia en Venezuela, **b)** la sociología de las profesiones, particularmente lo atinente a la estratificación social de las profesiones y la identidad socio-profesional.

Para el abordaje de tan complejo objeto de estudio se apela a la diversidad metodológica por lo cual confluyen referentes teóricos tales como: Teoría de la Complejidad de Illya Prigogyne, Teoría de la Complejidad de Edgar Morin, Teoría de las Élites de Wright Mills, Teoría Crítica (Escuela de Frankfurt) / Teoría de la Anticipación, Teoría del Poder de Max Weber, Teoría del Poder de Pierre Bourdieu, Teoría del Poder de Michel Foucault. Sin embargo, la centralidad teórica gira en torno a las Teorías del Poder, de la Explotación y de la Dominación de Karl Marx y Antonio Gramsci; es decir, siendo la dialéctica, el eje metódico con la imprescindible presencia de las categorías Clase Social, Conciencia de Clase, Alienación y Hegemonía, luce elemental, en esta Tesis, la transversalidad de la Teoría Marxista.

En el plano metodológico el planteamiento discurre partiendo de la consideración que una tesis doctoral puede tener carácter demostrativo o bien argumentativo. Así, las Tesis de carácter demostrativo son investigaciones sobre un objeto de estudio empírico, las cuales -partiendo de una o de diversas hipótesis, de un marco teórico y metodológico de referencia y de la elección de un corpus empírico congruente- se proponen llegar a conclusiones demostrativas aplicando el llamando método hipotético-deductivo.

Por su parte, las Tesis de carácter argumentativo –como ésta- son investigaciones sobre un objeto de estudio teórico y, en este sentido, en lugar de estudiar corpus empíricos concretos, se estudian y discuten conceptos, ideas o nociones. En general, son Tesis donde no siempre se requiere una demostración, aunque sí construir una argumentación sistemática y rigurosa que aporte contribuciones significativas de carácter teórico y metodológico en el conocimiento del objeto de estudio propuesto. En esta perspectiva, apelando a la inalienable libertad del investigador, la naturaleza compleja y el carácter dialéctico del objeto de estudio, se decidió desarrollar la Tesis mediante la modalidad argumentativa.

Asimismo, se recurrió a la diversidad metodológica, por una parte, debido a la complejidad del tema y por la otra, a la necesidad de tomar distancia de los paradigmas tradicionales para transitar una búsqueda epistémica por sendas no convencionales de la investigación y la producción intelectual, pero de igual o quizás

mayor validez que las usuales, por cuanto permiten dar cuenta de las subjetividades que, la mayoría de las veces, quedan subsumidas en el dato, en la preeminencia positivista.

La naturaleza compleja del fenómeno estudiado impuso, asimismo, que fuese necesario abordarlo desde el Paradigma de la Complejidad, en el cual confluyen modalidades cuantitativas, cualitativas y dialécticas. No obstante, es de aclarar que, concretamente en este trabajo se utilizará como referente metodológico fundamental el Método Dialéctico (Materialismo Histórico) desde el marco teórico de la dominación que, obviamente incluye la perspectiva del poder entre profesiones de la salud tal como el caso de nuestro objeto de estudio para inquirir y descubrir: a) La fuerzas que pueden inducir a que unos obedezcan las demandas de otros; b) el control de los recursos (poder económico, poder simbólico; c) la clase social de adscripción ; d) la ideología (como conjunto de creencias que justifican la desigualdad o las diferencias de poder).

Se asume que es insustituible la dialéctica (como método) por su carácter abierto, cuestionador y totalizante, pues la dialéctica designa una progresión en la que cada movimiento sucesivo surge como solución de las contradicciones inherentes al movimiento anterior, en el cual las reflexiones surgen y se desplazan en flujo y reflujo permanente entre los distintos espacios institucionales y actores sociales, entre sujeto y objeto, entre partes y todo. De manera que el método dialéctico consiste en

un saber situar a la "parte" en el "todo" como un acto inverso del efectuado por la abstracción analítica. La abstracción parte de la representación (todo pleno) y llega a la determinación abstracta (clara pero simple).

El acto dialéctico parte de la determinación abstracta y construye sintéticamente una Totalidad Concreta, con respecto a la determinación abstracta y con respecto a la "*totalidad concreta explicada"*. Cabe acotar que en relación a la dialéctica como método, adherimos a la concepción de Ludovico Silva, para quien la dialéctica marxista es absolutamente válida como *"…método para la interpretación de los hechos históricos según su dinámica estructural"* (Perdomo, 2007, p.1)

Asimismo, habría que decir que, como compañero procedimental, para el viaje del método - se decidió que la estrategia más adecuada es la argumentación (Teoría Argumentativa) cuya plataforma es la discursividad debido a su adecuación para el estudio de fenómenos muy complejos y/o poco conocidos en los cuales concurren referentes culturales, sociales, políticos e ideológicos de los actores. En este sentido, se realizaron Entrevistas en Profundidad cuya información, sometida al Análisis Crítico del Discurso, fortaleció la línea Argumental de la Tesis.

Desde esta postura metodológica y en el entendido que la dialéctica permite categorizar, entonces, a partir de la categoría primaria "Clase Social" se pueden derivar categorías que contribuyan a desentrañar y explicar las relaciones de poder -

entre el complejo tramado o redes relacionales que se tejen entre Enfermería y Medicina - que expresan contradicciones en el marco de la lucha de clases.

Por ello, se incorporan al análisis las profesiones liberales y no liberales – en términos de la División Social del Trabajo - para comprender la relación entre profesiones dominantes y dominadas por lo que, siendo Enfermería y Medicina profesiones de adscripción contraria en la División Social del Trabajo, en ellas, entonces, se manifiestan relaciones de poder en el orden explotador/explotado; dominador/dominado; hegemónico/sometido.

Por otra parte, no se obvia, en este trabajo, que el método dialéctico, de acuerdo con Lenin implica un doble análisis, deductivo e inductivo, lógico e histórico. Así, la dialéctica incluye la unidad y la contradicción de la teoría y la praxis, esto es, del pensamiento científico y filosófico y de los hechos históricos y empíricos.

Del mismo modo y precisamente porque la forma y el contenido, la esencia y la apariencia, nunca coinciden, porque uno es el opuesto o negación del otro, es que se entiende que las relaciones Medicina - Enfermería, expresan unidad y contradicción en el llamado equipo de salud. En este sentido, partir de lo concreto significa apropiarse empíricamente de lo material; sólo entonces el proceso de producción de conocimiento puede comenzar.

En esta perspectiva y para este trabajo la categoría **contradicción** adquiere no solo la condición de concepto guía, sino que es la categoría fundamental para el tratamiento dialéctico del objeto de estudio puesto que para la dialéctica la contradicción, el enfrentamiento entre opuestos, es una dimensión fundamental de la realidad, siendo su extremo opuesto la **identidad**. De manera que algo es idéntico cuando no puede distinguirse una diferencia. Si existen distinciones, la identidad se transforma en **diferencia**. Si la diferencia se profundiza, hay **contrariedad** y **contraposición**. Si la oposición se agudiza, la contrariedad se transforma en **contradicción**.

En ese caso, los polos opuestos ya no son sólo diferentes sino contradictorios y antagónicos (no pueden conciliarse). Por ejemplo: la relación social de "capital" encierra la contradicción antagónica entre empresarios y trabajadores; así como la relación socio-profesional (incluido lo simbólico) encierra la contradicción antagónica entre enfermería y medicina. El cambio y el movimiento de la historia son producto de las contradicciones. De allí que se haga necesario asumir una definición de la contradicción dialéctica, lo suficientemente amplia y general, que permita avanzar en el terreno de las subjetividades que pudiesen derivarse de factores simbólicos, como de las complejidades sociales, históricas, políticas, e ideológicas que suponen las relaciones y redes de poder al interior y exterior de la dupla medicina-enfermería como elementos constitutivos básicos del equipo de salud. Por lo señalado se adopta o adhiere a la siguiente definición:

> *La contradicción dialéctica es todo aquello que, sea como factor interno de un proceso dado, sea como factor externo a él, se opone al equilibrio de las fuerzas contrarias que configuran y determinan su identidad cualitativa global, y a través de un crecimiento cuantitativo de dicha oposición pueden transformarla en otra identidad diferente.* Palacios (2006, p.2)

Por otra parte, los procedimientos utilizados para construir la Tesis con coherencia interna, correspondencia externa y equilibrio orgánico, como criterios de solidez en el desarrollo o despliegue argumental a través de la dialéctica, se apoya en un esquema en el cual se contrastan:

Supuestos ↔ Teorías ↔ Referentes Empíricos ↔ Argumentos ↔ Hallazgos → TESIS; esquema éste que configura una adecuada racionalidad procedimental con indiscutible anclaje dialéctico, que ha permitido transitar por la compleja temática de las relaciones de poder.

El recorrido se inicia con un conjunto de ocho (8) Supuestos y 'culmina' en la afirmación de la Tesis. En este sentido, y en atención a la postura teórico/metodológica adoptada y a las categorías fundamentales del trabajo, pudiéramos decir que, si el modo de producción cambia constantemente y la de división en clases que le corresponde cambia también dialécticamente en tesis, antítesis y síntesis; entonces, las relaciones de poder Medicina/Enfermería también cambian en el mismo sentido. De manera que hoy, la tesis es la hegemonía médica (esto es, el enorme poder de una profesión dominante) y la antítesis la sumisión

enfermera (esto es, profesionales cuyo trabajo incrementa el capital de medicina en lo que se llama plusvalía, incluida la simbólica). Mañana, la síntesis será la emancipación de enfermería y por tanto, la reversión del esquema de dominación constituyendo una relación de iguales en los distintos ámbitos de la sociedad.

Al tenor de la línea metodológica asumida - siendo la dialéctica el método y la argumentación, el procedimiento - se torna insoslayable aclarar que la decisión sobre los instrumentos utilizados en esta Tesis Doctoral derivan de la naturaleza del objeto de estudio, del método adoptado y consecuencialmente, de los procedimientos pertinentes como la mejor forma para el relevamiento de la información requerida, así como de las condiciones que debían poseer los potenciales sujetos de aplicación.

De manera que los instrumentos han sido diseñados, revisados y probados (pruebas piloto) siguiendo algunos aspectos generales para tales efectos, a saber: Para el caso que nos ocupa se decidió utilizar dos instrumentos: **1**) La entrevista en profundidad (aplicada a 10 sujetos, 5 médicas/os y 5 enfermeras/os) y **2**) La encuesta (al azar aplicada a 120 personas) señalada ut supra.

En este sentido, resulta oportuno aclarar que: **a)** En cuanto al **primer instrumento**, se adoptó ésta por considerarla adecuada en la perspectiva simbólica, para obtener información relevante, sobre las relaciones de poder, desde la discursividad de los actores (tanto de la profesión médica como enfermera)

previamente seleccionados mediante criterios de participación y/o pertenencia a espacios o instancias de poder político, académico, social o asistencial. Procedimentalmente, las entrevistas en profundidad fueron tratadas mediante el Análisis de Discurso para examinar el discurso de cada entrevistado e interpretarlo para obtener la información requerida.

De la amplia gama de modalidades que posee el Análisis de Discurso, se utilizó en este caso la modalidad conocida como Análisis Crítico del Discurso por ser un enfoque especial que permitió conocer las opiniones de los entrevistados sobre las relaciones de poder, mediante específicos criterios de análisis, así como el papel del discurso tanto en la reproducción de la dominación como en la resistencia contra la dominación.

Como puede observarse, esta modalidad luce apropiada para los propósitos de esta tesis, por cuanto, el Análisis Crítico del Discurso (ACD) permite develar la manera en la cual el discurso se usa para establecer, legitimar o ejercer — y resistir — el poder y la dominación. Se interesa sobre todo por el análisis del racismo, del sexismo, el clasismo, y la pobreza, y se relaciona con movimientos sociales, como el feminismo; **b)** El **segundo instrumento** se aplicó de acuerdo a los términos y condiciones referidos en la página 70. Cabe señalar, que obedeciendo a las exigencias metodológicas derivadas de la dialéctica, siendo que la aplicación de los instrumentos es diferencial en cuanto a grupo social, los resultados de ambos han sido

sometidos a contrastación entre sí para evitar sesgos de cualquier naturaleza y más precisamente, como estrategia adicional y pertinente para la afirmación de la tesis.

En el marco de los planteamientos desplegados ut supra, el presente trabajo ha sido estructurado y organizado de acuerdo a los siguientes criterios:

La **Primera Parte,** titulada **Aspectos Fundamentales del Estudio**, comprende tres (3) Capítulos sobre aspectos esenciales del trabajo referidos al objeto de estudio y su abordaje: el **Capítulo I** comprende el Problema, el Propósito, el Área Temática y la Descripción del Problema. El **Capítulo II** contiene los Supuestos. El **Capítulo III** pertenece a la Justificación.

La **Segunda Parte,** denominada **Enfoque Metodológico**, contiene seis (6) Capítulos que comprenden: **Capítulo I** Los Lineamientos Metodológicos; **Capítulo II** El Método Dialéctico; **Capítulo III** La Argumentación; **Capítulo IV** Los Ámbitos Relacionales; **Capítulo V** Las Fuentes de Información y **Capítulo VI** El Análisis Crítico del Discurso.

La **Tercera Parte**, se ha denominado **Marco Referencial**, comprende nueve (9) Capítulos en el siguiente orden: **Capítulo I** Antecedentes; **Capítulo II** Definiciones de Poder; **Capítulo III** Un Marco Referencial sobre las Relaciones de Poder; **Capítulo IV** Algunas Consideraciones sobre las Teorías Feministas y las

Desiguales Relaciones de Poder; **Capítulo V** Referentes Teóricos Antitéticos Sobre las Relaciones de Poder; **Capítulo VI** Teoría de las Élites; **Capítulo VII** La Teoría del poder de Max Weber, como referente teórico necesario de contrastación; **Capítulo VIII** La Sociología de las Profesiones; **Capítulo IX** Antecedentes de la Enfermería Universitaria.

La **Cuarta Parte,** denominada D**esarrollo Argumental de la Tesis: Contrastación Dialéctica Teoría-Empiria,** constituye el Cuerpo de la Tesis y está conformada por cinco (5) Capítulos. El **Capítulo I** Argumentaciones de Fundamentación como punto de partida para el transito hacia la síntesis mediante la contrastacion Tesis/Antitesis o viceversa. El **Capítulo II** Argumentaciones Sobre las Contradictorias Relaciones de Poder en el Ámbito Asistencial. El **Capítulo III** Argumentaciones sobre las Contradictorias Relaciones de Poder en el Ámbito Académico. El **Capítulo IV** Argumentaciones sobre las Contradictorias Relaciones de Poder en el Ámbito Político. El **Capítulo V** Argumentaciones sobre las Asimétricas Relaciones de Poder en el Ámbito Social**.** En estos ámbitos, de conformidad con las disposiciones metodológicas, se argumentan la Tesis y la Antítesis sustentadas por las teorías, las entrevistas en profundidad como aporte testimonial, el resultado de las encuestas y los referentes empíricos descubiertos que afirman la tesis sobre la existencia de asimétricas relaciones de poder entre enfermería y medicina.

La **Quinta Parte** titulada **Consideraciones, Argumentaciones Concluyentes y Propuestas** está dividida en dos (2) Capítulos: **Capítulo I** Argumentaciones Concluyentes y el **Capítulo II** Caracterización Sintética y Sugerencias/Propuestas.

Finalmente, de acuerdo con la racionalidad procedimental adoptada (el esquema que parte de los Supuestos y culmina en la Tesis) los Hallazgos obtenidos – en cuanto que son resultantes de la contrastación Supuestos, Teorías, Referentes Empíricos, Argumentos - se asumen como Conclusiones que afirman la Tesis.

Para abrirnos los ojos no conozco otro medio que el de poner al frente al otro, frente a nosotros, aunque solo sea para hacer que nuestras pupilas merezcan este nombre (…..) Lo malo es que lo que nos es extraño nos atemoriza, y la parte del otro que aparece a nuestro lado destruye la certidumbre de que somos únicos.

Pascal Dibie, (1999)

PRIMERA PARTE

ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL ESTUDIO

La **Primera Parte,** titulada **Aspectos Fundamentales del Estudio**, comprende tres (3) Capítulos sobre aspectos esenciales del trabajo referidos al objeto de estudio y su abordaje: el **Capítulo I** comprende el Problema, el Propósito, el Área Temática y la Descripción del Problema. El **Capítulo II** contiene los Supuestos. El **Capítulo III** contiene la Justificación.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

La escasa participación de Licenciadas (os) en Enfermería en contraposición, a la marcada participación de médicos en los más altos cargos del Poder Público y de organismos estatales, en Venezuela, se percibe como expresión de desiguales relaciones de poder que, establecidas desde la hegemonía médica, limitan el desarrollo político y el reconocimiento social de Enfermería. Esta realidad social requiere ser estudiada para conocer la existencia de contradictorias relaciones de poder, entre ambas profesiones, y su potencial transformación.

PROPÓSITO

Estudiar dialécticamente las relaciones de poder que, establecidas entre medicina y enfermería, limitan el desarrollo sociopolítico; su participación en las altas esferas políticas, específicamente en las de salud del Estado Venezolano y el reconocimiento social de los profesionales de enfermería, para contribuir, en razón de los hallazgos obtenidos, a repensar el posicionamiento sociopolítico de la Enfermería universitaria en Venezuela.

ÁREA TEMÁTICA

El área temática esta constituida por la interrelación Enfermería, Medicina y Política (en específicos ámbitos de realización) como derivación de planos más amplios (**Sociedad-Desarrollo-Profesiones-Poder)** que, como tales, demandan la concurrencia de factores epistemológicos, científico-tecnológicos, curriculares, sociológicos, históricos y sus articulaciones en niveles que permiten abordar las relaciones de poder que, en el decurso de la Enfermería universitaria en Venezuela, han limitado y limitan su desarrollo profesional y participación efectiva en ámbitos de decisión política.

Es de hacer notar que en razón de que el Programa Doctoral de Enfermería, Área Salud y Cuidado Humano contiene, como expresión de su política académica, un Área Temática (también llamada Línea de Investigación) denominada **"Cuidado Humano, Políticas de Salud, Atención Primaria de Salud y Desarrollo Endógeno",** la presente Tesis - que versa sobre el poder – se corresponde de manera directa y específica con dos (2) de las dimensiones que conforman el campo de investigación de la precitada Línea (**Políticas de Salud y Desarrollo Endógeno)** e indirectamente con las dos restantes (**Cuidado Humano y Atención Primaria de Salud)**. En el entendido que el término Política puede ser definido como *"La actividad humana tendente a gobernar o dirigir la acción del Estado en beneficio de la sociedad"* (Giner, 1998, p.583) o también puede ser definida como *"El proceso*

orientado ideológicamente hacia la toma de decisiones para la consecución de los objetivos de un grupo" entonces el estudio del Poder y las relaciones de poder en enfermería (por su naturaleza política) adquieren condición de tema de investigación con carácter insoslayable e impostergable.

Más aún, debe considerarse que *"Política es el proceso social mediante el cual los hombres o las agrupaciones se distribuyen poder, autoridad y recursos de modo que las decisiones alcanzadas poseen fuerza y entran en vigor dentro de un ámbito dado"* (Giner, 1998, 583) En esta perspectiva, el Área Temática o Línea, a la cual corresponde la Tesis, contiene los componentes o dimensiones: **Políticas de Salud** y **Desarrollo Endógeno,** que se inscriben en el concepto de Políticas Públicas y Modelos de Desarrollo, respectivamente. De manera que desde el nivel de las políticas públicas (y las políticas de salud lo son en el caso venezolano) se hace necesario plantearse ¿Existe equidad en la distribución de poder entre médicos y enfermeras? ¿Cuáles actores del área de la salud poseen mayor cuota o la totalidad del poder en tales políticas públicas? ¿Cuáles son los mecanismos decisionales y qué proceso de interacción se da entre los actores?

No se considera necesario abundar en la dimensión Desarrollo Endógeno, en razón de que las políticas públicas están insertas en un modelo de desarrollo que, para el caso venezolano, a partir de 1999 es el Modelo de Desarrollo Endógeno que ha sido definido en los siguientes términos:

> *El desarrollo endógeno es una interpretación que ayuda a comprender el papel determinante de la interacción entre tecnología, organización de la producción, desarrollo urbano e instituciones en la dinámica económica… En el escenario actual de transformaciones económicas, organizativas, tecnológicas, políticas e institucionales, conviene adoptar una visión de la dinámica económica y social, que permita considerar las respuestas de los actores económicos y, así, identificar los mecanismos del desarrollo económico. Los estudios teóricos y los análisis de experiencias de reestructuración productiva y de dinámica urbana y regional han permitido conceptualizar el desarrollo endógeno como una interpretación útil para el análisis y para la acción.* (Vásquez, 2009, pp.1-2).

Otra de las definiciones expone que comprende la:

> *La capacidad para transformar el sistema socioeconómico; la habilidad para reaccionar a los desafíos externos; la promoción de aprendizaje social; y la habilidad para introducir formas específicas de regulación social a nivel local que favorecen el desarrollo de las características anteriores. Desarrollo endógeno es, en otras palabras, la habilidad para innovar a nivel local"* (Garófoli 1995, citado por Boisier, 2001, p.3).

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Es indiscutible la importancia de Enfermería en razón de que es una profesión académica de particular responsabilidad social y elevada sensibilidad humana, cuyo ethos es el Cuidado Humano. Sin embargo, luce evidente que tan alta responsabilidad socio-profesional no guarda correspondencia con los niveles de participación política que sí se observa en otras profesiones del ámbito de la salud, particularmente en el caso de medicina.

Esta situación configura un problema de investigación, fundamentalmente en el contexto de la nueva filosofía, políticas de salud y modelo de desarrollo contenidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (entre cuyos ejes están la equidad y la participación), de la cual pareciera derivar la Línea de Investigación "Cuidado Humano, Políticas de Salud, Atención Primaria de Salud y Desarrollo Endógeno", del Programa Doctoral.

En este sentido, identificado el problema, se plantea el mismo en los siguientes términos: **La escasa participación de Licenciadas (os) en Enfermería en contraposición, a la marcada participación de médicos en los mas altos cargos del Poder Público y de organismos estatales, en Venezuela, se percibe como expresión de desiguales relaciones de poder que, establecidas desde la hegemonía médica, limitan el desarrollo político y el reconocimiento social de Enfermería. Esta realidad social requiere ser estudiada para conocer la existencia de contradictorias relaciones de poder, entre ambas profesiones, y su potencial transformación.**

Cabe destacar que - aunque hoy es cada vez más evidente en Enfermería la articulación entre estructura científica, estructura académica y productos intelectuales - existen algunas aristas sobre las cuales no se ha investigado durante estas cuatro décadas de su existencia como profesión universitaria en el país.

Las relaciones de poder que surgen y se establecen entre enfermería y las otras ciencias de la salud, con particular referencia a la medicina, es una de las aristas que en esta Tesis Doctoral se abordó a partir de una observación puntual: La Enfermería, como disciplina científica perteneciente al área de la salud y como profesión universitaria, forma parte del equipo de salud en los centros asistenciales, contribuye con su saber en los espacios académicos de formación superior, así como también contribuye al desarrollo de la salud pública en Venezuela pero, en contraposición, no tiene presencia en los órganos rectores de las políticas de salud en el país, ni participa equitativamente en los órganos de poder publico, incluidos los académicos.

Esta situación pone de relieve la exclusión y discriminación de la profesión en los espacios de poder.

Es preciso señalar que el problema abordado se percibe contextualizado por múltiples factores que inciden en él y sobre los cuales se avanzó progresivamente dada la naturaleza compleja del mismo. En el estudio de la problemática planteada encontramos – entre otros referentes -que esta profesión carece del reconocimiento que sí se le confiere a medicina, no obstante la existencia de una metodología o protocolos instrumentales (Proceso Enfermero) con los cuales la enfermera despliega sus actividades basada en conocimientos consolidados, en una fundamentación profunda e integradora del cuidado humano, para un ejercicio Profesional eficaz y eficiente y, por tanto, para ser reconocida socialmente, como una profesión autónoma.

Del mismo modo, se percibe una escasa participación de enfermería en la gerencia de salud (Ministros, viceministros, directores de Institutos de Salud, directores de hospitales y de clínicas privadas jefes de servicio, etc.) revelando que no siempre se cumple la máxima: *Conocimiento es Poder*. En Enfermería se asume la responsabilidad del cuidado con altas competencias profesionales y titulaciones académicas pero sin la autoridad consecuente; se manifiesta entonces, lo que se puede denominar la Paradoja Enfermera ¿A mayor conocimiento, menor reconocimiento y mayor dominación? Es decir, independientemente del conocimiento adquirido, expresado en competencias profesionales crecientes y títulos de IV y V nivel alcanzados por Enfermería, se revelan relaciones de poder en las que la hegemonía médica - articulada a las contradicciones de clase y a los procesos de masculinización de la vida - mantiene valores dominantes en los planos: asistencial, académico, político y social, correspondientes a la concepción capitalista/masculina y occidental del mundo.

Podemos inferir entonces, que se ha asumido a la Enfermería como actividad tradicionalmente femenina, incluso, desde el punto de vista lingüístico pues en inglés *"Nurse"* tiene su origen en la palabra matriz *nodriza*, que significa *"madre de cría"*. Esto le confiere características especiales y muy propias a la profesión porque, culturalmente, en algunas sociedades se consideraba a la mujer con inferiores condiciones respecto del hombre, en una relación de absoluta sumisión y sin formación académica, políticamente indiferente, pasiva en su integración social.

En este sentido, hay quienes como Robinson (1946) - en correspondencia con clasificaciones de las diversas fases evolutivas de Enfermería: etapa doméstica, etapa vocacional, etapa técnica y la etapa profesional - afirman que "*La enfermera es el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos*" (Robinson, 1946 citada por Donahue, 1985, p.2)

Así, el problema se describe en términos de la relación de dominación/subordinación que obstaculiza y condiciona el desarrollo sociopolítico y el reconocimiento social de Enfermería, fundamentalmente en lo que respecta a su magra presencia en las esferas de elaboración y decisión de políticas de salud, así como en la gestión y/o dirección de instituciones correspondientes al Sistema de Salud, entre otros ámbitos tratados. Es este un problema cuya génesis, expresiones, contradicciones, niveles de conflictividad y aceptación/rechazo, interesa investigar para contribuir a repensar el posicionamiento sociopolítico de la Enfermería Universitaria en Venezuela.

CAPÍTULO II

SUPUESTOS

1. La escasa participación de Enfermería, en los más altos espacios de poder de la burocracia estatal o privada (incluidas la administración académica y la decisional

en salud) luce desigual, si se contrasta con la participación de medicina en los mismos espacios.

2. Factores como clase social, relaciones con los medios de producción y género, condicionan las asimétricas y contradictorias relaciones de poder entre enfermería y medicina.

3. La medicina como Profesión elitesca y hegemónica – en contraposición con la condición de saber sometido que caracteriza a Enfermería - ha desarrollado un alto grado de dominación que le permite la apropiación de referentes materiales y simbólicos de enfermería.

4. Siendo la Enfermería hoy una disciplina científica, con un cuerpo de teorías, metodologías propias y titulaciones de IV y V nivel, luce contradictoria su baja participación política en espacios de poder, contrariamente a lo que ocurre con medicina.

5. La División Social del Trabajo (contradicción trabajo intelectual/trabajo manual) condiciona la división social de las profesiones en términos de profesiones dominantes y profesiones dominadas, como es el caso de medicina y enfermería respectivamente.

6. El incremento de la masa crítica de enfermería, el dominio temático y de conocimientos de frontera, así como su proceso cognitivo en expansión que se corresponde con el crecimiento de las fuerzas productivas, constituye amenaza para la dominación de medicina sobre enfermería que activa sus mecanismos de sometimiento.

7. La sumisión, pasividad, conformismo, baja participación política y estigmatización de Enfermería son expresiones de relaciones de clase antagónicas con medicina y del papel que cumple, para tales propósitos, la educación formal y los medios de comunicación.

8. La currícula para formación de enfermeras/os en las escuelas de las Universidades Autónomas constituyen fuentes cognitivas para el establecimiento de una conciencia de clase que reproduce los mecanismos de sujeción de las enfermeras a la dominancia médica.

CAPITULO III

JUSTIFICACION

En el transcurso de estos últimos diecisiete años en mi condición de Licenciada en Enfermería y en mi desempeño como Profesora Universitaria, he podido observar sustanciales cambios en la formación de Enfermería. Sin embargo, a pesar de que la Enfermería como disciplina académica, en cuanto que carrera universitaria, es de reciente data en nuestro país (década de los sesenta) y que al igual que medicina es una de las más antiguas artes y profesiones de la salud, en su desarrollo pueden observarse obstáculos y caminos críticos, sobre todo en lo que se refiere a su estatuto científico como soporte de su práctica para ser reconocida como ciencia, para disponer de un elevado capital simbólico (reconocimiento social) y para acceder a las esferas de poder del Estado venezolano donde su presencia, en términos de reconocimiento y equidad sean una realidad.

El interés principal de realizar mi tesis doctoral, a partir del tema Relaciones de Poder en la Enfermería Venezolana, se origina en:

a) La identificación de situaciones que considero atraviesa nuestra profesión en lo que refiere a su participación política y su reconocimiento social, así como de permanentes reflexiones y motivaciones sobre aspectos que, en las esferas sociopolítica e ideológica de enfermería, no forman parte - al menos de manera explícita – ni de los temas usuales de investigación académica, ni del contenido de jornadas, congresos, simposios, conversatorios u otras modalidades de organización, ya sean de inspiración gremial o académica, ni del discurso cotidiano en nuestros profesionales. Tal situación, permanente desde los inicios de la enfermería universitaria en Venezuela, no parece corresponderse con la importancia política – implícita o explicita - que sobre todo actualmente adquiere Enfermería en el contexto de las nuevas políticas de salud puestas en marcha en el país desde las concepciones de salud contenidas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, ni con la condición de clase de quienes mayoritariamente conforman la profesión.

b) la existencia de un espacio académico como el Doctorado en Enfermería de la Universidad de Carabobo que, por su naturaleza y contenidos, luce como escenario propicio para desarrollar - con el rigor requerido tanto por el nivel académico, el producto intelectual correspondiente, así como por la complejidad temática y la imprescindible libertad investigativa - las reflexiones e inquietudes expresadas ut

supra. En este sentido, es necesario destacar que el mencionado Programa Doctoral contiene una Línea de Investigación o Área Temática con dimensiones expresamente orientadas en su denominación (**Cuidado Humano, Políticas de Salud, Atención Primaria de Salud y Desarrollo Endógeno)** hacia el tratamiento de las políticas de salud y de una particular concepción del desarrollo

Asimismo, se han observado una serie de limitaciones que obstaculizan el desarrollo político pleno de la Enfermería y su autonomía de de la hegemonía médica, superando así su condición de saber sometido Foucault (1981). Entre tales imitaciones podemos señalar: **a)** escasa participación en los espacios de diseño, elaboración, y toma de decisiones respecto de las políticas de salud; **b)** magra oportunidad para acceder a los cargos de máxima relevancia decisoria en la burocracia estatal; **c)** exiguo reconocimiento social; d) no obstante el incremento progresivo de su masa crítica de IV y V nivel, resulta contradictoria su baja y tutelada producción científica, así como la limitada difusión y utilización de la misma por carencia de plataformas editoriales propias.

Teniendo en cuenta que Enfermería es una profesión no liberal, dominada, cuyos profesionales (en Venezuela) ocupan una posición subordinada en las relaciones sociales de producción y, siendo que estas definen las relaciones sociales para producir y reproducir la vida material y cultural de sus actores, como una relación de poder y una relación de fuerzas entre las clases, entonces abordar el

desarrollo de una investigación sobre un tema que compete a todos los profesionales de la enfermería, resulta no solo necesario y pertinente desde el punto de vista académico, sino insoslayable desde la perspectiva ética y desde mi compromiso social como investigadora.

Lo que se busca con este trabajo de investigación es poner de relieve la importancia del estudio de las relaciones de poder que permite revelar las contradicciones entre esencia y apariencia, forma y contenido, en las relaciones establecidas por médicos y enfermeras, por medicina y enfermería. Se trata de una puesta al día de nuestra realidad sociopolítica en términos de conciencia de clase para contribuir al tránsito dialéctico de **la conciencia en sí hacia la conciencia para sí**.

De manera que de acuerdo a lo expuesto, emprender la tarea de elaborar esta Tesis Doctoral tiene como motivaciones fundamentales (esquemáticamente) lo siguiente:

1) Es impostergable el estudio de las relaciones de poder para comprender los factores que limitan el desarrollo social, profesional y político de Enfermería en Venezuela, puesto que tal comprensión es factor clave para el diseño de estrategias que reorienten el papel sociopolítico, a través de su validación como disciplina científica y de su inserción en las más altas esferas de poder vale decir, en los espacios de decisión política del Estado venezolano.

2) La inexistencia en el país de estudios académicos -en el nivel doctoral - sobre este objeto de estudio, permite suponer que este trabajo es una contribución al conocimiento del asunto.

3) Hay una insurrección de conocimientos sometidos como reacción a la marcada tendencia positivista de generar un cuerpo unitario de teoría como ciencia única, que niega la diversidad aludiendo a la relación del saber y el poder político, para superar la descalificación que sufren profesiones como Enfermería.

4) Mediante el estudio de las contradicciones de clase y del desarrollo de la sociedad moderna que determinan la invisibilidad de la mujer, fundamentalmente en lo que respecta a su trabajo, a las actividades de cuidado de la vida y por ende a Enfermería, se pueden diseñar estrategias y políticas para alcanzar mayor reconocimiento socio-profesional y sociopolítico de enfermería en nuestro país.

5) La adopción del problema a tratar y su encuadre metodológico fortalecen la Línea de Investigación del Programa Doctoral denominada **'Cuidado Humano, Políticas de Salud, Atención Primaria y Desarrollo Endógeno'**, por cuanto amplía sus perspectivas de incorporar conceptos y categorías; métodos, metodologías y procedimientos que permiten desarrollar temáticas no tratadas desde enfermería, no obstante ser realidades que le son propias.

*No muestres solo el fin, muestra***)** *también la ruta, pues el fin y el camino tan unidos se hallan, que uno en otro se cambian y cada ruta descubre un nuevo fin.*

(Ferdinand LaSalle, citado por León Trotsky

SEGUNDA PARTE

ENFOQUE METODOLÓGICO

Esta Segunda Parte, denominada Enfoque Metodológico, contiene seis (6) Capítulos que comprenden: **Capítulo I** Los Lineamientos Metodológicos; **Capítulo II** El Método Dialéctico; **Capítulo III** La Argumentación; **Capítulo IV** Los Ámbitos Relacionales; **Capítulo V** Las Fuentes de Información y **Capítulo VI** El Análisis Crítico del Discurso.

CAPÍTULO I

LINEAMIENTOS METODOLOGICOS

Se debe comenzar clarificando dos asuntos: 1) Asumo la enfermería como una disciplina con dos vertientes epistémicas y cognitivas diferentes, en la cual convergen algunas correspondientes a las ciencias naturales y otras tantas a las ciencias sociales, cuestión esta que la hace una disciplina y profesión de significativa complejidad; 2) Resulta frecuente la confusión y uso indistinto de dos términos que erróneamente se asumen como sinónimos; nos referimos a Método y Metodología.

Si bien es cierto que, en una primera aproximación la palabra método proviene del griego *metha* (más allá) y *odos* (camino), significa literalmente **camino o vía para llegar más lejos** (hace referencia al medio para llegar a un fin); en su significado original esta palabra nos indica que el camino conduce a un lugar. Metodología en cambio, es el conjunto de métodos de investigación apropiados al quehacer de una ciencia. Sin embargo, es de hacer notar que en razón de la unicidad metódica ciencias sociales /ciencias naturales, propuesta por Bunge (1969) se hace necesario considerar que dada la complejidad que reviste la realidad social y la pluralidad de orientaciones teóricas que existen, tal pluralismo cognitivo ha conducido a la propuesta del pluralismo metodológico.

Al respecto, Beltrán (1990) afirma que las ciencias ocupadas del estudio de la realidad social contienen dos asuntos que ameritan consideración: **1)** Lo dificultoso

que es referirse a un método científico; **2)** Las ciencias naturales constituyen el espejo en el cual se han de mirar las ciencias sociales. Pero hemos visto que Enfermería es una disciplina híbrida (en la acepción de Bunge) y, en este sentido el asunto de método y metodología adquiere relevancia.

Desde nuestra postura, resulta imprescindible intentar establecer las diferencias que tipifican tanto al método como a la metodología para superar los reduccionismos que, por ejemplo *"Identifican funcionalismo con la "encuesta" y al marxismo como no-encuesta"*. (Lanz, 1977, p.112). De manera que puesto que se adhiere a la concepción de que un método es método de una teoría, entonces nuestra definición de método es la siguiente:

> *Un método es un sistema articulado de conceptos y categorías a través de los cuales una teoría determinada se despliega y actualiza. Es un modo de existencia de la teoría que implica un modo de abordamiento de lo real. El método es una relación entre un determinado discurso….y las determinaciones objetivas de los cuales…surge* (Lanz, 1977, p.114).

Por derivación - y siendo la metodología un plano epistemológico completamente distinto al método (no obstante su relación) - entenderemos por metodología el nivel de formalización operacional a través del cual un determinado método se despliega.

En este orden de ideas, el método dialéctico, en su sentido más amplio como es el caso de su empleo en esta tesis, implica un proceso que orienta la investigación

no solo para teorizar sobre la realidad del objeto de estudio, sino que implica un proceso de transformación de esa realidad como plantea Marx en la Tesis 11 sobre Feuerbach.[1]

Es decir, en nuestro trabajo el método dialéctico no se limita al campo técnico, no constituye un conjunto de procedimientos lineales, sino que desde la categoría **contradicción**, fundamentalmente la categoría contradicciones de clase contenida en las profesiones de la salud (Medicina-Enfermería) se estudian las relaciones de poder como lucha de contrarios y sus consecuencias o expresiones de carácter objetivo. En la modalidad adoptada acá se abre la posibilidad de interconectar las posturas teóricas del investigador con las categorías y conceptos que proporciona el materialismo histórico.

En razón de lo señalado antes, se parte de la consideración de que el uso acrítico de metodologías rígidas como la positivista, limitan la construcción del conocimiento, y por tanto se asume, en razón de la naturaleza compleja del objeto de estudio que planteamos en este trabajo, que el pensar abierto y crítico es mucho más enriquecedor (sin que ello signifique eclecticismo teórico o metodológico).

Pero también habría que considerar que a lo largo de la historia del conocimiento humano, siempre han existido dos concepciones sobre las leyes del desarrollo del Universo: La concepción metafísica y la concepción dialéctica. La

primera explica el desarrollo como disminución, aumento y como repetición; la segunda, como unidad de contrarios. En la primera, la realidad luce aislada, estática, unilateral e inmutable; en ella, las cosas del mundo y sus características han permanecido iguales desde sus inicios, y cualquier cambio no ha sido, o no pasa de ser más que un aumento o disminución cuantitativos; por ello, en esta concepción, los cambios son solo aumento o disminución cuantitativos o simple desplazamiento. Además, para tal concepción, la causa del aumento, disminución o desplazamiento no está dentro de las cosas mismas, sino fuera de ellas, es decir, en el impulso de fuerzas externas. Consideran que, las cosas de determinada especie solo pueden dar origen a cosas de la misma especie, y jamás pueden transformarse en cosas de una especie distinta. Como vemos, la concepción **metafísica** no puede explicar ni la diversidad cualitativa de las cosas, ni el fenómeno de la transformación de una calidad en otra.

Por su parte, la concepción **dialéctica materialista** del mundo sostiene que, para comprender el desarrollo de una cosa de la realidad, debemos estudiarla por dentro y en sus relaciones con otras cosas, con otras realidades. Se debe considerar que el desarrollo de las cosas es un automovimiento, interno y necesario, y que, en su movimiento, cada cosa se encuentra en interconexión e interacción con las cosas que la rodean.

La causa fundamental del desarrollo de las cosas no es externa sino interna; es decir, reside en su carácter contradictorio interno. Todo entraña este carácter

contradictorio, de ahí su movimiento, su desarrollo. Así, el carácter contradictorio interno de una cosa es la causa fundamental de su desarrollo, en tanto que su interconexión y su interacción con otras cosas son causas secundarias. Pero, ¿Excluye la dialéctica materialista las causas externas? En rigor, no solo no las excluye en tanto que son condicionantes objetivas, sino que más bien considera a las causas externas como constitutivas del cambio, y las causas internas, su base, aquellas actúan a través de éstas. Puede hablarse, entonces, de la universalidad o carácter absoluto de la contradicción; ello significa, por una parte, que la contradicción existe en el proceso de desarrollo de toda cosa y, por la otra, que el movimiento de los contrarios se presenta desde el comienzo hasta el fin del proceso de desarrollo de cada cosa. La interdependencia y la lucha entre los contrarios existentes en cada una de las cosas, determinan su vida e impulsan su desarrollo.

Desde esta perspectiva, esta tesis afirma que Enfermería y Medicina operan en la identidad y lucha de contrarios puesto que la existencia de cada uno de los dos aspectos de la contradicción, presupone la existencia de su contrario y ambos coexisten en un todo único. Sobre la base de determinadas condiciones, cada uno de los dos aspectos contradictorios se transforma en su contrario.

En todo proceso, los aspectos de una contradicción se excluyen, luchan y se oponen entre sí. Más aún, ninguno de los dos aspectos contradictorios puede existir independientemente del otro. Si falta uno de los dos contrarios, falta la condición

para la existencia del otro. La unidad o identidad de contrarios en las cosas no es algo muerto, petrificado, sino algo vivo, condicional, móvil, temporal y relativo; sobre la base de determinadas condiciones cada uno de los aspectos de la contradicción se transforma en su contrario. Se hace claro el papel del antagonismo de la contradicción. El antagonismo es una forma, pero no la única, de la lucha de contrarios. Algunas contradicciones tienen un carácter antagónico abierto, mientras que otras no. Siguiendo el desarrollo concreto de las cosas, algunas contradicciones, originalmente no antagónicas, se transforman en antagónicas, en tanto que otras, originalmente antagónicas, se transforman en no antagónicas.

Como se ve, hay nuevos modos de hacer y pensar la ciencia que van configurando un paradigma diferencial en concordancia con las nuevas concepciones sobre el ser humano como sujeto y objeto de conocimiento científico y sus inseparables vínculos relacionales con el contexto que le circunda. Hoy, se observa la progresiva sustitución del modelo o paradigma positivista en la investigación social dada su impropiedad, inadecuación e inaplicabilidad relativa en disciplinas que, por su naturaleza compleja como es este caso, están distantes de la aparente naturaleza lineal de otras disciplinas.

En este sentido, se adopta el método dialéctico por su característica esencial que considera los fenómenos históricos y sociales, como el que se aborda en esta tesis, en continuo movimiento. Mediante la dialéctica, se pueden conocer los códigos,

mecanismos o leyes que operan tanto en la estructura económica (medios de producción y relaciones sociales de producción) como en su correspondiente superestructura. Cabe acotar que, en atención a la naturaleza compleja del fenómeno abordado (Enfermería y Relaciones de Poder) y al hecho de que es ésta una investigación teórica, resulta pertinente adherir al Paradigma de la Complejidad, al Pensamiento de Segundo Orden[2] en el entendido que *"un pensamiento mutilante conduce, necesariamente, a acciones mutilantes*" como lo expresa (Morin, 1995, p.5) en Epistemología. Introducción al Pensamiento Complejo Sin embargo, "*la dificultad del pensamiento complejo es que debe afrontar lo entramado (el juego infinito de inter-retroacciones), la solidaridad de los fenómenos entre sí, la bruma, la incertidumbre, la contradicción.*" (Morin, 1995, p.5)

La complejidad lleva en su seno confusión, incertidumbre, desorden. Su definición primera no puede aportar ninguna claridad, es complejo aquello que no puede resumirse en una palabra maestra, aquello que no puede retrotraerse a una ley, aquello que no puede reducirse a una idea simple. Dicho de otro modo, lo complejo no puede resumirse en el término complejidad, retrotraerse a una ley de complejidad, reducirse a la idea de complejidad. La complejidad no sería algo definible de manera simple para tomar el lugar de la simplicidad. "*La complejidad es una palabra problema y no una palabra solución"* (Morin, 1995, p.3).

El Pensamiento Complejo no plantea soluciones sino que las problematiza. Se trata de ejercitar un pensamiento capaz de intentar dialogar, negociar, con lo real. Mientras que el pensamiento simplificador desintegra la complejidad de lo real, el pensamiento complejo integra lo más posible los modos simplificadores de pensar, pero rechaza las consecuencias mutilantes, reduccionistas, unidimensionales y finalmente cegadoras de una simplificación que se toma por reflejo de aquello que hubiere de real en la realidad. Implica también, por principio, el reconocimiento de los lazos entre las entidades que nuestro pensamiento debe necesariamente distinguir, pero no aislar, entre sí. Pascal (1640) había planteado, correctamente, que todas las cosas son *"causadas y causantes, ayudadas y ayudantes, mediatas e inmediatas, y que todas (subsisten) por un lazo natural a insensible que liga a las más alejadas y a las más diferentes"* (Pascal, 1640, citado por Morin, 1995, p.3) Así es que el pensamiento complejo está animado por una tensión permanente entre la aspiración a un saber no parcelado, no dividido, no reduccionista, y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento.

El pensamiento complejo es vital para esta Tesis de Enfermería, por ser Enfermería una práctica social que comprende un conjunto de acciones humanas y, por tanto, un juego de relaciones, que no se pueden estudiar tomando en cuenta solo elementos aislados, porque es parte de una realidad compleja que rebasa ampliamente cualquier visión disciplinaria. Asimismo, el mundo y la realidad que se percibe depende de la capacidad de percepción que proviene de la cultura de quien la

percibe, de tal manera que se pueden apreciar mundos y realidades diferentes. Es por esto que no se puede pretender que una percepción sea única y verdadera, solo se puede argumentar, porqué la percibo así y no de otra manera. De este modo, se puede decir que:

> *El pensamiento complejo es ante todo un pensamiento que relaciona. Es el significado más cercano del término complexus (lo que está tejido en conjunto). Esto quiere decir que en oposición al modo de pensar tradicional, que divide el campo de los conocimientos en disciplinas atrincheradas y clasificadas, el pensamiento complejo es un modo de religación. Está pues contra el aislamiento de los objetos de conocimiento; reponiéndoles en su contexto, y de ser posible en la globalidad a la que pertenecen*. (Morin 1995, citado por Arana, 2007, p. 3)

En concordancia con la línea de pensamiento expuesta hasta aquí, se ha decidido utilizar para la configuración de esta tesis, por una parte, la **Dialéctica, como método de análisis,** que asumimos, permite ir más allá de las apariencias relacionales, por cuanto su característica esencial es que considera los fenómenos históricos y sociales en continuo movimiento y por otra parte, la **Argumentación, como procedimiento,** a través del cual logramos el despliegue del método señalado.

CAPÍTULO II

EL MÉTODO DIALÉCTICO

Decidir sobre desarrollar la tesis con base en el método dialéctico, obedece a la convicción de que este método resulta adecuado y pertinente para acceder al conocimiento e interpretar la realidad. Asimismo, consideramos que desempeña, por una parte, un conjunto de funciones (reglas de articulación de los diversos momentos en el Proceso de Producción de Conocimientos [PPC], regulación del flujo de significaciones entre las prácticas específicas [medicina-enfermería] y por otra parte, permite el tránsito de lo abstracto a lo concreto con lo cual suponemos se reduce la dificultad de emprender un proceso de reconstrucción/re-interpretación de las relaciones de poder entre enfermería y medicina que entendemos se expresan dialécticamente; es decir, mediante un permanente movimiento. Sin embargo, el abordaje condujo a una inevitable interrogante: **¿Cómo avanzar desde lo abstracto a lo concreto?**

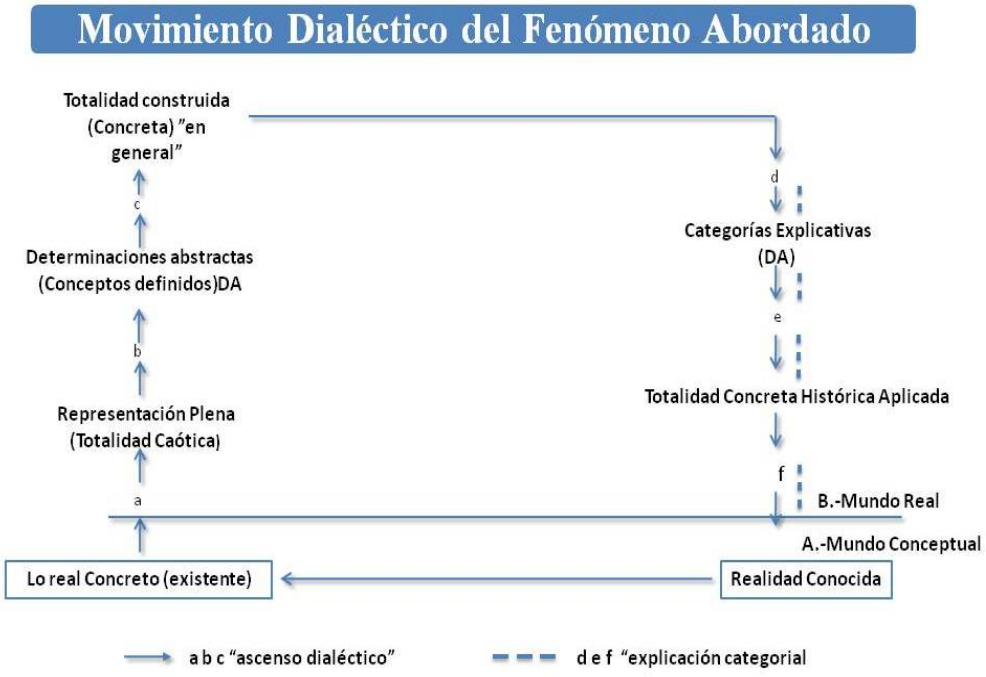
La respuesta pertinente ha sido, a través de procedimientos lógicos y consecuentes con las leyes de la dialéctica (Engels, 1947); (Tse-Tung, 1965) (Morles, 2009) tales como: **1)** Ley de los Cambios Cualitativos y Cuantitativos (todo el Universo, tangible o intangible; material o inmaterial está en permanente transformación); **2)** Ley de la Unidad y Lucha de Contrarios (los cambios en la

realidad tienen su causa en las contradicciones antagónicas o no-antagónicas de la misma); **3)** Ley de la Concatenación Universal (el Universo es relacional). Es decir, primero se investigan las contradicciones inherentes a la categoría más simple, se analizan por separado las categorías opuestas derivadas del análisis anterior y finalmente se descubre la esencia de la contradicción.

Solo descubriendo la esencia de la contradicción que encierra en sí misma alguna categoría podemos revelar dialécticamente las relaciones internas y con otras categorías superiores o concretas. Precisamente, en estas relaciones con categorías superiores se resuelve la contradicción en el entendido que, no necesariamente resolución significa supresión sino desarrollo; vale decir, es la síntesis resultante de la contradicción tesis/antítesis.

A tal efecto, como modelo de orientación en el recorrido dialéctico de este trabajo nos apoyamos en el esquema siguiente ***Movimiento dialéctico del fenómeno abordado.***

CUADRO 1 MOVIMIENTO DIALECTICO DEL FENOMENO ABORDADO



Fuente: Elaboración conforme al Esquema 5 de El Método dialéctico de lo Abstracto a lo Concreto (K. Marx, 1857)

En esta concepción, como se ve, la realidad no es algo inmutable, sino sujeta a contradicciones y a una evolución y desarrollo perpetuo. Por ello, propone que todos los fenómenos sean estudiados en sus relaciones con otros y en su condición de continua transformación puesto que nada existe como objeto aislado. En breve, este método aborda la sociedad y sus múltiples relaciones mediante una concepción de lucha de contrarios, de transformación y no puramente contemplativa.

Desde esta postura metodológica y en el entendido que la dialéctica permite categorizar, entonces, a partir de la categoría primaria 'clase social', se pueden derivar categorías que contribuyan a desentrañar y explicar las relaciones de poder – entre el complejo tramado o redes relacionales que se tejen en Enfermería y Medicina – que expresan contradicciones en el marco de la lucha de clases. Por ello, se incorpora al análisis dialéctico las llamadas profesiones liberales y no liberales – en términos de la División Social del Trabajo – que remiten a comprender la existencia de profesiones dominantes y dominadas, por lo que siendo Enfermería y Medicina profesiones de adscripción contraria en la división social del trabajo, en ellas, entonces, se manifiestan relaciones de poder en el orden explotador/explotado; dominador/dominado; hegemónico/sometido. No se obvia, en este trabajo, que además de lo señalado

> *El método dialéctico recurre también al empleo de pares de contrarios en necesaria acción recíproca como son el análisis y la síntesis, la inducción y la deducción, lo particular y lo general, lo histórico y lo lógico, lo diacrónico y lo sincrónico, lo concreto y lo abstracto, etc., que también sirven como categorías filosóficas en determinados casos.* (Gil de San Vicente, 2007, p.22).

Así, la dialéctica incluye la unidad y la contradicción de la teoría y la praxis, esto es, del pensamiento científico y filosófico y de los hechos históricos y empíricos. Del mismo modo, y precisamente porque la forma y el contenido, la esencia y la apariencia, nunca coinciden, porque uno es el opuesto o negación del otro, es que se entiende que las relaciones Medicina – Enfermería, expresan unidad y contradicción.

En este sentido, partir de lo concreto significa apropiarse empíricamente de lo material; sólo entonces el proceso de producción de conocimiento puede comenzar.

De allí que se haga necesario asumir una definición de la contradicción dialéctica, lo suficientemente amplia y general, que permita avanzar en el terreno de las subjetividades que pudiesen derivarse de factores simbólicos, como de las complejidades sociales, históricas, políticas, e ideológicas que suponen las relaciones y redes de poder al interior y exterior de la dupla medicina-enfermería como elementos constitutivos básicos de esta relación Por lo señalado, se adopta la siguiente definición:

> *La contradicción dialéctica es todo aquello que, sea como factor interno de un proceso dado, sea como factor externo a él, se opone al equilibrio de las fuerzas contrarias que configuran y determinan su identidad cualitativa global, y a través de un crecimiento cuantitativo de dicha oposición pueden transformarla en otra identidad diferente.* (Palacios 2006, p. 1-2)

Esta definición se refiere a la función principal que juegan las contradicciones dialécticas, como factores determinantes de los **cambios cualitativos** de un proceso cualquiera. Junto a ese rol transformador, la contradicción dialéctica, ejerce otro, -anterior y posterior al salto cualitativo- que consiste en restringir y limitar la expansión ilimitada de las fuerzas opuestas que conforman la identidad de todo proceso. Sin embargo, es importante señalar que la contradicción dialéctica no es una entidad especial, que coexistiría con otras propiedades de la realidad, no es una "cosa" entre otras:

> *Es el rol, la **función**, que asumen **todas** las "cosas" del universo, así como sus atributos, configurándose y delimitándose unas a otras, reforzando o restringiendo el equilibrio de contrarios, que conforma su identidad relativa; y lo que es aún más importante, induciéndose unas a otras a través de la interacción, a transformaciones cualitativas, que generan una innovadora evolución de la realidad.* (Palacios, 2006, p.2)

En breve, se adopta la dialéctica – como recurso metodológico- por su carácter abierto e interrogativo, en el cual las reflexiones surgen y se desplazan en flujo y reflujo permanente entre los distintos factores y/o componentes (sujeto y objeto; partes y todo). De la misma manera, se asume que los hechos deben ser estudiados considerando los referentes culturales, sociales, políticos e ideológicos de los actores tomando en consideración los contextos de realización.

En este sentido, queda claro que una investigación que incorpora la dialéctica – como la que se desarrolla en esta tesis – asume formas de causalidad que toman distancia de lo lineal y determinista para aproximarse a lo dialógico, interrelacional y la interpenetración, porque la contradicción dialéctica no produce una transformación del ser en no-ser, sino el paso de una forma de ser a otra forma de ser diferente. Es decir, una transformación cualitativa.

CAPÍTULO III

LA ARGUMENTACION

En el entendido que la Argumentación es un tipo de exposición que tiene como finalidad defender, con **razones o argumentos**, una tesis, es que en este mismo orden de lineamientos se adopta la Teorización Discursiva, como procedimiento, por su adecuación para el estudio de fenómenos muy complejos y/o poco conocidos, formalmente, en nuestro medio tal como lo es el estudio del problema planteado. Además, se parte de la consideración que hoy el modelo para la argumentación científica ya no reside en las formalizaciones deductivas sino en las interacciones, en lo relacional y en lo dialógico.

Sin embargo, siendo la Argumentación el procedimiento a utilizar para comprender las especificidades de nuestro objeto de estudio, es necesario puntualizar algunos conceptos y nociones básicas como las siguientes:

1) La argumentación es un tipo de discurso expositivo que tiene como finalidad defender con razones o argumentos una tesis, es decir, una idea que se quiere probar; o sustentar una hipótesis o bien, un conjunto de supuestos.

2) Argumentar, señala Wittgenstein (1975), es un juego del lenguaje y del pensamiento, es decir, una práctica lingüística sometida a reglas, que se produce en

un contexto comunicativo mediante el cual pretendemos dar razones ante los demás o ante nosotros. Las razones que presentamos para justificar un hecho o dicho de otra manera, pretende tener validez inter-subjetiva o susceptible de crítica y precisamente a través de ella para llegar a acuerdos comunicativos.

3) Argumentar es también, un "acto de habla", que puede ser complejo y requiere por lo menos de dos actos, uno que funciona como tesis y el otro que opera como argumento o premisa para una conclusión. Cuando un argumento es incorrecto o sus razones son insuficientes, irrelevantes, apresuradas o dudosas estamos frente a una falacia. La falacia no es un error epistemológico, es un argumento deformado, pero al fin y al cabo argumento, que muchas veces es utilizado adrede. Al respecto, la siguiente afirmación resulta ilustrativa:

> *Según Habermas… argumentar es un medio para conseguir un entendimiento lingüístico, que es el fundamento de una comunidad intersubjetiva donde se logra el consenso, que se apoya en un saber proporcional compartido, en un acuerdo normativo y de confianza mutua en la sinceridad subjetiva de cada cual. Para este autor, los sujetos capaces de producir lenguaje y acción, deben estar en condiciones no sólo de comprender, interpretar, analizar, sino también, de argumentar según sus necesidades comunicativas y de acción*. (Romero, 2008, p.7)

4) La argumentación, consta de tres momentos o etapas fundamentales: Introducción de la idea que se pretende defender, el desarrollo o argumentación global y la conclusión, en la que se confirma la tesis.

Por otra parte, atendiendo a la racionalidad procedimental (metodológica) adoptada en esta tesis es necesario señalar que se asume la argumentación en los siguientes términos:

> *La argumentación se desarrolla en forma de "proceso" y se articula así en fases o pasos en que se puede ir logrando el asentimiento a una afirmación o norma y donde cada paso o fase (en cuanto se consideran como cumpliendo los objetivos parciales al lograr esos asentimientos) sirven de apoyo a nuevos pasos en el proceso de lograr el asentimiento final. Esos pasos que forman parte del proceso total de argumentación y donde se intenta conseguir asentimientos parciales son denominados "argumentos".* De manera que*…" El tipo de proceso comunicacional de Argumentación que se articula de tal forma que a cada argumento Arg $_n$ es precedido por un Arg $_{n-1}$ - con lo que la admisión de su validez requiere la del argumento previo - se denomina "cadena argumental"... Cuando ningún participante en el proceso argumentativo que haya asentido a las afirmaciones o normas admitidas en el comienzo puede negar su asentimiento a ningún otro paso posterior sin contradecirse a sí mismo por haber asentido previamente a todos los pasos anteriores, se habla de una "argumentación concluyente. Una argumentación concluyente en apoyo de una afirmación (teoría) o norma (praxis) es denominada "fundamentación" de la misma; y en caso de tratarse específicamente de una afirmación de orden teórico se la llama "demostración".* (Rodríguez de Rivera, 1991, p.1)

De manera que la Proposición Central (Propósito) operacionalizada mediante Supuestos es probada y demostrada mediante razonamientos válidos (Argumentaciones) no en la lógica cerrada (que razona por derivación de premisas, en el sentido matemático) y cuyo modelo demostrativo sería:

sino en la lógica abierta, en el entendido que la lógica cerrada se focaliza en un conjunto de categorías también cerradas, útiles para describir funciones, funcionalidades y funcionamientos, pero no para desarrollar una línea argumentativa fundada en la dialéctica y en la categoría lucha clases como eje constitutivo de lo social como es el caso que nos ocupa en esta tesis, puesto que las categorías primarias del mismo, lo constituyen la categoría clase social y contradicción.

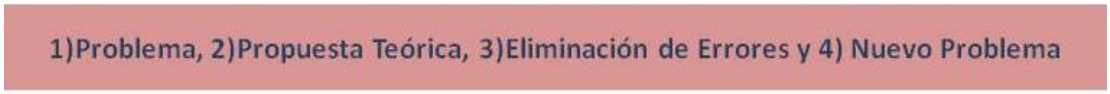
Por otra parte, los Supuestos (8) se asumen como Argumentos Anticipatorios que - mediante la dialéctica y la argumentación en sí, la Discursividad[3], que en el sentido habermasiano señala, que *"La fuerza argumentativa del discurso motivado racionalmente, animado por un deseo de racionalidad, es lo que posibilita en la práctica los acuerdos"* (Vega, 2001, p.6). En este sentido, el Modelo Argumental (de la Tesis) - que discurre en términos de Pro/Contra; Aprobación/Desaprobación; Afirmación/Negación, vale decir, la contrastación teórico/empírica entre Tesis, Antitesis y Síntesis se puede expresar de la siguiente manera y conduce a la Argumentación Concluyente.



Fuente: Elaboración propia a partir de la racionalidad metódico-procedimental decidida

Por otra parte, y en correspondencia con lo expuesto hasta aquí, es pertinente incorporar como soporte argumentativo la Teoría de la Anticipación, la cual puede decirse que inicialmente es ubicada en el mundo griego con los estoicos, para quienes sobre toda realidad hay un juicio anterior.

Sin embargo, la llamada Escuela de Frankfurt y quienes forman parte de la Teoría Crítica, entre ellos Max Horkheimer y Theodor Adorno (1944), sostienen que la cultura es anticipada, por tanto, no captamos la realidad por los sentidos sino que ésta es un producto cultural; así en nosotros no habita ninguna neutralidad sino la cultura. De la misma manera, sostienen que somos habitados por juegos de lenguaje en los cuales lo pasado constituye el punto desde el cual captamos la realidad Wittgenstein (1975). Generalmente, opinamos mediados por una ideología. ¿Pero qué es la anticipación? Es la generalización desde la cual pensamos la sociedad o sea, no pensamos a posteriori sino a anteriori equivalente al apriori de Kant. En este sentido, la anticipación nos habla de la contradicción entre: **a**) la Dialéctica Negativa de Karl Popper, que exalta el Empirismo y cuyo esquema es:



Fuente: Elaboración propia a partir de los planteamientos popperianos

Es este el llamado esquema lógico de situación y **b**) el esquema de la Totalidad Social Concreta propio de la dialéctica materialista y cuyo esquema, para el caso que nos ocupa, lo señalamos en la Segunda Parte de este trabajo y nos sirve de guía en nuestro desplazamiento al campo de análisis.

Desde el planteamiento metodológico anterior se destaca que la Tesis no se refiere a los logros o fracasos experimentados por individualidades de Enfermería, sino que se trata de indagar en torno a las relaciones de poder establecidas entre Enfermería y Medicina, a partir del supuesto que la primera presenta magro reconocimiento social y que sus miembros, en Venezuela y en términos significativos, carecen de participación política, entendida ésta como la presencia sistemática en la Estructura del Estado Venezolano, es decir, en espacios de poder político real y no ilusorio.

Cabe acotar, que el poder político es una consecuencia lógica del ejercicio de las funciones por parte de las personas que ocupan un cargo representativo dentro de la estructura de poder de un país. Se trata entonces de la relación entre dos profesiones antagónicas desde la condición de clase y complementarias desde la

funcionalidad del ejercicio profesional, sin embargo el reconocimiento social de ambas es diferencial.

CAPITULO IV

ÁMBITOS RELACIONALES

Para efectos del desplazamiento al campo de análisis se decidió establecer cuatro (4) Ámbitos Relacionales, los cuales se señalan y definen a continuación:

a) Ámbito Asistencial: El ámbito asistencial es definido como aquellos establecimientos de salud correspondientes a los diversos Subsectores, Niveles y Tipos que constituyen espacios institucionales para la práctica profesional de enfermeras/os y médicas/os, así como para la dirección y/o gerencia de tales establecimientos**.**

b) Ámbito Académico: Se define como aquel conformado por las instituciones universitarias que contienen espacios para la formación de médicos y enfermeras cuya estructura organizacional, marco legal, reglamentario o normativo y cultura política, regulan el acceso a los más altos cargos de autoridad, así como a la producción y difusión intelectual como expresión de una autonomía académica. Asimismo, aquellos espacios, universitarios o no, para la creación científica y producción tecnológica de bienes y servicios.

c) Ámbito Político: Entendido como aquellos espacios, fundamentalmente correspondientes al Poder Público de la estructura del Estado Venezolano, en cuyos Ápices Estratégicos y/o Tecnoestructura las enfermeras y médicos - en tanto que sujetos sociales y ciudadanos con igualdad de derechos sin discriminaciones por condición social o de otro orden, competencias profesionales y solvencia académica – ocupen o hayan ocupado los más altas cargos, por elección o designación; espacios estos en los cuales se diseñan, elaboran y/o toman decisiones políticas, incluidas las referidas a la salud.

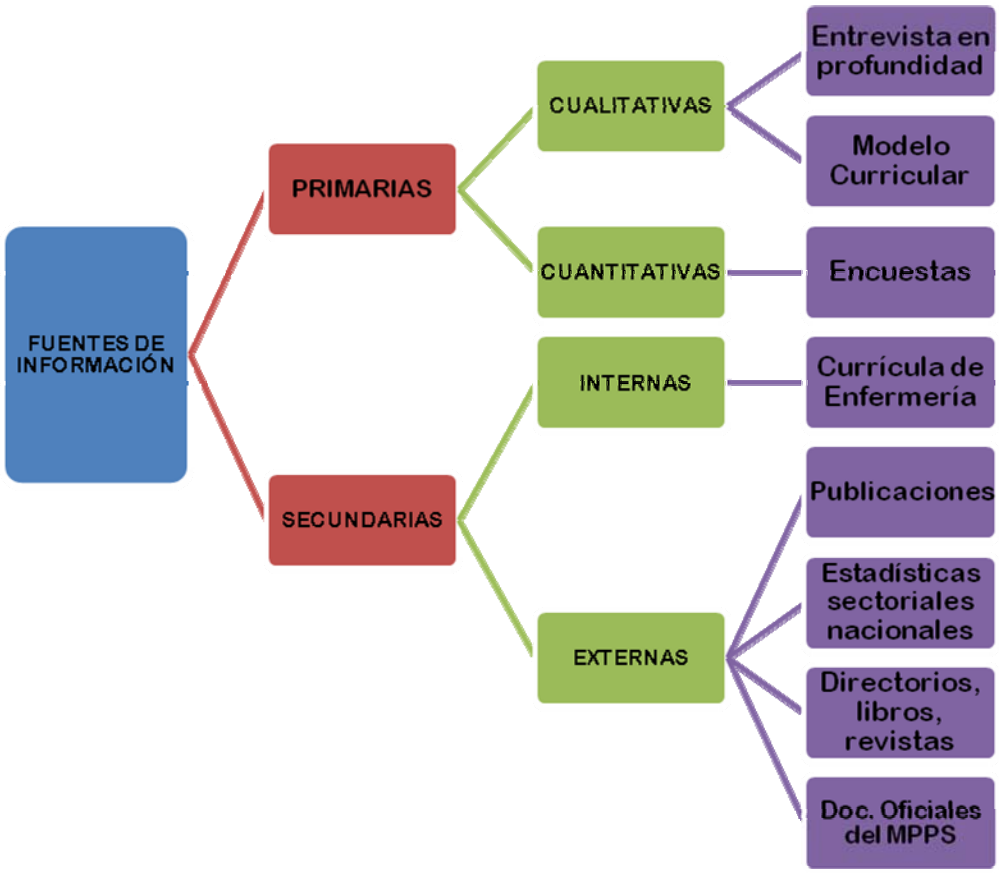
d) Ámbito Social: Este ámbito comprende, aquellos espacios específicos (distintos pero complementarios de los demás ámbitos definidos en esta Tesis) culturales, simbólicos e ideológicos que incluyen Medios Masivos de Comunicación, Opinión Pública e Imaginarios Colectivos para la contradictoria configuración, reproducción, fortalecimiento y debilitamiento de conciencia de clase, identidad profesional, imagen y reconocimiento social de médicos y enfermeras en cuanto que sujetos sociales.

CAPITULO V

FUENTES DE INFORMACIÓN

Es importante destacar que para la elaboración de esta tesis se ha recurrido a fuentes diversas para la obtención de la información requerida. En este sentido, las fuentes han sido: **a)** respecto del nivel de elaboración (**Primarias** y **Secundarias)**; **b)** en cuanto a su naturaleza (**Cualitativa y Cuantitativa**). Desde las Primarias se obtuvo, por una parte, información cualitativa mediante (Entrevistas en Profundidad y la Aplicación de un Modelo Curricular); por la otra, información cuantitativa mediante (Encuestas al Azar). Las Secundarias permitieron obtener información, por una parte, desde fuentes **internas (**Currícula de Enfermería) y externas (Publicaciones: directorios, revistas) (Estadísticas: sectoriales, nacionales) Cabe destacar que se privilegió el uso de fuentes primarias por lo que, la mayor cantidad de información utilizada, derivó de estas fuentes.

CUADRO N º 2 FUENTES DE INFORMACION



.

CUADRO N º 2 FUENTES DE INFORMACION
Fuente: Elaboración propia a partir de específicos requerimientos metodológicos

Fuentes Primarias: son aquellas en las que la información se encuentra en su origen, y por lo tanto debe ser elaborada por primera vez y de forma específica.

Fuentes Secundarias: son aquellas que presentan información ya elaborada, o existente, que fue generada anteriormente con otra finalidad que no tiene porqué coincidir con la nuestra.

Con respecto a los instrumentos utilizados en la Tesis Doctoral, es importante aclarar que los mismos, derivan de la naturaleza del objeto de estudio, del método adoptado y, consecuencialmente, de los procedimientos pertinentes como la mejor forma para el relevamiento de la información que se requirió, así como de las condiciones que debían poseer los entrevistados interpelados.

Sin embargo, si bien es cierto que los instrumentos se emplean para la recolección de datos que luego se someten a tratamientos estadísticos, en nombre de una pretendida exactitud matemática derivada de la preeminencia del modelo corte hipotético-deductivo, en este caso, dada la configuración metodológica del trabajo, se hizo necesario rebasar la **noción de exactitud** para incorporar la **noción de rigor** en los términos siguientes: *"la exigencia del rigor queda satisfecha, cuando se procura explicitar lo implícito de los dispositivos de la investigación"* (Filloux,1983, p.39).

En este sentido, el trabajo transitó una nueva epistemología desde el rigor y desde la ética (no en el sentido moral) en un intento por resignificar, en enfermería, el

papel de la investigación, del investigador y de su subjetividad desde la imaginación, la creatividad y la innovación.

Al tenor de la línea metodológica asumida - siendo la dialéctica el método y la argumentación, el procedimiento y, fundamentalmente, en razón de la pluralidad metodología que impone la complejidad del objeto de estudio, se decidió, el uso de instrumentos de naturaleza distinta pero complementarios para relevar datos e información pertinentes al propósito del trabajo. A tales efectos, se construyeron y aplicaron dos instrumentos: **a)** Encuesta al Azar; **b)** Entrevistas en Profundidad. En este sentido, se contrastaron las opiniones relevadas a fin de constatar - con referentes empíricos que contribuyen a la comprensión de la totalidad para nuestra argumentación - si tanto las opiniones correspondientes a las entrevistas como las correspondientes a las encuestas, coinciden o discrepan respecto de las desigualdades o contradicciones de poder entre medicina y enfermería.

a) La Encuesta (ver anexo 1) de limitadas y precisas preguntas, fue aplicada a una muestra (simple al azar) de 120 personas (60 hombres y 60 mujeres) para conocer, de primera mano, la opinión que, sobre las desigualdades entre medicina y enfermería en nuestro país, tienen personas no pertenecientes a los ámbitos relacionales estudiados (Ámbito Asistencial, Ámbito Académico, Ámbito Político y Ámbito Social), ni pertenecientes al sector o sistema de salud, en general. En este sentido, se realizó la correspondiente operacionalización a partir de la lógica

procedimental **Problema - Propósito – Supuestos - Instrumento,** como correlato y contracara de la usual **Variables – Dimensiones – Indicadores – Instrumento.** En este sentido, los ítems del instrumento son el resultado de una estrategia procedimental.

Cabe acotar, que se aplicaron las encuestas con el propósito de obtener información, en términos de opinión, y solo como estrategia de afinamiento de detalles para fundamentar las argumentaciones, por lo cual no se atiende, exclusivamente, a su validez estadística. De manera que, en esta perspectiva, aunque se recurre a la aplicación de encuestas, ello no significa obligación respecto de la exhaustividad estadística.

b) Las Entrevistas en Profundidad (**ver Anexo 2**) fueron realizadas a 10 profesionales pertenecientes a los ámbitos relacionales estudiados, en la convicción que esta técnica, en razón de los propósitos de la tesis, resulta insustituible en la perspectiva simbólica para obtener información relevante sobre las relaciones de poder, desde la discursividad de los actores - tanto de la profesión médica como enfermera - previamente seleccionados mediante criterios de participación y/o pertenencia a espacios o instancias de poder asistencial, académico, político y social. A tales efectos se elaboró el siguiente: ***Esquema de acción teórico/práctico de las entrevistas***

1.- Características básicas de la entrevista en profundidad:

Se consideró que la Entrevista en Profundidad utilizada en este estudio, como técnica de estricto carácter cualitativo, debía ser flexible, dinámica y abierta sin sesgos directivos que indujesen o restringieran respuestas; es decir, se decidió asumir el modelo de conversaciones libres y entre iguales. Como referente teórico para tal efecto se adoptó la definición que, de la entrevista en profundidad aporta Kerlinger quien la entiende como *"…..una confrontación interpersonal, en la cual una persona (el entrevistador) formula a otra (el respondiente) preguntas cuyo fin es conseguir contestaciones relacionadas con el problema de investigación"*. (Kerlinger, 1985, p. 338).

Objetivo de la entrevista:

Acceder - desde el discurso consciente o inconsciente de actores pertenecientes a los ámbitos relacionales – a las convicciones y/o posiciones que poseen éstos sobre las relaciones de poder entre enfermería y medicina.

Actividades desarrolladas:

FASE 1:

1.- Elaboración de Guía de Entrevista a partir del problema y el propósito del estudio.

2.- Selección de los actores (potenciales entrevistados) correspondientes a los ámbitos relacionales y en términos de paridad profesional. (50% enfermeras/os – 50% médicas/os) y que hubieran ocupado u ocuparan cargos de poder.

3.- Ubicación de los actores y comunicación preliminar con los mismos a fin de concertar la cita y condiciones para la realización de las entrevistas correspondientes.

4.- Elaboración de una agenda o cronograma que permitiera, con el mínimo esfuerzo y el máximo rendimiento, la realización de las entrevistas.

FASE 2

1.- Realización de las Entrevistas en Profundidad a los actores previamente seleccionados de conformidad con la agenda preestablecida y grabadas mediante la utilización de dispositivo electrónico, identificando cada una de las entrevistas con los datos personales de los informantes y las respectivas fechas de grabación. Asimismo, se realizaron anotaciones sobre las experiencias no verbales de las entrevistas que permitieron contrastar o ratificar el discurso.

2.- Transcripción de cada una de las entrevistas para efectos de su sometimiento al Análisis Crítico de Discurso.

CAPITULO VI

SOBRE EL ANALISIS CRÍTICO DEL DISCURSO

Sobre este punto es necesario aclarar que, en razón de la necesaria coherencia interna de la tesis desarrollada, se ha considerado pertinente para la exploración de las entrevistas en profundidad adoptar el análisis de discurso por ser un método cualitativo que permite la descripción detallada de las estructuras y estrategias de los discursos escritos o hablados, en sus diferentes niveles tales como sonidos y estructuras visuales, la sintaxis, (estructuras formales de las oraciones); la semántica (las estructuras del sentido y de la referencia); la pragmática (los actos de habla, la cortesía, etc.); la interacción y la conversación, los procesos y representaciones mentales de la producción y de la comprensión del discurso, y las relaciones de todas esas estructuras con los contextos sociales, políticos, históricos y culturales.

Sin embargo, de la amplia gama de modalidades que posee el Análisis de Discurso, se utiliza en este caso la modalidad conocida como **Análisis Crítico del Discurso** cuyo objetivo central es saber cómo el discurso contribuye a la reproducción de la desigualdad y la injusticia social, determinando quiénes tienen acceso a estructuras discursivas y de comunicación aceptables y legitimadas por la sociedad. Es por tanto un enfoque especial que toma posición política y analiza el papel del discurso tanto en la reproducción de la dominación así como en la resistencia contra la dominación. Nuestro interés es conocer y evidenciar las

opiniones que, sobre problemas sociales referidos al poder y la desigualdad, se manifiestan a través del discurso. Como puede inferirse, esta modalidad luce apropiada para los propósitos de esta tesis, por cuanto *El Análisis Crítico del Discurso (ACD)* permite el abordaje discursivo desde una perspectiva sociopolítica crítica, focalizando la atención en las formas como el discurso se usa y abusa como mecanismo para establecer, legitimar justificar y ejercer (aunque también resistir) el poder y la dominación. Su aplicación en análisis del racismo, sexismo, clasismo, y la pobreza, lo hacen un dispositivo analítico de gran utilidad en los propósitos de este trabajo dado sus potencialidades para adecuados planteamientos y análisis de problemas sociales y el discurso ideológico que son su objetivo principal. Van Dijk (1994)

El abordaje operacional del análisis de las entrevistas en profundidad se realizó, además, siguiendo a Juan Magariños de Morentin (1996) quien, en **"**Fundamentos para un Análisis del Discurso vigente en determinada comunidad", propone cuatro (04) operaciones analíticas fundamentales para estos efectos, a saber: ***la normalización, la segmentación, la elaboración de definiciones contextuales y el armado de redes conceptuales y contrastantes*** [4]

Metodología para el Análisis de Discurso

En razón de la estrategia metodológica diseñada para relevar información sobre las desigualdades o contradicciones de poder entre enfermería y medicina, se

analizaron las oposiciones léxico-pronominales, así como los conjuntos de proposiciones referidas al poder o relaciones de poder emitidas en las entrevistas en profundidad realizadas a diez entrevistados. Para realizar el análisis - con el rigor metodológico requerido por la complejidad temática y la decisión metódica - se partió de los siguientes aspectos: Principios Analíticos Generales; Principios Analíticos Básicos, Nivel de Análisis y Criterios.

Principios Analíticos Generales:

1.- El habla es considerada como la forma básica y primordial del discurso.

2.- El Análisis Crítico del Discurso es una herramienta muy útil para comprender los mecanismos de poder en la sociedad y/o grupos sociales específicos.

Principios Analíticos Básicos

1.- Tipo: Análisis del habla (discurso oral) de **Carácte**r aplicado y concreto a formas de habla en un **contexto** especifico

2.- Estilo: Estudio empírico. Se trabajó con información concreta o corpus por lo cual se tomó distancia de los estudios de estilo especulativo.

3.- Género: Conversación. En el entendido que la entrevista en profundidad es una conversación.

4.- Enfoque: Centrado en el discurso mismo.

Nivel de Análisis

El Nivel de Análisis correspondió a la microestructura o macronivel desde el cual se realizó, en cada caso, la organización de los conjuntos de proposiciones (significado de las oraciones referidas directa o indirectamente a las 'contradicciones de poder' o 'relaciones de poder' entre enfermería y medicina) así como las relaciones entre ellas. Cabe acotar, que la relación de interdependencia entre el contenido de cada entrevista se fundamentó en el Principio Semántico Básico: *"El sentido del todo debe especificarse en los significados de las partes"* (Van Dijk, 1994)

Criterios Operativos Básicos

1.- Preservación del discurso en su entorno natural: Significa que el material de trabajo (las grabaciones) reflejan real y fidedignamente lo ocurrido en la interacción. En este sentido, los datos no pueden ser editados o sometidos a procesos de depuración del léxico ni de otro orden, sino estudiados tal como son recogidos en la realidad o contexto de realización.

2.- Secuencialidad: Significa que el material se ha analizado en un sentido lineal o secuencial de acuerdo al orden de las entrevistas realizadas (1, 2, 3, n…) y, en

cada una de ellas, atendiendo a la información precedente con el fin de garantizar coherencia.

3.- Segmentación: Significa separar las partes o segmentos discursivos considerados de interés por contener el término, o las expresiones cuyo significado debíamos establecer mediante el criterio del mínimo sintáctico y semántico identificable.

4.- Enfoque temático de la entrevista: El análisis fue centrado en la discursividad sobre los términos **poder** y **relaciones de poder**.

5.- Ejes conceptuales ordenadores: Significa la operación que permite identificar los ejes según los cuales médicos y enfermeras le confieren distinto significado a los mismos términos. (Por Ej. El término **poder** o **relaciones de poder** en uno u otro grupo)

Unidades de Análisis

En el nivel particularizado de relaciones semánticas se emplearon las siguientes unidades de análisis:

1.- Presentación de los términos poder o relaciones de poder: Significa la forma como uno u otro grupo (médicos-enfermeras) identifica y se identifica con los

términos poder o relaciones de poder, considerando la frecuencia, contexto y significado otorgado a los mismos.

2.- **Valoración negativa de los otros:** Significa las referencias negativas de unos con respecto a los otros; es decir de los médicos respecto de las enfermeras y viceversa. (Ej: *'Ellos' son diferentes de 'nosotros'*; o bien, *'Ellos' son **tan** diferentes de 'nosotros'*; o Lo que 'ellos' hacen no se compara con lo que 'nosotros' hacemos).

3.- Extensión de la diferencia a la amenaza: Significa que el planteamiento igualitario o el desarrollo, formulado por el sector de menos poder, es considerado por el sector dominante como una amenaza.

4.- Presentación Positiva del 'nosotros' Significa el uso del 'nosotros' con connotación de superioridad frente al 'ellos'

5.- Presentación Negativa de "los otros": Significa que una de las partes… (Ejm*., Yo no tengo nada contra ellos, pero……); (No tengo nada contra las enfermeras….pero…..)* A esto se le llama **Negación Aparente**. Con esta estrategia, también encontramos la llamada **Concesión Aparente** (Ejm., "*También hay enfermeras* [*inteligentes*] [*capaces]…pero…*).

6.- Contraste/Oposición: Significa que el discurso, discriminatorio y revelador del poder de una de las partes, se expresa mediante la oposición léxico-pronominal 'Nosotros-Ellos' (Ejm: *Nosotros tenemos que estudiar mucho, muy duro,*

durante 6 o mas años e invertir en libros, postgrados, alquilar o comprar consultorios….. mientras que ellos...).

7.- La hipérbole de cosas negativas: Significa que, por ejemplo, el médico no asume que la enfermera hace una actividad conexa a la suya y del mismo valor cognitivo y social. Ello no se toma como un poco diferente, sino como una polarización.

La dedicación integral o exclusiva es una actitud mental o psicológica de consagración a sus funciones de investigador, no es un problema de trabajar cierto número de horas y luego dedicarse a otra tarea.

Bernardo A. Houssay (1887-1971)

TERCERA PARTE

MARCO REFERENCIAL

Esta tercera parte, que se ha denominado Marco Referencial, comprende nueve (9) Capítulos. El **Capítulo I** contiene los Antecedentes; el **Capítulo II** se refiere a las Definiciones de Poder; el Capítulo se titula Un Marco Referencial sobre las Relaciones de Poder; el **Capítulo IV**, contiene Algunas Consideraciones sobre las Teorías Feministas y las Desiguales Relaciones de Poder; el **Capítulo V**, contiene los Referentes Teóricos Antitéticos Sobre las Relaciones de Poder; el **Capítulo VI** contiene la Teoría de las Elites; el **Capítulo VII** se refiere a la Teoría del poder de Max Weber, como referente teórico necesario de contrastación; el **Capítulo VIII** refiere a la Sociología de las Profesiones; el **Capítulo IX** contiene Antecedentes de la Enfermería Universitaria. En síntesis, esta Parte contiene las teorías que en términos de contrastación sustentan la afirmación de la Tesis, así como aquellas teorías que niegan la misma y como contracara respaldan la antítesis, más algunas consideraciones que nutren la argumentación.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

Los estudios sobre las relaciones de poder, en la perspectiva enfermera, son magros en el país quizás como consecuencia de que las temáticas inscritas en dimensiones no tradicionales de la investigación académica de la enfermería en Venezuela, como lo es la dimensión sociopolítica, ha sido considerada de escaso interés o bien porque, como se revela en esta tesis, existen sutiles o expresas relaciones de poder - tanto al interior de enfermería como en sus externalidades - que fuerzan a focalizar la atención en agendas investigativas subsidiarias reforzadoras de los mecanismos de dominación que han mantenido a la enfermería como una profesión dominada, colonizada, como un saber sometido en la acepción foucaultiana. En atención a esta situación, de escasos trabajos de investigación que, de manera expresa, sirvan como referentes para esta tesis, se decidió la elaboración propia de una clasificación de los antecedentes en los siguientes términos:

a) Contextuales de Primera Línea (Nacionales): Corresponden a aquellos trabajos que, desde la enfermería, abordan el problema del poder y las relaciones de poder en la acepción política e ideológica. Sobre esta categoría, el resultado del arqueo revela que, al parecer, no existe, en el país, trabajo alguno. Sin embargo, habría que hacer mención de la existencia de trabajos de difícil acceso, como son los de Frechilla, J. J. Martín e Texera, Y. (eds.): "Modelos para desarmar. Instituciones y disciplinas para

una historia de la ciencia y la tecnología en Venezuela". Caracas, Editorial CDCH-UCV. 1999; Guillén, A. D. et al (1988) `La enfermería, su desarrollo contemporáneo. Proyecciones hacia el año 2000". *Gaceta Médica de Caracas*, vol. XCVI; Fernández, A. (octubre 1943) Historia de la Enfermería en Venezuela". *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 22, pp. 938-9

b) Contextuales de Segunda Línea (Nacionales): Corresponde a aquellos trabajos que, no obstante abordar la temática del poder en otras dimensiones distintas a la categoría empleada en esta tesis, constituyen valiosos referentes para los propósitos de la misma. Entre estos, vale destacar el trabajo de la Dra. Digna Escobar *"Perspectiva Fenomenológica sobre el Poder del cuidado Amoroso"* (s/f), que fuese su tesis Doctoral y en la cual el propósito consistió en *"Desarrollar una aproximación, a través de la construcción de una arquitectura teórica sobre el Poder del Cuidado Humano en la concepción de Enfermería"*. (Escobar, s/f p.15)

También cabe mencionar a la Dra. Hebe Vessuri, quien en ***"****Enfermería de salud pública, modernización y cooperación internacional. El proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela, 1936-1950"*, aborda el proceso de incorporación de la enfermería en Venezuela una perspectiva histórica focalizada en la educación inicial y, sobre el cual dice;

> *El modelo de educación en enfermería de salud pública que la Fundación Rockefeller (FR) exportó en las décadas del treinta y cuarenta correspondió a la idea de formar a una élite dentro de la*

> *enfermería, consistente en personal paramédico de nivel universitario que tuviera más que un barniz de conocimiento científico-técnico, con la finalidad de apoyar a los médicos modernos cuyo desarrollo la Fundación Rockefeller también propugnaba. En este trabajo reviso el proceso de negociación del proyecto de cooperación de la Fundación Rockefeller con el gobierno de Venezuela para el establecimiento y orientación de la Escuela Nacional de Enfermeras (ENE) en Caracas y las vicisitudes de realización de dicho proyecto en un contexto muy diferente del que le sirvió de origen.* Vessuri (2001, p.1)

Asimismo, en lo que atañe a las vicisitudes de las enfermeras de la época en torno al poder en enfermería, Vessuri (2001) afirma*: "Una y otra vez los esfuerzos de la enfermería por convertirse en un poder social, en el sentido de entender el cuidado de salud no meramente como una ocupación sino como una profesión calificada, abortaron"* (Vessuri, 2001, p.12)

Sin embargo, su contribución es muy importante para los propósitos de este trabajo, toda vez que revela la concepción subsidiaria de la enfermería a la medicina en el modelo de educación que impone la Fundación Rockefeller en Venezuela.

El trabajo de la Dra. Mirian Ballestrini (1999) *El Discurso Médico en el Capitalismo*. s/r. ha sido de gran aporte para esta Tesis pues hace referencia a que no existe un discurso médico vacío, neutral, no ideológico, sino que está contextualizado en un espacio temporo-espacial que le permite proyectar una serie de representaciones asociadas y articuladas a la lógica de la dominación y a los sistemas de producción de poder del contexto de referencia. El discurso médico deja traslucir el poder que ejerce

la medicina, como profesión, sobre la sociedad y por encima de las demás profesiones de la salud.

Asimismo expresa esta autora: *"El conocimiento global, de las atribuciones destinadas al espacio de medicalización del cuerpo humano, actualmente dominante permiten afirmar que este alberga, la profesión con más poder y organización cuya praxis se desarrolla en el universo societal"* (Balestrini, 1999, p. 33**).**

Del mismo modo, afirma que el espacio médico es actualmente dominante en el mundo occidental capitalista porque se cristaliza un modelo médico que se identifica por tener una gran concentración de poder, ser burocrático, único y desplegar un discurso médico cerrado, monopolístico, poco democrático, individual, no comunitario, uniforme, universalista, mercantilista, medicalizado, universitario, pragmático, biologista, cientificista y altamente tecnológico, entre otras características.

c) Contextuales de Primera Línea (Foráneos): Son aquellos que abordan el problema en la misma dimensión y orientación que esta tesis o bien en lo que pudiéramos llamar Zona de Desarrollo Próximo. Entre ellos pueden mencionarse los siguientes: El trabajo de Gastaldo Denise (2001) *"Relaciones de Poder en Enfermería y Salud Mental: Críticas y Retos para el futuro"* en el cual explora la concepción de las relaciones de poder como práctica constitutiva del trabajo de las enfermeras y enfermeros para cuestionar cómo piensan colectivamente sobre si

mismas. Allí, afirma que *"somos un grupo profesional muy poderoso, con gran influencia sobre los individuos y las poblaciones y que generamos conocimiento e influimos en decisiones políticas"*. (Gastaldo, 2001, p.1) Cabe acotar que el contexto de realización de la autora corresponde a los países llamados desarrollados o del primer Mundo.

No puede obviarse el trabajo de Margalida Miró-Bonet, Denise Gastaldo y Gloria Gallego-Caminero (2008) *¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976)*, en el cual se analizan las continuidades, transformaciones y rupturas de los discursos que han constituido la identidad social de las enfermeras en España entre 1956 y 1976, partiendo de los referenciales posestructuralista y posfeminista, se revela que en la identidad profesional de las enfermeras se ha optado por mantener como género neutro el femenino y que la identidad ha estado constituida por un entramado discursivo y de relaciones de poder en el que se puede identificar un discurso residual, moralista, cristiano y otros dominantes de género, técnicos y biomédicos.

También cabe mencionar el trabajo *¿"Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder" c*uyas autoras: Valeria Lunardi, Elizabeth Peter y Denise Gastaldo (2002) intentan una reflexión acerca de cómo las enfermeras utilizan su poder, y su aparente falta de apetito de poder, es decir, la

anorexia de poder. Este trabajo es fundamental para tener una visión global de las implicaciones éticas de las prácticas de enfermería. El argumento se desarrolla a través de una revisión de la bibliografía y de los códigos de deontología de Canadá y Brasil y recurren a autores que utilizan perspectivas críticas, como teorías posestructuralista y ética feminista.

Es de hacer notar el trabajo de Irigibel-Uriz (2008) - en cuanto a la sumisión de enfermería con respecto al conocimiento biomédico y a la dominación que ejerce medicina sobre enfermería en las relaciones de poder que se establecen entre ambos - quien expresa:

> *Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora*, *una Mirada Foucaultiana al silencio de la guerra que vive enfermería, en donde la racionalidad medicalizadora permite articular el poder pastoral y el control social ansiados por los Estados. La docilidad enfermera, su poder ante los individuos y colectividades, así como el peso que ostenta en los sistemas sanitarios hegemónicos, dibuja una utilidad centrada en la construcción de la subjetividad heterónoma en salud de las personas y colectividades, distanciando a la disciplina de sus principios éticos fundamentales y de su fin ideal. La obra de Foucault esboza una serie de elementos conceptuales que nos permiten comprender el marco de dominación y el marco de las relaciones de poder desde donde la enfermería pareciera estar sometiéndose al conocimiento biomédico. Un marco teórico desde donde se facilita la comprensión del tenue hilo de dominación que de forma dialéctica, pareciera enlazar la construcción del conocimiento en enfermería, su existencia y su ejercicio profesional desde el desarrollo de un contexto socio-político determinado.* (Irigibel-Uriz 2008 p 50-54)

Finalmente, el de Guerra y Fuenzalida (1942): "*Aporte al estudio comparativo de las escuelas de enfermeras*. *Informe del Primer Congreso Panamericano de Enfermería"*. Santiago, Universidad de Chile.

d) Contextuales de Segunda Línea (Foráneos): Entre estos puede mencionarse el trabajo de Saber y Velarde (2004): *"Enfermeras/os egresados de la Universidad Nacional de Santiago del Estero: imágenes del trabajo profesional"* en el cual la actividad enfermera es analizada desde un marco referencial sociológico de las profesiones en vinculación a singularidades que obstaculizan o facilitan el logro de la profesionalización y que operan condicionando el reconocimiento social [5].

CAPITULO II

DEFINICIONES DE PODER

Definiciones Liminares del Poder

El término poder deriva del latín possum, potes, potui, posse, que significa 'tener fuerza para algo', 'ser capaz', 'tener capacidad' para lograr el dominio o posesión de un objeto físico o concreto. De manera que es igual a potestad, es decir, potestad; también equivale a facultas que significa capacidad, virtud; así como también significa possum que alude a tener influencia, imponer la voluntad. Obviamente, la complejidad del trabajo exige, más que definiciones enciclopédicas,

definiciones que permitan la contraposición relacional de los actores diversos que conforman posiciones antagónicas en las relaciones sociales de producción.

En razón de descubrir las relaciones de poder que se establecen dentro de Enfermería y en su relación con otras profesiones de Ciencias de la Salud, comenzaremos por definir el poder, término este que durante mucho tiempo ha sido asociado políticamente con el Estado, la dominación, la autoridad de las instituciones y órganos de gobierno. En la actualidad, con base en los planteamientos de Arendt (1974, 1996, 1997,1998) y Foucault (1981, 1982, 1992, 2002) la noción de poder se inscribe en perspectivas diferentes de las ya mencionadas. En la concepción del médico y filósofo Foucault (1982) específicamente, el poder no hay que verlo en términos negativos (censura, represión, exclusión) sino como producción de realidades de campos de objeto, rituales de verdad, discursos.

Al poder, se le ha dado por función administrar la vida y determinar a través del derecho lo lícito/lo ilícito. El poder no es el conjunto de instituciones y mecanismos que garantizan la sujeción del ciudadano al Estado. Por otra parte, es diferente de la representación del poder jurídico- discursivo (las normas) Al respecto, Foucault ha afirmado.

> *El poder es multiplicidad de relaciones de fuerza inmanentes al ámbito en que se ejercen. El poder está en todas partes con diferentes estrategias o microfísicas, el poder no es único sino múltiple… son redes de relaciones de fuerza, siempre en tensión, que no deben entenderse sólo como el privilegio de la clase dominante, sino como*

> *el efecto de conjunto de sus posiciones estratégicas. Dicho efecto es acompañado por el grupo dominado, el que no siempre es obligado, el que no siempre es reprimido, ya que si el Poder sólo dijera NO, no se le obedecería.* (Plebani, 2003:2)

Asimismo, Talcott Parsons, citado por Escobar:

> *Habla del poder como un medio de intercambio y de poder político como capacidad de controlar el sistema relacional, sea que se trate de una organización o un sistema mas difuso o menos integrado que el poder económico, el cual se enfoca a la posesión de medios, cuya estructura es linealmente cuantitativa, mientras que en el poder político la estructura es jerárquica y con mas niveles desde muy bajos a muy altos….El poder político es relacional, no referencial.* (Escobar, s/f, pp. 29-30)

Por otra parte, Steven Lukes (2007) considera que Parsons pretende tratar el poder como un mecanismo específico que opera para producir cambios en la acción de otras unidades, individuales o colectivas, en los procesos de interacción social; y que, por tanto, habría que preguntarse ¿qué criterios de significatividad usa Parsons para identificar como 'poder' un ámbito de afectación particular? La respuesta, dice, es "*el uso de decisiones autoritarias con vistas a objetivos colectivos"* (Lukes, 2007, p. 24)

No obstante cabe destacar que Parsons citado por Lukes (2007) define el poder en los siguientes términos:

> *Poder es, por tanto, una capacidad generalizada de garantizar el cumplimiento de obligaciones vinculantes por parte de unidades dentro de un sistema de organización colectiva, cuando las obligaciones se legitiman mediante la referencia a su repercusión en las notas colectivas y donde, en caso de actitudes recalcitrantes se presuma la*

> *ejecución mediante sanciones situacionales negativas, cualquiera que sea el agente efectivo de tal ejecución*. (Lukes, 2007, p. 24)

Como puede colegirse, la conceptualización de poder en Parsons está asociada a la autoridad, más aún a la institucionalización de la autoridad.

Martín-Baró (1984, 1989) en la misma línea de pensamiento de Weber, señala que el poder permite *"a quien lo posee imponer su voluntad a los otros….pasando por encima de motivaciones personales y razones sociales" (p.110)* y, en este sentido define el poder como *"aquel carácter de las relaciones sociales basado en la posesión diferencial de recursos que permite a unos realizar sus intereses, personales o de clase, e imponerse a otros"* (1989, p.101).

Por su parte Maritza Montero (2006) señala que hay diversas concepciones sobre lo que es el poder y que:

> *Una de ellas, quizás la más divulgada…y que marcó la gran mayoría de los estudios sobre el tema durante el Siglo XX, es la concepción asimétrica del poder…El poder definido como la capacidad de hacer que otros ejecuten las acciones que deseamos que sean llevadas a cabo, que otras personas se comporten según las intenciones y los deseos de un agente específico. Esto puede ocurrir por la fuerza, por la seducción o por el propio convencimiento…El poder reside en ciertas zonas y personas dentro de la sociedad, mientras está ausente en otras.* (p. 38)

En el mismo orden de ideas Habermas (1975) plantea que todo fenómeno nuevo debe encontrar otra forma de lectura, que permita ver la manera como se da la producción del poder y cómo se articula. Asimismo, señala que en estos tiempos la particularidad es que esos modos de producción generan cuatro formas básicas de

poder que, aunque están interrelacionadas, son estructuralmente autónomas: 1) el espacio doméstico; 2) el espacio de producción; 3) el espacio de ciudadanía y 4) el espacio mundial. Para el caso que nos ocupa, haremos énfasis en el **espacio de producción,** el cual está constituido por las relaciones en el proceso de trabajo; a nivel de empresa, entre productores directos y dueños, asÍ como tambiÉn en las relaciones de producción entre trabajadores, o bien entre éstos y los que controlan el proceso de trabajo.

En este contexto, la unidad de práctica social es la clase, la forma institucional es la fábrica o empresa, el mecanismo de poder es la explotación, la forma jurídica es el derecho laboral y la racionalidad es la maximización del lucro. Aquí se muestra cómo la naturaleza política del poder no es un atributo exclusivo de una determinada forma de poder, sino el efecto de la combinación entre las diferentes formas de poder.

No obstante la introducción liminar a ciertas definiciones de poder, resulta imprescindible para nuestros propósitos, en razón de la tríada Tesis, Antítesis y Síntesis que caracteriza e identifica al método dialéctico, señalar que en correpondencia con la lógica metodológica y procedimental adoptada y siendo que la Tesis es la existencia de antagónicas o asimétricas relaciones de poder entre enfermería y medicina en razón de la centralidad hegemónica de la segunda, entonces el corpus teórico de la Tesis se fundamenta – sustantivamente - en el concepto de poder en Marx, articulando este al concepto relacional del poder en Foucault, al

concepto de poder en Bourdieu y al de hegemonía en Gramsci. En breve, se impone una necesaria concepción del poder como guía teórica del trabajo.

Posicionamiento Sustantivo sobre el Poder

Es un lugar común para el marxismo economicista ubicar el poder exclusivamente en las esferas del aparato de Estado. Sin embargo, como el pensamiento dialéctico permite colocar bajo sospecha constante lo inmediato y escudriñar detrás de lo observable, de lo aparente, esta tesis, es una invitación a ir más allá de ciertas ilusorias visibilidades conceptuales para precisar que el poder y las relaciones de poder no se encuentran tan visiblemente en la escena de los hechos.

Lo que se revela por detrás del telón de fondo en las disciplinas de la salud y más precisamente en la dupla médico-enfermera en cuanto que actores del llamado equipo de salud, son relaciones y es justo en ellas donde reside el poder, donde podemos ubicarlo y:

> *Tratar de aprehenderlo conceptualmente. No en el ámbito de la relación ser humano-cosa (núcleo del fetichismo y la cosificación), ni en el de la relación ser humano-naturaleza….sino en aquella otra dimensión constituida por las relaciones de los seres humanos entre sí.* (Kohan, 1999, p.18)

De manera que la dialéctica marxista nos permite descubrir que:

> *Las relaciones que han sido **reificadas** y cristalizadas no son más que relaciones de poder entre las personas. El ámbito del poder es aquél donde se producen, se constituyen y se reproducen las relaciones*

> *sociales. El ámbito donde se forman y se realizan (a partir de relaciones anteriores) relaciones sociales, luego de lo cual tiene lugar su proceso de reproducción (*Kohan, 1999, p. 18).

Cabe acotar que esta concepción, rigurosamente relacional del poder, fue formulada por Marx en el siglo XIX, desarrollada en el siglo XX por Antonio Gramsci y asumida incluso por Michel Foucault. Aníbal Quijano (2000), por su parte, señala que:

> *Tal como lo conocemos históricamente, a escala societal, el poder es un espacio y una malla de relaciones sociales de explotación, dominación y conflicto articuladas, básicamente, en función y en torno de la disputa por el control de los siguientes ámbitos de existencia social: (1) el trabajo y sus productos; (2) en dependencia del anterior, la "naturaleza" y sus recursos de producción; (3) el sexo, sus productos y la reproducción de la especie; (4) la subjetividad y sus productos, materiales e intersubjetivos, incluido el conocimiento; (5) la autoridad y sus instrumentos, de coerción en particular, para asegurar la reproducción de ese patrón de relaciones sociales y regular sus cambios*.(Quijano, 2000, p.345)

Desde esta perspectiva podemos decir que si el modo de producción cambia constantemente, y el modo de división en clases que le corresponde cambia también dialécticamente en tesis, antítesis y síntesis, entonces las relaciones de poder Médico /Enfermera o medicina/enfermería también cambian en el mismo sentido. Así, hoy la tesis es la medicina como burguesía de las disciplinas de salud y la antítesis la enfermería como clase proletaria. Mañana, la síntesis puede ser la igualdad de ambas tanto material, social, espiritual y simbólica.

Como vemos, las estructuras societales se constituyen sobre la base de las relaciones que se establecen para el control del trabajo y de sus productos. Tales relaciones se denominan relaciones de producción. Desde ese punto de vista, el control del trabajo es la base sobre la cual se articulan las relaciones de poder y, a la vez, el determinante del conjunto y de cada una de ellas por lo cual la categoría clase social es clave en nuestro posicionamiento sustantivo sobre el poder y obviamente en el proceso de argumentación que se sigue en la tesis.

En el entendido que las relaciones de poder, en el marco del capitalismo, tienen sus asiento en las relaciones de producción (capital/trabajo; burguesía/proletariado; dominación/subordinación) que generan, establecen y reproducen profundas contradicciones sociales, desiguales distribuciones de poder – se sostiene que tales relaciones de producción se expresan en la naturaleza, dinámica, desarrollo y reconocimiento social de profesiones como medicina y enfermería. Es por ello que partimos de una **definición general del poder como dominio de una clase sobre otra,** de unos hombres sobre otros; por ello, es legítimo hablar en términos marxianos de poder económico.

Entendemos que Marx es fundamentalmente el teórico de esta forma de poder o de dominación que es el poder económico o la explotación, sin que ello signifique ignorar la importancia de otros poderes sociales, como el político y el ideológico. Hay, para Marx un poder propio de la ideología en cuanto que contribuye a mantener

el poder político así como los fundamentos económicos y sociales en que se sustenta. Es importante destacar que *"La ideología tiene poder en cuanto que por su capacidad para movilizar las conciencias contribuye a forjar un consenso en torno al poder político, a legitimarlo, y aceptar las condiciones generales en que se da la explotación"*. (Sánchez Vásquez, 2007, p.8)

Desde esta postura adquiere relevancia en el estudio de las asimetrías del poder entre medicina y enfermería la llamada **Teoría del Conflicto -** por cuanto asumimos que tales asimetrías son, fundamentalmente, conflictivas como expresión de las contradicciones capital/trabajo que caracteriza al modelo de desarrollo capitalista - fundada en los trabajos de Karl Marx, quien vio en la lucha de clases la clave de la historia humana y principal fuente de transformación social. Es importante destacar que este enfoque emerge en los años 60 del siglo XX como alternativa teórica al funcionalismo que planteaba la sociedad estable y el consenso, no obstante la multiplicidad de nuevos movimientos sociales característicos que identificó la época (movimientos estudiantiles, movimientos emancipatorios de las mujeres, guerra de Vietnam, las luchas de los negros por la igualdad de derechos; cuestionamientos en el ámbito académico, entre otros).

Todos esos movimientos revelaban que la supuesta y consensual estabilidad de que hablaban los funcionalistas no era tal y que, por tanto, otras posiciones debían surgir para explicar estas nuevas realidades. Así que, a la inversa de lo planteado por

los funcionalistas, los teóricos del conflicto consideran que el conflicto puede llevar a la definición de problemas y a la transformación de la sociedad. En el análisis del todo social toman en cuenta la jerarquía que guardan las partes resaltando la importancia e influencia del factor económico y el político.

Tampoco podemos obviar, que el auge de la sociedad industrial representó el auge de nuevos mecanismos de control social. Por ejemplo, durante el Antiguo Régimen los mecanismos de control que seguían las monarquías y los poderes locales eran fragmentarios, intermitentes, primitivos. Al crearse una sociedad industrial se hizo indispensable la creación de "disciplinas" asociadas estrechamente con instituciones.

Los análisis de Michel Foucault a este respecto son magistrales y perfectamente complementarios de la dialéctica materialista. Ellos muestran que las instituciones, lejos de ser meras secreciones de la Superestructura Estatal, conforman más bien un conjunto de máquinas pensadas para poner a prueba sistemas de saber/poder que, a partir de unos toscos y conocidos mecanismos de control de cuerpos humanos, se puedan ir perfeccionando éstos en la dirección de un mayor grado de sometimiento y dominación de los mismos.

De manera que, dado el carácter dialéctico-materialista que orienta este trabajo, se hace necesario para su afirmación, recurrir a posturas y/o concepciones teóricas contrapuestas del poder (Antítesis) como es el caso de algunos teóricos del

poder en términos de élites o algunos estructuralistas a fin de establecer la contraposición con nuestra postura (Tesis) para arribar al develamiento de las condicionantes explicativas y potencial reversión (Síntesis) de las asimétricas relaciones de poder entre enfermería y medicina.

CAPÍTULO III

UN MARCO REFERENCIAL SOBRE LAS RELACIONES DE PODER

La Teoría Crítica, como Bisagra hacia la Concepción Dialéctica del Poder

En términos generales la Teoría Crítica se caracteriza por el rechazo y la justificación de la realidad sociohistórica presente por considerarla injusta y opresora ("irracional"), postulando en su lugar, la búsqueda de una nueva realidad más racional y humana. Theodor Adorno, Max Horkheimer, Jürgen Habermas y Herbert Marcuse definieron a la "Teoría Crítica" como el opuesto a la Teoría tradicional.

Para comprender este enfoque es necesario retroceder en el tiempo hasta Platón. Desde una perspectiva platónica, la teoría tradicional puede concebirse como: Pura Contemplación (separada de toda praxis), es desinteresada, opera por derivación a partir de principios generales y últimos y además, presupone identidad e inmediatez (sujeto-objeto) y adecuación (concepto-cosa).

Estas formas fueron rechazadas por la Escuela de Frankfurt e incluso rechazaron también a Hegel respecto a su identificación del sujeto-objeto, racional-real, concepto-realidad (teoría de la identidad). En parte, aceptaban cierto irracionalismo en la historia, pero no al punto de Kierkegaard, o de Nietzsche. En síntesis, nunca se alejaron de los procedimientos racionales de acceso a la realidad. La racionalidad crítica, se eleva pues, en un punto intermedio entre el idealismo de la razón hegeliano y el irracionalismo. Se trata de una teoría que aspira a denunciar la irracionalidad en la historia y en la sociedad.

El positivismo, también estará en la mira de los teóricos críticos: no compartirán la idea de identificar conocimiento con la ciencia, ni considerar a ésta como todo conocimiento objetivo. Porque simplemente, esto supone atenerse a los hechos desechando cualquier forma de valoración, ya sea positiva o negativa. Para enfocar la realidad desde una perspectiva crítica es necesario dejar de lado tanto la posición hegeliana que pretende identificar lo racional con lo real, como el positivismo, que considera a los hechos como el único aspecto de la realidad. En cualquiera de estos casos, se produce una absolutización de los hechos, que promueve su aceptación, descartando de plano, la mirada crítica.

Principales Características de la Teoría Crítica

La Dialéctica Negativa

Adorno niega que sea posible una total conceptualización de la realidad. Hegel recupera la identidad en la síntesis final, aún cuando la negación es parte esencial de su dialéctica. De esta manera, se justifica la identidad en tanto es racional. Si la dialéctica hegeliana es una dialéctica positiva, en contraposición, Adorno propone una dialéctica negativa, a través de la cual afirmará que no todo lo real es totalmente racional.

Para Adorno, la dialéctica positiva, adquiere la relevancia de una ideología porque se requiere que el sujeto se adecue a la realidad e incluso someterse a ella en la práctica haciendo eterno instante presente e inhibiendo cualquier acción transformadora (revolucionaria).

La Utopía

Se rechaza la posibilidad de construir una utopía positiva en tanto no es posible determinar como habría de ser el futuro. Lo que sí es posible es establecer como "no debe ser", lo cual, alcanza, en efecto, para poder criticar el presente.

Mediación

Mientras que en la teoría tradicional se pretende la inmediatez entre el sujeto y el objeto, en la teoría crítica, se firmará que todo conocimiento está determinado por mediaciones, porque la producción teórica no puede existir independientemente de los procesos socio- históricos y económicos dentro de los cuales han surgido. Esto significa que el contexto histórico determina el objeto y la finalidad de toda investigación de manera tal que ninguna teoría puede ser "imparcial" sino que está signada por diferentes intereses aún cuando una objetividad aparente oculta su inevitable carácter ideológico. Además, el investigador, tampoco puede sustraerse de manera radical, siempre será parte misma del objeto social investigado.

De acuerdo a esta perspectiva podría decirse que la especialización de la ciencia transforma el objeto en algo abstracto que conduce, en definitiva, a ocultar la realidad. Pero una visión totalizadora Lukacs (1975) podrá transformar en crítica a la teoría, develando sus aspectos ideológicos.

Praxis

La teoría crítica rechazó el principio de "no valoración" como criterio de objetividad teórica que había defendido Weber. Para Marcuse (1985), el problema de la objetividad histórica requiere juicios de valor, lo que implica estar al servicio de la emancipación humana y derivar en una praxis liberadora.

En síntesis, los dos polos de la teoría crítica son razón y praxis.

LOS NEOMARXISTAS Y LAS RELACIONES DE PODER

La Concepción Relacional de Foucault sobre el Poder

Por su parte, Foucault (1982) habla sobre el poder como fenómeno inmanente en la sociedad, como algo imposible de desvincular de toda sociedad. Cabe pensar que si el poder le es natural a la sociedad, toda sociedad (y el conjunto de sus ciudadanos/as) debería conocer los meandros y los intercisos propios sobre los cuales se funda el poder. Llevar al poder hasta sus últimas consecuencias, obligar al poder a ser "si mismo", pues está en el ánimo filosófico de Foucault (1982) conseguir la libertad del hombre y ésta tan sólo se podrá enunciar a través de un desenmascaramiento de los procesos de poder.

Foucault despliega su disección sobre el poder en la obra ***Vigilar y castigar*** (2002), allí expresa que el lugar de partida del poder es la misma sociedad que será el laboratorio sobre el cual fijará su análisis.

El poder lo rodea todo, lo afecta todo dentro de la realidad. Es algo enigmático, a la vez visible e invisible, pues también interesa hablar del poder como símbolo y por supuesto, de los procedimientos simbólicos de poder. Así, el poder

forma parte de la existencia del hombre ya que es necesario y está presente en cualquier manifestación humana: las relaciones laborales, el mundo de la ciencia, la cultura, el matrimonio, el sexo, el arte, el discurso mismo.

El mismo autor también afirma que todo puede ser definido como relaciones de poder y es desde una concepción descriptiva del poder desde donde se podrá organizar una sociedad. La filosofía de Foucault estudia la relación entre estos ámbitos de poder que implicará preguntarse cómo se interrelacionan y a qué nivel para, finalmente, ver que relación mantienen o que no-relación mantienen con el poder propiamente político.

En el mismo orden de ideas, señala que el poder es una red múltiple de relaciones donde los individuos lo ejercitan y se someten a él indistintamente; afirma que las relaciones de poder están enraizadas en el sistema de las redes sociales. No hay espacio imaginable donde no alcance la extensión del poder. Las relaciones que establece la aplicación de éste fenómeno están entretejidas entre sí, con otro tipo de relaciones como son las productivas, sociales, funcionales u orgánicas.

Foucault nos insta a vislumbrar y a comprender que los cimientos del poder son interesados y lo son, pues su naturaleza así lo exige. Él distingue entre poder y mecanismos de poder -o de control- entre verdad y efecto de verdad. Asistimos a una explicación sobre el poder en todos sus planos y en especial en lo psicológico y simbólico del mismo.

Se trata de una intelectualización crítica muy bien construida en torno a cómo funciona el poder desde dentro y desde una óptica ciega que produce un efecto turbador que alimenta los demás poderes allí donde se despliegan. Es decir, en todo ámbito de lo humano. De lo que nunca puede el hombre escapar es del poder y su vástago, nos dirá Foucault.

De un lado están los que tienen el poder y del otro los que no lo tienen; una clase dominante/ dominada, discurso dominante/ discurso dominado. Ese dualismo nunca será encontrado en Marx, en cambio sí puede ser encontrado en pensadores reaccionarios y racistas como Gobineau (2009), que admiten que en una sociedad hay dos clases, una dominada y la otra que domina.

Marx sabía perfectamente que lo que hace la solidez de las relaciones de poder es que ellas no terminan jamás, que no hay de un lado algunos y de otro lado muchos; ellas la atraviesan en todos lados; la clase obrera retransmite relaciones de poder y ejerce relaciones de poder. Otro ejemplo, el hecho de que uno sea estudiante implica que ya está inserto en una cierta situación de poder; como profesor, igualmente se asume una situación de poder, asimismo el hombre está en una situación de poder por ser hombre e igualmente una mujer está en una situación de poder, pero no la misma.

Lo que es interesante es saber cómo en un grupo, en una clase, en una sociedad operan mallas de poder, es decir, ¿Cuál es la localización exacta de cada uno en la red

del poder?, ¿Cómo un grupo lo ejerce?, ¿Cómo lo conserva?, ¿cómo él hace impacto en los demás?

Marx, esencialmente en el libro II de El Capital, expone algunos elementos que permiten analizar el poder en sus mecanismos positivos, en primer lugar, que en el fondo no existe un poder, sino varios poderes. Poderes quiere decir: formas de dominación, formas de sujeción que operan localmente, por ejemplo, en una oficina, en el ejército, en una propiedad de tipo esclavista o en una propiedad donde existen relaciones serviles. Se trata siempre de formas locales, regionales de poder, que poseen su propia modalidad de funcionamiento, procedimiento y técnica. Todas estas formas de poder son heterogéneas.

No podemos entonces hablar de poder si queremos hacer un análisis del poder, sino que debemos hablar de los poderes o intentar localizarlos en sus especificidades históricas y geográficas, de modo muy esquemático, podríamos decir lo siguiente: el sistema de poder que la monarquía había logrado organizar a partir del fin de la Edad Media presentaba para el desarrollo del capitalismo dos inconvenientes mayores:

1) El poder político, tal como se ejercía en el cuerpo social, era un poder muy discontinuo. Las mallas de la red eran muy grandes, un número casi infinito de cosas, de elementos, de conductas, de procesos escapaban al control del poder. Si tomamos, por ejemplo, un punto preciso, la importancia del contrabando en toda Europa hasta fines del siglo XVIII, podemos percibir un flujo económico muy importante, casi tan

importante como el otro, un flujo que escapaba enteramente al poder. Era además, una de las condiciones de existencia de las personas; de no haber existido piratería marítima, el comercio no habría podido funcionar y las personas no habrían podido vivir. En otras palabras, la ilegalidad era una de las condiciones de vida, pero al mismo tiempo significaba que había ciertas cosas que escapaban al poder y sobre las cuales no se tenía control. Entonces, inconvenientes procesos económicos, diversos mecanismos, de algún modo quedaban fuera de control y exigían la instauración de un poder continuo y preciso, en vez de esos controles globales y de masa.

2) El gran inconveniente de los mecanismos de poder, tal como funcionaban en la monarquía, es que eran sistemas excesivamente onerosos. Y eran onerosos justamente porque la función del poder -aquello en que consistía el poder- era esencialmente el poder de recaudar, de tener el derecho a recaudar cualquier cosa -un impuesto, un décimo, etc. Entonces aparece una segunda preocupación, una segunda necesidad: encontrar un mecanismo de poder tal que al mismo tiempo que controlase las cosas y las personas hasta en sus más mínimos detalles no fuese tan oneroso ni esencialmente predatario, que se ejerciera en el mismo sentido del proceso económico.

Bien, mediante estos ejemplos se puede comprender, medianamente, la gran mutación tecnológica del poder en Occidente; hubo toda una serie de invenciones tecnológicas –máquina de vapor- así como cambios en la tecnología política, donde ocurrió toda una invención al nivel de las formas de poder a lo largo de los siglos XVII

y XVIII. Por lo tanto, es necesario hacer no sólo la historia de las técnicas industriales, sino también de las técnicas políticas. Dentro de éstas, se encuentran **las invenciones de tecnología política**, tal como la ***disciplina***. Disciplina es, en el fondo, el mecanismo del poder por el cual alcanzamos a controlar en el cuerpo social hasta los elementos más tenues por los cuales llegamos a tocar los propios átomos sociales; esto es, los individuos. Técnicas de individualización del poder. Cómo vigilar a alguien, cómo controlar su conducta, su comportamiento, sus aptitudes, cómo intensificar su rendimiento, cómo multiplicar sus capacidades, cómo colocarlo en el lugar donde será más útil; esto es la disciplina, el ejército, es un ejemplo importante porque es el punto donde fue descubierta la disciplina y dónde se la desarrolló en primer lugar, esas técnicas militares de adiestramiento que culminarán en el famoso ejército prusiano de Federico II, que gastaba lo esencial de su tiempo haciendo ejercicios.

El ejército prusiano, el modelo de disciplina prusiana, es precisamente la perfección, la intensidad máxima de esa disciplina corporal del soldado que fue hasta cierto punto el modelo de las otras disciplinas, de una tecnología individualizante de poder. Es una tecnología que enfoca a los individuos hasta- en sus cuerpos, en sus comportamientos; se trata, grosso modo, de una especie de anatomía política, una política que hace blanco en los individuos hasta anatomizarlos.

En la segunda mitad del siglo XVIII; aparece una de las tecnologías de poder que fue desarrollada en Francia, en Alemania y principalmente en Inglaterra donde se

descubrió que el poder no se ejerce simplemente sobre los individuos entendidos como sujetos-súbditos -lo que era la tesis fundamental de la monarquía, según la cual por un lado está el soberano y por otro los súbditos, que aquello sobre lo que se ejerce el poder es la población. ¿Qué quiere decir población? No quiere decir simplemente un grupo humano numeroso, quiere decir un grupo de seres vivos que son atravesados, comandados, regidos, por procesos de leyes biológicas. Una población tiene una curva etaria, una pirámide etaria, tiene una morbilidad, tiene un estado de salud; una población puede perecer o, al contrario, puede desarrollarse. Todo esto comienza a ser descubierto en el siglo XVIII.

Se percibe que la relación de poder con el sujeto o, mejor, con el individuo no debe ser simplemente esa forma de sujeción que permite al poder recaudar bienes sobre el súbdito, riquezas y eventualmente su cuerpo y su sangre. El poder se debe ejercer sobre los individuos en tanto constituyen una especie de entidad biológica, que debe ser tomada en consideración si queremos precisamente utilizar esa población como máquina de producir todo, de producir riquezas, de producir bienes, de producir otros individuos, etc.

El descubrimiento de la población es, al mismo tiempo que el descubrimiento del individuo y del cuerpo adiestrable, otro gran núcleo tecnológico en torno del cual los procedimientos políticos de Occidente se transformaron. Se inventó en ese momento, en oposición a la anátomo-política la biopolítica – neologismo acuñado por

Foucault- es decir la aplicación e impacto del poder político en todos los aspectos de la vida.

La Concepción Relacional de Pierre Bourdieu sobre el Poder

En esta perspectiva, la teoría de Pierre Bourdieu también sirve de sustentación teórica de este trabajo, en razón de que en ésta el Capital Simbólico constituye la base del poder. Asimismo, toda forma de dominación (la desigual distribución de capital entre individuos y grupos), aún la que se basa en la fuerza desnuda, tiene una dimensión simbólica:

> *Si los actos de sumisión, de obediencia, son actos de conocimiento y de reconocimiento, se tiene que la dominación siempre pone en juego estructuras cognitivas que, aplicadas a las estructuras sociales, establecen relaciones de sentido. Así, las relaciones de dominación deben ser legitimadas, reconocidas como legítimas, de manera que los dominados se adhieran naturalmente, sin saberlo, al orden dominante.* (Germaná, 1999, p.9)

Por otra parte, Bourdieu ha logrado alcanzar un tipo de análisis totalizador de la vida social sobre todo en los estudios sobre el área de la salud y en su Teoría se pueden encontrar, para esta Tesis, tres conceptos analíticos fundamentales: **a) Campo, b) Habitus y c) Reproducción Social.**

a) La noción de **Campo** ha sido planteada por Bourdieu para dar cuenta del conjunto de relaciones objetivas en las que históricamente se encuentran ubicados los agentes y

con la cual intenta sobrepasar las arbitrarias oposiciones entre estructura e historia, entre conservación y transformación.

b) El **Habitus** es, el conjunto de los esquemas de percepción, de apreciación y de acción inculcados por el medio social en un momento y en un lugar determinado; es decir, es un conjunto de disposiciones socialmente adquiridas mediante el aprendizaje. Aparece como la mediación entre las condiciones objetivas y los comportamientos individuales. Hablar de Habitus es colocar al individuo, y lo mismo lo personal, lo subjetivo, como social, colectivo. El Habitus es una subjetividad socializada.

c) La **Reproducción Social,** trata fundamentalmente de la reproducción de las relaciones de clase. Si el análisis de Marx se dirigía al examen de la reproducción económica de las clases, Bourdieu enfatizará los hechos vinculados a la reproducción cultural**.**

En Bourdieu encontramos que la dimensión simbólica de las relaciones de dominación se encuentra inscrita en el cuerpo como Habitus, de allí la gran estabilidad de un orden social al haber alcanzado la sumisión inmediata, casi natural, de los dominados. La violencia simbólica, más que la violencia física o cualquier otra forma de coacción mecánica, constituye el mecanismo principal de la reproducción social, el medio más potente del mantenimiento del orden. Bourdieu observa que el

núcleo de la violencia simbólica se encuentra en la "doble naturalización" que es la consecuencia de la "inscripción de lo social en las cosas y en el cuerpo".

Sin embargo, es necesario señalar que, hablar de poder alude a la dominación y en nuestro estudio se hace evidente la dominación de una profesión hegemónica, la medicina, sobre otra dominada, la enfermería; entendiéndose por hegemonía aquel proceso de dirección política e ideológica en el que una clase o sector logra una apropiación preferencial de las instancias de poder en alianza con otras clases, admitiendo espacios donde los grupos subalternos desarrollan prácticas independientes y no siempre funcionales para la reproducción del sistema.

LA TEORÍA DE LA EXPLOTACIÓN: REFERENCIA IMPRESCINDIBLE EN LA DIALÉCTICA DE LAS RELACIONES DE PODER

De esta teoría se desprende la noción de plusvalía y sus diversos tipos. La suposición de que el trabajador es explotado en el sistema capitalista, parte de las premisas de que este tipo de sociedad se basa en relaciones desiguales e injustas fundadas en la acumulación y en la expropiación, por parte del capital, del trabajo producido por los trabajadores asalariados. Marx señala que el trabajo es una mercancía y que el capitalista entra en el mercado de trabajo para comprar el trabajo-

mercancía (fuerza de trabajo), con el dinero equivalente del valor de cambio de la fuerza de trabajo. Según la teoría del valor-trabajo, el valor de cambio de la fuerza de trabajo está determinado por el tiempo de trabajo necesario para su producción, o lo que equivale a decir, el tiempo de trabajo incorporado en los medios de subsistencia del trabajador.

Marx también introduce el concepto de jornada de trabajo. Esa jornada se divide en trabajo necesario y constituye la fuerza de trabajo necesaria para reproducir el valor de cambio, mientras que el resto de la jornada es el sobre- trabajo (plusvalía). La tasa de plusvalía se constituye a partir del sobre-trabajo que se genera en la jornada de trabajo. Marx también discute la formulación de la jornada de trabajo en el contexto de dos derechos enfrentados: los derechos del capitalista a prolongar la jornada de trabajo hasta su máxima duración y los derechos del trabajador a reducir la jornada de trabajo a una duración normal definida. Entre esos derechos, la que decide es la fuerza. Esta fuerza se convierte en la esencia del conflicto de clase:

> *Por eso en la historia de la producción capitalista, la determinación de lo que es una jornada de trabajo se presenta como el resultado de una lucha, una lucha entre el capitalista colectivo, es decir, la clase de los capitalistas, y el trabajo colectivo, es decir, la clase trabajadora* (Marx, 1975, p.259)

Como ejemplo de esto se puede mencionar la lucha que debió enfrentar enfermería para reducir de ocho (8) horas a seis (6) horas su jornada laboral por considerarlo un trabajo de riesgo.

En el Manifiesto del Partido Comunista, Marx y Engels (1847) - publicado en 1848 - señalan la historia de la explotación del trabajo. Historia que se remonta a las iniciales formaciones económico- sociales de la humanidad: El propietario de esclavos les distribuía alimento, apropiándose a cambio del producto de su trabajo. El señor feudal se apropia de los productos del trabajo gratuito que sus siervos estaban obligados a realizar para él. El capitalista compra la fuerza de trabajo del obrero. Bajo estas diferentes formas, las clases poseedoras se apropian siempre del sobre producto social, el producto del sobre trabajo de los productores.

De todo lo anterior se desprende, que la categoría de explotación es inherente al trabajo de la humanidad, y está estrechamente vinculada a la existencia de la propiedad privada. La explotación supone una profunda desigualdad entre los que producen y entre los dueños de los medios de producción, en la que estos últimos se apropian del trabajo y acaparan la riqueza social producida, destinando tan solo un salario de subsistencia a los productores.

El capitalista compra la fuerza de trabajo como compra cualquier otra mercancía, para realizar su valor de uso. El valor de uso de la fuerza de trabajo, es la facultad de crear plusvalía, de suministrar sobre-trabajo, más allá del trabajo necesario para producir el equivalente del salario.

De modo tal, que para ser contratado por un patrón, el obrero trabajará más tiempo del que es necesario para producir este equivalente. Cuando hace esto crea un

valor nuevo, a cambio del cual él ya no cobra nada. Crea plusvalía, que es la diferencia entre el valor creado por la fuerza de trabajo y el valor de la propia fuerza de trabajo. El centro de la teoría de la explotación se asienta en el trabajo generado y no remunerado a los asalariados. No hay forma de comprender el funcionamiento de la economía contemporánea soslayando o desconociendo este principio.

El incremento de la tasa de explotación es una constante presente en las últimas dos décadas en la economía capitalista. Manifestación de ello lo representan los fenómenos de desregulación laboral, desempleo estructural y expansión de la pobreza.

En el mismo orden de ideas, el economista John Roemer empleó la teoría neoclásica para defender los conceptos marxistas de explotación y clase. En su Teoría General de la Explotación y la Clase, Roemer (1982) usó la elección racional y la Teoría de Juegos para demostrar cómo la explotación y las relaciones de clase pueden presentarse en el desarrollo de un mercado laboral. Roemer continuaría rechazando la idea de que la teoría del valor del empleo era necesaria para explicar la explotación y las clases.

El valor fue en principio capaz de ser explicado en términos de algún tipo de adquisición de materias, tales como petróleo, comida, etc., más que siendo exclusivamente explicado como fuerza de trabajo humana. Roemer llegó a la

conclusión de que explotación y clase están, de esta manera, generadas, no en la esfera de la producción, sino en el intercambio mercantil.

LAS RELACIONES DE PODER DESDE LA PERSPECTIVA DEL MATERIALISMO DIALÉCTICO

Siendo lo sustantivo en esta Tesis la categoría contradicción, es la teoría dialéctica del poder la que guía el viaje teórico emprendido. Desde este posicionamiento, se entienden las relaciones de poder en los términos que a continuación se expresan. Para el materialismo dialéctico, el ámbito del poder es aquél donde se producen, se constituyen y se reproducen las relaciones sociales. El ámbito donde se forman y se realizan (a partir de relaciones anteriores) relaciones sociales, luego de lo cual tiene lugar su proceso de reproducción.

Las relaciones sociales se configuran a partir de confrontaciones y contradicciones entre los sujetos históricos intervinientes; es decir, a partir de relaciones de fuerza entre los polos. En este sentido, se debería (re) pensar la categoría que expresa la relación social de capital como una relación de fuerza entre los dos sujetos sociales involucrados: el médico (colectivo) sujeto de la hegemonía en el ámbito de la salud y la enfermera (colectivo) sujeto dominado del ámbito de la salud. Es aquí, al interior de la relación misma, donde reside la lucha de clases entre

un sujeto social dominador y otro sujeto social dominado (que puede rebelarse y trastocar la relación social de capital).

En este sentido, esta investigación ha permitido sobrepasar el plano de la apariencia, de la intuición, de la inmediatez para ir más allá rastreando aquellos lugares , niveles y condiciones subjetivas que, aún sin ser directamente observables ni pertenecer a la apariencia inmediata, son sustantivos para la comprensión de las relaciones de poder abordadas.

> *Para Marx este terreno social es el de la confrontación y la contradicción puesto que si nos limitamos al plano aparencial nunca podremos comprender en su historicidad aquellas relaciones sociales constituidas a partir de las confrontaciones. En consecuencia, nos veríamos obligados a tomar la paz, el dominio estable de una de las clases sociales (la capitalista) no como un momento parcial y relativo del proceso global de lucha de clases sino como algo natural, eterno, ahistórico, y por lo tanto sin explicación* (Kohan, 1999, p. 12)

Es imprescindible considerar que las relaciones sociales están en estrecha conexión con la lucha de clases, y la lucha de clases no se circunscribe sólo al plano de la política (donde obviamente también se expresa) sino que además atraviesa el interior mismo de las relaciones sociales de producción.

En consecuencia, adherimos a que la obra de Marx (1845) brinda poderosas razones que permiten pensar, las relaciones de poder como una esfera de ningún modo encerrada o circunscrita únicamente en la superestructura. No puede obviarse, además, que Engels (1886) focaliza su mirada en elementos fundamentales para

entender el poder. Así, establece un tejido discursivo, cuya premisa principal plantea: el poder no es un mero acto de voluntad sino que depende de condiciones materiales entendidas como contradicciones, como confrontaciones y enfrentamientos. Al decir de Gramsci (1984), relaciones de fuerza entre los sujetos sociales involucrados en esas relaciones y constituidos a partir de ellas.

De acuerdo con el materialismo dialéctico, las clases sociales y los conflictos de clases están presentes o surgen dondequiera que se aplique en forma desigual la autoridad respecto de los estamentos sociales que componen una sociedad. Las clases sociales, desde esta perspectiva, son grupos multiformes inmiscuidos en intensos conflictos orientados hacia el cambio estructural y a un nuevo orden que les permita a los individuos alcanzar una igualdad en términos de oportunidades económicas, sociales, culturales y recreativas. Es decir, el conflicto entre capital y trabajo, las tensiones entre dominadores y explotados, la apropiación de la plusvalía por parte de los dueños del capital constituyen generadores de desigualdades y contradictorias relaciones de poder. Esto conduce, en razón de la dimensión teleológica de este trabajo a considerar la Teoría de la Explotación como referencia imprescindible.

En este sentido, se argumenta que cualquier sociedad para poder existir y reproducir las condiciones de su existencia, debe producir una serie de bienes y servicios necesarios por medio del trabajo, en el entendido que el trabajo es la actividad consciente y social mediante la cual el hombre moldea su medio natural y

social con el objeto de dotarse de forma continuada de los bienes y servicios necesarios para la vida en sociedad. (Gracia, 2007)

Para poder producir sus bienes y servicios, además del trabajo y la naturaleza, el ser humano necesita dotarse de herramientas. Esto quiere decir que una parte de su producción consistirá en *bienes productivos* que tienen como finalidad potenciar la capacidad del trabajo en la transformación de los recursos naturales y sociales que surgen de la existencia del individuo como ser social. Estos productos del trabajo que tienen como objetivo servir al proceso productivo y no al consumo los llamaremos *Medios* (Gracia, 2007).

En la obra de Marx (1975) (particularmente en El Capital) ocupa un lugar central la dominación económica en la sociedad capitalista como explotación del obrero, oculta o enmascarada por una relación formal, jurídica, entre iguales, lo que excluye por ello la necesidad de la coerción en que descansa en última instancia el poder político. Esta forma de dominación, o poder económico, entraña una relación entre clases antagónicas: la clase explotada que vende su fuerza de trabajo y la explotadora capitalista, que la compra. Es, por tanto, real, efectiva no jurídicamente, una relación desigual, y la desigualdad estriba en el hecho de que la clase explotada, dominada, se ve forzada a vender su fuerza de trabajo dada su desposesión con respecto a los medios de producción sin que para ello la clase que domina económicamente tenga que recurrir a la fuerza, a la coacción física. Cuando se opone

dominación atribuyéndola sólo a su forma política, a explotación, porque en ésta se halla ausente la coacción física, no se hace sino ocultar la naturaleza específica de la dominación en el terreno económico.

Ciertamente, no estamos aquí ante el poder político sino ante el poder económico del que dispone el capitalista frente al no poder del obrero, sin que éste pueda sustraerse a esa forma de dominación o explotación, aunque ésta no descanse en la violencia propia del poder político. Así, pues, si partimos de una definición general del poder social como dominio de una clase sobre otra, de unos hombres sobre otros, es legítimo hablar en términos marxianos de poder económico. Y es legítimo afirmar también que, frente a la tradición del pensamiento político burgués, que, arrancando de Maquiavelo, absolutiza el poder político, Marx es ante todo el teórico de esta forma de poder o de dominación que es el poder económico o la explotación, sin que ignore por ello la importancia de otros poderes sociales, como el político y el ideológico, aunque sin absolutizarlos y poniéndolos en relación con el poder económico.

En este orden de ideas al reflexionar analíticamente sobre las relaciones de poder y de fuerzas que caracterizan a una situación, Gramsci parte de una relación "económica objetiva", para pasar luego a la dimensión específicamente política y cultural donde se construye la hegemonía, dice que la modificación de las relaciones de fuerza debe partir de una situación "económica objetiva". Al reflexionar sobre la

hegemonía Gramsci advierte que la homogeneidad de la conciencia propia y la disgregación del enemigo se realizan precisamente en el terreno de la batalla cultural. ¡He allí su increíble actualidad para operar en las condiciones abiertas por el capitalismo tardío! Él no se adentra en la reflexión sobre la cultura para intentar legitimar la gobernabilidad consensuada del capitalismo sino para derrocarlo.

La Hegemonía y el Poder: Antonio Gramsci

Luciano Gruppi (1978) sobre la hegemonía señala que:

> *El término hegemonía deriva del griego eghesthai, que significa "conducir", "ser guía", "ser jefe"; o tal vez del verbo eghemoneno, que significa "guiar", "preceder", "conducir" y del cual deriva "estar al frente", "comandar", "gobernar". Por eghemonia el antiguo griego entendía la dirección suprema del ejército. Se trata pues de un término militar. Egemone era el conductor, el guía y también el comandante del ejército. En el tiempo de la guerra del Peloponeso, se habló de la ciudad hegemónica, a propósito de la ciudad que dirigía la alianza de las ciudades griegas en lucha entre sí.* (Gruppi, 1978, p.1)

Sin embargo, es necesario destacar que el concepto de hegemonía comenzó a ser utilizado inicialmente por Plejanov y Lenin en ese sentido etimológico de conducir, o ser guía para la conducción del proletariado. Pero es Antonio Gramsci (1984) quien elabora una concepción distinta que se ha impuesto como una nueva visión del poder y de la transformación sociopolítica. De manera que podemos adelantar que, en términos dialécticos, a la hegemonía médica se torna necesario contraponer la hegemonía enfermera si partimos de la consideración que: "*Construir la hegemonía significa crear un proceso social de persuasión y generación de*

consenso activo mediante el cual grupos sociales se suman a un proyecto social, cultural y/o político" (Giner, 1998, p. 349)

De manera que Gramsci plantea que es necesario aprehender lo social como una totalidad histórica articulada y no como la suma mecánica yuxtapuesta de factores (el económico, el político y el ideológico o también el estructural y el superestructural) pues moverse en ese territorio solo sirve para eludir la dimensión específicamente política y totalizadora que asume en su teorización. Para él, el problema a resolver residía en que para poder operar con eficacia política había que conocer el terreno de la acción. En este sentido, lo adecuado consiste en entender que:

> *La Sociedad Civil es el espacio donde se crea el poder y el cambio social, fundamentalmente a través de los aparatos de hegemonía, esto es, las instituciones que configuran la economía, la cultura, la opinión pública y la movilización social.* (Giner, 1998, p. 349-350)

La teorización de Gramsci, en torno a la hegemonía y el poder, ocupa lugar preeminente en esta tesis, puesto que alude directamente al problema de las clases subordinadas, sobre las que señala que las clases sociales dominadas o subordinadas, asumen una concepción del mundo que les es impuesta por las clases dominantes, pero la ideología de las clases dominantes se corresponde con su función histórica y no con los intereses y la función histórica de las clases dominadas. He aquí pues la ideología de las clases, o de la clase dominante, influyendo sobre las clases y sectores sociales subordinados, mediante mecanismos a través de los cuales la clase

dominante construye su propia influencia espiritual, su capacidad de introducir en la conciencia de toda la colectividad su hegemonía.

Uno de los instrumentos o vías de dominación lo constituye, para Gramsci, la Escuela. Resulta interesante y pertinente la división que establece en escuela profesional y gimnasio-liceo, donde la escuela profesional es para los que irán a trabajar en actividades subalternas y el gimnasio-liceo para los cuadros dirigentes de la sociedad.

De manera que en la concepción gramsciana la hegemonía no es un sistema formal cerrado, absolutamente homogéneo y articulado; por el contrario, es un proceso que expresa la conciencia y los valores organizados prácticamente por significados específicos y dominantes en un proceso social vivido de manera contradictoria, incompleta y hasta muchas veces, difusa. En una palabra, la hegemonía de un grupo social equivale a la cultura que ese grupo logró generalizar para otros segmentos sociales. La hegemonía es idéntica a la cultura pero es algo más que la cultura porque además incluye, necesariamente, una distribución específica de poder, jerarquía y de influencia. Como dirección política y cultural sobre los segmentos sociales "aliados" influidos por ella, la hegemonía también presupone violencia y coerción sobre los enemigos. No sólo es consenso (como habitualmente se piensa en una trivialización socialdemócrata del pensamiento de Gramsci).

Por último, la hegemonía nunca se acepta de forma pasiva, está sujeta a la lucha, a la confrontación, a toda una serie de "tironeos". Por eso quien la ejerce debe todo el tiempo renovarla, recrearla, defenderla y modificarla, intentando neutralizar a su adversario incorporando sus reclamos pero desgajados de toda su peligrosidad.

La hegemonía no es entonces un sistema formal cerrado, sus articulaciones internas son elásticas y dejan la posibilidad de operar sobre él desde otro lado, desde la crítica al sistema, desde la contra-hegemonía (a la que permanentemente la hegemonía debe contrarrestar). Si en cambio fuera absolutamente determinante -excluyendo toda contradicción y toda tensión- sería impensable cualquier cambio en la sociedad.

Finalmente, es de suma importancia referencial el asunto de los intelectuales en Gramsci por cuanto que, como señala Gruppi (1978)

> *En efecto, una hegemonía se construye si tiene sus cuadros, sus elaboradores. Los intelectuales son los cuadros de la clase dominante económica y políticamente, son los que elaboran la ideología. Los intelectuales…son los "persuasores" de la clase dominante, son los "empleados" de la hegemonía de la clase dominante. (La expresión según la cual "el intelectual es el intermediario del consenso", es una justa interpretación de la concepción de Gramsci, pero no se halla en sus textos). Más adelante afirma "Los intelectuales no son, pues, un grupo social autónomo; pero, todo grupo social, cumpliendo una determinada función en la producción económica, forja sus intelectuales que vienen a ser los técnicos de la producción. Estos intelectuales no se limitan a ser solamente los técnicos de la producción, sino que son también los que dan a la clase económicamente dominante la conciencia de sí misma y de su propia función, en el campo social y en el campo político. Dan homogeneidad a la clase dominante y a su dirección. Hoy…el capitalismo industrial*

crea esencialmente técnicos, científicos, ligados a la producción. Estos son, los intelectuales orgánicos del capitalismo, íntimamente conexos a la función productiva, a la función de la economía capitalista. Todo grupo social, cuando se afianza en el campo económico y debe elaborar su propia hegemonía política y cultural, y crear, por consiguiente, sus propios cuadros, sus propios intelectuales, encuentra al mismo tiempo intelectuales ya formados por la sociedad precedente, por la formación económico-social precedente: los intelectuales tradicionales. La nueva clase dominante, mientras forma sus propios intelectuales orgánicos, se esfuerza en asimilar a los intelectuales tradicionales. (Gruppi, 1978, p. 18)

Las Relaciones de Poder:

Lla Plusvalía Ideológica de Ludovico Silva y la Alienación en Marx.

En el entendido que la relaciones de poder contienen un ineludible componente ideológico en el sentido que para la sociología la ideología es: "*Todo conjunto más o menos sistemático de creencias que intentan explicar al hombre y el mundo, a la vez que orientar su conducta a partir de ciertos valores aceptados como correctos"*. (Engels, 1886, p. 6)

En este sentido general, toda teoría del mundo es una ideología, lo es tanto desde el punto de vista reaccionario como del conservador, tanto el progresista como el radical (incluido el propio marxismo). En todas las sociedades encontramos teorías del mundo o ideologías puesto que, *"todo lo que mueve a los hombres tiene que pasar necesariamente por sus cabezas"* (p. 6)

En el siguiente texto de, Marx y Engels, se presenta el concepto de ideología como las representaciones que el hombre se hace de la realidad ligada a las condiciones materiales de existencia, las condiciones reales en las que se desenvuelve la vida humana. Al respecto dice:

> *Los hombres son los productores de sus representaciones, de sus ideas, etc., pero los hombres son reales y actuantes, tal y como se hallan condicionados por un determinado desarrollo de sus fuerzas productivas y por el intercambio que a él corresponde, hasta llegar a sus formaciones más amplias. La conciencia no puede ser nunca otra cosa que el ser consciente, y el ser de los hombres es su proceso de vida real. Y si en toda la ideología los hombres y sus relaciones aparecen invertidos como en la cámara oscura, este fenómeno responde a su proceso histórico de vida, como la inversión de los objetos al proyectarse sobre la retina responde a su proceso de vida directamente físico. Totalmente al contrario de lo que ocurre en la filosofía alemana, que desciende del cielo sobre la tierra, aquí se asciende de la tierra al cielo. Es decir, no se parte de lo que los hombres dicen, se representan o se imaginan, ni tampoco del hombre predicado, pensado, representado o imaginado, para llegar, arrancando de aquí, al hombre de carne y hueso; se parte del hombre que realmente actúa y, arrancando de su proceso de vida real, se expone también el desarrollo de los reflejos ideológicos y de los ecos de este proceso de vía. También las formaciones nebulosas que se condensan en el cerebro de los hombres son sublimaciones necesarias de su proceso material de vida, proceso empíricamente registrable y sujeto a condiciones materiales. La moral, la religión, la metafísica y cualquier otra ideología y las formas de conciencia que a ellas corresponden pierden, así, la apariencia de su propia sustantividad, no tienen su propia historia ni su propio desarrollo, sino que los hombres que desarrollan su producción material y su intercambio material cambian también, al cambiar esta realidad, su pensamiento y los productos de su pensamiento. No es la conciencia la que determina la vida, sino la vida la que determina la conciencia. Desde el primer punto de vista, se parte de la conciencia como del individuo viviente; desde el segundo punto de vista, que es el que corresponde a la vida real, se parte del mismo individuo real viviente y se considera la conciencia solamente como su conciencia.* (Marx y Engels, 2004, pp. 1-2)

De acuerdo con lo anterior, entonces la concepción de plusvalía ideológica, elaborada por Ludovico Silva, constituye un referente de mucha importancia en el estudio. En este sentido, Ludovico Silva (1975, 1979, 1884) retomando las tesis de Marx contenidas en la obra *Contribución a la crítica de la economía política* - nos alerta sobre el hecho de que las ideologías no son las simples ideas estructurantes de la vida y de las relaciones entre los seres humanos en un contexto determinado.

De manera que lo que ocurre en la sociedad, en las relaciones sociales y en las relaciones de poder Enfermería-Medicina es la existencia de condicionantes en el proceso de producción de las ideas. En esta perspectiva, un aspecto relevante del método dialéctico y del discurso marxista sería haber descubierto que el sentido de la historia obedece a los intereses de clase, es decir, a las contradicciones de clase. Cada sociedad y por extensión, cada relación social no igualitaria o asimétrica estatuye los criterios de verdad con los cuales ella ha de funcionar; estos no están ocultos substancialmente detrás de los entes, sino que aparecen mediados por la historia.

La idea central del análisis sería entonces la captación y postración de la idea de totalidad en este sistema:

> *El capitalista se apodera de una parte del valor de la fuerza de trabajo que en realidad pertenece al dueño de la fuerza de trabajo; del mismo modo, el capitalismo a través del control de las comunicaciones masivas y de la "industria cultural" se apodera de una buena parte de la mentalidad de los hombres, pues inserta en ella toda clase de mensajes que tienden a preservar el capitalismo.* (Silva, 1984, p. 198)

A ese proceso de pérdida de sí, Marx lo llamará enajenación. La tesis fundamental con que trabaja Marx en estos momentos es la de extrañamiento, los hombres extrañan su valor de uso, su fuerza de trabajo, convirtiéndola así en un valor de cambio; ésta se deprecia en la misma medida en que más produce. Lo anterior nos conduce a que en el proceso de subordinación de enfermería a la medicina se establece no solo una relación asimétrica sino, unas estrategias de sujeción que impiden un proceso de emancipación en el entendido de que el fin último y norte a seguir es, para Marx, la "emancipación humana"; asunto éste que manifiesta en su escrito sobre "La cuestión Judía" y sobre lo que Lee (2007) cita:

> *Toda emancipación es reducir el universo humano con todas sus relaciones, al ser humano mismo. ... Sólo cuando el ser humano real, individual logre superar al ciudadano abstracto y regresarlo a sí mismo, y sólo cuando, como ser humano individual que es, con su vida empírica, su trabajo individual y sus relaciones individuales, haya logrado convertirse en un ser genérico, sólo cuando el ser humano haya reconocido sus propias fuerzas como fuerzas sociales y las haya organizado como tales, y luego no siga separando de sí la fuerza social en forma del poder político, sólo entonces se habrá realizado la emancipación humana.* (Lee, 2007, p. 15)

En esta perspectiva cobra fuerza el concepto de alienación que es desarrollado por Marx en sus Manuscritos Económicos-Filosóficos del año 1844, partiendo precisamente de la alienación real del ser humano. En estos textos le da un contenido socio-económico al concepto de la alienación, al señalar, que la alienación y deshumanización de la sociedad se debe al trabajo alienado. Por ende, Marx concibe las relaciones humanas como relaciones alienadas de una sociedad basada en el

intercambio, en la cual el trabajo ha sido degradado a un mero medio para la subsistencia.

En este contexto, Marx observa que, en la medida en que se multiplica y diversifica la producción social y con ella las necesidades humanas, el trabajo de los productores adquiere cada vez más un carácter de mero medio de subsistencia y pierde su significado originario como actividad vital, en el sentido más amplio de la palabra y ello es lo que afirmamos ocurre en la desigual relación entre enfermería y medicina, partiendo de la consideración de que medicina es a la burguesía lo que enfermería al proletariado.

Así, la enajenación, la alienación, es imprescindible en el descubrimiento de la plusvalía como principio fundamental de la explotación capitalista. La enajenación deja de ser una teoría especulativa y se convierte en parte de una teoría científica comprometida con las posibilidades reales de emancipación y autonomía de la enfermería respecto de la hegemonía médica como acto revolucionario liberador.

Como vemos, la noción de alienación que, por ejemplo, Feuerbach restringió al ámbito religioso, Marx logra hacerlo extensivo a todas y cada una de las esferas de la actividad humana, empezando por la actividad esencial del ser humano esto es: la producción de bienes para la satisfacción de sus necesidades. De manera que producir es la actividad esencial de los humanos que los distingue de otras especies animales y asimismo, significa transformar la Naturaleza.

Por tanto, el trabajo es el concepto fundamental para entender al ser humano. El trabajo, como actividad productiva libre, es la actividad en la que el ser humano expresa su humanidad, su verdadera naturaleza. Todo lo producido de esta forma -un vestido, una estatua, una casa- es la esencia de la vida humana convertida en un objeto físico y por tanto externo al productor.

Sin embargo, en las sociedad capitalista-industrial, el trabajador (y la enfermera [o] es una trabajadora [or] subordinada en la estructura jerárquica de las disciplinas de la salud) no controla el producto de su trabajo; por ello, el producto en el que se objetiva su trabajo no le pertenece, convirtiéndose así en algo extraño, ajeno al enfermero en cuanto que trabajador. Su actividad transformadora no le pertenece, no es considerada como suya, sino que es propiedad de "otro".

Esto explica porque el objeto que su trabajo produce, su producto, se enfrenta a él como un extraño, como un poder independiente de él como productor... el trabajador se relaciona con el producto de su trabajo como con un objeto extraño", tal como dice Marx (1844) en los "Manuscritos económico-filosóficos". Además, en la medida en que el producto se convierte en una mercancía, el trabajo objetivado en él es tratado también como mercancía, por lo que el mismo sujeto productor, cuya actividad se halla objetivada en la cosa, en el objeto producido, se ve sometido a un proceso de reificación, de cosificación, mediante el cual, él termina por ser considerado simplemente como cosa, como mercancía:

> *¿En qué consiste entonces la enajenación del trabajo? Primeramente en que el trabajo es externo al trabajador, es decir, no pertenece a su ser; en que en su trabajo, el trabajador no se afirma, sino que se niega; no se siente feliz, sino desgraciado; no desarrolla una libre energía física y espiritual, sino que mortifica su cuerpo, arruina su espíritu. Por eso el trabajador sólo se siente en sí fuera del trabajo, y en el trabajo, fuera de sí. Está en lo suyo cuando no trabaja y cuando trabaja no está en lo suyo. Su trabajo no es, así, voluntario, sino forzado, trabajo forzado. Por eso no es la satisfacción de una necesidad, sino solamente un medio para satisfacer las necesidades fuera del trabajo. Su carácter extraño se evidencia claramente en el hecho de que tan pronto como no existe una coacción física o de cualquier otro tipo se huye del trabajo como de la peste. El trabajo externo, el trabajo en que el hombre se enajena, es un trabajo de autosacrificio, de ascetismo"* (Marx, 1844, p. 4)

De esta manera es el médico, en tanto que capitalista, el que con la apropiación del producto, se apropia de la actividad enfermera resultando para estos últimos una actividad enajenada, alienada. Además, el objeto producido se vuelve contra su creador, puesto que sirve para enriquecer al capitalista y aumentar su poder sobre el proletario. Así, la actividad productiva se convierte en una actividad realizada bajo dominación, coerción y el yugo de otro. El amor y la confianza mutua se ven reemplazadas por el comercio y el intercambio de y como mercancías.

El hegemónico, no reconoce en el otro una naturaleza humana común sino que ve a los otros como instrumentos para satisfacer sus intereses particulares. La humanidad, bajo la explotación del trabajo asalariado, aparece separada en dos partes que no reconocen su común humanidad.

Pero la alienación no se da exclusivamente, en el territorio de la actividad productiva, del trabajo. Además de la alienación económica, estructural y radical en

la sociedad capitalista, derivan de ella otras formas de alienación, como la social, (a través de la división de la sociedad en clases), la política (con la división entre la "sociedad civil" y el "Estado") de las que, a su vez derivan otras formas de alienación ideológica, que buscan justificar la situación real de miseria para la mayoría y al mismo tiempo, confundir y mistificar la realidad, creando una falsa conciencia de la misma.

Se deriva entonces que la última fase de la alienación es, pues, la alienación ideológica. En ésta, el trabajador cree que es legítima la apropiación de la plusvalía por parte del capitalista. El trabajador cree que, como el capitalista posee legítimamente los medios de producción (conocimientos legitimados y legales, dominios, habilidades, destrezas, experiencias y experticias en el caso que nos ocupa) tiene una pretensión o un derecho fundado para apropiarse una parte de su trabajo, de una parte de su actividad, de una parte de su vida. A su vez, se considera legítima la posesión de los medios de producción porque deriva de una apropiación legítima de plusvalías en etapas anteriores, construyéndose un círculo vicioso en los procesos de legitimación de la explotación. La eficacia de la explotación capitalista descansa sobre la noción de legitimidad: presentarse ante las conciencias de los explotados como moralmente justificables.

En esta línea argumental, la ideología deviene en una falsa conciencia, una representación inadecuada de la realidad con el propósito expreso de que los

explotados consideren naturales y por tanto justificables e inevitables sus condiciones de vida: “siempre ha sido así” “los médicos siempre han estado arriba”, “es natural que el Dr. se lleve los méritos, es él, el que sabe y tiene más” son expresiones que manifiestan la aceptación de la ideología dominante por parte de los dominados. La ideología se constituye en la culminación del proceso de alienación.

SOBRE EL CONCEPTO DE CLASE SOCIAL

Una de las categorías fundamentales de la tesis reside en el concepto de Clase Social. Al respecto, cabe destacar que el concepto de clase social ha sido acuñado desde casi los orígenes de la sociología y en especial con dos autores que hoy en día son llamados los fundadores de la sociología moderna: Karl Marx y Max Weber.

En esta perspectiva puede definirse la clase social como: *“el conjunto de personas con los mismos intereses económicos como consecuencia de su igual relación con los medios de producción”*. (Fernández, J., 2008, p.5)

En la sociedad o modelo capitalista, las dos clases antagónicas son la burguesía y el proletariado. Sin embargo, luce pertinente acotar que el marxismo considera que las clases sociales aparecen en las sociedades con la división social del trabajo. No todo el mundo trabaja de la misma manera, ni se relaciona del mismo modo con las fuerzas productivas.

Con la aparición de la propiedad privada la sociedad se divide en dos grandes grupos o clases: la de las personas que poseen propiedad privada, que son dueñas de los medios de producción (tierras, fábricas, ...) y la de aquellas personas que no son dueñas de dichos medios y sólo disponen de la fuerza de su trabajo para sobrevivir. De este modo, son básicamente dos las clases sociales en toda sociedad que admite la propiedad privada de los medios de producción: la clase explotadora y la clase explotada. En función de las peculiaridades del modo de producción de cada sociedad, del modo en que cada sociedad produce bienes, las clases sociales serán distintas. Karl Marx, en el marco del materialismo histórico ha definido a las clases en términos estrictamente económicos; las definió en términos de poseedores y no poseedores de los medios de producción.

Las clases sociales dentro de esta concepción son: los burgueses capitalistas, y los trabajadores en cualquiera de las modalidades del capital (financiero, industrial y comercial). Sin embargo, estas clases aparecen en el capitalismo industrial, puesto que en este modo de producción es un requisito fundamental que los individuos sean propietarios libres. No obstante, dichos propietarios no poseen lo mismo sino que poseen lo que el otro necesita. El capitalista es el poseedor de los medios de producción, y el trabajador es el poseedor de su fuerza de trabajo. En ese intercambio entre ambos agentes es que toma lugar la explotación capitalista, es decir, la explotación del trabajo vivo por medio del trabajo muerto.

Este intercambio es lo que genera la desigualdad entre ambas clases sociales, puesto que el capitalista, al ser propietario de los instrumentos de producción, tiene como meta la acumulación de capital para reinvertirlo y acumular infinitamente más capital. Es decir, el burgués capitalista por medio del ciclo en que se compra con dinero **D** una mercancía **M** para así venderla por más dinero **D' (D-M-D'),** el dinero que le queda de excedente o plusvalía lo invierte para el acrecentamiento del capital fijo (tecnología) en desmedro del capital variable (fuerza de trabajo). Esa inversión diferencial es posibilitada, según Marx, debido a que la tecnología aplicada a la economía permite disminuir los tiempos necesarios mínimos para la elaboración de las mercancías, convirtiendo el trabajo necesario de antemano en plustrabajo, y este plustrabajo es así convertido en la plusvalía de donde el burgués puede reinvertir más en fuerzas productivas, pudiendo prescindir de esa forma de utilizar más mano de obra.

De los precedentes planteamientos dialécticos sobre las clases sociales se infiere que esta categoría parte de:

1) entenderlas como una comunidad de personas identificada por su situación común en el sistema de producción social (material y espiritual);

2) que la determinación esencial de las mismas está dada por su: a) relación, en términos de grado de control, de las condiciones de producción (es decir, los medios, los recursos y el trabajo), b) apropiación o no, de parte del producto del trabajo de

otros, c) papel en la división social del trabajo, en particular, en cuanto a su participación de forma preponderante en el trabajo físico o intelectual y en la dirección o ejecución de la actividad social, dados los diferentes roles y significación sociales de los mismos;

3) asumirlas en interacción con las relaciones de producción y con la totalidad social, de las cuales son componentes y portadoras;

4) entenderlas como relaciones y luchas;

5) interpretarlas no sólo como exponentes de relaciones de explotación (no sólo directas), sino también de dominación y enajenación;

6) saber que desarrollan una subjetividad, niveles de conciencia, intereses, formas y estilos de vida específicos, condicionados por su situación peculiar en una sociedad dada;

7) estudiarlas en el contexto histórico.

Relaciones de Poder y Conciencia de Clase.

Lo anterior nos lleva de la mano, directamente hacia el concepto de conciencia de clase**;** concepto éste que con frecuencia corre en boca de muchos, que reiteradamente es reclamado y hasta exigido, pero que en rigor siendo una categoría clave para la emancipación del proletariado en general y en nuestro particular caso

para enfermería, al parecer, pocos conocen más allá de lo que su sentido común le indica. Esta categoría de alta significación suele confundirse con la conciencia individual, escamoteando el verdadero sentido transformador que este encierra. Por ello, más que nunca, la conciencia de clase, debe estudiarse y discutirse, para luego desarrollarla en la más profunda de las praxis. Sin embargo, habría que hacer mención de la noción genérica de conciencia, por cuanto es uno de los conceptos básicos fundamentales de la vida social de los cuales hacemos usos diversos y frecuentes, pero difíciles de definir en forma precisa. No obstante, consideramos que Lucien Goldman nos proporciona cierta precisión al respecto cuando señala lo siguiente: *"La conciencia es cierto aspecto de todo comportamiento humano que implique la división del trabajo"* (Goldman, 1970, p. 96). Más aún, extiende la explicación de la definición precisando que:

> *Toda forma humana de división del trabajo presupone un mínimo de planeación y la posibilidad implícita de designar los seres y las cosas en el plano teórico, para ponerse de acuerdo sobre el comportamiento que se debe adoptar ante ellos.* (p.96)

> *La conciencia de clase se entiende como un saber objetivo en una situación concreta, que se vincula a la posición que cada clase ocupa en la producción y apropiación de la riqueza en un momento determinado de la historia. Dicha expresión para el proletariado constituye el interés más claro en cuanto a la necesidad de entenderse a sí como sujeto histórico víctima de la explotación y la alienación económica que separa al proletariado de los medios de producción necesarios para su subsistencia y los obliga a vender su fuerza de trabajo en condiciones desventajosas a la clase que los oprime, la burguesía*. (Sutherland, 2007, p. 1)

La conciencia de clase no surge espontáneamente, los esquemas inconscientes de reacción y actividad representan una base subjetiva y espontánea que permite expresar ciertos intereses inmediatos de clase, lo que se puede considerar como un básico *instinto de clase*.

Esta aproximación a la conciencia no evoluciona de manera mecánica, y no es desarrollada con facilidad en el seno del proletariado. Entre ambos estadios del ser consciente, se erige la ideología dominante, la burguesa-liberal. Esta falsa conciencia distorsiona y encarrila la evolución del instinto de clase a la mera aceptación pasiva del sistema y a la no confrontación directa y definitiva con los responsables de las calamidades que devienen del mismo.

Por su parte, **Conciencia de clase** es una categoría dialéctica que define la capacidad de los individuos que integran una determinada clase social de ser conscientes de las relaciones de poder - ya sean económicas, políticas, ideológicas - que se aduce son la condición original de la organización de una sociedad dividida en clases y de actuar de acuerdo a ellas para beneficio de sus intereses.

En este sentido, es necesario destacar que las contradicciones de poder en enfermería constituyen una real lucha ideológica y que ésta es la palanca que transforma la lucha económica en lucha política. En términos de nuestro tránsito hacia la síntesis, asumimos que la reversión de las asimétricas relaciones se alcanza pasando, como señalan Marx y Engels, de la **conciencia en sí** (el descubrimiento de

que somos una clase social contrapuesta a otros intereses) hacia la **conciencia para sí** (cuando descubren que las victorias son efímeras y que lo necesario es asumir el poder); es decir, se debe tener conciencia de sus intereses de clase cardinales.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES SOBRE LAS TEORIAS FEMINISTAS Y LAS DESIGUALES RELACIONES DE PODER

A pesar de la aparente igualdad jurídica y social entre los sexos, aún perduran enormes diferencias que obstaculizan la libertad y el desarrollo de las mujeres, esto es planteado por las teorías feministas, que tienen como objeto de estudio la comprensión de la naturaleza de la desigualdad y se centran en la política de género, las relaciones de poder social, político, económico y la sexualidad.

Es un movimiento heterogéneo, integrado por una pluralidad de planteamientos, enfoques y propuestas. Realiza una crítica de las relaciones sociales, así como también analiza la desigualdad de género y los intereses en general de las mujeres. Hasta que comenzaron a ocurrir estos planteamientos, los modos de ejercicio público del poder respondían al estereotipo masculino, pero con los aportes del feminismo pronto se fue creando un ambiente propicio para el cambio en los

derechos femeninos, aunque aún hoy persisten – por diversas razones – espacios reservados mayoritariamente a los hombres.

Este movimiento surge a partir de la toma de conciencia sobre las desigualdades entre grupos y la convicción de la necesidad de hacer algo al respecto. Su importancia radica en que aporta, al conjunto de la sociedad, un prisma singular desde el cual analizar y ver el mundo, porque las mujeres constituidas en sujetos activos cuestionan e interrogan a la sociedad y a ellas mismas sobre lo que son, lo que hacen, sobre la organización social y el mundo que les rodea.

Realizan de este modo un proceso colectivo de reinterpretación de la realidad, de elaboración de nuevos códigos y significados para interpretarla, para lo que construyen términos con los que denominar los nuevos fenómenos que el feminismo destapa: acoso sexual, maltrato doméstico, violencia conyugal, doble jornada. Requiere también desarrollar políticas y discursos que integren el reconocimiento de cierta identidad cultural de las mujeres, la búsqueda de su reconocimiento social en tanto que tales, junto con políticas de justicia social e igualdad que permitan romper lo que el género determina; enfrentar las desigualdades y discriminaciones que genera la cultura patriarcal, las estructuras sociales y económicas.

Sobre las Diversas Posturas Feministas

Las **feministas radicales** (un subtipo del feminismo) consideran a la patriarquía como la raíz de los problemas sociales de mayor seriedad. Algunas (os) son partidarias (os) del separatismo - una separación entre hombres y mujeres en la sociedad y la cultura - mientras que otros cuestionan no sólo las relaciones entre el hombre y la mujer, sino también el significado de "hombre" y "mujer". Algunos discuten que los roles, identidad y sexualidad de los sexos son, de hecho, construcciones sociales.

Para estos feministas, el feminismo es un medio principal para el alcance de la liberación humana. Algunos de los mayores subtipos de feminismo son el feminismo amazónico, el feminismo cultural, el ecofeminismo, el feminismo individualista, el feminismo material, el feminismo de género, el feminismo pop y el feminismo separatista.

Para el caso que nos ocupa interesa adentrarse en el feminismo de género y, dentro de este, en la equidad de género. Chamizo (2004) explica que éste, supone cambios sociales complejos, que requieren a su vez, la modificación de actitudes y conductas de las personas y la democratización de los mecanismos de promoción en las organizaciones.

Para explicar las desigualdades en el poder, señala dos hipótesis: el efecto cohorte y el techo de cristal. Para la primera (efecto cohorte) la causa de la desigualdad actual es la histórica incorporación tardía de las mujeres al espacio público y profesional, por lo que el equilibrio se producirá espontánea y progresivamente; es cuestión de tiempo y paciencia. Para la segunda, (techo de cristal) atribuye a factores estructurales, propios de la sociedad patriarcal, las dificultades de las mujeres para acceder a los puestos superiores de la escala social, incluso aunque su acceso esté reconocido legalmente.

Asimismo, Chamizo (2004) explica que género se refiere a las funciones y relaciones de las mujeres y de los hombres, que no se fundan en factores biológicos (sexo) sino sociales, económicos, políticos y culturales; son, por tanto, las creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres. Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social que no sólo produce diferencias entre los géneros femenino y masculino, sino que estas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos. El asunto es complejo pues afecta a instituciones como la familia, la educación y la religión, que han tenido y tienen un papel fundamental en la reproducción de las condiciones que perpetúan las desigualdades genéricas.

Esto no parece fácil de revertir porque lo importante no es tomar la variable género con dos valores (masculino y femenino) independientes el uno del otro, sino

considerar al sistema de relaciones que se establecen entre ambos, es decir que es preciso referir un género al otro para comprender el significado de cualquiera de los dos.

Esto produce una perspectiva, según lo referido por Izquierdo (1998) que implica que los desarrollos teóricos no den como solución a la desigualdad, la igualdad, sino la desaparición de las diferencias de género, resituando las diferencias en el ámbito de lo individual y no de las clases de sexo. Es decir, que aquello previamente denominado masculino o femenino sería patrimonio de cualquier individuo independientemente de su sexo, por lo que el sexo y el género no forman arte del objeto de estudio, sino de la construcción teórica con la que nos aproximemos.

CAPÍTULO V

REFERENTES TEÓRICOS ANTITÉTICOS SOBRE LAS RELACIONES DE PODER

Una Breve Introducción

Una amplia gama de autores, tanto clásicos como contemporáneos, han planteado las relaciones de poder desde diversos ángulos, es decir, la justificación del dominio de una minoría sobre grandes mayorías. En este sentido, cabe mencionarse a pensadores como Platón, Aristóteles, Maquiavelo, Bodino, Hobbes, Locke, Montesquieu, Kant, Smith, Constant, Stuart Mill, Toqueville; vale decir, teóricos de

la política que consideran que el poder debe ser ejercido sólo por una persona o, en todo caso, por una reducida minoría.

Es, desde estas posturas que puede explicarse la distinción o separación de la dupla excluyente gobernantes/gobernados, representantes/representados, incluidos/excluidos, como una constante en la política, unos mandan y otros obedecen, unos dominan y otros son sometidos, unos son libres y otros son alienados.

Sin embargo, en rigor, no podemos soslayar la postura de Juan Jacobo Rousseau (2005) considerado el padre de la democracia moderna, quien sostiene una posición contraria a las tesis clásicas y modernas de las élites. Este pensador fundamenta su propuesta en el concepto de **Soberanía Popular**, criticando a su vez el principio de representación y la teoría del equilibrio de los poderes. Afirma, que una verdadera asociación política no puede estar cimentada sobre relaciones de sumisión a una persona o grupo.

El cuerpo político, dice, está constituido por ciudadanos libres e iguales, por lo cual todos deben participar en la toma de decisiones del Estado y todos, al mismo tiempo, deben obedecer. En tal sentido, señala que Aristóteles y Hobbes afirmaban que los hombres no son iguales por naturaleza, sino que unos nacen para ser esclavos y otros para la dominación. Rousseau dice, en contrapartida, que la dominación es contraria a la naturaleza del hombre dado que nadie posee autoridad natural sobre otro y tampoco puede disponer de la persona ajena.

También critica al poder derivado del *"Derecho de conquista"* reconocido por Hobbes (1651), que se basa en la ley del más fuerte. La fuerza lo que da es un poder de hecho, más no de derecho. La ley del más fuerte no puede dar jamás origen a una verdadera comunidad política. Se obedece a la fuerza por constricción, más no por elección voluntaria. Para este filósofo, ser libres e iguales significa participar activamente, protagónicamente, en la toma de decisiones que competen y no ser sometidos a ningún tipo de opresión.

Afirma Rousseau (1796) además, que de acuerdo con la teoría de la **Concessio Imperi** el único titular o sujeto de la soberanía es el pueblo, que ni uno, ni pocos, ni la mayoría, pueden ser los titulares de este poder, sino que es ejercido por todos los miembros asociados que forman el cuerpo soberano o sistema de gobierno conocido como democracia directa o participativa.

En consecuencia, queda excluida toda relación entre inferior y superior, entre dominantes y dominados, entre gobernantes y gobernados ya que todos los ciudadanos participan en la formación de las leyes como miembros del cuerpo soberano y que todos, sin excepción, deben someterse a ellas como súbditos. Asimismo, considera que las leyes son normas del poder soberano que detenta la facultad de producirlas y el poder para hacerlas obedecer pues, sólo el poder, que no tiene por encima de sí mismo otro poder, es soberano, es por ello que la soberanía en una democracia jamás se puede delegar.

Ahora bien, hoy, dentro de las teorías de las democracias ya sean estas de partidos, corporativas, pluralistas, delegativas o poliarquías se postula la tesis de que el poder es ejercido por élites; esta tesis tuvo su origen entre el último tercio del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. La premisa básica, de lo que pudiéramos llamar la teoría elitista, es que todas las sociedades están divididas en dos estratos: por un lado un pequeño grupo detentador del poder y por el otro, la masa. Esta tesis enfatiza el hecho de que a lo largo de la historia de las sociedades humanas, existe un factor constante: **el dominio de la mayoría por parte de la minoría.**

CAPÍTULO VI

TEORÍA DE LAS ÉLITES

En el contexto de la dialéctica que rige toda relación social, es decir, de poder, como es el caso de las establecidas entre enfermería y medicina, se hace necesario para la argumentación de esta tesis apelar a la **Teoría de las Élites** (como referente de la antítesis) cuyo planteamiento central es que resulta fácilmente constatable que, en toda sociedad hay unos que mandan, gobiernan y dirigen (la minoría) y otros (los más) que obedecen y son gobernados.

El fundamento de la teoría está, por tanto, en la lucha de contrarios, en la oposición entre quienes detentan el poder, las élites, y los que no tienen poder, las masas, que son dirigidos por aquéllos.

Para los efectos de esta tesis doctoral, se argumenta fundamentalmente en torno a las posturas de los teóricos clásicos de las élites, Gaetano Mosca, Wilfredo Pareto, Wright Mills y Robert Michels, sin que ello signifique la exclusión de otros teóricos de las élites. No obstante, luce pertinente adentrarse en algunas definiciones, como la de Vilfredo Pareto (1916) quien ha dado al término y a la noción de élite carta de ciudadanía en Sociología. Afirma que la élite está compuesta por todos aquellos que manifiestan unas cualidades excepcionales o dan pruebas de aptitudes eminentes en su dominio propio o en una actividad cualquiera. Como se ve, la élite esta integrada por miembros "superiores" de una sociedad, por aquellos a quienes sus cualidades eminentes deparan poder o prestigio.

La Concepción de Élite en Gaetano Mosca

Para Mosca (2002) la élite está compuesta por la minoría de personas que detentan el poder en una sociedad. Esta minoría es asimilable a una auténtica clase social, la clase dirigente o dominante, porque aquello que constituye su fuerza y le permite mantenerse en el poder es precisamente su organización, su estructuración. Existen, en efecto, diversos vínculos que unen entre sí a los miembros de una élite dominante; estos lazos o vínculos aseguran a la élite una unidad suficiente de pensamiento y la cohesión propia de grupos característicos de una clase. Dotada ya de poderosos medios económicos, la élite se asegura, además, por su unidad, el poder

político y la influencia cultural sobre la mayoría mal organizada. Esto explica el papel histórico de la élite.

La Concepción de Élite en Vilfredo Pareto

Vilfredo Pareto (1916) afirma que la élite está compuesta por todos aquellos que manifiestan unas cualidades excepcionales o dan pruebas de aptitudes eminentes en su dominio propio o en una actividad cualquiera.

Pareto define la élite en términos muy parecidos a como la entiende el común: le atribuye un valor cualitativo. La élite, a su juicio, esta integrada por miembros "superiores" de una sociedad, por aquellos a quienes sus cualidades eminentes deparan poder o prestigio. Por lo demás, a la luz de esta noción de élite, es preciso considerar la teoría de la "circulación de las élites" de Pareto.

De acuerdo con esta teoría, la pertenencia a la élite no es necesariamente hereditaria: no todos los hijos tienen las cualidades eminentes de sus padres. Se produce pues una incesante sustitución de las élites antiguas por otras nuevas, salidas de las capas inferiores de la sociedad. Cuando tiene lugar esta constante circulación de las élites, se mantiene más firmemente el equilibrio del sistema social, en la medida en que esa circulación asegura la movilidad ascendente de los mejores espíritus. La circulación de las élites concurre al mismo tiempo que el cambio social, porque trae consigo a su vez la circulación de las ideas.

Por tanto, el hecho innovador de Mosca y Pareto fue incidir en que un grupo minoritario del sistema social se encargara de dirigirlo y que esta minoría se distanciara y escapara del control de la mayoría Parry (1969). Por lo tanto, un primer y único acotamiento que introdujeron los clásicos fue el de contraponer la élite a la parte de la población excluida de la misma, la *no-élite* (élite vs masa).

Ambos autores identifican un grupo dirigente frente a otro que es dirigido, a un conjunto de personas que monopolizan el poder político frente al resto que se ve desposeído de él. A los clásicos sólo les interesa aquellas personas que dominan los accesos generales de las fuentes de poder; no contemplan la posibilidad de que este grupo, grande o pequeño, se encuentre subdividido en unidades más pequeñas que se correspondan con las divisiones del tejido social. No se puede hablar de varias élites sino de una única élite, la élite política.

En el campo militar, en el religioso, en el económico se hallan personas con las categorías "residuales" superiores -según la terminología *paretiana*-; sin embargo, constituyen el centro de atención aquellas personas cuyas categorías "residuales" superiores les confieren las claves de acceso al poder.

La Concepción de Élite en Wright Mills

Wright Mills (2001) en su obra *La Élite del Poder* trata de demostrar que las grandes masas de la población estadounidense están dominadas por un reducido

número de personas que configuran la élite de poder: los propietarios y *managers* de las grandes corporaciones, los políticos y los altos mandos militares; tres grupos que confluyen conjuntamente en las altas esferas de sus respectivas pirámides institucionales, formando una élite de poder con múltiples lazos e interconexiones entre sus miembros.

Esta unidad de la élite de poder se apoya, según Mills, no sólo en las coincidencias estructurales de las posiciones de mando y de sus respectivos intereses objetivos, sino también en la acción directa que unos y otros llevan a cabo para coordinar sus actuaciones conjuntas, al igual que en toda la red de relaciones sociales que mantienen entre sí los miembros de cada uno de los sectores de la élite (idénticos orígenes sociales, relaciones familiares y personales, intercambio de individuos de las posiciones de un sector a otro, etc.). Con Mills, ya no se habla de una clase de los mejores, ni tampoco de los elegidos; el elemento determinante es la estructura donde las personas se encuentran incardinadas.

Es importante hacer notar que sólo las personas que ejercen el poder durante cierto tiempo forman parte de la élite; se desprecia así a aquellos que desempeñan el poder puntualmente.

Como tesis, la élite del poder no era novedosa, pero los aportes de Mills están en caracterizar al poder como algo relacional dentro de una estructura social, a través

de las altas posiciones y abandonar así la línea de las biografías como base para el estudio de las minorías.

Como ya apunto Mills y, posteriormente otros autores, en los últimos años los estudios sobre las élites han ido centrándose en el análisis de las formas de las redes de relaciones existentes entre las posiciones sociales ocupadas por los miembros de la élite, más que en el de las características individuales de los ocupantes. Por tanto, desde las estructuras se puede averiguar cómo se cumplen las distintas funciones de la dominación, la integración y la representación de los intereses sociales Highley y Moore (1981)

En definitiva, a las élites les distingue su localización estratégica en las organizaciones o en la sociedad para la toma de decisiones. Los grupos dirigentes no ejercen el poder ni en el vacío ni desde la nada, se amparan en las organizaciones mediante las que el Estado y la Sociedad se articulan. Estos estudios conectan el concepto de élite al de estructura. Las élites serán denominadas normalmente aquéllas personas, cuyo poder está institucionalizado, esto es, como expresión de una estructura de poder con una mayor o menor duración determinada.

Ello significa, como han apuntado diversos autores con posterioridad, que en la consideración de la sociedad y sus fenómenos claves debe producirse un desplazamiento del interés en las personas físicas como sujetos de las relaciones sociales. En efecto, las personas son contingentes y por tanto cambian y se renuevan.

Por el contrario, la reiteración de relaciones a partir de las aptitudes diferenciales y los entrecruzamientos e interconexiones de estas relaciones, dan lugar a una serie de espacios abstractos a los que conviene la denominación de posición en sociedad Pizarro (1990) y Baena (1992).

En consecuencia, desde esta perspectiva, no existe la posición aislada sino una serie de posiciones que constituyen conjuntos correspondientes a la intersección de relaciones. Ahora bien, las relaciones no se dan sólo en el interior de los conjuntos posicionales, sino también entre las posiciones de cada conjunto y de los demás, de ahí que exista a su vez una red de complejidad aún mayor entre los conjuntos posicionales.

La Concepción de Élite en Robert Michels

Robert Michels (1976), estudia las condiciones que impiden la ampliación de la democracia a las masas populares y, en consecuencia, indica que en toda organización es inevitable que surjan tendencias oligárquicas que se constituyen en obstáculos casi insuperables para la práctica democrática, porque es la organización la que da origen al dominio de los elegidos sobre los electores, de los mandatarios sobre los mandantes, de los delegados sobre los delegadores. Para este autor, decir organización equivale a decir oligarquía. Así, la organización conduce a una división entre una minoría, cúpula o directiva que decide y una gran mayoría que acata y

ejecuta. En breve, mientras mayor es el número de miembros, afiliados o adeptos que posea una organización más antidemocrática es.

Frente a estos planteamientos, los teóricos "democrático-pluralistas" han pretendido siempre que la realidad del poder en las sociedades occidentales no responde a un esquema unitario de una élite de poder que parece controlarlo todo. Según ellos, el poder no está de hecho tan concentrado como la teoría "elitista" parece indicar; existe una pluralidad de grupos influyentes y de élites sociales, cada uno de los cuales ejerce su influencia en determinados sectores específicos, lo que impide que exista en realidad una única élite del poder.

Como ya apuntó Mills y, posteriormente otros autores, en los últimos años los estudios sobre las élites han ido centrándose en el análisis de las formas de las redes de relaciones existentes entre las posiciones sociales ocupadas por los miembros de la élite, más que en el de las características individuales de los ocupantes. Por tanto, desde las estructuras se puede averiguar cómo se cumplen las distintas funciones de la dominación, la integración y la representación de los intereses sociales. Highley y Moore (1981) sostienen que:

> *En definitiva, a las élites les distingue su localización estratégica en las organizaciones o en la sociedad para la toma de decisiones. Los grupos dirigentes no ejercen el poder ni en el vacío ni desde la nada, se amparan en las organizaciones mediante las que el Estado y la Sociedad se articulan* (p. 585).

CAPÍTULO VII

LA TEORÍA DEL PODER EN MAX WEBER: REFERENCIA TEORICA NECESARIA DE CONTRASTACION

Max Weber (1977) por su parte, señala que la máxima expresión de poder se encuentra en el Estado y por él se entiende a la asociación que en un territorio determinado reclama para sí el monopolio de la violencia física legítima. De manera que sólo el Estado puede tener ejército, cárceles, armas y como tal es la única fuente del "derecho" a la violencia. En fin, el Estado es una relación de dominación de hombres sobre hombres. Para subsistir necesita, por tanto, que los dominados acaten la autoridad que pretenden tener quienes en ese momento dominan. Por ello, no es difícil interpretar que, para Max Weber política significa la aspiración a participar en el poder o influir en la distribución del poder dentro de un mismo Estado y entre los distintos grupos sociales que lo integran.

Asimismo, siguiendo el hilo conductor de la tesis, en cuanto a las relaciones de poder y considerando la definición de Weber sobre el poder: *"La probabilidad de imponer la propia voluntad, dentro de una relación social, aún contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad"* (Weber,1977, p. 43) entonces en este específico punto adquiere relevancia la teoría de la dominación de este autor, sobre la cual se desarrolla breve referencia que contribuye en la línea argumental a la comprensión de las asimétricas relaciones de poder entre enfermería

y medicina. En este sentido, es necesario entender que para Weber la sociedad occidental, sus instituciones y, por tanto, sus relaciones sociales han sido configuradas por los intereses de la racionalización, de la adecuación medios-fines, vale decir, de la racionalidad instrumental. Así, en sus estudios sobre la acción social, pudo constatar que la dominación era un soporte fundante:

> *Dominación, en un sentido general es uno de los elementos fundamentales de la acción social. Por supuesto, no todas las formas de acción social revelan una estructura de dominación. Sin embargo, en una gran parte de la variedad social, donde se aplica la acción de dominación, tiene un rol decisivo, aún cuando no sea perceptible a simple vista*. (Badilla, 2002, p. 22)

Weber definió, así mismo, la dominación o *Herrschaft* como la *"probabilidad de que una orden, con un contenido especial, sea obedecida por un grupo determinado de personas*". (Weber, 2008, p. 53). Pero de la misma manera sostiene que:

> *Herrschaft no significa que una fuerza superior se hace valer asimismo, de uno u otro modo: más bien se refiere a una contundente interrelación entre las órdenes dadas y quienes las obedecen, para que pueda ser calculado el efecto de las expectativas de la acción orientada hacia ambos lados.* (Badilla, 2002, p. 23).

En el desarrollo de su teoría del poder expresa que:

> *Lo medular está en el hecho de que en un caso determinado, la exigencia particular de legitimidad es de una gran relevancia y en base a su naturaleza, tratada como válida. Esto confirma así la posición de las personas que demandan autoridad y ayuda a determinar la elección de medios para su ejercicio.* (Badilla, 2002, p. 23).

Al hablar de dominación Weber expresa que es la probabilidad de encontrar obediencia dentro de un grupo determinado para mandatos específicos y señala algunas características para legitimarla tales como: **1)** Toda dominación sobre una pluralidad de hombres requiere un cuadro administrativo. **2)** Todos los tipos de dominación procuran despertar y fomentar la creencia en su legitimidad, según sea la clase de legitimidad pretendida, es diferente tanto el tipo de la obediencia, como el del cuadro administrativo destinado a garantizarla, como el carácter que toma el ejercicio de la dominación.

Existen tres tipos puros de dominación legítima, por lo que el fundamento de la legitimidad puede ser:

1. De carácter racional: descansa en la creencia en la legalidad de ordenaciones estatuidas y de los derechos de mando de los llamados por esas ordenaciones a ejercer la autoridad.

2. De carácter tradicional: descansa en la creencia cotidiana en la santidad de las tradiciones que rigieron desde lejanos tiempos y en la legitimidad de los señalados por esa tradición para ejercer la autoridad.

3. De carácter carismático: descansa en la entrega extracotidiana a la santidad, heroísmo o ejemplaridad de una persona y a las ordenaciones por ella creadas o reveladas.

La Dominación Legal con administración burocrática

Este tipo de dominación descansa en la validez de las siguientes ideas:

1. Todo derecho, pactado u otorgado, puede ser estatuido de modo racional, con la pretensión de ser respetado por los miembros de la asociación.

2. Todo derecho es un cosmos de ideas abstractas, estatuidas intencionalmente y que la administración supone el cuidado racional de los intereses previstos por las ordenaciones de la asociación.

3. El soberano legal típico, que ordena y manda, obedece a su vez al orden impersonal por el que orienta sus disposiciones.

4. El que obedece solo lo hace en tanto es miembro de la asociación y solo obedece al derecho.

5. Los miembros de la asociación obedecen al soberano, no en atención a su persona. Obedecen al orden impersonal y solo están obligados a la obediencia dentro de la competencia limitada, racional y objetiva, otorgada por ese orden.

Características de la dominación lega.

1. Un ejercicio continuado, sujeto a la ley de funciones dentro de una competencia que significa:

- un ámbito de deberes y servicios;
- con la atribución de los poderes necesarios para realizarlos;

- con medios coactivos admisibles y el supuesto de su aplicación.

2. Principio de jerarquía administrativa u ordenación de autoridades con facultades para regular e inspeccionar.

3. Las reglas de procedimiento pueden ser técnicas o normas. Su aplicación exige racionalidad y formación profesional.

4. Rige la separación entre el cuadro administrativo y los medios de administración y producción.

5. No existe apropiación de los cargos por quien los ejerce.

6. Principio administrativo de atenerse al expediente, es decir que se fijan por escrito los considerandos, propuestas, decisiones, disposiciones y ordenanzas de toda clase.

7. El tipo ideal de la dominación legal es la burocracia.

El tipo más puro de dominación legal es el que se ejerce por medio de un cuadro administrativo burocrático. La totalidad del cuadro se compone de funcionarios individuales, los cuales:

1. se deben solo a los deberes de su cargo;

2. en jerarquía administrativa rigurosa;

3. con competencias fijadas;

4. en virtud de un contrato, sobre la base de la libre elección según;

5. la calificación profesional que fundamenta su nombramiento;

6. son retribuidos en dinero con sueldos graduados en relación al rango jerárquico y responsabilidades;

7. ejercen el cargo como su única o principal profesión;

8. tienen perspectiva de ascensos;

9. trabajan separados de los medios administrativos y sin apropiación del cargo;

10. sometidos a la disciplina y vigilancia administrativa.

La dominación burocrática significa una dominación gracias al saber, este representa su carácter racional. La dominación burocrática significa:

1. Tendencia a nivelar en interés de reclutar a los más calificados.

2. Tendencia a la plutocratización en interés de una formación profesional.

3. La dominación de la impersonalidad, sometida a la presión del deber estricto.

La Dominación Tradicional

La dominación es tradicional cuando su legitimidad descansa en la santidad de ordenaciones y poderes de mando heredados de tiempos lejanos. Las relaciones del cuadro administrativo con el soberano se determinan por la fidelidad personal del servidor. Se obedece a la persona llamada por la tradición y los mandatos de esta persona son legítimos de dos maneras:

1. por la fuerza de la tradición que señala el contenido de los ordenamientos.

2. Por el libre arbitrio del señor.

En el tipo puro de dominación tradicional es imposible crear nuevos principios jurídicos o administrativos; estos solo pueden ser legitimados por ser válidos de antaño y ser reconocidos por la sabiduría tradicional.

Cuadro administrativo típico**:**

1. **Tradicional**: por lazos de piedad de los vinculados al señor:

- pertenecientes al linaje;
- esclavos;
- funcionarios domésticos;
- clientes;
- colonos;
- libertos.

2. Reclutamiento extrapatrimonial:

- por relaciones de confianza;
- por pacto de fidelidad;
- funcionarios que entran libremente en la relación de piedad.

Al cuadro administrativo de la dominación tradicional en su tipo puro le falta:

1. la competencia fija;
2. la jerarquía racional;

3. la formación profesional;
4. el sueldo fijo y pagado en dinero.

Los tipos originarios de la dominación tradicional son:

1. **Gerontocracia**: en la medida que hay una autoridad, esta es ejercida por los más viejos, en cuanto conocen mejor la tradición.
2. **Patriarcalismo originario**: ejerce la dominación una sola persona de acuerdo con determinadas reglas hereditarias.

Dominación patrimonial: orientada por la tradición, pero ejercida en virtud de un derecho propio.

Dominación estamental: dominación patrimonial en la que ciertos poderes de mando y sus probabilidades económicas están apropiados por el cuadro administrativo.

La Dominación Carismática

Carisma: cualidad que pasa por extraordinaria, de una personalidad, por cuya virtud se la considera en posesión de fuerzas sobrenaturales o sobrehumanas, o como enviado de Dios. Sobre la validez del carisma decide el reconocimiento por parte de los dominados. Este reconocimiento es una entrega personal y llena de fe, que surge del entusiasmo o la esperanza; y es un deber de los llamados. El cuadro administrativo es elegido a su vez por cualidades carismáticas.

Hemos visto hasta acá, a manera de síntesis de la contrastación de las teorías que contextúan la tesis y las que fungen de antitesis referencial, fundamentalmente Weber, que consideran el poder como la posibilidad de imponer su voluntad en detrimento de las resistencias a tales imposiciones. Además consideran el ejercicio del poder como legítimo y necesario, como una capacidad de coerción legitimada por la autoridad por un sistema de relaciones de autoridad. En estas concepciones:

> *El sistema social será definido como una asociación coordinada de forma imperativa (imperatively coordinated association o Herrschaftsverband) es decir, un sistema de relaciones de autoridad cuyos miembros se someten a normas y sanciones dictadas por los que ostentan el poder, en función de las exigencias de la organización más que sus deseos personales.* (Wright Mills citado por Laurin-Frenette, 1976, p. 322).

En esta perspectiva, las desigualdades en las relaciones de poder entre enfermería y medicina no pueden ser modificadas, transformadas. Tales concepciones pretenden negar la existencia de clases y grupos dominantes prefiriendo el concepto de élite de poder. Wright Mills, por ejemplo, al respecto señala:

> *La expresión clase dominante tiene un contenido demasiado recargado. Clase es un término económico; dominante, un término político. Así pues, la expresión clase dominante encierra la idea de que una clase económica es políticamente dominante….He aquí las razones esenciales por las cuales preferimos 'élite de poder' a 'clase dominante' para designar a los círculos superiores cuando los consideramos bajo el ángulo del poder.* (Laurin-Frenette, 1976, p. 316)

CAPITULO VIII

LA SOCIOLOGÍA DE LAS PROFESIONES: UNA REFERENCIA COMPLEMENTARIA E INELUDIBLE

En el marco argumental de esta tesis se ha considerado necesario apelar a la sociología de las profesiones en razón de que el estudio se refiere a las relaciones de poder que, como relaciones sociales, se establecen entre dos profesiones (enfermería y medicina). En este sentido, también se incorporan ciertos antecedentes sobre el desarrollo de la enfermería en Venezuela como profesión y el tutelaje de la medicina sobre ésta.

Al hablar de profesión, el Diccionario de Sociología (Henry Pratt Fairchild (1971) expresa que es un tipo particular de individuos caracterizado por un poder social considerable y por un elevado status social y da como ejemplo a la medicina, abogacía, el sacerdocio, la enseñanza universitaria, la ingeniería, etc., y por un grado notable de institucionalización.

Asimismo, desde el punto de vista etimológico, el término profesión encierra en sí mismo una idea de desinterés, ya que profesar no significa solamente ejercer un saber o una habilidad, sino también creer o confesar públicamente una creencia Gómez y Tenti (1989). Sin embargo, acepciones más recientes (1991, Enciclopedia GER- de Ediciones Rialp, en la categoría Sociología) la definen de la siguiente manera:

Etimología y definición: Profesión procede del latín professio, que, a su vez, deriva de profitari, compuesto del prefijo pro, delante, y del verbo fateri, confesar, hablar, manifestar. Con arreglo a esta etimología p. quiere decir tanto como declaración pública, manifestación externa de algo. Y es así como se habla de profesión de fe. Sin embargo, la acepción que aquí recogemos es más estricta; equivale a empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente. Se conserva como básico el carácter de publicidad, pero se atribuye a una actividad.

Finalmente, en el significado técnico y usual se añaden todavía otros elementos: no es actividad gratuita u honorífica, sino retribuida, y se considera socialmente útil. Con lo que podemos concluir definiendo la p. como actividad pública socialmente útil, cuya remuneración constituye el medio total o parcial de subsistencia de una persona. (Enciclopedia GER, 1991)

La palabra profesión proviene del latín professio-onis, que significa acción y efecto de profesar. El uso común del concepto tiene diferentes acepciones, entre ellas, empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente; protestación o confesión pública de algo (la profesión de fe, de un ideario político, etc.). En este sentido, profesión puede definirse como una actividad permanente que sirve de medio de vida y que determina el ingreso a un grupo profesional determinado.

En términos generales, se ha definido la profesión como una ocupación que monopoliza una serie de actividades privadas sobre la base de un gran acervo de

conocimiento abstracto, que permite a quien lo desempeña una considerable libertad de acción y que tiene importantes consecuencias sociales.

Con respecto a los antecedentes sobre el origen de este concepto, los mismos se encuentran en antiguos textos hebreos en donde se señala que esta palabra era usada con relación a funciones sacerdotales, los negocios en servicio del rey o de un funcionario real, puesto que el vocablo significa mandar o enviar, lo que representaba realizar una misión. Sin embargo, el concepto en el sentido actual no puede remontarse más allá de la época preindustrial, puesto que es producto de la industrialización y de la división del trabajo como señalara el sociólogo Emile Durkheim en su Tesis Doctoral publicada en 1893.

Para Weber (1996) la profesión estaba vinculada a lo religioso en la tradición cristiana, puesto que el acto de profesar está relacionado con la voluntad de consagrarse a Dios, obedecer a un ser superior, con un alto contenido de ascetismo, de entrega y de sufrimiento.

En la década de los treinta, Carr Saunders y Wilson (1933) señalaban que una ocupación alcanzaba el estatus de una profesión cuando un tipo de actividad no se ejerce más que mediante la adquisición de una formación controlada, la sumisión a reglas y normas de conducta entre los miembros, los no-miembros y la adhesión de una ética del servicio social. Más adelante, estudios realizados en la década de los

sesenta definían la profesión cuando existía un cuerpo específico de conocimientos para actuar en una realidad social organizada.

Wilensky (1964) estableció que la profesión es una forma especial de organización ocupacional basada en un cuerpo de conocimientos sistemático adquirido a través de una formación escolar y establece que una actividad pasa a ser considerada profesión cuando supera las cinco etapas del proceso de profesionalización, en donde el trabajo se convierte en una ocupación de tiempo integral como consecuencia de la necesidad social del surgimiento y ampliación del mercado de trabajo; se crean escuelas para el adiestramiento y formación de nuevos profesionales; se constituye la asociación profesional en donde se definen los perfiles profesionales; se reglamenta la profesión asegurando así el monopolio de competencia del saber, de la práctica profesional y se adopta un código de ética con la intención de preservar así a los *"genuinos profesionales"* (Fernández P., 2002, p. 58).

En ese contexto, Millerson (1964) definió que toda profesión debe cumplir algunas características que permitan medir el grado de profesionalización de las diferentes ocupaciones, ya que los profesionistas deberían tener un sueldo elevado, un estatus social alto y autonomía en su trabajo Burrage y Torstendahl (1990). Desde una perspectiva funcionalista, explicaba esta posición privilegiada diciendo que las profesiones realizan funciones que son socialmente valoradas, tales como la utilización de capacidades basadas en conocimientos teóricos; educación y formación

en esas capacidades; garantía de competencia en los individuos debida a exámenes; tener un código de conducta que garantice la integridad profesional; realización de un servicio para el bien público; existencia de una asociación que organice a sus miembros (Fernández P., 2002).

De esta forma, se presupone que quien tiene una profesión tiene una fuente de motivación y la ejerce en forma continua, además de poseer, un cuerpo especializado de conocimientos y habilidades adquiridos durante un período prolongado de educación y entrenamiento. Quién detenta una profesión, toma decisiones a favor de un cliente conforme a principios generales, ofrece un servicio profesional basado en las necesidades de éste con un alto espíritu de servicio.

Por otra parte, en los años ochenta, una profesión se definía como una ocupación que se regulaba a sí misma mediante una capacitación sistemática y obligatoria en un ámbito universitario, basado en conocimientos especializados, técnicos y orientado más al servicio que hacia las utilidades pecuniarias, principio consagrado en su código de ética Starr (1982).

Al tenor de lo antes señalado, la profesión era considerada como un fenómeno sociocultural en el cual intervienen un conjunto de conocimientos y habilidades, tradiciones, costumbres y prácticas que dependen del contexto económico, social y cultural en el que surge y se desarrolla. Tradicionalmente, la profesión ha sido una forma privilegiada de actividad y la base de una categoría socioeconómica

caracterizada por su diversidad de tareas y por altos niveles de ingresos económicos, de estatus social y de prestigio buscando legalizar lo escolar como la única forma válida de tener acceso al conocimiento.

Una nueva concepción de la profesión se da a partir del trabajo de Cleaves (1985) quien sostiene que las profesiones son ocupaciones que requieren de un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido del trabajo, organización propia, autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas. Esto lleva a sostener que, generalmente, la profesión aseguraría la posibilidad de hacer carrera a través de una actividad en la que los conocimientos del profesionista, además de ejercitarse, se amplían acumulativamente, enriqueciéndolo.

Por otra parte, algunos autores como Brunner y Flisfich (1989, citados por Rodríguez, 2000) consideran que las profesiones son imprescindibles, tanto porque poseen un saber técnico, como por los valores que representan, Igualmente, se entiende como formación profesional al conjunto de procesos sociales de preparación y conformación del sujeto, referido a fines precisos para un posterior desempeño en el ámbito laboral.

En cuanto a la Enfermería como profesión, (Poletti, 1980, citada por Barroso y Torres, 2001) expresa que *"una profesión se distingue de un oficio en que aquella se basa en conocimientos teóricos que le son propios y tiene una base científico*

técnica de donde procede el servicio que ofrece a la sociedad" (Barroso y Torres, 2001, p. 3) De esta manera, toda práctica profesional se define socialmente por el dominio de un campo específico de conocimientos, por espacios ocupacionales asignados para su intervención y por la construcción de una identidad y una ética profesionales.

La identidad profesional está determinada por la división del trabajo, el papel de la mujer desde el punto de vista sociocultural, el nivel de organización alcanzado por el grupo, la solidaridad, el respeto, la responsabilidad profesional con los usuarios del servicio y por lo tanto con la profesión misma.

En este mismo orden de ideas, existen profesiones liberales (independientes, autónomas en su hacer) y no-liberales (dependientes), que nos remiten a la existencia de profesiones dominantes y dominadas, por lo que siendo Enfermería y Medicina profesiones de adscripción contraria a la división social del trabajo, en ellas entonces se manifiestan relaciones de poder en el orden explotador/explotado; dominador/dominado; hegemónico/sometido.

Es importante destacar que son consideradas profesiones liberales aquellas que se encuentran reconocidas por el Estado y en su ejercicio predomina lo intelectual. La profesión liberal es definida como:

> *Aquella que constituye el ejercicio de una de las carreras seguidas en centros universitarios o en altas escuelas especiales, por lo general de*

> *actividad y trabajo sólo intelectual, aún cuando no excluya operaciones manuales; como las del cirujano y la de los arquitectos e ingenieros al trazar sus planos.* (Cabanellas, 1974, p.398).

Estas profesiones se caracterizan por su carácter intelectual superior, De manera que lo importante no es la destreza manual, sino el intelecto el cual es precedido de una preparación profesional que habilita al individuo para su ejercicio. De igual forma la profesión liberal le imprime un sello personalísimo a su ejercicio que, por lo general, se realiza de manera independiente. Las profesiones que no reúnen estas características se denominan no-liberales.

Profesión y Organización Gremial

Desde que el hombre existe, su agrupamiento ha sido innato. La historia señala que los primeros hombres formaban pequeños grupos ante la necesidad que tenían de organizarse para sobrevivir. Si consideramos que, por organización gremial, podemos entender la integración de un grupo de personas que se caracteriza por la necesidad permanente de comunicación e interrelación entre ellos, en la cual sus integrantes conocen el papel que debe desempeñar cada uno y la interdependencia de las diversas responsabilidades del grupo, puede entenderse por qué la asociación profesional ha constituido un elemento táctico dentro de la lucha que sostienen las profesiones para obtener mayor autonomía y reconocimiento social. Asociarse significa una responsabilidad por medio de la cual, el asociado se compromete a trabajar y defender los intereses de la agrupación.

La importancia de asociarse representa para cualquier gremio, tener la posibilidad de levantar la voz para formular sus metas, ejercer presión como grupo, proteger sus intereses y encontrar planteamientos y soluciones a problemas determinados Verdugo (1991) así se puede afirmar que la organización gremial está ligada directamente con el desarrollo de las profesiones actuales y los cambios societales.

El hombre, como ser gregario tiende a relacionarse con otros individuos en grupos o sociedades que se organizan libremente para la gestión y consecución de algunos intereses comunes, con el propósito de estar en mejor posición de defenderlos ante la sociedad en general, el Estado y otros en particular. En la década de los años treinta, (Carr-Saunders y Williams 1933, citados por Gómez Campo, 1982) reconocieron algunas motivaciones que llevan a los individuos a formar agrupaciones profesionales: a) la definición de una línea de demarcación entre personas calificadas y no calificadas; b) el mantenimiento de altos niveles de carácter profesional o práctica honorable; c) la elevación del estatus del grupo profesional; y d) el deseo de la profesión de ser reconocida por la sociedad como la única plenamente competente para realizar su tarea particular.

Las Profesiones: una visión desde la Teoría de la Estratificación Social

El término estratificación social fue incorporado al campo de la sociología en 1940. Sin embargo, debe señalarse que los orígenes de la teoría de la estratificación

social se remontan a los trabajos de Marx, en donde pone de relieve la importancia del individuo o del grupo dentro de la estructura de una sociedad.

Asimismo, Max Weber (1977, 1996) introdujo en su modelo de estratificación social, basada en los conceptos de clase y estrato social (este último definido en función del "honor" y "el estilo de vida", una diferenciación sistemática y explícita que era necesaria en esta teoría. Weber señaló que el estrato social, el partido o poder, eran factores tan independientes como la clase, que para Marx, era el único factor independiente.

Cada uno de los papeles productivos de una sociedad tiene una importancia funcional diferente para esa sociedad y es valorado en más o menos; es decir, tiene más o menos prestigio. En cada sociedad y en cada período histórico, el prestigio relativo que cada papel productivo posee puede no ser el mismo, sin que la variabilidad sea tan grande como postulan algunas interpretaciones ideológicas de la sociedad.

Esta variabilidad se debe a que una misma función necesaria en un sistema social puede ser valorada de diversas maneras, de acuerdo con los valores dominantes en los diferentes sistemas sociales y épocas. Además, los distintos papeles de una sociedad ofrecen posibilidades diferentes en cuanto a la obtención de ingresos y la acumulación de capital. La teoría de la estratificación, según el enfoque funcionalista,

es el mecanismo mediante el cual la sociedad estimula a los individuos para que traten de ocupar los diversos puestos que necesita un sistema social complejo.

La teoría funcionalista sostiene que, en una sociedad no estratificada, las recompensas son relativamente iguales para todas las tareas, por lo que las posiciones que suponen más trabajo, más ansiedad o el aplazamiento de las recompensas, no serán ocupadas por las personas más competentes. En caso contrario, el sistema de estratificación se concibe como un sistema de motivación, en el cual la sociedad alienta a los más capaces a desempeñar los papeles más difíciles con el fin de que la sociedad funcione eficazmente.

Esta teoría sugiere, además, que el estatus es la forma más general y persistente de estratificación, en donde las recompensas de naturaleza económica y el poder no son valorados por sí mismos, sino porque son indicadores simbólicos de un estatus elevado.

Los sociólogos norteamericanos han argumentado con frecuencia, que el tipo de estratificación por clases que se encuentra en otras sociedades industriales no se da en los Estados Unidos. Para ellos, la clasificación se basa en criterios diferentes, entre los que se encuentran: ingresos, ocupación, poder, etnia, religión y educación; los individuos pueden tener un alto estatus o prestigio según uno de estos criterios. El estatus económico puede determinarse por el volumen o la fuente del ingreso

personal; sin embargo, el estatus económico no es suficiente para obtener prestigio social.

Algunos autores, como Ben-David (1974) señalan que una de las características de los integrantes de una profesión es que poseen un sueldo elevado, un estatus social y autonomía en su trabajo. Consideran que esta posición privilegiada se obtiene a partir de que las profesiones realizan funciones que son socialmente valoradas (Abercrombie, 1998). Desde esta perspectiva una profesión confiere a quien la ejerce un prestigio y un rédito medio-alto en el sistema de estratificación social de casi todas las sociedades, ya sea que la profesión se ejerza como trabajo dependiente o como trabajo autónomo.

Los estudios sobre prestigio ocupacional en los países anglosajones demuestran en forma consistente que las profesiones más antiguas son todavía consideradas como las de estatus más elevado Elliot (1975). Se supone que quienes optan por la profesión médica tienen, en mayor o menor medida, las siguientes motivaciones: ponderar el prestigio social y los altos ingresos, buscar una ocupación interesante que parece constituir un reto, el gusto de ejercer su juicio y tratar de hacer el bien. El compromiso del profesionista con su trabajo depende de las recompensas que recibe, las cuales incluyen ingreso, categoría, estima y aprecio de sus pacientes, así como la satisfacción de desempeñar adecuadamente su trabajo. Puede afirmarse que el ingreso ha tendido a convertirse en un símbolo importante de su éxito.

Asimismo, se señala que el estatus profesional que otorga la profesión tiene claros vínculos con el proceso de desarrollo vigente y con la participación del Estado, Nigenda (1995) y que por otro lado el concepto de profesión, muestra que su conformación ha estado determinada por los mismos principios generales que llevan a la integración de cualquier clase de conciencia comunitaria Collins (1989).

CAPÍTULO IX

LA ENFERMERÍA UNIVERSITARIA EN VENEZUELA

Una Mirada desde la Antropología por la Dra. Hebe Vessuri

Es importante destacar algunos aspectos referentes a los antecedentes de la enfermería universitaria en Venezuela, con el fin de comprender como fue el desarrollo de esta profesión en la sociedad venezolana.

En 1907, se inicia la formación de enfermeras laicas con la creación de la Escuela de Enfermeras Laicas en Ciudad Bolívar, capital del Estado Bolívar, por los médicos Juan Manuel García Parra y Félix Páez. A partir de entonces comienzan a fundarse diversas escuelas a nivel nacional para la formación de enfermeras como veremos más adelante.

El modelo de educación en enfermería de salud pública que la Fundación Rockefeller (FR) importó –al igual que ocurrió antes con Medicina- en las décadas

del treinta y cuarenta correspondió a la idea de formar a una élite dentro de la enfermería, consistente en personal paramédico de alto nivel que tuviera más que un barniz de conocimiento científico-técnico, con la finalidad de apoyar a los médicos modernos cuyo desarrollo la Fundación Rockefeller también propugnaba. Vessuri (2001).

A comienzos de 1936, el doctor Enrique Tejera, uno de los pocos investigadores médicos en el país, tenía bajo su responsabilidad reorganizar el sistema nacional de salud como Ministro de Sanidad y Asistencia Social. En esas circunstancias, se dirigió a W. A. Sawyer, director de la División Internacional de Salud (DIS) de la Fundación Rockefeller, para explorar la posibilidad de una nueva colaboración de esa Fundación con el gobierno venezolano en materia médica. Concretamente solicitó ayuda a la División Internacional de Salud (DIS) para un programa de sanidad rural, la construcción de un instituto de higiene, el mejoramiento de la provisión de agua y disposición de excretas y el adiestramiento del personal requerido para el trabajo sanitario a ser desarrollado. Todavía renuente a establecer un programa en Venezuela, la Fundación Rockefeller (FR) acordó retomar la concesión de becas y prometió visitas de consulta.

En 1937 existían ya tres Escuelas de Enfermería en Caracas, pero el nivel de formación de las enfermeras era muy bajo, porque no se exigía el bachillerato para ingresar a estudiar. Para 1949, no se había logrado que ingresara ninguna estudiante

en el nuevo grupo de la Escuela Nacional de Enfermeras que tuviera una educación secundaria completa, mientras que "las escuelas de enfermería en Chile y Bogotá exigían el requisito de educación secundaria completa a las aspirantes." En 1951, a pesar de todos los esfuerzos previos para elevar los requisitos educativos de admisión al título de la educación media, ese objetivo aún no había sido alcanzado. De 112 estudiantes de la escuela en 1951, sólo 29 tenían un nivel educativo de más de sexto grado.

Para mediados de siglo, ya era claro que una mayor proporción de la población general comenzaba a ingresar en la educación superior. En vista de esta tendencia, la expectativa era que la Escuela Nacional de Enfermeras recibiría más aspirantes del grupo de secundaria. No obstante, las mujeres jóvenes de Venezuela que completaban la secundaria y continuaban con una educación profesional con frecuencia preferían medicina o farmacia. Las recompensas de prestigio y pecuniarias en esos dos campos eran más elevadas que en enfermería. Al final del período analizado, Miss Tennant –directora de la ENE- insistía que para proporcionar mejor atención médica se debía formar enfermeras mejor educadas y esto debía hacerse en una escuela universitaria.

Se aspiraba que dicha escuela sería responsable de preparar enfermeras de salud pública, docentes, enfermeras jefes, supervisoras y administradoras de servicios de enfermería (la concepción era que el aumento de conocimientos o de formación

debía ser para la administración y no para el cuidado directo del paciente). Cuando se comenzó la construcción de la nueva ciudad universitaria de la UCV, se planificó trasladar allí a la ENE. La idea era que el edificio de la ENE estuviera terminado al mismo tiempo o antes que el Hospital Universitario. Pero aparentemente el arquitecto Villanueva, a cargo de todo el proyecto, no estaba convencido que el desarrollo venezolano en enfermería justificara la creación de una escuela universitaria. Hubo un largo debate en torno a este tema y retrasos en la construcción del edificio de la escuela de enfermería y de dormitorios para las enfermeras graduadas en el nuevo hospital universitario.

El personal de la ENE utilizó varias técnicas de propaganda para atraer a aspirantes con mejor educación. La escuela tenía su propio folleto. Se enfatizaba el adiestramiento completo que las estudiantes recibían en la escuela y el tipo de cargos de responsabilidad que ocuparían al graduarse. Se escribían artículos en castellano e inglés sobre la enfermería como profesión y sobre las actividades de la escuela para los periódicos locales y la revista El Farol.

En diciembre de 1941, el primer capellán de la escuela comenzó a publicar una revista de enfermería, llamada ENE (Escuela Nacional de Enfermeras), que al inicio fue bimensual pero al final de la década ya tenía tres números al año. La revista proporcionaba información sobre los métodos de enseñanza de la enfermería en Venezuela. También incluía traducciones de artículos pertinentes de revistas médicas

y de enfermería. La financiaba la propia escuela y se enviaba a las siete escuelas de enfermería en Venezuela, a médicos y enfermeras particulares, a la Oficina Sanitaria Panamericana, a la Fundación Rockefeller y a escuelas de enfermería en otros países sudamericanos y en Francia.

El mercado de empleo para enfermeras en los hospitales creció mucho más rápido que la matrícula en las escuelas de enfermería. Inclusive las nuevas escuelas, creadas a fines de la década de 1940, con frecuencia no tuvieron verdaderas instructoras o directoras y el aprendizaje se dio principalmente en la práctica. De ese modo, los hospitales recurrieron crecientemente a la enfermera práctica al igual que a auxiliares de enfermería, a pesar de la resistencia del liderazgo de la enfermería. En efecto, la enfermería práctica continuó siendo predominante en las décadas subsiguientes.

La proporción entre la cantidad de enfermeras graduadas disponible y la demanda de enfermeras aseguró siempre, inclusive hoy, que la enfermería práctica fuera un rasgo común en el paisaje de la atención de salud venezolana, pese a que el liderazgo femenino de la escuela fue formado mediante becas en el exterior.

Sus líderes pensaban que no se podía ganar control profesional mientras el acceso al adiestramiento y el proceso de educación de las enfermeras permanecieran gobernados por las necesidades de los hospitales. Médicos que concebían a la enfermera meramente como una subordinada, adiestrada en la práctica, se resistían a

las mejoras educativas. En tanto, la diferencia entre la enfermera entrenada y la no entrenada permanecía incierta y, más allá de la retórica, el público no podía realmente entender la necesidad de profesionalizar la docencia de la enfermería. Los hospitales controlaban el mercado de trabajo de las enfermeras. Bajas remuneraciones, largas horas, turnos partidos, supervisión autoritaria y falta de normas claras y estandarizadas plagaron la enfermería hospitalaria durante mucho tiempo.

Los hospitales continuaron buscando la manera más económica de llenar sus servicios de enfermería. Al inicio del período analizado, las estudiantes de enfermería eran enviadas ya en su segunda semana de adiestramiento a hacer guardias en el Hospital Vargas, donde se las distribuía por las distintas salas para que adquirieran experiencia clínica con escasa o ninguna supervisión.

Las líderes de la enfermería argumentaban que las estudiantes de enfermería no debían ser compelidas a prestar servicio en los hospitales, excepto como parte de su adiestramiento clínico supervisado y que las egresadas, siendo enfermeras `profesionales', no debían realizar las tareas más penosas del hospital. Con la profesionalización, las enfermeras buscaban ganar nuevas habilidades técnicas y un poco de autoridad burocrática. Como supervisora, se esperaba que la enfermera estuviera más tiempo coordinando las actividades de los pacientes, distribuyendo medicamentos, escribiendo notas de enfermería, realizando tareas de oficina y

organizando el trabajo de un personal cada vez más complejo. Pasaría así a estar ligada a la oficina de enfermería.

En 1946, la ENE organizó el primer programa de postgrado para enfermeras en el país, dirigido por Rafael Risquez y Antonia Fernández. Estuvo abierto a todas las enfermeras graduadas con experiencia en salud pública. El primer grupo, consistente en nueve egresadas de la ENE, completó el programa en un año. Los fondos para el curso fueron provistos por el gobierno. Al finalizarlo, se ofreció a las egresadas cargos como supervisoras de salud pública o como instructoras del Ministerio de Sanidad. El segundo curso de postgrado en educación de salud pública comenzó en septiembre de 1950 con ocho enfermeras graduadas en el grupo: siete de la ENE y una de la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja de Caracas. El Ministerio de Educación otorgó un certificado de Salud Pública a todas las que completaron ese curso.

La ideología de la enfermería de salud pública que buscaba transferir la Fundación Rockefeller (FR), implicaba proveer lecciones de comportamiento sanitario, propio de las clases medias, a las estudiantes de enfermería quienes predominantemente provenían de clases más bajas, con la expectativa de que transmitieran dichos patrones de comportamiento a sus pacientes. De esta forma, la presentación y habilidades docentes de la enfermera se consideraban más importantes en salud pública que en el trabajo hospitalario. De acuerdo con esto, la ENE trató de

ser bastante selectiva en cuanto a sus estudiantes y personal docente. La FR insistía que para que el plan de estudios de la ENE pudiera tener status profesional, las estudiantes debían poseer por lo menos educación secundaria. La enfermería como tal carecía de prestigio en Venezuela.

Así, fue difícil encontrar candidatas con las aptitudes y habilidades `apropiadas'. Ya en 1939, P.J. Crawford, un médico de la DIS ubicado en la ciudad de Panamá, argumentaba que en Venezuela había una cantidad suficiente de muchachas bien educadas e inteligentes, provenientes de buenas familias y de varios puntos del interior, las cuales potencialmente podían convertirse en estudiantes de enfermería. Sin embargo, lamentaba que debido a las costumbres locales, estas jóvenes asistían sólo seis años o menos a la escuela primaria y luego recibían alguna instrucción en materia cultural en su hogar, sin que se esperara socialmente que trabajaran para obtener un salario.

Esta fue una de las principales restricciones para el desarrollo del proyecto de escuela de la FR en todo el período analizado, cosa que no ocurrió con Medicina, pues para ingresar a estudiar los aspirantes debían presentar una carta de recomendación de alguna familia de la oligarquía caraqueña. En su visita de febrero de 1940, Mary Elizabeth Tennant observó que era necesario enseñar a la primera cohorte [1938] simples hábitos de baño, alimentación y sueño para mejorar sus hábitos personales. Como el presupuesto para el gasto de la residencia era

inadecuado, se ha enseñado a las estudiantes a limpiar, hacer su propia cama y lavar su ropa.

Todos los años se hacía mención en la Memoria y Cuenta del Ministerio de Sanidad que el logro educativo previo en el liceo o escuela normal por parte de las estudiantes estaba directamente relacionado con mejores resultados obtenidos en todos los campos y, por lo tanto, se insistía en la necesidad de mejorar el nivel educativo de las alumnas. Y todos los años el informe del ministro registraba el nivel de las estudiantes con nivel secundario. Así, por ejemplo, en 1940 sobre 155 estudiantes sólo una en el grupo era egresada de secundaria, unas pocas tenían uno o dos años de escuela secundaria, 77 habían concluido la primaria completa y el resto tenía sólo cuatro ó cinco años de escolaridad primaria. En 1943, 52 de las 116 estudiantes, siete habían aprobado un año de escuela secundaria, tres el segundo año y cinco el tercer año.

En 1944, ocho estudiantes tenían primer año de secundaria, cinco segundo año y tres tercer año. Este antecedente es importante debido a que nos da una visión sobre la diferencia de clase de la cual provenían los estudiantes de medicina, que además eran en su mayoría hombres y las estudiantes de enfermería que en su totalidad eran mujeres.

La pobreza de la base cultural y educativa del grueso de las candidatas siguió siendo una preocupación de las autoridades escolares. Paradójicamente, el intento por

desarrollar la medicina de salud pública ocurrió en un momento en que la tendencia a la cientificación y especialización de la medicina, en el contexto de su privatización y elevación de costos, llegó a ser vista como la vía real de la modernización.

Junto con la docencia primaria y las trabajadoras sociales, el caso de la enfermería de salud pública no consiguió superar la barrera de lo que algunos sociólogos han llamado las semi profesiones, aunque la concepción de su práctica profesional envolvía un mayor grado de carga supervisora con autonomía respecto del control médico y hospitalario (Katz, 1969 citada por Vessuri, 2001, p. 13). Desde el comienzo, los principales problemas de la escuela fueron el reclutamiento de estudiantes "adecuadas" por la escasez de suficientes aspirantes con educación secundaria, obstaculizándose así la consolidación de su carácter de élite y su liderazgo. También fue un impedimento, la fuerza resistente de la tradición de la medicina curativa al dificultar el desarrollo de la visión integral de la medicina que incorporara activamente la dimensión preventiva.

Aunque la enfermería era uno de los campos ocupacionales en crecimiento dinámico que se abrían a las mujeres en la ola modernizadora que siguió a la muerte de Gómez, no fue una historia de avance sostenido del género femenino en el mercado de trabajo calificado. A diferencia de Colombia, donde las condiciones sociales del contexto favorecieron la profesionalización de la enfermería en los años cuarenta por el interés que puso en ella la clase media alta, ausente en otras partes de

América del Sur, por la conciencia del valor de la enfermería profesional instilada en el medio local por dos generaciones de médicos y cirujanos y por un deseo de la élite civil de identificarse con Estados Unidos en la posguerra, las limitaciones de la profesión de enfermera en Venezuela estuvieron vinculadas a la dificultad de atraer a una cantidad suficiente de jóvenes mujeres de clase media a la carrera.

Desde sus inicios la enfermería venezolana ha estado plagada de disputas en el seno de un grupo heterogéneo que no logró suficiente reconocimiento social. De este modo, la educación y la clase aparecen tanto como temas críticos subyacentes así como también variables significativas para explicar el difícil proceso de profesionalización de la enfermería.

La visión que tuvieron las pioneras de una enfermería profesional, complementaria de la prestigiosa profesión médica, con énfasis en la educación superior y la creación de un estrato profesional de élite imbuido de una ideología meritocrática y tecnocrática distintiva, tardó en realizarse hasta una etapa más avanzada del desarrollo social. El proyecto coincidió con el incipiente proceso de urbanización e industrialización de Venezuela en condiciones de heterogeneidad estructural elevada.

A pesar de su deseo de atraer a mujeres de familias educadas, no fueron ellas las que hicieron la mayor contribución a la enfermería venezolana en ese período y las docentes de enfermería de la ENE gastaron buena parte de sus energías

indoctrinando a muchachas campesinas en las normas de conducta de la clase media. Las contradicciones ideológicas del liderazgo de la enfermería y la realidad del grueso de las aspirantes a enfermeras en los primeros diez años de vida de la ENE eran demasiado grandes y, en última instancia, obligaron a replantear drásticamente el proyecto en términos de diferentes niveles de la formación en enfermería, proceso que se dio en un período posterior al aquí analizado.

En el momento en que comenzó a discutirse la creación de una escuela de enfermeras en Caracas, en el año 1936, se estaba viviendo una verdadera explosión de actividades en lo que se percibía como la construcción de un nuevo proyecto de país. Las mujeres fueron parte importante de esa renovación de principios y actitudes. La Agrupación Cultural Femenina y la Asociación Venezolana de Mujeres abordaban temas sobre la mujer y el trabajo, como obrera, como ciudadana, en la vida económica del país, en la obra de asistencia social, en la escuela nueva, ante la ley.

La labor femenina organizada desembocó, entre otras, en el I Congreso Venezolano de Mujeres en 1940. La nueva identidad femenina y la rebeldía ante el drama de la mujer en la familia y en la sociedad venezolana se reflejan en Ifigenia de Teresa de La Parra, autora fallecida en 1936. Como otro ejemplo de rol femenino, ya en el campo de la salud, mencionaré también a Lya Imber de Coronil, pionera y vigorosa propulsora de la pediatría social en Venezuela, única mujer egresada en la promoción de médicos de la Universidad Central en 1936. Sin embargo, a pesar de la

existencia de mujeres como estas de clase media y alta en la sociedad venezolana, no fueron las mujeres más educadas quienes, en los años cuarenta, hicieron la mayor contribución a la fuerza de trabajo de enfermería sanitaria. Este papel recayó en mujeres menos educadas, no sólo porque en términos estrictamente numéricos ellas constituían la absoluta mayoría de la población femenina activa en el grupo de edad pertinente, sino también porque en una sociedad en rápido proceso de transformación y complejización, se abrían continuamente mejores oportunidades laborales para las mujeres con más educación. Una y otra vez los esfuerzos de la enfermería por convertirse en un poder social, en el sentido de entender el cuidado de salud no meramente como una ocupación sino como una profesión calificada, abortaron. Vessuri (2001)

Pese al auspicioso comienzo con la ENE en la década de 1940, la profesión de enfermera continuaba con poco prestigio social a finales de los años cincuenta. Aunque Venezuela había logrado formar algunas dirigentes de enfermeras muy bien preparadas y competentes, así como también dirigentes potenciales más jóvenes, una porción no despreciable se sentía desalentada ante la falta de regulación de la carrera de enfermería, ante la carencia de supervisión consistente y de presupuesto adecuado para formar una organización sólida capaz de atraer y retener personal instruido y adiestrado. Los sueldos de las enfermeras eran bajos, si se los comparaba con los de otros trabajos que requerían menos capacitación y adiestramiento formal y menos habilidad. Un buen número de enfermeras preferían pasar a otras ocupaciones en

lugar de permanecer en la suya, desanimadas al percibir muy pocas oportunidades de progreso, insuficiente remuneración económica y un mezquino reconocimiento social de sus esfuerzos y labores, además de una marcada desigualdad con otros profesionales de la salud.

El fracaso en diseñar un sistema que regulara la fuerza de trabajo dentro de la enfermería fue una derrota tanto para la élite de la enfermería como para las enfermeras rasas. Las enfermeras de élite no encontraron un modo viable de controlar el caos continuo del mercado de trabajo en vista de la demanda social insatisfecha en permanente expansión que debió ser llenada con enfermeras prácticas no adiestradas.

> *En el mejor de los casos, sólo se podía esperar que las reformas educacionales y los esfuerzos de registro promulgados por las asociaciones profesionales produjeran eventualmente el cambio sin minar su status. No obstante para las enfermeras rasas, temerosas de no encontrar suficiente trabajo decente, el esfuerzo de profesionalización de las líderes ofrecía poco solaz. La división del trabajo, que se intentó a través de la educación de enfermería de élite en la ENE en la década de 1940 con el establecimiento de una jerarquía femenina particular dentro de la enfermería, se derrumbó rápidamente.* (Vessuri 2001, p. 20).

Gaceta Médica de Caracas: Fundada el 13 de Marzo de 1893 por el Dr. Luis Razetti Órgano de la Academia Nacional de Medicina y del Congreso Nacional de Ciencias Médicas. Año XCVI-Nos.4-5-6. Abril-Junio de 1988. Caracas. Venezuela

En esta Gaceta se hace referencia a una mesa redonda que se llevó a cabo en el *XI Congreso Nacional de Ciencias Médicas*, donde se discutieron algunos trabajos

muy significativos y entre ellos, dos (2) de Enfermería, **La Enfermería, su Desarrollo Contemporáneo y Proyección al año 2000" y La investigación en Enfermería en Venezuela: Impacto social,** los cuales aportan información muy pertinente para esta tesis.

En el primer trabajo referido, elaborado por las Licenciadas Ana Dolores Guillén G., Teresa J. Farfus M., Dilia A. Becerrit H. y Hermelinda Rojas G., se hace una descripción del desarrollo de la Enfermería en Venezuela en la época contemporánea y su proyección hacia el año 2000. Asimismo, señalan hechos de relevancia ocurridos entre 1912 y 1986 sobre la evolución de enfermería y su aporte para el desarrollo de los Programas de Salud en el país, (solo se hará referencia a algunas particularidades relacionadas con esta Tesis).

En él se hace referencia al hecho de que enfermería tiene una marcada diferencia con la medicina en razón de que la primera, desde sus inicios, tiene una connotación fundamentalmente religiosa, también referida por Vessuri (2001) en su trabajo sobre enfermería, ya que era ejercida de forma gratuita y como apostolado[6] por monjas, damas de la nobleza criolla, curanderos y familiares, tanto en hospitales como en el hogar.

En Venezuela, se formaliza la educación en enfermería, en 1907 cuando se realiza el primer curso de auxiliares de enfermería en el Hospital Ruíz y Páez de Ciudad Bolívar. Esta iniciativa sobre la educación formal de enfermería fue

promovida por profesionales de la medicina y continuó en manos de los médicos con la creación de la Escuela de Enfermería en 1912, por el Dr. Francisco Antonio Rísquez, que funcionó en el Hospital Vargas y fue dirigida por el mismo Dr. Rísquez.

En 1915, se promulga la Ley de Instrucción que contiene el "Estudio Especial de la Profesión de Enfermeras", asunto este que proporciona una mayor autonomía a la enseñanza de la Enfermería. Sin embargo, la enfermería sufre un período de oscurantismo debido a la actitud de las religiosas quienes, contraviniendo la disposición legal, no permitieron la entrada de las estudiantes de enfermería a los hospitales que ellas regentaban, lo que llevó al cierre de las escuelas en 1924 y, como consecuencia, a un período de seis años de latencia en la formación de enfermeras.

En 1930 ingresan al país enfermeras de Puerto Rico, quienes fueron contratadas con el propósito de formar el personal de enfermería necesario para dar respuesta a la necesidad del país en materia sanitaria y en 1931 el Ejecutivo Nacional aprueba el Proyecto de creación de la Escuela de Enfermeras de Caracas, la cual no llega a funcionar en Caracas por oposición de las religiosas. Este hecho da lugar a que el Proyecto se materialice en Mérida con la creación de la Escuela de Enfermería adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes.

En 1936, con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, se percibe la necesidad de formar personal técnico que maneje los Programas de Salud, especialmente los de Promoción y Protección de la misma. Debido a que el número

de graduadas no llenaba las necesidades del Ministerio, se contrató nuevamente personal extranjero con el objeto de incrementar la formación del personal requerido para la organización y funcionalidad de los servicios sanitarios, pues comprendieron que este recurso, constituía un elemento de apoyo muy importante en la política de prevención del Ministerio de Sanidad. Así las enfermeras estuvieron a cargo a nivel nacional del área de Salud Pública donde se atendía a las familias de forma integral. Del mismo modo, se evidencia un trabajo conjunto de enfermería y medicina en el primer postgrado de Salud Pública que se abre en 1945 y que fue dirigido por el Dr. Rafael Rísquez Iribarren y la Enfermera Antonia Fernández. Este Postgrado era para médicos y enfermeras y algunas de sus egresadas conformaron luego el grupo docente en el área de Salud Pública. Este es un logro revelador para esta Tesis porque indica la presencia real y la importancia que se le daba a enfermería en el área preventiva, tanto a nivel asistencial como académico.

Entre 1942 y 1946 el Ministerio de Sanidad, con una visión integral, crea el Instituto de Hospitales con el fin de apoyar el desarrollo progresivo de las instituciones hospitalarias del país. En este Instituto se organiza la "Sección de Enfermería Hospitalaria", dirigida por la enfermera Aurora Sánchez, cuyas funciones estaban orientadas a la organización de los servicios de enfermería de hospitales y centros de salud, así como a la formulación de normas técnico-administrativas para guiar al personal de enfermería en la ejecución de sus actividades. Los principios de

este sistema de trabajo de enfermería siguen vigentes. Entre 1946 y 1954 se crean varias escuelas en distintos estados del país.

En 1958 se hace una fusión de las Secciones de Salud Pública y de Hospitales y se crea la División de Enfermería dependiente de los Servicios Locales de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social según Ley de Presupuesto General del Período 1959-1960, página 5, numeral 14 (Gaceta 595 del 30-06-1959. Número Extraordinario).

Esta División estaba estructurada por secciones: preventiva, curativa, y educativa, asimismo, asume las funciones de organización, dirección, evaluación de los servicios de enfermería de los establecimientos de salud adscritos al Ministerio de Sanidad, así como la educación básica y educación continua de enfermería y auxiliares de enfermería. Se rige por un sistema nacional de enfermería que incluye tanto la asistencia como la docencia, con el cual corresponde a las implicaciones de enfermería en la política de salud del Ministerio los Programas de Salud que se desarrollan en los diversos niveles de atención.

La creación de Escuelas continúa cada vez con mayores exigencias, se incorporan materias del bachillerato para elevar el nivel de formación. En marzo de 1967 se crea en Mérida la primera Escuela de Enfermería Universitaria, adscrita a la Facultad de Medicina y con este hecho se abre el capítulo de la formación universitaria para enfermería en Venezuela ya que hasta ese momento las enfermeras

venezolanas se veían en la necesidad de salir fuera del país a formarse, algunas becadas por el Ministerio de Sanidad, con el compromiso de conformar a su regreso el cuerpo docente que formaría profesionales en el país. Aún así, continuó la escasez de personal de enfermería. Para darle solución a esto se implementó, en el año 1969 mediante el Decreto 120 del 13 de agosto, el "Ciclo Diversificado de Educación Media" en el cual se incluía estudios en el área asistencial y enfermería fue uno de ellos.

Estos estudios tenían una duración de tres años y otorgaban el título de Bachiller Asistencial, Mención Enfermería. Esta formación, netamente asistencial, no llenó las expectativas del sector ocupacional y podríamos agregar que - en un análisis retrospectivo de la historia de la enfermería en Venezuela - esta decisión causó dificultades a la educación enfermera por su carácter regresivo en la formación de los profesionales de enfermería en un momento en cual ya se había logrado el nivel universitario. Esta diferencialidad de los niveles educativos afectó considerablemente las relaciones de poder con las otras profesiones de la salud.

En 1973 se reestructura la División de Enfermería, creándose la Sección de Programas e Investigación y la de Servicios Integrales; esta última, por fusión de las Secciones Preventiva y Curativa. Cinco años después, en 1978, se crea la Sección de Medicina Simplificada, donde se delega en enfermería la responsabilidad de conducir el Programa, a nivel nacional, con funciones de participación en la planificación,

organización de los servicios de salud del área rural, supervisión y evaluación del Programa con proyección nacional, así como el desarrollo de cursos para la preparación de enfermeras (os) destinados a la supervisión y docencia del mismo y a la formación de Auxiliares de Medicina Simplificada.

Este Programa, creado por el Ministerio de Sanidad, estaba bajo la Dirección del Dr. José Ignacio Baldó y como parte de su equipo sanitarista se encontraba la enfermera Marina Castellanos, quien formó a su vez un grupo de enfermeras profesionales que, luego de varios años, asumieron la conducción del mismo a nivel nacional. Este programa fue conducido por la Oficina Sectorial de Enfermería a través de la Sección de Programas.

La responsabilidad y organización de la División de Enfermería, permitió la consolidación de un sistema de trabajo conformado por las áreas de asistencia, docencia e investigación capaz de responder a los requerimientos de las políticas de salud del Ministerio además de asesorar y supervisar los niveles operativos de los servicios de enfermería y desarrollar un plan nacional de adiestramiento de personal en diversas áreas.

A partir de 1984, con la reestructuración del Ministerio de Sanidad, la División de Enfermería pasa a depender de la Dirección General Sectorial de Salud, con la denominación de Oficina Sectorial de Enfermería y el rango de División. Su estructura queda constituida por dos (2) Departamentos: **Servicios Integrales**,

conformado por las secciones de servicios y Programas y el de **Docencia e Investigación**.

Se funda, además, la Unidad de Planificación a nivel de la Jefatura de la Oficina. Sus funciones estaban dirigidas al fortalecimiento del sistema de Enfermería a nivel nacional, dándole prioridad a la Atención Primaria y Programas de Salud prioritarios. Se hizo necesario entonces elevar el nivel de formación de las enfermeras y una Comisión - conformada por la Oficina Sectorial de Enfermería, Colegio de profesionales de Enfermería, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Ministerio de Educación y la Gobernación del Distrito Federal - logró establecer el nivel de Técnico Superior como etapa inicial de la carrera de nivel superior en Enfermería. Asimismo, el Ministerio de Educación, en atención a los planteamientos de la Comisión, decidió el cierre progresivo del Bachillerato Asistencial, Mención Enfermería, en el lapso 1986-1987.

Otro de los aspectos que se debe mencionar se refiere a las relaciones que se establecieron, desde la Oficina Sectorial de Enfermería, con Departamentos de Enfermería de otras instituciones del sector salud, entre ellas el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), la Dirección General de Salud de la Gobernación de Caracas, el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME) y organismos privados; esto con la finalidad de establecer un proceso de

estandarización de normas y procedimientos administrativos como paso previo fundamental para la participación de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

Lamentablemente en el año 1998 con el cambio de Gobierno y la reestructuración del Ministerio de Salud desaparece la Oficina Sectorial de Enfermería y las enfermeras pasan a formar parte del staff de apoyo dentro de los programas de salud, perdiéndose así un espacio importante dentro de la estructura del Ministerio de Salud con la consecuente pérdida de un espacio de poder y decisión sobre las políticas de salud.

En el segundo trabajo, ***La investigación en Enfermería en Venezuela: Impacto social,*** incluido en la Gaceta mencionada ut supra, elaborado por la Lic. Carmen Victoria Florez P. y presentado en el Congreso mencionado anteriormente hace aproximadamente trece años, refiere la autora que el impacto social de la investigación vendría dado por un elevado número de enfermeras/os investigadoras que logren transmitir de una generación a otra un acervo de conocimientos y una plataforma científica con naturaleza histórica, transformadora de la realidad, generadora de cambios sociales en la profesión de Enfermería y en los servicios de salud. Esta actividad transformadora debe converger sobre el sujeto y objeto de la acción de Enfermería, "el individuo, la familia, la comunidad" y el estado de salud. Esto es poder, pues la investigación científica se encuentra integrada al desarrollo

económico, social y cultural de nuestra nación y enfermería es corresponsable de la salud del pueblo venezolano.

Si embargo, existen dificultades en enfermería pues la enfermera, en su quehacer diario, identifica muchos problemas inherentes a la prestación de sus servicios y al desempeño de sus funciones pero es incapaz de iniciar un análisis reflexivo sobre ellos, pues requiere de una metodología que a veces desconoce; en cambio el médico toma de su experiencia y vivencia sus temas de investigación que luego lleva a Congresos y publica en Revistas Científicas, promoviendo su identidad como investigador científico.

Este hecho es de tal magnitud que enfermería no aparece ni como profesión, ni de forma individual, citada en la investigaciones de los servicios de salud, eso se traduce en dos aspectos: o bien la participación de la enfermera dentro de un equipo de investigación no es tomada en cuenta o simplemente no se realizan o no se conocen las investigaciones en las que las enfermeras han participado.

Menciona asimismo, algunas cifras que se manejaron en la Conferencia Panamericana CONICIT/OPS/OMS (1982) sobre políticas de investigación en salud, se presentaron informes de análisis de 10 años de bibliografía. El informe de Brasil por ejemplo, señala que el grupo de enfermería tuvo un papel significativo en el conjunto de investigaciones alcanzando el 21,95% del total y participando como 3er grupo más frecuente al lado de los investigadores sociales y de los médicos.

En Chile el 12,7% de participaciones. Costa Rica señala que las enfermeras participaron un 19,7 % de las investigaciones. Ecuador un 9,69%. Otros países latinoamericanos no citan a la enfermería, hecho por demás preocupante; se evidencia de este breve análisis, que la investigación en enfermería es insuficiente y en Venezuela, gravemente deficiente, situación que llevó a la OPS/OMS a ejecutar una reunión de trabajo sobre la investigación en enfermería en 1985.

Se pudiera inferir que no han cambiado mucho esas condiciones y que la situación actual de enfermería es similar a la de hace 10 o 15 años como lo expresa la autora, debido a que se planteaban para ese momento algunos objetivos que aún no se han cumplido, para revertir esa realidad tales como: **1)** Creación de Comités de Investigación con participación en los Consejos Nacionales de Ciencias y Tecnología con representación del personal asistencial y docente; **2)** Favorecer las investigaciones que incidan en la prestación de servicios a grandes grupos; **3)** Apoyar la publicación y difusión; **4)** Establecer un banco de datos sobre trabajos de investigación accesibles a las instituciones.

En ese mismo orden de ideas, agregaba la autora, que en síntesis el desarrollo de la ciencia y la tecnología como producto de la investigación en América Latina y el Caribe, es incipiente y que debía enmarcarse para enfermería en un estadio de muy bajo desarrollo, especialmente en nuestro país. Si su desarrollo es incipiente, en forma lógica, el impacto social de la investigación de enfermería en Venezuela aún no se ha

producido y para poder lograr un cambio de este escenario, es prioritaria por lo menos la definición de una política de investigación en los Servicios de Salud del país.

Asumimos que nada de esto se ha hecho y que hoy enfermería, está más alejada que nunca de las políticas nacionales en salud por no contar con un nexo directo en la estructura del Estado, ya sea desde el gremio y/o desde las universidades.

Hace ciencia quien tiene la capacidad de realizar rupturas
Anónimo

CUARTA PARTE

DESARROLLO ARGUMENTAL DE LA TESIS: CONTRASTACION DIALECTICA TEORIA-EMPIRIA

Esta parte, denominada **desarrollo argumental de la tesis: contrastación dialéctica teoría-empiria,** constituye el Cuerpo de la Tesis y está conformada por cinco (5) Capítulos. El **Capítulo I** corresponde a las Argumentaciones de Fundamentación como punto de partida para el transito hacia la síntesis mediante la contrastación Tesis/Antítesis o viceversa. El **Capítulo II** Argumentaciones Sobre las Contradictorias Relaciones de Poder en el Ámbito Asistencial. El **Capítulo III** Argumentaciones sobre las Contradictorias Relaciones de Poder en el Ámbito Académico. El **Capítulo IV** Argumentaciones sobre las Contradictorias Relaciones de Poder en el Ámbito Político. El **Capítulo V** Argumentaciones sobre las Asimétricas Relaciones de Poder en el Ámbito Social**.**

En estos ámbitos, de conformidad con las disposiciones metodológicas, se argumentan la Tesis y la Antítesis sustentadas por las teorías, las entrevistas en profundidad como aporte testimonial, el resultado de las encuestas y los referentes empíricos descubiertos que afirman la tesis sobre la existencia de asimétricas relaciones de poder entre enfermería y medicina.

CAPITULO I

ARGUMENTACIONES DE FUNDAMENTACION: TRANSITANDO HACIA LA TESIS

Una Necesaria Nota Liminar

En la tercera parte fueron expuestas, en términos de contrastación, las teorías que afirman la tesis y las que como antítesis, niegan la misma con lo cual se abre el camino, hacia la síntesis entendida ésta como la nueva situación expresada en términos de la transformación relacional enfermería-medicina.

Por tanto, la contradicción tesis-antítesis del plano teórico-referencial se 'resuelve' en una síntesis que afirma la tesis de la existencia de relaciones asimétricas y contradictorias de poder entre enfermería y medicina que limitan tanto el desarrollo y participación política como el reconocimiento social de la primera, pero que desde la perspectiva dialéctica son relaciones transformables.

Es en esta cuarta parte donde se desarrolla el cuerpo de la Tesis de acuerdo con un diseño que, representado en el esquema que sigue, configura una adecuada racionalidad procedimental en cuyo movimiento dialéctico se contrastan diversos componentes teórico-metodológicos que permiten afirmar la Tesis, tales como:



Fuente: Elaboración propia a partir de específicos requerimientos metodológicos

En este iter metodológico se contraponen en clave dialéctica - mediante la argumentación como estrategia discursiva y a partir de los supuestos - los referentes teóricos sobre la Tesis con los referentes teóricos sobre la Antítesis y, estos a su vez, con los referentes empíricos que dimanan de la propia realidad estudiada en cada uno de los ámbitos seleccionados mediante protocolos instrumentales (encuesta al azar y entrevistas en profundidad) utilizados para el relevamiento de datos e información, así como de procedimientos específicos (tratamiento estadístico básico y Análisis de Discurso, respectivamente).

Este movimiento dialéctico confluye en la Síntesis como expresión lógica de la articulación entre Totalidad Concreta y Concreto Pensado en nuestro objeto de estudio expuesto gráficamente ut supra (Segunda Parte página 53) del Capítulo II de esta Tesis; vale decir, entre lo real concreto (existente), la totalidad construida y la realidad conocida.

Es ésta una racionalidad metodología y estrategia dialéctica que permite dar cuenta, en términos de episteme y no de doxa, de un tema o materia pendiente en la investigación de la enfermería en Venezuela, como lo es el tema del poder y las

relaciones de poder que en los diversos ámbitos relacionales (asistencial, académico, político y social) se establecen entre la enfermería y la disciplina o profesión hegemónica en la esfera de la salud; es decir, la medicina.

En este capítulo se despliega la argumentación partiendo de la consideración que nuestro método es el dialéctico que, por tanto, admite la contrastación y, en consecuencia, de acuerdo con el epistemólogo venezolano Luis Damiani:

> *Quien argumenta - erística o heurísticamente – reconoce – implícita o explícitamente - al destinatario como un intérprete de signos con capacidad para objetar la argumentación rechazando las pretensiones de validez de sus actos de habla, o en términos de la filosofía trascendental clásica: lo reconoce como un fin y no solamente como un medio.* (Damiani, 1997, p. 204).

A tales efectos, se elaboró una serie de pautas para la guía de entrevistas con las que se recoge una narrativa que, como conjunto, teje un testimonio colectivo de singular valor para afirmar la tesis por la riqueza de contenidos que encierra, en cuanto a los significados que proporciona sobre la visión y posturas de los entrevistados en torno a las nociones de poder, las relaciones desiguales de poder, las nociones sobre las jerarquías, su legitimidad contingente, las desigualdades derivadas de las condición de clase, la participación política y los factores obstaculizantes, la ocupación de cargos relevantes, las contradicciones en cuanto a la formación de ambos profesionales, las desigualdades en cuanto al reconocimiento social.

Asimismo, permitió revelar las contradicciones en lo que respecta a la valoración negativa o positiva de “los otros” y de sí mismos; en definitiva, las

condiciones objetivas y subjetivas[7] (dialécticamente hablando) que constituyen las asimétricas relaciones de poder entre enfermería y medicina. La serie de testimonios recopilados mediante las entrevistas en profundidad incluye un grupo de enfermeras, enfermeros; médicas y médicos que, habiendo desempeñado y/o estando en el desempeño de diferentes roles y funciones de la administración pública, constituyen referentes sustantivos para el proceso argumental conducente a la afirmación de la tesis.

En este sentido, el trabajo fue adquiriendo un carácter testimonial por cuanto el análisis de discurso desarrollado - mediante procedimientos que abarcan desde los Principios Analíticos Generales, los Criterios Operativos Básicos, hasta las Unidades de Análisis – constituyó fuente de primera mano para nuestros propósitos.

Cabe señalar, por otra parte y a los efectos de este trabajo, que el área de la salud es en Venezuela un espacio de profundos contrastes que, no obstante las abrumadoras evidencias sobre las contradicciones internas, no parece haber formado parte de las preocupaciones institucionales ni de las agendas de investigación académica, quizá por las múltiples determinaciones e implicaciones que contextúan, modelan y condicionan las relaciones sociales, como es el caso de nuestro objeto de estudio. Valga como referente el hecho de que el término **política**, en el contexto de la enfermería académica, ha adquirido una carga negativa que ha dado lugar a su exclusión del discurso, de las currícula y de la práctica enfermera, como un

mecanismo ideológico que sustrae de la realidad y garantiza el histórico esquema de sujeción, de dominación/subordinación que ha caracterizado la relación médico-enfermera.

Como contracara de los esfuerzos de invisibilización interna, los referentes empíricos derivados de la contrastación de las opiniones entre actores relevantes del sector salud (médicos y enfermeras) y actores del colectivo en general, permitieron avanzar en la afirmación de la Tesis en cuanto a la existencia de desigualdades en las relaciones de poder, como veremos en el decurso de nuestro proceso dialéctico-argumental.

Ámbitos Relacionales de Poder en Enfermería

Con el fin de orientar las etapas que se siguieron en el estudio y que sirven como guía o eje fundamental para la argumentación, se elaboró un esquema de los diversos niveles de las relaciones de poder de Enfermería que se estudiaron. Así consideramos cuatro ámbitos: **a) Ámbito Asistencial: b) Ámbito Académico c) Ámbito Político: d) Ámbito Social.** Es necesario destacar que, en sentido estricto, tales esferas corresponden a lo que llamamos en esta tesis la Identificación de los Ámbitos Relacionales de Poder, que permiten visualizar, más claramente, dónde se perciben las desigualdades mencionadas anteriormente.

CAPITULO II

ARGUMENTACIONES SOBRE LAS CONTRADICTORIAS RELACIONES DE PODER EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL

Definición de Ámbito Asistencial

El ámbito asistencial es definido como aquellos establecimientos de salud correspondientes a los diversos Subsectores, Niveles y Tipos que constituyen espacios institucionales para la práctica profesional de enfermeras/os y médicas/os, así como para la dirección y/o gerencia de tales establecimientos y en los cuales suponemos se expresan asimétricas relaciones de poder ente médicos y enfermeras.

Espacios Institucionales correspondientes al Ámbito Asistencial:

De conformidad con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, las nuevas políticas de salud, la Ley Orgánica de Salud, son cuatro (04) los subsectores que componen el Sector Salud (*público estatal, público no estatal, privado de interés público y privado relacionado con el mercado*). Existen, para los 2 primeros subsectores, los establecimientos de salud clasificados por **niveles** I, II y III a los cuales corresponden, respectivamente: Consultorios Populares, Ambulatorios Rurales I, II y Ambulatorios Urbanos I/ Clínicas Populares/ Hospitales del Pueblo (los existentes **Tipos** I, II y III) además de los Hospitales Especializados, los Hospitales Universitarios y los llamados centros nacionales más especializados como por Ej. Un Centro Nacional de Oncología o un Centro Nacional

de VIH/SIDA. Para los segundos: las clínicas privadas. Como se observa, el Sistema Público Nacional de Salud establece la conformación de las **Redes Públicas de Salud**, constituidas por los **establecimientos prestadores de servicios y programas de salud** (hospitales, ambulatorios, centros de especialidades, maternidades, bancos de sangre, entre otros).

Esta Red constituye el campo de trabajo fundamental para los profesionales de la salud, es allí específicamente donde estudiamos las relaciones de poder que se establecen entre las enfermeras/os y los médicos/as, en el desempeño de sus funciones y que suponemos dominado por la hegemonía médica.

Argumentación Dialéctica sobre el Ámbito Asistencial

De acuerdo con la definición planteada en este ámbito, la esfera asistencial se integra, en términos relacionales de sus actores fundamentales, con enfermeras/os y médicas/os. Sin embargo, hay una tendencia a considerar que - en lo que pudiéramos denominar los componentes de la práctica clínica – este ámbito se privilegia con el apelativo de **ámbito de la atención médica**, lo que evidencia una marcada inclinación hacia el componente o actor que, en razón de su relación con los medios de producción o bien con su posición en la división socio-profesional del trabajo, es receptor de la máxima gratificación en diversos órdenes. No obstante lo anterior, es importante destacar que tal sesgo no es inocente sino que contiene la contradicción

entre la concepción preventiva (cuidado de la salud, de enfermería) y curativa (atención de la enfermedad, de medicina) de la salud como espacio de lucha y contradicción entre los actores señalados. En este sentido, se estima pertinente lo sostenido por Fernández Sacasa (2000) quien señala que:

> *Atención médica no es igual a atención de salud. Este último es un concepto más amplio que incluye todas las formas sociales de dar respuesta a las necesidades de la población en materia de salud. Implica las formas de organización de la atención a la salud, así como la interacción con factores extrasanitarios e intersectoriales determinantes de la salud de la población…. Estas respuestas se expresan en el modo de producir servicios de atención de salud y en el establecimiento de relaciones sociales, económicas e institucionales entre los trabajadores de la salud, las instituciones y la población.* (Fernández Sacasa, 2000, p. 1)

Por otra parte, es necesario destacar que en razón de nuevas políticas de salud, establecidas constitucionalmente por el Estado venezolano, se ha planteado la creación del Sistema Público Nacional de Salud mediante un proceso de reorganización del Sistema de Salud Venezolano con el propósito de restituir el derecho a la salud, en el entendido que éste es un derecho humano, en sintonía con lo contenido en el artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. En este sentido, la propuesta gira en torno a:

> *Romper antiguos esquemas y mecanismos de la gerencia pública, que tienden a centralizar las competencias y funciones de los organismos de salud, y que han limitado la eficiencia de la prestación de servicios sanitarios…si se toma en consideración el alcance de los paulatinos avances de la reforma del Estado en materia de transformación social.* (Luna, Marie s/f)

Se trata entonces de previsiones de rango constitucional y legal para la organización del sistema de salud, de carácter único, intersectorial, intergubernamental, descentralizado y participativo; asimismo, articulado al Sistema de Seguridad Social cuyo objetivo fundamental consiste en la restitución y fortalecimiento del derecho a la salud, por la vía de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

De manera que, en sintonía con los planteamientos de esta naturaleza cuyo sustrato reside en políticas de equidad e inclusión social, considerando como **tesis** la hegemonía médica (es decir, el enorme poder de una profesión dominante) y como **antítesis**, la sumisión y/o exclusión enfermera (es decir, profesionales cuyo trabajo incrementa el capital de medicina) entonces existe y permanece, conscientemente o no, una contradicción en el ámbito asistencial por cuanto se mantienen las asimétricas relaciones de poder entre enfermería y medicina.

Del estudio realizado sobre el total de espacios institucionales que integran tanto la Red Pública de Salud como la red privada se desprende que, al menos en la primera de las redes mencionadas, las cifras de establecimientos son como sigue: existen 4.819 establecimientos de salud del Ministerio del Poder Popular para la Salud, centralizados y descentralizados, 214 son Hospitales y 4.605 son Ambulatorios, los cuales se clasifican en Urbanos Tipo I, II y III y Rurales Tipo I y II; existen 693, 154 y 43 ambulatorios urbanos I, II y III, respectivamente, lo que

suman 890 establecimientos urbanos. Asimismo, hay 2. 852 ambulatorio rurales I y 863 ambulatorios rurales II, para un total de 3.715 centros de atención ambulatoria en área rural. (OPS, 2006, p. 52).

Asimismo, bajo la dependencia del sector público también se encuentran otras instituciones que prestan servicios de salud bajo el régimen de contribuciones. Las más importantes (en términos de los beneficiarios y recursos utilizados) son el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio del Poder Popular para la Educación (IPASME), y el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) del Ministerio del Poder Popular para la Defensa. En el nivel municipal los hospitales de la red de establecimientos públicos suman 296 (214 dependientes del Ministerio del Poder Popular para la Salud o de las gobernaciones, 33 del IVSS, 13 del IPSFA, 3 de PDVSA, 29 de INAGER, 2 de la CVG, 1 de la Alcaldía de Miranda y 1 de la Policía Estadal de Caracas).

Cabe destacar que las políticas de salud del nuevo Estado Venezolano han dado lugar al Programa Barrio Adentro como concreción de la Atención Primaria y estrategia para dar respuestas a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida, bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social, contribuyendo a mejorar la calidad de salud y vida.

En este sentido, las cifras del año 2007 revelan que en **Barrio Adentro I,** hasta ese momento se habían construido y equipado 2.708 Consultorios Populares en

todo el territorio nacional y están en proceso de construcción otros 3.284. Consultorios para ir cumpliendo con la meta de 7.009 puntos de atención del primer nivel de atención; en **Barrio Adentro II** existen 302 Centros de Diagnostico Integral (CDI), 408 Salas de Rehabilitación Integral (SRI), 13 Clínicas Populares y 13 Centros de Alta Tecnología (CMDAT).

Cabe acotar que la meta es la creación de 600 CDI, 600 SRI y 35 CMDAT; **Barrio Adentro III** cuenta con aproximadamente 50 grandes hospitales. En total, se registran un aproximado de 3.481 establecimientos de salud. Además de lo señalado, en el Ministerio del Poder Popular para la Salud existen ocho (08) Programas: 1) Lactancia Materna; 2) Clínicas Populares; 3) Inmunizaciones; 4) SIDA, 5) Diabetes; 6) Salud Cardiovascular; 7) Programa Nacional de Atención Integral del Niño, Niña y Adolescente (PNANNA); 8) Normativa aplicable a la remoción de asbestos.

Por otra parte, hay un aproximado de 60.000 mil Licenciados en Enfermería de los cuales un creciente número posee estudios y/o títulos de IV y V nivel, vale decir, especializaciones, Maestrías y Doctorado. Sin embargo, luce contradictorio que - siendo este el gremio más numeroso del área de la salud y existiendo distintos niveles y una significativa cantidad de establecimientos de salud - esos espacios institucionales, incluidas las Misiones y Programas referidos a la salud, en su gran mayoría son dirigidos o coordinados por médicos.

Asimismo, desde mi experiencia profesional he podido observar, una práctica enfermera dominada por la racionalidad médica donde enfermería, como profesión

No-Liberal, asume una complementariedad ilusoria en el equipo de salud, la cual está secuestrada por la hegemonía médica que, como profesión Liberal, erigida en supremacía profesional, ha desarrollado un alto grado de dominación que le permite la apropiación de referentes materiales y simbólicos de la enfermería, en algunas situaciones muy concretas que se irán develando a lo largo de la argumentación. En este sentido cobra fuerza la afirmación que:

> *El ámbito sanitario monopolizado por la medicina -hegemonía médica- y la existencia de instituciones con capacidad para legitimar sus saberes y transmitirlos, ha permitido dejar fuera del conocimiento científico ciertas prácticas de curación, como las de enfermería. Así, la configuración de la identidad ocupacional enfermera, se caracteriza por ser subsidiaria de la disciplina médica, y dedicada a la colaboración en la detección de signos y síntomas, administración de tratamientos prescriptos, preparación de material, consolación y acompañamiento al enfermo con actitud bondadosa y considerada, con escasas posibilidades de autonomía. Sin embargo, es de recordar que, ésta es una de las dimensiones en la que más incidencia tiene la problemática actual de la ocupación, en la que se centran los cambios, es decir, la discusión acerca de la profesionalización y los esfuerzos orientados al logro de autonomía ocupacional del colectivo enfermero.* (Butticé, s/f)

Así, vemos que es el médico (jefe de servicio o de departamento) quien asigna las tareas independientemente de las tecnologías y/o metodologías como el Proceso Enfermero y de la idoneidad y eficacia del mismo. Es una estrategia que, deliberada o no, contribuye a mantener el Esquema de Sujeción de enfermería con respecto a medicina. En este sentido, una de las enfermeras entrevistadas afirma:

> *"El médico quiere evaluar al personal de enfermería quiere controlarle la asistencia a enfermería y una serie de cuestiones que son netamente de enfermería, entonces nosotros hemos mandado comunicaciones de que no es que le estemos quitando la autoridad,*

okey, tenemos que estar claros que debe haber un Coordinador Médico y uno de Enfermería pero cada uno con su rol". **(Entrevistada No 6)**

En esta aseveración se identifica la unidad de Análisis Crítico del Discurso **presentación de los términos poder o relaciones de poder**, donde el médico pretende ejercer su autoridad y tomarse atribuciones sobre el personal de enfermería, sin que sean de su competencia. La enfermera lucha por mantener su autonomía en la práctica asistencial donde debe prevalecer la igualdad en cuanto a responsabilidad, autoridad y respeto profesional, pero éste se distorsiona transformándose en una relación dominación/subordinación que, al no ser admitida por la enfermera, converge en una aceptación de la igualdad y respeto profesional por parte del médico.

En este mismo orden de ideas, se hace evidente que el llamado Equipo de Salud de complementariedad ilusoria - que supone integración de disciplinas en el área asistencial y concurrencia de conocimientos como áreas complementarias – solo se expresa a través de la Junta Médica con participación exclusiva de Médicos y obviamente, la exclusión en términos de segregación de las Enfermeras no obstante su formación universitaria. Por otra parte, en la Revista Médica - que convoca la presencia de ambos profesionales para la revisión y discusión de los casos clínicos - el poder lo ejerce el médico sobre la base de la información enfermera.

En cuanto a lo descrito, el testimonio de uno de los médicos entrevistados, y el Análisis Crítico del Discurso realizado, ilustra la situación.

> *"El poder es la capacidad que puede tener una persona de distribuir labores, delegar responsabilidades…¿Con quien trabaja la enfermera? ¡Con el médico! ¿Cuál es su labor? seguir las indicaciones que pauta el médico, yo creo que todas o un noventa por ciento son acciones dependientes creo que estriba allí, pero no porque tengan menor calidad o menor responsabilidad o menor función, porque quien está encima del paciente más que el médico, es la enfermera con quien está más.*
>
> *Ser médico implica poder, implica… aunque ahora no tanto respeto, el que tiene la razón de todo, el que es escuchado eso viene de antes, actualmente son tan profesionales los médicos como las enfermeras y en momentos de quien tiene la razón como estábamos diciendo en broma, se habla, se plantea, pues mira me parece que esa no es la forma. Que si hay reuniones entre médicos y enfermeras y lo ha habido muchísimas veces me parece que estas fallando en tal o cual circunstancia o gestión, se trata de solapar o llevar la situación a un equilibrio más o menos".* **(Entrevistado Número 4)**

De acuerdo con las unidades de análisis empleadas en nuestro análisis del discurso, se evidencia en este testimonio **Valoración Negativa de la enfermera y Presentación Negativa en la modalidad de Negación Aparente** *('…pero no porque tengan menor calidad o menor responsabilidad…*).

De la misma manera, se manifiesta **Hipérbole de Cosas Negativas** en razón de que no se asume la enfermería como una actividad conexa a la del médico y del mismo valor cognitivo y social, sino como actividad polarizada con la medicina. Es una estrategia, deliberada o no, que contribuye a mantener el Esquema de Sujeción. Sobre el mismo asunto se expresa uno de los enfermeros entrevistados:

> *"Enfermería es bien conocido que nosotros formamos parte de un equipo multidisciplinario y la relación es determinante. En esa relación a pesar de que nosotros somos representantes de la salud estamos*

limitados desde el punto de vista existencial a una toma de decisión, en el aspecto meramente de enfermería es determinante porque a pesar de que la salud es problema de todos, la decisión es de enfermería, sin embargo la salud es asumida por el sector médico y hay razones para explicarlo y para entenderlo porque fue la única profesión del equipo multidisciplinario, médicos, Enfermeros, bioanalistas, nutricionistas, psicólogos, que fueron primero profesionales universitarios y ellos se abrogaron la responsabilidad de la salud, ellos fueron quienes hicieron las leyes en el Congreso Nacional y la mayoría eran médicos. Se hicieron las leyes a imagen y semejanza, como un corte a la medida, para ellos luego conducir la salud al punto de… en la administración de las instituciones de salud siempre el director dentro de las normas establecidas debe ser un médico, irrespetando a todo el conjunto de profesionales de la salud que estamos preparados para asumir estos retos y responsabilidades, es más dentro de los Profesionales de la salud hay personas que se ajustan más al perfil para director que los propios médicos". **(Entrevistado Número 1)**

Aquí se pueden observar varios aspectos desde el Análisis Crítico del Discurso; en primer lugar, hay una **Presentación de los Términos Poder o Relaciones de Poder** donde se confronta la hegemonía de la medicina con la sumisión enfermera. También encontramos una **Hipérbole de Cosas Negativas** porque el médico no asume que la enfermera hace una actividad conexa a la suya y del mismo valor cognitivo y social. La actividad Profesional enfermera no se toma como 'un poco diferente', sino como una polarización. Del mismo modo encontramos una **Presentación Negativa de los Otros** y **Contraste/Oposición** porque el discurso deja ver discriminación y es revelador del poder de una de las partes.

Asimismo, como referente que contribuye al afianzamiento de la opinión, emitida por los entrevistados, correspondientes a la esfera de la salud, se presentan los resultados de la encuesta realizada a sujetos no pertenecientes a la esfera mencionada:

el 90% de los encuestados considera que el médico tiene más poder que la enfermera; el 75,83% considera que hay marcadas desigualdades entre médicos y enfermeras; sin embargo, el 55% opina que los médicos no tienen más ni mejor formación que las enfermeras para ocupar altos cargos en la administración pública, como es el caso de las direcciones de los diferentes establecimientos de salud.

El área asistencial, se percibe como el lugar de encuentro, de confluencia, donde aparentemente medicina y enfermería cumplen funciones complementarias en cuanto que tienen como objetivo común el paciente, pero es justamente allí donde se muestra con mayor nitidez la hegemonía médica, donde reside el poder, donde podemos ubicarlo y:

> *Tratar de aprehenderlo conceptualmente*. *No en el ámbito de la relación ser humano-cosa (núcleo del fetichismo y la cosificación), ni en el de la relación ser humano-naturaleza.…sino en aquella otra dimensión constituida por las relaciones de los seres humanos entre sí*. (Kohan, 1999, p.8*)*

Así, la dialéctica marxista nos permite descubrir que:

> *Las relaciones que han sido reificadas y cristalizadas no son más que relaciones de poder entre las personas. El ámbito del poder es aquél donde se producen, se constituyen y se reproducen las relaciones sociales. El ámbito donde se forman y se realizan (a partir de relaciones anteriores) relaciones sociales, luego de lo cual tiene lugar su proceso de reproducción.* (Kohan, 1999, p.8)

Cabe acotar, que esta concepción - rigurosamente relacional - del poder fue formulada por Marx en el siglo XIX, desarrollada en el siglo XX por Antonio Gramsci y asumida incluso por Michel Foucault.

En términos de ANTÍTESIS, pudiera suponerse que, tal situación obedece a la concepción de que los médicos constituyen: **a)** una élite dirigente y las enfermeras, la masa gobernada, subordinada en la acepción de Mosca, Pareto o Mills; **b)** que ejercen, sobre enfermería cualesquiera, de las dominaciones expuestas por Weber.

Para el caso de los creadores y adherentes a las teorías de las élites (Mosca; Pareto y Mills), las desigualdades, a diferencia de la concepción dialéctica marxista, no están fundadas en las clases sociales, sino en el poder de gobernar. Por tanto, la sociedad está dividida en dos partes: una masa de individuos gobernados y una minoría que domina llamada élite que se distingue por una psicología diferente a la masa: *"Se produce, entonces, una rivalidad entre los intereses de la 'élite' y los de la masa; rivalidad que actúa sobre los intereses mismos y que está destinada a continuar eternamente"* (Blacha, 2005, p.6)

La élite gobernante en esta concepción *"…agrupa el reducido número de individuos que, como parte del grupo de los que alcanzaron éxito ejerce funciones políticas o socialmente dirigentes"* (Aron, 1996, p.28) Esta relación de subordinación vertical, entre los que dirigen (los menos) y los que obedecen (los más) *"…aparecerá como una constante, perfilando una ley de la clase gobernante, es decir, los menos dirigen a los más"* (Aron, 1996, p. 27)

Ahora bien, en esta perspectiva antitética ¿A que se debe que una minoría ejerza tanta influencia sobre la mayoría? Para Mosca, particularmente, ello se debe a varios hechos*:*

> *El primero es que la superioridad moral prevalece, a la larga, sobre la cantidad y la fuerza bruta; el segundo – mucho más importante que el primero aunque menos conocido – es que la minoría organizada, actuando de consuno, triunfará siempre sobre la mayoría desorganizada sin voluntad ni impulsos comunes.* (Meisel, 1975, p.19)

Como puede verse, el factor moral es el rasgo, la cualidad prima de la minoría, de la élite médica frente a la masa enfermera, pero su eficacia requiere de una forma colectiva que se lo proporciona la organización. En esta línea argumental antitética, Meisel (1975), en sus observaciones sobre los planteamientos de Mosca, alude a la existencia de tres (3) C para toda élite: *Conciencia Grupal (unidad de ser); coherencia (unidad de pensamiento); y, conspiratividad (unidad de propósito)* (Meisel, 1975, p. 16).

Como ejemplo ilustrativo de esta concepción que gravita en grupos profesionales considerados élites, como es el caso de los médicos en Venezuela, se trascribe lo expuesto por uno de los médicos entrevistados:

> *"Esto que voy a decir es muy fuerte, pero el ser médico es una cosa…el ser médico…por ahí hay médicos que dicen que hay dos tipos de profesionales, los médicos y los demás o sea que evidentemente hay un grupo de médicos…hay una sensación no de superioridad pero…hay una amiga mía que dice que todo el mundo llega al Olimpo pero es que nosotros habitamos en el Olimpo, esa es la diferencia, eso acompaña al médico hace mucho tiempo, yo creo que hay un grupo de médicos que*

piensa que todo el personal de salud debe estar subordinado al médico…" "…autorictas el médico…" **(Entrevistado Número 7)**

Esto denota una **Presentación Positiva del Nosotros** en el Análisis Crítico del Discurso y responde a la concepción elitista de Vilfredo Pareto (1916) quien afirma que la élite está compuesta por todos aquellos que manifiestan unas cualidades excepcionales o dan pruebas de aptitudes eminentes en su dominio propio o en una actividad cualquiera.

Como se ve, la élite está integrada por miembros "superiores" de una sociedad, por aquellos a quienes sus cualidades eminentes deparan poder o prestigio. También se desprende del análisis de discurso de este entrevistado que, en correspondencia con las 3 C de Mosca y el elitismo paretiano, los médicos poseerían una elevada conciencia de clase y, por tanto, como profesión dominante son conscientes de sus intereses de clase y de su superioridad respecto de las relaciones de poder con otras profesiones de la salud, como sería el caso de enfermería.

No obstante, un examen más profundo de la situación [partiendo de los supuestos **Número 1:** *La medicina como Profesión elitesca y hegemónica – en contraposición con la condición de saber sometido que caracteriza a Enfermería - ha desarrollado un alto grado de dominación que le permite la apropiación de referentes materiales y simbólicos de enfermería* y **Número 6:** *La división social del trabajo (contradicción trabajo intelectual/trabajo manual) propicia la división*

social de las profesiones en términos de dominantes y dominadas como es el caso de medicina y enfermería respectivamente; así como atendiendo a la perspectiva dialéctica] nos revela que son los antagonismos de clase, como derivación de las relaciones con respecto a los medios de producción, los que dan lugar a desigualdades en las relaciones entre ambas profesionales.

De manera que, en términos de Tesis, se asume dialécticamente la Teoría de la Explotación como uno de los soportes para argumentar que tanto la división social en clases como la división social del trabajo constituyen las categorías que permiten comprender, desde su naturaleza fundante, las desiguales relaciones de poder entre enfermería y medicina en este ámbito asistencial y, consecuencialmente en cualquier otro.

Asimismo, si se entiende la relación de médicos y enfermeras en términos de una relación laboral - como expresión de formas distintas de relacionarse ambas profesiones con los medios de producción y con expresiones también distintas en el plano superestructural - entonces la teoría de la explotación y expresos referentes empíricos como los derivados testimonialmente del análisis del discurso expuesto en la página anterior, rebasan el argumento antitético y, consecuencialmente, afirman la Tesis. En este sentido, la teoría señalada se fundamenta en que sin su actividad laboral, el ser humano no puede adquirir los elementos civilizatorios que definen y conforman las sociedades humanas.

Por lo tanto, no se trata de cualidades morales propias de un grupo o clase sino de la clase misma. De manera que lo que tenemos que comprender es como reparte una sociedad su tiempo de trabajo entre las diferentes actividades productivas y de intercambio. Debemos entender qué mecanismos de distribución se derivan necesariamente de las relaciones que los seres humanos establecen en el acto productivo.

> *Por consiguiente, las relaciones sociales que se establecen en torno a los requisitos necesarios para producir son la clave para poder entender la conformación de una sociedad dada. El control de los medios de producción permite a una parte de la sociedad apropiarse de los frutos del trabajo ajeno. Esta apropiación del excedente por parte de la clase que ejerce su dominio sobre los medios de producción y/o sobre el entramado de instituciones y formas de conciencia social es lo que llamamos explotación*. (Gracia, 2007, p. 2)

Así, la más alta probabilidad de que el médico pueda convertirse directamente en propietario de medios de producción (dueño), en el ámbito de la salud u otro nos indica que la riqueza del trabajador (enfermero) se funda sobre el propio trabajo y en el intercambio de equivalentes específicos de la circulación mercantil que se deriva necesariamente de la división social del trabajo y de la producción por unidades privadas e independientes. Además, bajo el capitalismo, la riqueza del trabajador, es decir, del enfermero, no le permite superar su condición de asalariado y tiene que vender constantemente su fuerza de trabajo para poder subsistir.

De manera que las condiciones de su explotación son las condiciones de su existencia. Por otro lado, la riqueza del médico (empresario real o potencial) se nutre

de la apropiación del trabajo ajeno, expropiado sin contraprestación alguna en razón de la necesidad del trabajador de vender su capacidad (fuerza) de trabajo y el monopolio que el medico ejerce sobre los medios de producción. Esta riqueza además se puede acumular y puede ser reinvertida en capital productivo para incrementar la apropiación de trabajo ajeno. Así, una riqueza se funda en el trabajo propio y la otra en la apropiación de los frutos del trabajo ajeno. Mejor dicho, en la explotación. He aquí, la matriz fundante, en el orden dialéctico, de las desigualdades.

Como se señalara en la Tercera Parte (referentes teóricos) la explotación es asumida como prerrequisito en la dialéctica de las relaciones de poder por lo que la categoría explotación es inseparable de las categorías trabajo y plusvalía y, como tales, caracterizadoras de la existencia de propiedad privada. La explotación supone una profunda desigualdad entre los que producen y entre los dueños de los medios de producción, en la que estos últimos se apropian del trabajo y acaparan la riqueza social producida, destinando tan solo un salario de subsistencia a los productores. Siendo que las desigualdades revelan contradicciones, y siendo la categoría contradicción la más significativa en la dialéctica del poder, entonces se afirma en contraposición a los elementos antitéticos formulados por las teorías de las élites, weberianas y funcionalistas que escamotean realidades relacionales ubicándolas en el plano de la apariencia y de la intuición.

En este sentido, se torna necesario repensar la categoría que expresa la relación social de capital como una relación de fuerza entre los dos sujetos sociales involucrados: el médico (colectivo) sujeto de la hegemonía en el ámbito asistencial de la salud y la enfermera (colectivo) sujeto dominado en el mismo ámbito. Es aquí, al interior de la relación misma, donde reside la lucha de clases entre un sujeto social dominador y otro sujeto social dominado (que puede rebelarse y trastocar la relación asimétrica de poder).

> *Lo anterior nos conduce a considerar que en el proceso de subordinación de enfermería a la medicina se establece no solo una relación asimétrica, sino que también se configuran unas estrategias de sujeción que impiden un proceso de emancipación, en el entendido de que el fin último y el camino a seguir es, emancipación, asunto éste que manifiesta Marx en su escrito "La cuestión Judía"* (Gracia 2007 p. 109)

Asimismo, en el entendido que nuestro eje teórico es la dialéctica materialista y que al decir del propio Bourdieu:

> *Los conceptos no tienen sino una definición sistémica y son concebidos para ponerse en práctica empíricamente de manera sistemática. Nociones tales como habitus, campo y capital pueden definirse, pero solamente en el interior del sistema teórico que constituyen, nunca en estado aislado.* (Bourdieu, 1993, p. 1)

En este ámbito de realización de las contradicciones Medicina-Enfermería, apelamos también a la noción de **Campo** desarrollada por el sociólogo francés Pierre Bourdieu, que nos permite explicar las relaciones asimétricas de los actores sociales del equipo de salud, una de cuyas aristas la constituye, en términos de intereses de clase, la contradicción entre *conservación* de la relación dominación/subordinación y *transformación* de las desigualdades en este específico ámbito, sin que ello signifique

negación de la totalidad relacional. Siendo que se ha podido constatar mediante los instrumentos utilizados que, efectivamente existen desigualdades que revelan posiciones antagónicas entre enfermería y medicina en campos específicos, entonces luce pertinente la siguiente cita:

> *En términos analíticos, un campo puede definirse como una trama o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Esas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital), cuya disposición comanda el acceso a los beneficios específicos que están en juego en el campo, y al mismo tiempo, por sus relaciones objetivas con las otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.) 'En las sociedades altamente diferenciadas el cosmos social está constituido por el conjunto de esos microcosmos sociales relativamente autónomos, espacios de relaciones objetivas que son el lugar de una lógica y de una necesidad irreductibles a aquellas que rigen los otros campos.* (Bourdieu, 1993, p. 2)

La cita anterior nos remite a considerar que la hegemonía médica en el ámbito asistencial - mediante la cooptación directa por parte de los médicos, de los espacios y funciones de dirección de los establecimientos de salud, con independencia de sus niveles y tipos, luce contradictorio con un proceso social de corte inclusivo de minorías en distintas esferas de la vida social – obedece a la preeminencia del modelo médico dominante (curativo) articulado fuertemente al llamado complejo médico-industrial que:

> *Comprende una gran variedad de instituciones dedicadas a la producción y distribución de ciencias, tecnologías y servicios de salud. Constituye una compleja red transnacional en expansión mediante la comercialización de una gran variedad de productos consumidos en el mercado médico que van desde instrumental, medicamentos, equipos diagnósticos y terapéuticos hasta seguros médicos, corporaciones de*

hospitales y servicios lucrativos de atención médica. (Fernández Sacasa, 2000, p. 2).

En este contexto, también la economía política de la salud adquiere relevancia explicativa para comprender la dialéctica de las relaciones de poder medicina-enfermería, puesto que la economía política de la salud, en el marco de la división social del trabajo, nos permite develar que el antagonismo, la contradicción no puede ser entendida en términos individuales, esto es, como simple contradicción entre particulares de distintas profesiones, sino como una contradicción entre modelos de salud: el **modelo preventivo,** articulado a una concepción social, solidaria de la salud entendida como derecho humano y el **modelo curativo**, articulado a los mecanismos de acumulación de capital desde las decisiones de las transnacionales de la salud, como valor de cambio.

De manera que si entendemos a la medicina en correspondencia con la concepción curativa (mercantilista y clasista) que aún prevalece y ejerce poder en el proceso de cambios que vive el país, no obstante los esfuerzos de reversión, y a la enfermería como correspondiente a la concepción preventiva, social, solidaria y popular de la salud contenida en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, entonces ello puede explicar - desde la perspectiva dialéctica de la oposición capital/trabajo - porqué la enfermería, en el marco de la nueva concepción de la salud y del poder popular, no accede a ninguna de las Direcciones de los

establecimientos de salud que, como hemos visto, permanecen bajo control y dirección del estamento médico.

CAPÍTULO III

ARGUMENTACIONES SOBRE LAS CONTRADICTORIAS RELACIONES DE PODER EN EL ÁMBITO ACADÉMICO

Definición de Ámbito Académico

Este ámbito se define como aquel conformado por las universidades que contienen espacios para la formación de médicos y enfermeras cuya estructura organizacional, marco legal, reglamentario o normativo y cultura política, regulan el acceso a los más altos cargos de autoridad, así como a la producción y difusión intelectual como expresión de autonomía académica. Asimismo, aquellos espacios, universitarios o no, para la creación científica y producción tecnológica de bienes y servicios.

Espacios Institucionales correspondientes al Ámbito Académico

En el país existen diversas universidades que administran las carreras de enfermería y medicina. Tales universidades poseen, hasta hoy, tres funciones básicas: Docencia, Investigación y Extensión y todas se rigen por un instrumento legal que es la Ley de Universidades, con carácter preconstitucional, así como por un conjunto de

Reglamentos y Normas que regulan la vida académica y política, en cuanto que relaciones de poder establecidas entre múltiples actores en las diversas funciones mencionadas, que derivan de los mecanismos instituidos para acceder, integrar y controlar las instancias de poder decisorias en estas casas de estudio (Rectorado, Vicerrectorado, Secretaría, Decanatos, Consejo Universitario) en el entendido hipotético que todos y cada uno de los actores posee igualdad de oportunidades para posicionarse en los más altos cargos de decisión emanados de actos eleccionarios.

Sin embargo, es necesario aclarar que el ámbito académico no se circunscribe solo a las Universidades sino que abarca también aquellos espacios, no necesariamente universitarios, para la creación y difusión científica, así como de producción tecnológica de bienes y servicios para la salud (Institutos de investigación del área de la salud, Academia de Ciencias, entre otros).

En este sentido, se hace necesario conocer si históricamente tales espacios de poder han sido ocupados por médicos o enfermeras, como referentes significativos que revelen equitativas o desiguales relaciones de poder de Enfermería, respecto de los médicos.

En la misma lógica argumental del ámbito anterior, se realizó lo concerniente al ámbito académico al tomar en consideración el contenido de los supuestos que orientan la tesis. Para este ámbito, entonces, se recurre a los supuestos **Número 4:** *Siendo la enfermería hoy una disciplina científica con un cuerpo de teorías,*

metodologías propias y titulaciones de IV y V nivel luce contradictoria su baja participación política en espacios de poder, y **Número 8:** *Las currícula para formación de enfermeras/os en las Escuelas de Enfermería de las universidades autónomas constituyen fuentes cognitivas para el establecimiento de una conciencia de clase que reproduce los mecanismos de sujeción de enfermería a la supremacía médica.*

Para efectos de la contrastación teórica y empírica, metodológicamente, continuamos apoyándonos en las categorías **clase social** y **contradicción** tanto para la argumentación afirmante de la tesis como para la antítesis. Sin embargo, comencemos por afirmar que las polémicas y luchas en torno a la educación ocupan un lugar de primer orden para muchos académicos, aunque la mayoría de las veces sean luchas sordas, ocultas y ocultadas en las preocupaciones y afanes del ámbito académico. Lo que si es obvio, es como se vehiculan curricularmente los intereses de las clases mediante los planes, programas y propuestas educativas.

PERSPECTIVAS ANTITÉTICAS SOBRE LA EDUCACIÓN Y RELACIONES DE PODER ENTRE ENFERMERIA Y MEDICINA

Los Teóricos de las Elites

En primer lugar, desde la perspectiva de la antítesis, abordamos la educación en la concepción de teóricos como Gaetano Mosca, Vilfredo Pareto y Carl Wright

Mills, fundamentalmente Mosca, para quien la educación es un factor determinante, en la clase política, "*que permite el desarrollo de ciertas tendencias intelectuales y morales con preferencia a otras"* (Mosca, 2002, p.122) otorgándole ventajas comparativas. Esas clases políticas, que conforman minorías gobernantes están constituidas por individuos con ciertas cualidades, reales o aparentes, que son apreciadas y gratificadas en la sociedad venezolana, tal como ocurre con medicina, por ejemplo.

En este sentido, sobre la noción de clase política resulta pertinente lo planteado por (Meisel, 1975, p. 14) "*Una definición muy útil sobre la clase política nos la ofrece Bell quien la conceptualiza como un grupo poseedor de poder, con una comunidad establecida de intereses y una continuidad de intereses."* (**Subrayado de la tesista**)

No podemos obviar, en esta postura argumentativa, que Vilfredo Pareto (1916) ha sido el creador de la famosa **Regla 80/20** también conocida como **Principio de Pareto** donde el 20% de la población posee el 80% de algo (llámese riqueza, poder, conocimiento, u otros bienes materiales o intangibles), mientras que el restante 80% de la población sólo posee el 20%, de ese poder o conocimiento.

Cabe acotar que estas cifras son arbitrarias, no son exactas, pero para los cultores de las teorías de las élites, su aplicación reside en la descripción de un fenómeno y como tal, es aproximada y adaptable a cada caso particular. De manera

que si para estos teóricos la sociedad está dividida en dos partes: una masa de individuos gobernados y una minoría que domina, llamada élite, entonces la educación, en tanto que bien público transable, adquiere la condición de asunto distribuible de conformidad con lo que la élite de poder, decida al respecto, reservándose para sí la proporción mayoritaria de ese bien tanto en el orden cuantitativo como cualitativo. En este sentido, hay carreras universitarias (como medicina) para las élites y, diferencialmente, carreras para las masas (como enfermería).

Los Teóricos Funcionalistas (Talcott Parsons) y la Educación

En este punto se recurre a Talcott Parsons, aunque no forma parte de los teóricos de las élites, por cuanto sirve a nuestros propósitos en la argumentación sobre la formación desigual en médicos y enfermeras, dado que considera lógico que el sistema educativo lleve a cabo la selección de los individuos más capaces para que desempeñen los papeles sociales que requieran su valoración profesional así como su reconocimiento y prestigio social.

En Parsons, el sistema educativo constituye un reengranaje meritocrático y justo de selección académica que después deviene en selección de personal (recursos humanos) en los espacios laborales públicos o privados, así como también de selección social en las demás esferas de la vida.

> *Esa selección escolar comienza desde los primeros años de escolarización de los niños…la resistencia natural de algunos escolares constituye sólo un freno que ralentiza el proceso de socialización. La selección continúa en la secundaria, pero las clases bajas ya han aprendido la lección y utilizan este estadio académico para insertarse en el mercado laboral, ya sea con un título profesional o superior. De esta manera se produce una correlación ocupación, ingresos, estatus social. Ya todos los estudiantes esforzados han obtenido su premio.* (Sánchez Herrera, 2007, p. 4)

Es necesario destacar que para el funcionalismo, la familia constituye el agente primario de la socialización y la educación, es el agente secundario de este proceso.

Particularmente Parsons considera que la educación es como un puente que sirve de conexión entre la familia y la sociedad. De manera que la educación es el espacio de la preparación para los papeles del adulto en la sociedad. Sostiene este teórico que en la sociedad industrial avanzada nos juzgan en términos del estado alcanzado y de los valores universales; es decir, nos juzgan en términos de lo que alcanzamos y las escuelas nos preparan para esto. Por ello, las escuelas funcionan de acuerdo con principios meritocráticos. Esto significa que cada uno es tratado de la misma manera y que cada uno tiene las mismas oportunidades de tener éxito. La fórmula sería:

Capacidad + Esfuerzo = MERITO

Fuente: Elaboración propia a partir de las posturas parsonianas.

Al respecto uno de los médicos entrevistados se refiere al asunto de la siguiente manera:

> "*En los momentos actuales existe…todo depende de las personas uno actualmente hace con su vida lo que uno quiere, ahorita yo no estoy de acuerdo con eso de que, no yo no tuve oportunidad, no me dieron chance, no, todos tenemos chance, todos tenemos oportunidad, pero básicamente depende de usted, si usted no trabaja para ello, eso no le va a llegar del cielo, aquí esta, no uno tiene que trabajar para ello. Si yo quiero un carro yo tengo que establecer una estrategia para lograr ese carro, pero yo no voy a lograr ese carro esperando sentado que me llegue"*. **(Entrevistado Número 9)**

Su discurso se refiere a la meritocracia de la que hacen gala los funcionalistas y a la condición individual por encima de la colectiva. Es de hacer notar que Parsons también considera que las escuelas deben funcionar por principios meritocráticos.

> *Esto significa que cada uno está tratado de la misma manera y que cada uno tiene las mismas ocasiones de tener éxito. Las escuelas funcionan con este principio y recompensan la mayoría de la capacidad de los que intentan lo más difícilmente posible con éxito en el examen. Esto es importante pues se asegura de que la gente mas capacitada llegue a los trabajos más importantes de la sociedad. Por lo tanto las escuelas se aseguran de seleccionar a la mejor gente para que realice los trabajos más importantes y esto beneficiará a la sociedad en su totalidad.* (Monroy y Tapia, 2009, p. 13)

La Postura de Max Weber como Argumento Antitético

En la línea discursiva que se sigue corresponde en este punto, como elemento de antítesis, desarrollar la concepción de Max Weber sobre la educación. En este

sentido, se hace necesario señalar que, para este autor la noción de clase social resulta importante en lo que a educación se refiere. Al respecto afirma que:

> *Una clase se constituye cuando un número de personas tiene en común un componente específico de oportunidades en su vida. Este componente está representado por intereses económicos, la posesión de bienes materiales y oportunidades de ingreso. El componente se ve afectado por las condiciones del mercado de trabajo o sea la ley de oferta y demanda.* (López, 1994, p.21)

De manera que para Weber una clase social está conformada por un conjunto de individuos que comparten una igual situación en el mercado. En esta perspectiva y siendo que el mercado integra a toda la sociedad, entonces se consideran como clases a categorías de individuos con ocupaciones afines (enfermería-medicina) que se distinguen de otros por ciertos criterios [quienes poseen el control sobre los medios de producción (medicina) y los que no lo poseen (enfermería)] Ibarra (2008).

De allí que Weber identifica cuatro clases dentro de la sociedad capitalista:

1) La alta clase dominante (compuesta por grandes propietarios o empresarios)

2) Los trabajadores "de cuello blanco" (compuesta por profesionales, técnicos y burócratas)

3) La pequeña burguesía (pequeños propietarios, comerciantes, etc.) y

4) Los obreros manuales (diferenciados por su nivel de capacitación).

Asimismo, Weber también mide el prestigio social ligado a los estamentos y el poder político ligado a los partidos; así, el estamento se asocia a la idea de "honor social" y ésta puede servir de base para "el poder social".

Las oportunidades de vida, según este autor, están determinadas por la competencia que se establece en el mercado, por la pluralidad de personas según la diversidad de propiedades materiales que posean y, siendo así, se entiende que *"…una situación de clase es una situación de mercado"*. (López, 1994, p. 21).

Desde esta perspectiva, así como los teóricos de las élites establecen dos grupos sociales claramente diferenciados (élite y masa) así mismo Weber desarrolló el concepto de Grupo de Status. "*Estos grupos se forman cuando se comparten intereses y existen dentro de los grupos mayores que son las clases sociales…no reflejan dentro de la clase mayores intereses comunes, ni lealtades entre sus miembros"* (p. 21), tal como pareciera ocurrir en enfermería.

Como evidencia de lo argumentado acá, lo afirmado por una de las enfermeras entrevistadas, es ilustrativo:

> *"Yo las vi a ellas buscando, que una quería ser diputada, la otra quería cargo, pero apoyándose en este uniforme que es tan sagrado. Es decir que a nuestro uniforme en cierta forma no le dieron…Dios les dio la oportunidad de llegar hasta donde llegaron porque nos costó mucho, pero ellas no le dieron ese mérito. Cuando yo vi en diciembre (nosotras asumimos en marzo) que no estaban cumpliendo sus funciones, era para que tuviéramos una excelente gestión, yo vi que estábamos estancadas, yo dije no, ellas se dividieron en dos. Yo le echo la culpa a nosotras mismas,*

tenemos magíster, pero un magíster que se niegan a dejar la guardia de noche y ocupar un puesto que a lo mejor es un talento que tenemos oculto y que a lo mejor cuando la sentemos aquí, ella es la líder que estamos esperando. Yo creo que estamos dormidas todavía, estamos esperando a alguien; sí, yo pienso que en enfermería estamos esperando a alguien que nos lleve porque hay descontento". **(Entrevistada Número 5)**

En esta lógica antitética, todos compiten por igual, aunque tengan diferentes recursos para alcanzar las metas. El discurso del aparato escolar y el discurso enfermero insisten en que en esta competencia existe la posibilidad para todos de triunfar y que será el mejor de ellos el que triunfe. Se destaca, por tanto, la importancia de la lucha y el esfuerzo personal para la movilidad social. Desde esta perspectiva, la educación es igual para todos y el problema reside en que cada quien se esfuerce, de la mejor manera posible, por superarse. Así, los hijos del proletariado, si estudian y se esfuerzan suficientemente, podrán alcanzar las metas como los hijos de los burgueses.

El análisis de discurso revela la individualidad de las enfermeras para la toma de decisiones y la Presentación Negativa del Nosotros con lo que, dialécticamente hablando, le adjudicamos Valoración Positiva al Otro.

En esta concepción, son los cambios en el mercado los que dan lugar a la movilidad social de los grupos de estatus y las posibilidades de fortuna de sus miembros. La movilidad social dependerá, por tanto, de factores como la iniciativa, el talento, el esfuerzo personal, pero en ningún caso, como vemos, de diferencias de clase que evidencian contradicciones dialécticas, por lo cual su situación luce

inmutable. Esta teoría exalta la ética individualista como factor explicativo de las posibilidades de logro en la sociedad capitalista y por tanto, para el caso que nos ocupa, tanto los médicos como las enfermeras, los estudiantes de medicina y los de enfermería, tendrían las mismas oportunidades de ocupar altos cargos y ser los constructores de concepciones, diseños de políticas y dirección en espacios de decisión.

PERSPECTIVAS DIALÉCTICAS (AFIRMANTES DE LA TESIS) Y LAS RELACIONES DE PODER ENFERMERIA- MEDICINA

Una Breve Nota Conectiva

Como hemos visto, los teóricos de las élites señalados – fundamentalmente Mosca – niegan la posibilidad de cambios porque esta postura, antitética a nuestra Tesis, parte de la consideración de Saint Simon (1950, 1960) sobre el sistema de dos clases con una minoría dominante y una mayoría dirigida. Desde esta concepción, Mosca (2002) creyó haber descubierto el arma ideal para destruir el concepto marxista de clase, por lo cual su obra pretende ser una refutación al marxismo, al que considera como utópico, y le opone una teoría "realista" en donde habrá siempre una minoría dominante.

La postura de Mosca y los demás teóricos abordados en el punto anterior, es profundamente conservadora por el papel pasivo que concede a las masas sometidas y, por extensión, en nuestro argumento tal pasividad es atribuible a enfermería. Considero

que en esto influyen los escasos contenidos sobre formación política de los pensa de estudios de enfermería. Al respecto, veamos lo que afirma uno de los enfermeros entrevistados:

> *"La situación de formación ya nosotros pudimos resolver ese problema desde el año 86 con un decreto donde nosotros decidimos ser profesionales universitarios, no seguir llamándonos profesionales sin haber ido a una Universidad y por eso enfermería es una de las profesiones que ha avanzado más en el tiempo, en el sentido de que hace 20 años el 98 % no éramos profesionales y en los actuales momentos el 95% son profesionales universitarios y con estudios de postgrado y también que hemos concretado una Ley del Ejercicio en este lapso de tiempo. Hay universidades diseminadas por todo el país produciendo profesionales de enfermería. Eso es uno de los éxitos mayores que puede tener una profesión. Ahora el sitial, el espacio de empoderamiento lo tenemos que luchar. Yo sostengo que el eslabón perdido de la salud está en nosotros, en enfermería, por las características particulares del gremio de enfermería, **pero creo que en realidad no estamos formando a los estudiantes para que establezcan una relación de iguales con el médico, porque se adapta rápidamente a una situación pasiva en las instituciones, se establece una situación acomodaticia, sabe que es difícil luchar contra el poder**".* **(Entrevistado Número 1)** [Resaltado de la tesista]

La aplicación de Análisis Crítico de Discurso revela una **Presentación Positiva del Nosotros**, pero con reservas sobre la formación de las enfermeras, puesto que ésta es para la sumisión y no para asumir el poder. Posiblemente, los diversos niveles por los que ha pasado la profesión de enfermería, en su tránsito de la etapa vocacional a la etapa profesional, han producido gran heterogeneidad como grupo profesional y eso resta fuerzas para luchar por el poder en los espacios académicos.

Wright Mills (2001) afirma, con respecto a quienes detentan un poder supremo, que el rasgo característico de las élites de poder es la de conformar un "*grupo social homogéneo con fuerte afinidad psicológica e identidad social",* y estas son características propias de los médicos que, como colectivo, se contraponen con las características heterogéneas de grupo que presenta enfermería. En este sentido, uno de los médicos entrevistados refiere lo siguiente:

> *"Históricamente la relación del médico con la enfermera fue una relación de la autoridad, fue una relación vertical, el médico mandaba y la enfermera se dejaba mandar porque esa era la norma; llegaba el cirujano y la enfermera tenía que asistirlo; uno iba a la sala y la enfermera iba todo el tiempo asistiendo, buscando lo que el médico decía. Esa relación se mantuvo por muchos años hasta que la enfermera comenzó a ser más profesional".*
>
> "*Hay una serie de médicos que les conviene que la enfermera sea quien dirija cosas porque puede salir de responsabilidades y se pueden ir más temprano del trabajo, pueden hacer otras cosas, delegan la responsabilidad y otros que han terminado por aceptar que son tan profesionales universitarios como él y hay posibilidades reales, de repente quisieran nombrar una enfermera ministro y sería una cosa, para un grupo durísima, pero para otros no".* **(Entrevistado Número 7)**

El análisis de discurso, en este caso, pone de relieve una Valoración Negativa de los otros, es decir de las enfermeras. Sin embargo, pareciera no considerarse que como las relaciones de poder no son estáticas sino que se modifican continuamente, lo que hoy se plantea respecto a la supremacía de medicina sobre enfermería en el ámbito académico y particularmente en lo que refiere al acceso de esta ultima al Ápice Estratégico Universitario (autoridades) puede revertirse en una relación igualitaria a futuro, para evitar lo que Bourdieu llama la **Reproducción Social** que alude a la reproducción de las relaciones de clase. En esta línea argumental, cabe

acotar que si el análisis de Marx se dirige al examen de la reproducción económica de las clases, Bourdieu enfatiza los hechos vinculados a la reproducción cultural.

Aún hoy que en enfermería es posible alcanzar el grado académico más alto que otorgan las universidades (doctorado), no tenemos el reconocimiento social ni el mismo prestigio que medicina y evidentemente no formamos parte del Gobierno Universitario, pues posiblemente aún nos esté afectando la *"falta de apetito de poder"* como lo expresan Lunardi, Peter y Gastaldo (2002, p. 2) o es posible también, que sea el miedo a romper con patrones culturales muy arraigados y con conductas aprendidas, durante la formación profesional, como lo expresa una enfermera entrevistada quien nos dice:

> *"Siento que en la profesión todavía no tenemos ese sentimiento o no estamos convencidas del poder que tenemos. Estamos esperando que si el Dr. no nos dice no reaccionamos"*. **(Entrevistado Número 6)**

En esta entrevistada se percibe una **Presentación Negativa del Nosotros frente al Ellos**. Asimismo, un médico entrevistado se refiere al asunto de la siguiente manera:

> *"Hay un origen donde la enfermera era la mano derecha del médico pero siempre estaba ahí bajo el regazo del médico y empezó a salir de eso y a tener su propia personalidad pero le falta más trabajo para ser más igualitaria, yo creo que ahí hay que hacer un exculpa, no creo que haya ninguna Ley que diga a la enfermera que no puede salir de estos linderos; no, porque es mentira, ahora es graduada universitaria, tienen postgrado, tienen Ley, tienen todo, solo les falta agresividad y enfrentamiento, porque tarde o temprano se van a tener que enfrentar con el médico, pero nosotros hemos observado enfrentamientos*

importantes, hay que buscarlo, yo creo que básicamente es responsabilidad del gremio de la enfermería". **(Entrevistado Número 7)**

El análisis de discurso revela, en este caso, Valoración Negativa de los otros al referir las debilidades de enfermería para asumir la defensa de su estatus académico y potencialidades políticas.

Por su parte, los funcionalistas, con Parsons a la cabeza, afirman el papel de la meritocracia desde el esfuerzo personal, olvidándose y ocultando que fluyen constantemente evidencias empíricas que permiten sostener argumentativamente que el origen socioeconómico, vgr., la categoría clase social constituye determinante fundamental del futuro escolar, laboral y vital de las personas.

Se trata, en definitiva, de conservar una estructura de poder social en manos de las élites, a las que las clases populares tienen que emular para poder ser consideradas socialmente integradas y no marginales. En las sociedades occidentales, el sistema de valores vigente asigna diferentes grados de prestigio a las distintas profesiones, construyendo así la estructura ocupacional que se deduce de las escalas de prestigio profesional. La educación (el título) y los ingresos son dos elementos definitorios del prestigio profesional. (Sánchez Herrera, 2007, p. 4)

Al respecto una enfermera entrevistada expresa:

"*Yo vengo de allá abajo… Pero que pasa, el que es hijo de médico, el que es médico si es de comprarle el cupo en la universidad, se lo compra y se va a vivir a una buena urbanización; lo primero que hace el médico es irse de la urbanización a una mejor, en cambio nosotras las enfermeras no, nosotras trabajamos y no nos preocupamos trabajamos y trabajamos tanto y ganamos dinero pero no cambiamos y entonces yo creo que somos nosotras*". **(Entrevistado Número 5)**

En este discurso se evidencia una **Presentación Negativa del Nosotros** desde el convencimiento mediante la alienación de que no hay cambio posible en enfermería porque la enfermera no cambia porque no quiere, no porque hay fuerzas externas que se lo impiden.

Weber (1996) no solo plantea que es el mercado el mecanismo regulador de la movilidad social sino que además, a partir de textos del puritano Richard Baxter[8] como *Christian Directory* y *La eterna paz del santo,* respalda la tesis del trabajo tenaz y continuo, tanto corporal como espiritual.

> *Ello, porque el trabajo es un medio ascético aceptado por la iglesia occidental en todas las épocas y, además, porque el trabajo previene contra todas las tentaciones agrupadas por el puritanismo inglés en lo que dio en llamar* ***un clean life.*** (Roldán, 2006, p. 11) [Resaltado de la Tesista]

Asimismo, en torno a la separación entre el trabajo y la ordenación social en la sociedad, Weber destaca los aportes del propio Baxter en cuanto a este tema toda vez que *"hace oportunas consideraciones que por varias veces, en más de un aspecto, nos traen a la memoria los bien sabidos encomios de la división del trabajo emitidos por Adam Smith."* (Roldán, 2006, p.11)**.**

Como hemos visto, todos los teóricos tratados aquí, coinciden en negar las contradicciones de clase y que las potencialidades y posibilidades de la situación de dominación/subordinación pueden ser revertidas en clara contradicción con las Tesis 11 de Marx y en definitiva con la dialéctica materialista.

LA FUNCIÓN DE LA ESCUELA

EN EL MODO DE PRODUCCION CAPITALISTA

Para Marx y para el materialismo dialéctico, la categoría clase social está vinculada a una base material para analizar la dinámica de la sociedad capitalista, modelo éste en el cual existen dos clases (burguesía y proletariado) en oposición dialéctica que, para nuestro estudio expresan las posiciones que, en la sociedad, ocupan medicina y enfermería. Es de hacer notar que, por ejemplo, en la Ideología Alemana Marx señala a la clase gobernante como una fuerza que gobierna materialmente la producción e intelectualmente las ideas; es decir, la clase que gobierna la fuerza material de la sociedad al mismo tiempo gobierna la fuerza intelectual; por tanto, las ideas imperantes en una sociedad no son más que expresión de las relaciones materiales dominantes. La clase dominante controla los medios mentales de producción, es decir, la ideología y las ideas de los que no tienen los medios de producción.

En esta concepción dialéctica las limitaciones que poseen los individuos, al ingresar al sistema educativo, constituyen las consecuencias del conflicto de clases presente o existente en la sociedad capitalista. Así, en lo que sigue se irá, argumentativamente, afirmando la tesis de las relaciones dialécticas de poder entre enfermería y medicina, apoyados en la realidad considerando las evidencias empíricas

que provienen de los resultados de los instrumentos aplicados, como referentes que afinan la argumentación y superan la antítesis.

Afirmamos, desde la perspectiva dialéctica, que la escuela contribuye a la reproducción de la división de la sociedad en clases. En el capitalismo se reproducen sistemáticamente, y en forma ampliada, las relaciones sociales de producción; esto es, produce crecientemente y reproduce a la clase obrera como clase en un polo, y a la clase capitalista en el otro; a los médicos en un polo clasista y a las enfermeras en el otro. Al respecto, refiere un enfermero entrevistado:

> ***"E****xisten otros elementos que son determinantes además de los que hemos dicho, existe el sector público y el sector privado; en este, han sido los profesionales de la medicina y nosotros estamos subordinados a las posiciones empresariales, a las posiciones patronales, estamos en condiciones de asalariados y eso marca una diferencia enorme, una posición vertical en ese sentido. Los médicos históricamente han estado por encima en la toma de decisiones porque ellos se atribuyen ese don que inclusive se los dan las leyes y las normas que se han elaborado en nuestro país. Además, nosotros no tenemos un salario que nos permita la participación en la producción, además el personal de enfermería proviene de un sector de muy bajos recursos del sector cuasi marginal de nuestro país, son personas que lo hacen para su supervivencia"* **(Entrevistado Número 1)**

Su discurso deja ver una Presentación de los términos de Poder y Relaciones de Poder, donde se identifica a la medicina como la clase que tiene los medios de producción y la enfermería como el proletariado.

En el capitalismo se tiende a la proletarización de amplias capas de la sociedad; de manera que la estructura económica básica, y la dinámica que le es inherente, constituyen el factor fundante de la estratificación social y determinan, en líneas generales, los papeles y las funciones de las instituciones sociales. Reproduce a la clase obrera como clase proletaria y a la clase capitalista, reforzando su dominio y control sobre los medios de producción.

Tiende a la creciente proletarización de sectores que tenían la posibilidad de realizar trabajos llamados "independientes". Esta estructura económica básica es la que domina los movimientos sociales, la que constituye el basamento de la estratificación social y la que asigna, por lo tanto, los papeles y las funciones de los individuos en la sociedad.

De acuerdo con lo expresado, constituye una falacia ideológica - sin base de sustentación - la pretensión de eliminar las diferencias sociales a partir de las anheladas demandas de igualación de oportunidades escolares, escuela única, como pregonan funcionalistas, elitistas y el weberianismo.

Entendemos el sistema educativo condicionado por las relaciones sociales que se reproducen, inevitablemente, a partir de la explotación capitalista. Por lo tanto no se pueden acabar, ni siquiera atenuar, las diferencias de clases a partir de los cambios en la educación. La idea de que mediante la educación se pueden modificar las

condiciones sociales coincide, objetivamente, con la ideología burguesa mistificadora (contenida en las teorías antitéticas expuestas) que pretende que las diferencias en la inserción del mercado de trabajo se derivan "naturalmente" de las diferencias en la educación.

De allí hay un paso a culpar a los trabajadores por estar desocupados o tener malos salarios, ya que no habrían puesto suficiente empeño en su estudio y preparación en los años escolares; o a culpar a las enfermeras de carecer de poder político y de su histórica exclusión de los espacios de decisión en las esferas de las políticas de salud y de otros espacios de decisión política. Sobre ese aspecto luce aleccionadora la opinión de un enfermero entrevistado:

> *"Ellos (médicos) llegaron primero, utilizaron todas sus oportunidades, pero yo espero que en cualquier momento nosotros podamos despertar de esto y podamos lograr con esfuerzo y con lucha demostrar nuestras capacidades y que pudiéramos tomar espacios de poder en la salud".* **(Entrevistado Número 1)**

El análisis de discurso evidencia **Contraste/Oposición**, puesto que considera que la posición de poder de los médicos obedece a su primacía social y educativa, pero que ello es susceptible de transformación.

Sin dudas, la escuela reproduce la ideología de la clase dominante, aunque no la crea. La ideología de la clase capitalista no se produce - en lo que se refiere a sus formas fundamentales - en la escuela o en las universidades. De manera que el fetichismo de la mercancía – escamoteada por Weber - la ilusión de la libertad, la

igualdad y la fraternidad que se generan en el mercado, son formas ideológicas que surgen espontáneamente de las relaciones sociales de producción mercantiles y capitalistas. Pero la escuela capitalista sí reelabora, amplifica, fija e inculca estas formas ideológicas en las conciencias. La cita que sigue ilustra el asunto:

> *La escuela es correa de transmisión de la ideología capitalista, instrumento de domesticación y disciplinamiento de la futura fuerza de trabajo que explotará el capital. La Universidad y su mundo académico otorgan a las formas ideológicas burguesas un carácter "serio", "científico", recubriéndolas de su autoridad. La educación burguesa prolonga y consolida la existencia de esa ideología que surge espontáneamente de las relaciones mercantiles y capitalistas. Por lo tanto, no se puede modificar "en sí" esta reproducción de la ideología de la clase dominante "autonomizando" la escuela, pretendiendo erigir un ámbito aislado, en el que se realizaría "ciencia" en sentido "positivo", aislada de los condicionamientos sociales.* (Liga Marxista, 2008, pp. 2-3)

La escuela no sólo, ni principalmente, reproduce la ideología capitalista porque está sujeta a las imposiciones directas de la burguesía, sino que lo hace esencialmente porque es una escuela inmersa, determinada por las relaciones de producción que le dan vida.

En esta perspectiva, la formación de médicos es diferencial, atendiendo a las relaciones de producción que generan relaciones diferenciales de poder. Como referente empírico los resultados de la encuesta aplicada, para afinación de los argumentos, revela que ante la pregunta ¿Considera usted que los médicos tienen más formación y capacidad que las enfermeras para ocupar altos cargos en la administración pública o privada?, el 55% de los encuestados opinó que los médicos

No tienen más formación ni capacidad que las enfermeras para ocupar altos cargos en la administración publica o privada.

Sin embargo, no se registran casos significativos de que las enfermeras ocupen cargos relevantes, lo que evidencia que las homologaciones por vía de la titulación académica, en cuanto que elemento meritocrático, no es condición para acceder a los cargos de poder.

LOS NEOMARXISTAS, LA EDUCACIÓN Y LAS RELACIONES DE PODER ENFERMERIA - MEDICINA

Un despliegue argumental desde los postulados de Pierre Bourdieu

Como contracara de lo sostenido por los defensores de la meritocracia aséptica - como Weber, Parsons y los elitistas – Pierre Bourdieu, afirma que existe una evidencia empírica en el hecho de que antes de poder participar en la competencia meritocrática para cumplir los presupuestos del Capital Humano[9], es preciso contar con los medios económicos que posibiliten una educación.

Además, los ingresos que se obtienen también son producto de la interacción histórica entre organizaciones empresariales, sindicales y profesionales, plasmada en la negociación colectiva. De acuerdo con Herrera (2007) se ha demostrado que la Escuela podía hacer poco para que los individuos de las clases bajas superaran las barreras socioeconómicas familiares que iban encontrando para alcanzar el éxito

escolar. La desigualdad de origen es reforzada y legitimada por los sistemas educativos por lo que la Escuela crea o reproduce la estratificación social existente. La comprobación empírica demuestra que existe una conexión entre desigualdad de clase y educación y consecuencialmente, entre clase y desigualdades medicina/enfermería. Al respecto, la encuesta aplicada revela que el 81,60% de la muestra considera que existen desigualdades entre médicos y enfermeras; asimismo, el 75,83% opinó que existen Grandes Desigualdades y el 63, 33% opinó que la clase social determina las desigualdades entre ambos profesionales de la salud.

En este proceso argumentativo adquiere importancia lo planteado por Bourdieu (1997), en *Razones Prácticas, Sobre la teoría de la acción,* donde alude a los mecanismos a través de los cuales la institución escolar contribuye a reproducir la distribución del capital cultural y, con ello, la estructura del espacio social. Al respecto afirma:

> *Como las diferencias de aptitud son inseparables de diferenciales sociales según el capital heredado, tiende a mantener las diferencias sociales preexistentes. (…) Al instaurar un corte entre los alumnos de los centros muy selectivos y los alumnos de las facultades, la institución escolar instituye unas fronteras sociales análogas a las que separaban a la gran nobleza de la pequeña nobleza, y a ésta de los meros plebeyos.* (Bourdieu, 1997, p. 34).

La titulación y los diplomas son para Bourdieu resabios de la ceremonia medieval de armadura de los caballeros, es decir, que institucionaliza una *nobleza*

escolar hereditaria (una *nobleza de Estado),* una minoría selecta legitimada para dirigir.

Con Bourdieu se entiende que la Escuela, como institución - que muchos suponen tiene el noble objetivo de la formación de ciudadanos y trabajadores, asépticos, neutrales - en realidad no cumple con tales objetivos, sino que ella valida la distribución social de los éxitos y fracasos en la sociedad. Para el caso que nos ocupa, las propias Escuelas de Enfermería, consciente o inconscientemente, desvían su atención de situaciones en las que dentro del ámbito académico, los éxitos - entendidos como la ocupación de espacios de poder institucional - recaen en los médicos mayoritariamente y los fracasos, es decir, la imposibilidad de acceder a espacios de toma de decisión, recae en las enfermeras independientemente de las titulaciones alcanzadas.

Sin duda, la fuerte gravitación, en la formación de enfermeras y médicos, de las concepciones educativas fundadas en las teorías antitéticas (funcionalismo, elitismo y meritocracia weberiana) logran encubrir magistralmente, las profundas diferencias entre ambas profesiones mediante conceptos como "mérito", "empoderamiento", "liderazgo", "experiencias exitosas", "sacrificio personal", "esfuerzo", que, en realidad esconden una peligrosa justificación de un llamado orden "natural" de las cosas.

Las evidencias desde la realidad social encontrada en nuestra investigación, permite revelar la inversa de la teoría del mérito o esfuerzo individual, puesto que un

nada desestimable número de Licenciadas en Enfermería poseen altas cualificaciones profesionales y capacidades notables pero se han visto impedidas de ascender a posiciones de poder dentro de los espacios universitarios u otros espacios académicos tales como institutos de investigación; poder éste que continúa reservado a los médicos, si se comparan los accesos entre una y otra profesión.

El problema radica en que las explicaciones que se dan para comprender las diferencias de resultados entre ricos y pobres, entre enfermeras y médicos, omiten la existencia de diferentes tipos de escuelas, de las contradicciones de clase y terminan confundiéndose con méritos. Así se trasluce en esta entrevista de una enfermera que expresa:

> *"Porque me tengo que limitar, porque aparte de que yo tengo un cargo gerencial importante, con mucha responsabilidad, tengo mis jefes superiores que para salir adelante con las situaciones que son mi responsabilidad tengo que tener un aval de mi jefe Superior.*
>
> *Hay un equilibrio entre las dos porque la responsabilidad es muchísima y la autoridad, pues, en los hospitales y en los departamentos de enfermería de los centros asistenciales es bastante la responsabilidad y autoridad que hay entre los departamentos, porque las jefas de enfermeras de los centros asistenciales actúan bajo los lineamientos que da el departamento de enfermería, por supuesto, avalado por la Directora General de Salud y a su vez del presidente y recursos humanos" "...entonces siempre hay esos conflictos si se quiere pero que se están tratando de solventar por supuesto, dándole respuesta a cada uno como debe ser y no quitándole la jerarquía que le corresponde como tal".* **(Entrevistado Número 6)**

Como se ve, en esta lógica explicativa de la entrevistada, a partir del análisis de discurso, no solo se precisan **Hipérbole de Cosas Negativas**, sino que se pone de

manifiesto lo que podemos llamar **colonialidad del saber** en el entendido que se formaliza un patrón de poder impuesto, como única racionalidad válida y que, como alienación, introyecta en el sujeto, individual o colectivo, dominado, que ese patrón de poder es natural y por tanto, no es susceptible de cuestionamiento ni transformación.

La Argumentación sobre la Enfermería como Saber Sometido a partir de las Posturas de Michel Foucault.

En la búsqueda de vías que contribuyan a argumentar sobre salidas a los dilemas sobre la explotación y dominación en los cuales se encuentra la enfermería contemporánea, en Venezuela, asumimos que cualquier intento de transformación, en todo caso, pasa por comprender y quizás hasta descubrir los patrones de poder que habiendo generado colonizaciones epistémicas, han dado lugar a la colonización de la enfermería como disciplina, como conocimiento.

Sabido es que en el marco del capitalismo se construyen e imponen específicos patrones de poder que no son más que peculiares relaciones de poder desde las cuales se fueron configurando nuevas identidades sociales de la colonialidad que, fundadas en planos específicos de la formalización del conocimiento - en las cuales se privilegia la medición, la cuantificación, la externalizacion (objetivación) de lo cognoscible, respecto del conocedor - sirven para atender los requerimientos del capitalismo. De manera que si partimos de la consideración que el colonialismo es

también colonialismo de saberes, entonces hay saberes que ocupan un lugar hegemónico (como medicina) y saberes sometidos (como enfermería).

En el entendido que la colonización de saberes es una de las formas en que se manifiestan las relaciones de dominación/subordinación, tanto en la dimensión de las micro relaciones como de las macro relaciones de poder, y que los postulados de Michel Foucault resultan imprescindibles como contribución afirmativa de la tesis, adquiere pertinencia la siguiente afirmación:

> *El marco teórico foucaultiano invita a proyectar la mirada crítica sobre lo cotidiano, problematizándolo. Su visión del poder remite a las relaciones entre las personas en un espacio de convivencia donde se desarrollan todos los acontecimientos de la vida humana, donde tienen lugar los discursos y las prácticas cotidianas. Foucault nos invita a reflexionar sobre la relación poder/saber y sobre la disciplina dentro de las instituciones, cuestiones que encontramos desarrolladas principalmente en Vigilar y Castigar, una obra que propicia la aproximación entre la práctica enfermera y la concepción de poder en red o micropoder.* (Amezcua, 2009, p. 3)

Precisar la opinión sobre las categorías Poder y Relaciones de Poder – que tienen los médicos y las enfermeras entrevistados - luce apropiado para conocer sus posturas al respecto. En este sentido, ante algunas preguntas formuladas durante la entrevista en profundidad y referidas a los dos conceptos señalados, manifestaron lo siguiente:

a) ¿Qué es para usted el poder? y **b) ¿Qué son las relaciones de poder?**

Sobre la primera pregunta (a) ¿Qué es para usted el poder? las enfermeras/os opinaron:

1.- "Es la toma de decisión" **(Entrevistado Número 1)**

2.- "Es la ayuda desde la función de autoridad" **(Entrevistado Número 2)**

3.-"Es ejecutar las políticas desde un cargo mediante sus conocimientos" **(Entrevistado Número 3)**

4.- "Es saber dirigir poniéndose en el lugar del otro" **(Entrevistado Número 4)**

5.- "Es tener responsabilidad para solventar situaciones con autoridad" **(Entrevistado Número 5)**

Asimismo, sobre la primera pregunta (a) ¿Qué es para usted el poder? los médicos respondieron:

1.- "Capacidad de distribuir labores y delegar responsabilidades" **(Entrevistado Número 4)**

2.- "Poder que proviene de una Ley (nivel jerárquico), poder de la presencia, implica obediencia, jerarquía, implica responsabilidad, ética, cuidado por el tercero, educación, pero también permite el abuso" **(Entrevistado Número 7)**

3.- "Yo lo defino como un instrumento de autoridad y de responsabilidad que te permite gerenciar con eficiencia" **(Entrevistado Número 8)**

4.- "en principio pienso que el poder se debe definir en que uno puede hacer con uno mismo, porque el poder lo tiene uno y de acuerdo a lo que uno quiera hacer uno hace en la vida, solo falta que uno se lo proponga y que tenga la suficiente fuerza y perseverancia para lograr el objetivo que se esta proponiendo". **(Entrevistado Número 9)**

Sobre la segunda pregunta (b) ¿Qué son las relaciones de poder? **las enfermeras/os opinaron lo siguiente:**

"Son determinantes, enfermería no tiene poder de decisión en salud, medicina es quien tiene el poder". **(Entrevistada Número 1)**

"Los médicos dejan por sentado que están por encima de las enfermeras, aunque ellos quieren hacer ver lo contrario". **(Entrevistada Número 2*)***

"Se manifiestan como una fortaleza y son políticas". **(Entrevistada Número 3*)***

"Saber aprovechar el poder" **(Entrevistada Número 5*)***

"Igualdad de condiciones para ejercer la autoridad con responsabilidad". **(Entrevistada Número 6)**

Sobre la segunda pregunta (b) ¿Qué son las relaciones de poder? **los médicos opinaron lo siguiente:**

1.- "Son las relaciones entre autoridades" **(Entrevistado Número 4*)***

2.- "Capacidad de saber negociar, dialogar, flexibilidad para no llegar al conflicto". **(Entrevistado Número 7)**

3.- La manera como interactúan las figuras de autoridad con los subalternos entre comillas o sea con las personas que dependen de esa figura y hay definiciones de líneas de poder que pueden ser verticales o mas horizontales dependiendo de la personalidad del que ejerce el poder eso es como muy personal la manera como interactúa con el resto de las personas que dependen de el. **(Entrevistado Número 8)**

4.- Bueno, eso es una cosa mucho mas difícil, puesto que trabajar con personas es bastante difícil , porque cada persona es una persona individual tiene diferentes caracteres, diferentes pensamientos, diferentes conceptos, diferentes niveles de preparación entonces no es fácil trabajar con las personas, pero si uno se lo propone y si uno establece una estrategia, puede relacionarse adecuadamente con todas las personas a todos los niveles, pero precisamente dependiendo de la preparación de la persona puede uno establecer esas buenas relaciones. **(Entrevistado Número 9)**

Conocer como nuestros entrevistados definieron el Poder y las Relaciones de Poder resultó significativo, pues permitió descubrir las posturas que, sobre ambos conceptos tienen médicos y enfermeras.

Las respuestas de los enfermeros contribuyen a la afirmación de la tesis pues en su discurso, al hacer una **Presentación Positiva de los Otros con una connotación de superioridad frente al Nosotros**, se revela la condición de inferioridad y de sumisión de la enfermería respecto de la hegemonía médica. Asimismo, los médicos hablan de *relación entre iguales, autoridad-autoridad y evitar el conflicto*; es decir, que el manejo o relaciones de poder se da entre ellos mismos que son quienes lo ostentan. Estas opiniones nos inducen a seguir sosteniendo que consideramos a la

medicina como saber hegemónico, en contraposición a la enfermería como saber sometido, en atención a los resultados del **Análisis Crítico de Discurso.**

Por otra parte, según Foucault, los dispositivos disciplinares ponen en funcionamiento mecanismos de sujeción del cuerpo social, fabricando cuerpos dóciles, sujetos que son manipulados como objetos para ser controlados.

Resulta de suma importancia, en esta línea argumental afirmativa de la tesis, hacer mención de lo que, en torno al carácter de saber dominado, hegemonizado que padece enfermería, afirma Amezcua (2009) en un trabajo sobre su experiencia en la Universidad Federal de Santa Catarina (Florianópolis, Brasil) donde participó como profesor invitado en el Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, y cuyos planteamientos constituyen referentes de invalorable significación - por cuanto ilustran la dedicación que Michel Foucault (1982) dispensara a la enfermería en cuanto que saber sometido.

> *Ya el mismo Foucault, desde su cátedra del Collège de France, se refirió al saber enfermero como uno de los muchos saberes sometidos (Foucault, 2002), un saber silencioso y silenciado que según Meleis se da cuando se deja de abstraer y organizar todo el conocimiento que cada día miles de enfermeras producen pero que no llegan a sistematizar y mucho menos a publicar (Meleis, 1997). Un conocimiento por tanto sepultado, pero también descalificado ante la opresión del saber biomédico, que desde su posición hegemónica, somete a la disciplina enfermera. Para Irigibel Uriz (2008), la docilidad enfermera, su poder ante los individuos y colectividades, así como el peso que ostenta en los sistemas sanitarios hegemónicos, dibuja una utilidad centrada en la construcción de la subjetividad heterónoma en salud de las personas y colectividades, distanciando a la disciplina de sus principios éticos fundamentales y de su*

> *fin ideal. Otros autores señalan que, por reacción frente al ánimo fagocitador de otros colectivos, la enfermería expresa necesidad de poder (saber) delimitando parcelas de conocimiento que se reserva para sí misma. Tal sería el caso de la Enfermería Transcultural que, para algunos autores, tiene una función claramente corporativista, la de permitir a las enfermeras tener voz propia, para poder escapar de los límites del poder/saber que el corporativismo médico ha establecido a lo largo de la historia.* (Amezcua, 2009, p. 3)

Como vemos, la hegemonía de medicina sobre enfermería es un dominio específico que se alcanza mediante prácticas de autoridad y autorización que opera como régimen de verdad desde unas formas discursivas específicas y sujeciones al modelo biomédico, en cuanto que conocimiento hegemónico, que interviene no solo sobre enfermería, sino sobre las diversas disciplinas de la salud. De manera que la colonialidad establece una subalternidad de saberes y conocimientos que fue tratada por Foucault mediante la noción de **saberes sometidos**, entendidos estos en dos acepciones:

> ***a)*** *Contenidos históricos que fueron sepultados o enmascarados dentro de coherencias funcionales o sistematizaciones formales…"; **b)** "…toda una serie de saberes que habían sido descalificados como no competentes o insuficientemente elaborados: saberes ingenuos, jerárquicamente inferiores, por debajo del nivel de conocimiento o cientificidad requerido.* (Foucault, 1992, p. 21)

El problema de la colonialidad en el interior de las disciplinas, es decir, en las relaciones interdisciplinarias, donde tanto la enfermería como la medicina realizan un conjunto de prácticas institucionales, dificultan la comprensión del entramado de los hilos de poder que se tejen en nuestras instituciones y específicamente en las universidades, pues allí se administra una apariencia de igualdad profesional entre los

docentes que en realidad no es tal, son como microprácticas que, en el ámbito académico, configuran las relaciones de poder en distintas y sutiles manifestaciones que aluden a la microfísica del poder[10] pero que al ser asumidas como 'naturales' no son objeto de mayor atención en sus impactos relacionales de dominación/subordinación.

Esa colonialidad, en tanto que microfísica del poder, opera generalmente mediante estrategias y mecanismos institucionales tales como: políticas de ingreso a las carreras de la salud; políticas editoriales (incluye la disposición y control de Revistas y materiales relativos a la producción científica); políticas y agendas de investigación autónomas o dependientes; concurrencia a Foros y/o congresos nacionales e internacionales sobre temas de frontera (vgr. Acumulación de contaminantes, Bioterrorismo, Traficantes de salud, transnacionales y salud, transgénicos, calentamiento global, entre otros); léxico de la profesión; presencia en Clasificaciones de Organismos Internacionales sobre disciplinas científicas; autonomía académica; participación en programas institucionales de financiamiento para becas; participación en eventos y elaboración de proyectos (FONACIT); posicionamiento u ocupación de cargos en el ápice estratégico tanto en los espacios universitarios como no universitarios que, en conjunto, implican la hegemonización de unas prácticas (las de medicina) y, simultáneamente, la subordinación de otras (las de enfermería). Al respecto, la siguiente cita ilustra lo señalado acá. .

> *El poder es multiplicidad de relaciones de fuerza inmanentes al ámbito en que se ejercen. El poder está en todas partes con diferentes estrategias o microfísicas, el poder no es único sino múltiple… son redes de relaciones de fuerza, siempre en tensión, que no deben entenderse sólo como el privilegio de la clase dominante, sino como el efecto de conjunto de sus posiciones estratégicas. Dicho efecto es acompañado por el grupo dominado, el que no siempre es obligado, el que no siempre es reprimido, ya que si el Poder sólo dijera NO, no se le obedecería.* (Plebani, 2003, p. 2)

La Concepción de Educación Transformadora en Antonio Gramsci

Retomando a los marxistas clásicos nos proponemos continuar el desarrollo argumentativo, esta vez desde algunos principios y postulados de Antonio Gramsci (1974, 1976, 1984), puntualmente los referidos a sus posturas respecto de la Cultura, los Intelectuales y la Escuela, en la convicción de que ello posibilita la afirmación de la Tesis. Es de hacer notar que la influencia de Marx ha marcado la formación intelectual de Gramsci sobre todo las tesis de Marx sobre Feuerbach, así como los planteamientos de Gentile (1897, 1899) y Labriola (1949 y 1973), que le conducen hacia un marxismo humanista, desde donde se sostiene la idea de que los hombres son los constructores de su propio destino y, por tanto, son los responsables de sus acciones. En este ámbito académico que venimos tratando, el tema educativo en la perspectiva gramsciana es de suma importancia puesto que, siendo la formación en la esfera de la salud de un fuerte sesgo clasista y burgués, la postura de Gramsci le opone una concepción filosófica de la praxis que resultaría de la imbricación entre

conceptualización y acción con el propósito no solo de comprender la realidad, sino fundamentalmente de transformarla.

Las ideas gramscianas de la educación son importantes por cuanto su propuesta educativa gira en torno al cambio cultural profundo, más allá de los llamados saberes enciclopedistas por que estos convierten a sus poseedores en "*Autómatas, reproductores acríticos del seudoconocimiento, en definitiva seres sin poder de discernimiento, más cercano a lo autómata y mecánico que a lo humano"*. (Albornoz, 2008, p. 3)

El concepto de cultura en Gramsci posee un contenido distinto de lo explícita o implícitamente planteado por los teóricos funcionalistas, de las élites y del mismo Weber, por cuanto en Gramsci el concepto remite a la obtención de un nivel de conciencia superior que le permite al sujeto comprender su papel y valor histórico en términos de existencia, como prerrequisito para favorecer, desarrollar y alcanzar cambios políticos que se traduzcan en liberación.

> *Esta concepción de la cultura requiere de intelectuales que lo practiquen y enseñen, pero no como instrumentos de supremacía y dominación de los sectores dominantes y burgueses, sino que al contrario, los intelectuales deben sumergirse e interiorizarse de los problemas sociales. "Para que esto se concretice, hay que disolver las diferencias entre intelectuales y masa, entre teoría y práctica. De esta manera se generaría una cohesión sociocultural, que imperiosamente promoverá una nueva filosofía superior de vida, de esa manera, cualquier ciudadano tendrá las mismas posibilidades de acceder a los cargos gubernamentales. Para el autor, el hombre es producto de su*

> *momento socio histórico y cualquier pedagogía que así no lo concibiese redundará en absolutos fracasos.* (Albornoz, 2008, p. 3)

Apuntaba Gramsci que la educación debe procurar una integración entre trabajo e instrucción; instrucción y educación, interrelacionando la capacidad de dirigir y producir, uniendo de esa manera el pensamiento y la acción, la teoría y la práctica.

Dado que las ideas gramscianas acerca de la educación se desprenden en gran medida de su concepción de la filosofía, concretamente de la filosofía de la praxis, entendida como labor colectiva producto de la unión de la teoría y la práctica, entonces:

> *La educación no se concibe como la difusión de ideas "desde arriba", sino que constituye una actividad crítica intelectual en estrecha relación con la práctica política de la masa. Así, los intelectuales y la masa se educan mutuamente en una acción conjunta, que traerá como consecuencia la creación de una nueva cultura.* (Hierro, 1980, p. 2)

Constituye esta educación una verdadera educación práctica donde se aprende "desde abajo", se democratiza, por una parte, la dirección política, puesto que los dirigentes serán elegidos por los mismos obreros; asimismo se cumple el propósito de que el intelectual traduzca al lenguaje teórico las preocupaciones, necesidades y problemas de las masas.

Es aquí, entonces, donde se hace patente el nexo teoría-práctica. El intelectual, es el hombre que ha aprendido de las masas, de su lenguaje, de su problemática, y habrá sistematizado y devuelto este conocimiento a los trabajadores para orientar su

acción política. Sólo así ambos podrán pensar sobre sí mismos como un grupo homogéneo capaz de ser líder político y administrativo.

Hasta acá hemos visto como la dialéctica materialista devela la manipulación que desarrollan los teóricos antitéticos dado que las teorías de las élites, los funcionalistas y la postura weberiana enfatizan una educación y, por tanto una formación en la cual no existen contradicciones en el plano de las objetividades sino que – en razón de un falso principio de igualdad de oportunidades y unas relaciones sociales asépticas, planas, sin rugosidades; son los sujetos en tanto que individuos los responsables de su éxito o de su fracaso y, en ningún caso, las profundas inequidades y contradicciones que surgen de la desigual relación con los medios de producción.

Sin embargo, para el caso que nos ocupa, las relaciones contradictorias, desiguales entre enfermería y medicina constituyen notoria representación, en el plano académico, de la sociedad dividida en clases por la vía del papel reproductor de los esquemas de sujeción a partir del aparato educativo, tal como se irá observando en el caso de las relaciones desiguales entre enfermería y medicina a través de los referentes empíricos que sirven de soporte a las argumentaciones aquí plasmadas.

Es por ello que, para Gramsci, los intelectuales orgánicos se definen por su rol en la organización del trabajo, por una parte y por la otra, por su papel político, es decir por su rol directivo dentro de la sociedad. A través de la acción dirigente y

organizadora, como intelectuales orgánicos (aquellos que luchan sobre la concepción del mundo) la enfermería en tanto que clase trabajadora por ejemplo, podrá avanzar hacia su nuevo posicionamiento frente a la hegemonía médica. Dice Gramsci, citado por (Hierro, 1980)

> *La historia de la educación muestra que todas las clases que han buscado la toma del poder se han preparado para el poder, a través de su educación autónoma. El primer paso para emanciparse a sí mismo de la esclavitud política y social, es el de liberar la mente…El problema de la educación es el problema de clase más importante.* (p. 4)

Asimismo, en sus planteamientos sobre la educación transformadora, afirma Gramsci que:

> *El problema de la educación es el máximo problema de clase, y no puede ser resuelto más que bajo el punto de vista de la clase, que es el único que permite la valoración proletaria de las instituciones sociales y de las leyes.* (Hierro, 1980, p.13)

IDENTIDAD SOCIO-PROFESIONAL DE LA ENFERMERA Y PODER DIFERENCIAL EN ENFERMERIA Y MEDICINA

La Sociología de las Profesiones: Enfoque Analítico Necesario en el Ámbito Académico.

En este punto, al que alude el título, se abordan algunos asuntos que, contribuyen a las argumentaciones que venimos desplegando en torno al ámbito académico. En este sentido, se ha estimado útil hacer algunas consideraciones sobre la sociología de las profesiones que, no solo permita una caracterización de las

mismas, sino, lo más importante, que sirva de apoyo a la comprensión de las asimétricas relaciones de poder entre enfermería y medicina. Así, en este sentido, Max Weber por ejemplo, al tratar lo atinente a la burocracia, como rasgo definitorio de la sociedad capitalista moderna, desarrollada, señaló la importancia de "los profesionales" y los definió como *"conjunto de trabajadores intelectuales excelentemente especializados gracias a una intensa preparación"* (Saber y Velarde, 2004, p. 1).

De manera que, en esta concepción, una primera característica de las profesiones es el conocimiento que, formalmente aprendido, conduzca hacia el saber especializado y legitimado mediante la acreditación que otorga el título conferido; la segunda característica, de acuerdo con Lieberman (1956) está referida al contexto de desempeño y, al respecto dice que:

> *Los "profesionales" trabajan con "un alto grado de autonomía" y asumen una "responsabilidad" específica respecto de "los juicios hechos y de los actos cumplidos dentro del ámbito de esa autonomía profesional";* por tanto, ***"…****El conocimiento institucionalmente acreditado (título) y la autonomía y responsabilidad en forma conjunta, explican el tercer elemento típico de los cuerpos profesionales "un honor estamental muy perfeccionado" como dice Weber o bien, en términos contemporáneos, una pretensión exitosa al máximo prestigio y reconocimiento social, con todas las ventajas materiales y simbólicas que se asocian con este capital simbólico".* Más aún, afirman que *"Desde esta perspectiva, una profesión es una combinación estructural de las tres características típicas: conocimiento acreditado mediante títulos, autonomía en el desempeño y reconocimiento social y por lo tanto toda estrategia de profesionalización debe orientarse a resolver los tres desafíos implicados en la definición precedente.* (Saber y Velarde, 2004, p. 2)

Como vemos, desde tal caracterización, se hace posible observar las diferencialidades entre profesiones, particularmente las referidas a la salud como las

estudiadas en esta tesis puesto que, más allá de las definiciones, se impone la necesidad de descubrir no solo los rasgos comunes sino fundamentalmente los mecanismos que, independientemente de las racionalidades de orden científico-tecnológico, conducen a una relación de dominación/subordinación como es el caso estudiado.

Por lo antes señalado es que se recurre a la Sociología de las Profesiones para poder abordar la contradicción Medicina/ Enfermería en cuanto a las relaciones de poder pues, esta involucra a la sociología de la salud y la sociología del trabajo por cuanto nos permite comprender y explicar la dialéctica implícita en la dicotomía Trabajo Manual /Trabajo Intelectual.

En esta perspectiva, los mecanismos de cohesión profesional que se observan en los profesionales de la medicina y sus figuras corporativas, revela sus elevados niveles de identidad y su carácter autorreferencial. Así se desprende de lo expuesto por una de las médicas entrevistadas:

> "*En general la jerarquía que se le ha otorgado a los médicos ha sido siempre suprema por encima de un ingeniero, por encima de un educador, por encima de muchos, muchos profesionales de diferentes carreras, siempre ha estado como en un pedestal y allí se ha quedado, porque te digo una cosa, eso en cuanto a la idiosincrasia de los países o de cada país, pero no en lo económico, las enfermeras ganan muchísimo más que los médicos, el prestigio viene de generación en generación. A mi no me gustan las diferencias sociales ni racistas, ni nada de eso ni estoy de acuerdo que haya esas diferencias, pero creo que es por eso, existen claro, uno no puede cerrar los ojos, el médico, eso es algo social, siempre ha tenido una prestancia, siempre sobresalió el médico ante todos los profesional. Yo creo que ese poder que tiene el médico de tantos años no lo va a querer perder y no va a querer que se incluya a una enfermera de igual a igual eso estoy clara. Porque los médicos están*

convencidos, yo soy el que manda, el que…hola queridita, hola tu eres la que me ayuda, pero yo soy el máximo". **(Entrevistada Número 4)**

El análisis de discurso aplicado revela una **Presentación Positiva del Nosotros** (médicos) con connotación de superioridad frente al Ellos (enfermeras). Como contracara, se ha podido observar en los profesionales de la enfermería una muy débil cohesión intraprofesional que pareciera revelar bajos niveles de identidad y, por tanto, débil carácter autorreferencial, en razón de que su referente más próximo es el médico, como derivación de una ancestral relación de dominación/subordinación que da lugar a la paradoja del amo y el esclavo.

De manera que lo autorreferencial en medicina y lo exorreferencial en enfermería exige considerar lo que ha de entenderse como profesión, en nuestro medio; es decir, definirla y precisar sus características básicas, más allá de las caracterizaciones propuestas por autores foráneos clásicos tales como Rodney Coe /1973), Harold Wilenski (1964), Wilbert Moore (1970), Talcott Parsons (1974) y Elliot Freidson (1978, 2004).

Por ello, es necesario preguntarnos ¿Con que equipamiento intelectual pensamos nuestra realidad? ¿Con un equipamiento liberador o uno colonizado? ¿Pensamos la realidad con las estructuras mentales propias del capitalismo que nos habitan o con estructuras mentales liberadoras que desdeñamos? En esta tesis se asume que es desde posturas propias, en tanto que investigadores en enfermería, que debemos aproximarnos a nuestras propias realidades con nuestros propios equipamientos, como estrategia insustituible para superar el colonialismo intelectual que, históricamente ha

orientado la mirada y el pensamiento hacia lo exógeno como los únicos referentes teóricos, conceptuales y práxicos revestidos de validez, confiabilidad y por tanto, de obligatoria aceptación.

Por otra parte, es necesario señalar que no es igual hablar de la profesión en la nomenclatura antigua que en la moderna, puesto que es la racionalidad instrumental en primer término, y luego la racionalidad weberiana (Burocracia) de adecuación medios-fines, la que contribuye a configurar lo que hoy se conoce como la profesionalización.

Sin dudas, el modelo hipocrático griego así como el modelo galénico (Roma) son anticipatorios de la profesión médica que se concentra en Salerno dando lugar a lo que pudiéramos denominar una primigenia División Internacional del Saber, pues así como la Universidad de Paris concentró las humanidades (siendo la teología la primera de las humanidades) la Universidad de Bolonia concentró el Derecho y Oxford, las ciencias y las ingenierías.

De manera que muchos oficios van encontrando en las universidades un nuevo espacio de legitimación que llega hasta hoy en nuestras universidades de claro signo y modelo colonial. Pero, ¿Qué es una profesión? Toda profesión queda definida o comprende unas determinadas y específicas competencias que se aprenden y desarrollan dentro de un área del conocimiento cuyo ejercicio está orientado a la solución de problemas. De manera que desde acá puede afirmarse que las características básicas de las profesiones serian dos:

1.- Pertinencia Social, entendida como la ubicación que tiene una profesión en el contexto social, político, económico, laboral de nuestro país, por ejemplo. Asimismo, la articulación que la profesión tenga con el proyecto de desarrollo nacional contenido en los dispositivos formales. En breve, esta pertinencia refiere al nivel de compromiso que tal o cual profesión demuestre con las necesidades reales de la sociedad donde esté inserta.

2.- Pertinencia Académica, entendida como su articulación con el conocimiento de frontera, en su área específica y en correspondencia con la característica anterior (Pertinencia Social).

Obviamente, asumir las características descritas no colide con las específicas de cada disciplina, pero de lo que se trata es de la búsqueda, identificación o construcción de las características que sirvan de común denominador para la necesaria argumentación en torno a ciertos factores constitutivos de las relaciones asimétricas de poder entre dos disciplinas como lo son la enfermería y la medicina. En este sentido, el tratamiento diferencial que organismos del Estado dan a las dos profesiones acá tratadas resulta indicador referencial como factor constitutivo de asimetrías, independientemente de las características que distinguen a estas profesiones.

Así, resulta referente empírico importante observar la hegemonía médica ejercida, por ejemplo, a través de la Federación Médica de Venezuela para efectos de las contrataciones colectivas (contrato colectivo solo con MPPS) como lo refiere un médico entrevistado:

"Es más si tu vas a las contrataciones colectivas, el Ministerio contrataba colectivamente con los farmacéuticos, nutricionistas, odontólogos, enfermeras y hacía una contratación especial con los médicos hacía dos tipos de contratación una con toda la gente del sector salud y otra con los médicos, inclusive desde el punto de vista laboral sigue siendo así. Yo no se si los médicos querremos aflojar eso. Yo soy de los que habla ahorita de un marco de una convención colectiva condiciones de trabajo únicas para todo el sector desde los obreros hasta los más profesionales, un tallo único, luego que tenga unas ramas para algunas especialidades o cosas muy particulares y unas hojas para cosas muy especializadas para seguir con el principio de que trabajadores somos todos, somos iguales, pero evidentemente que todos somos iguales no significa que nuestra responsabilidad también lo sea, aunque el que limpia en un hospital dice que su responsabilidad es tan importante como el que opera a alguien entonces es como uno lo vea". **(Entrevistado Número 7)**

Esa hegemonía manifestada en el discurso revela que la medicina, asumida como oligarquía profesional, ha logrado desarrollar un alto grado de dominación socio-profesional, sostenida mediante un poderoso aparato ideológico que introyecta en el colectivo una imagen muy particular de la profesión médica, en detrimento de las otras profesiones pertenecientes al área de la salud; en esta óptica, pareciera obviarse que la salud es mucho más que un asunto de exclusiva competencia de la medicina como lo refiere un enfermero entrevistado:

"Sin embargo la salud es asumida por el sector médico y hay razones para explicarlo y para entenderlo porque fue la única profesión del equipo multidisciplinario, médicos, Enfermeros, bioanalistas nutricionistas, psicólogos, que fueron primero profesionales universitarios y ellos se abrogaron la responsabilidad de la salud, ellos fueron quienes hicieron las leyes en el Congreso Nacional y la mayoría eran médicos. Se hicieron las leyes a imagen y semejanza, como un corte a la medida para ellos luego conducir la salud al punto de… en la administración de las instituciones de salud siempre el director dentro de las normas establecidas debe ser un médico, irrespetando a todo el conjunto de profesionales de la salud que estamos preparados para

> *asumir estos retos y responsabilidades, es más dentro de los Profesionales de la salud hay personas que se ajustan más al perfil para director que los propios médicos"*. **(Entrevistado Número 1)**

El problema de la identidad profesional en enfermería y medicina, por tanto, es de gran importancia para poder poner al descubierto que, desde la hegemonía médica, se anula el desarrollo de otras profesiones y aún de determinadas especialidades de la medicina como lo refiere uno de los médicos entrevistados:

> *"Fíjate bien nosotros, la sexología siempre fue asociada con la psiquiatría hasta el año 85 que nosotros dijimos esas son dos cosas distintas y nos hemos ido separando más y más y ahora somos una especialidad aparte. Yo creo que ustedes necesitarían mucha mas publicidad, planes"* **(Entrevistado Número 7)**

Asimismo, lo referido por el entrevistado es semejante a lo ocurrido con la cirugía máximo-facial cuyo desarrollo en Venezuela es impedido por el veto que los médicos hacen a la participación de los odontólogos que en tal especialidad requieren de pacientes hospitalizados. Quizás estemos en presencia de una fuerte y genuina endogamia profesional que contribuya a explicar la radical discriminación que ejercen los médicos sobre las enfermeras independientemente de la homologación por títulos que deriva de la relación entre la estructura de la ciencia, la estructura académica y los productos intelectuales.

Sobre este último aspecto es necesario señalar que si enfermería, de conformidad con la relación entre las estructuras señaladas, llena los extremos legales y académicos que la configuran como disciplina científica, entonces su ausencia ¿o

exclusión? de organismos internacionales en el ámbito académico es un referente a considerar.

En este contexto luce contradictorio el hecho de que Enfermería hoy disponiendo de una creciente masa crítica de profesionales y estudios de IV y V nivel, sin embargo, de acuerdo con esta investigación, resulta invisibilizada como disciplina científica, si se atiende al hecho de que instancias tales como la Organización de Naciones Unidas para Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO en sus siglas en inglés), no contiene Enfermería ni en su Clasificación General ni tampoco en la Nomenclatura para los Campos de las Ciencias y las Tecnologías.

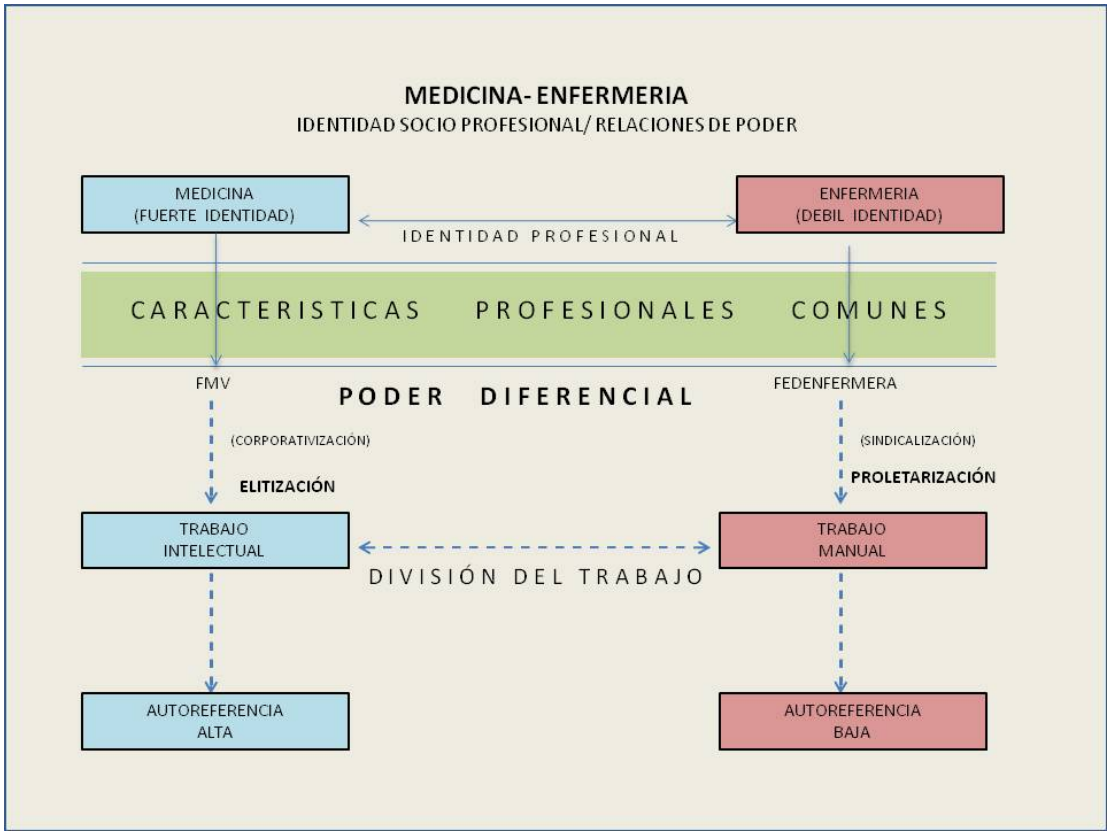
Cabe acotar que es ésta la nomenclatura internacional más exhaustiva y extensa con un total de 24 grupos de disciplinas correspondientes a las denominadas Ciencias de la Vida que, a su vez contienen 15 descriptores de Ciencias Médicas y éstas a su vez, contienen 14 descriptores de Ciencias Clínicas. Asimismo, la Clasificación UNESCO presenta 3 descriptores de Tecnologías Médicas. Por otra parte, clasificaciones como la International Standard Book Number (ISBN) ignoran a enfermería. **(Ver Anexo 3)**

De lo anterior se infiere que las asimétricas relaciones de poder entre enfermería y medicina no tienen solo su asiento en una esfera académica restringida. De manera que, si consideramos que la medicina se corporativiza como élite profesional, que adhiere a la noción de Trabajo intelectual y por tanto, se asume como una profesión

de clara e intransferible identidad auto-referencial, en contraposición, encontramos que enfermería luce como profesión con escasa identidad profesional, que adhiere a la noción de trabajo manual, asunto este que puede observarse en los diferenciales comportamientos gremiales.

En enfermería, por su carácter de profesión sometida y por ende, marginal en cuanto a las decisiones sobre políticas de salud, se producen efectos de sindicalización, de proletarización y una situación de debilidad auto-referencial, como se muestra en el diagrama (**Cuadro Número 2**) siguiente:

CUADRO Nº 3. MEDICINA-ENFERMERÍA IDENTIDAD SOCIO- PROFESIONAL



Fuente: Elaboración propia para ilustrar la diferencial identidad socio-profesional.

Como vemos, el diagrama muestra el carácter dialéctico de la problemática de identidad que se expone acá. Ello es así en razón de que la dialéctica permite interpretar la realidad en toda su amplitud, aún en su gran complejidad, puesto que adopta la "multilateralidad de relaciones" para reflexionar, analizar críticamente y alcanzar interpretaciones sintéticas (globalizadoras) de la realidad. No en vano, una de las premisas de las que parte el materialismo dialéctico consiste en afirmar que todo

está interconectado y que hay un proceso continuo de cambio (movimiento) en esta interrelación.

Asimismo, resulta necesario destacar como en nuestro medio universitario se produce un proceso de desclasamiento en el sentido que la escuela, como aparato ideológico conservador de las diferencias y asimetrías y promotora de la meritocracia weberiana, forma un tipo particular de profesionales funcionales a los intereses de las clases y sectores hegemónicos de la sociedad, con lo cual resulta diferencial la formación de médicos y enfermeras. En este contexto, adquiere relevancia la afirmación:

> *Todos los hombres son potencialmente intelectuales, en el sentido de que tienen y usan su intelecto, pero, sin embargo, no todos son intelectuales por su función social. Los intelectuales, en su sentido funcional, según Gramsci, caen bajo dos categorías: En primer lugar están los intelectuales "tradicionales" que son por profesión: Literatos, científicos, etcétera, que al parecer no pertenecen a ninguna clase social específica. Sin embargo -de hecho-, sí pertenecen a una clase social cuya hegemonía se ha perdido. Están también los "intelectuales orgánicos", que son el elemento pensante que organiza una clase social particular. Estos intelectuales….se caracterizan por su función de dirigir las ideas y las acciones políticas de la clase a la cual se insertan orgánicamente.* (Hierro, 1980, p.11)

Un Breve Excurso sobre Max Weber y la Concepción Luterana de la Profesión

Para el decurso argumental resulta de singular importancia recurrir nuevamente a las concepciones weberianas por cuanto consideramos que, precisamente por su postura antitética con respecto a esta tesis, resulta imprescindible para su afirmación.

En este sentido, sus planteamientos en torno al papel del mercado y la meritocracia en la formación, como vimos antes, constituyen posiciones doctrinarias para entender sus planteamientos sobre las profesiones y su impacto en la concepción vocacional de la enfermería.

Roldán (2006) al referirse a la concepción weberiana de la profesión señala que:

> *Evidentemente, en el vocablo… 'profesión', aún cuando tal vez con más claridad en el inglés calling, existe por lo menos una remembranza religiosa: la creencia de una misión impuesta por Dios… el protestantismo acentuó el carácter o matiz ético y concedió una importancia decisiva a la religión como trabajo en el mundo, racionalizado en profesión….. Pasando luego a la era apostólica y especialmente expresada por San Pablo dice que: cada quien puede continuar ocupando en el mundo la misma situación y ejercer el mismo oficio en que le ha sido sorprendido Su "llamamiento", y continuar laborando como hasta ahora…. En Lutero se perfila cada vez más claramente la idea de que el ejercicio de determinada profesión concreta constituye un mandamiento que Dios dirige a cada cristiano obligándolo a permanecer en la situación en que se encuentra. Lutero se inclina por una concepción tradicionalista, similar a la idea de "destino". De esa manera, la profesión es aquello que el hombre ha de aceptar porque la providencia divina lo envió. El trabajo profesional es una misión impuesta por Dios.* (Roldán, 2006, p. 8)

De manera que esta concepción puritana del trabajo impacta la concepción weberiana sobre la educación y, asumimos, es un soporte teórico, doctrinario e ideológico nada desdeñable en la concepción vocacional de la enfermería en el entendido que en esta concepción, la enfermería tiene un carácter más de apostolado, en la acepción religiosa del término, que de conocimientos, competencias, dominios y destrezas profesionales en el marco de las contradicciones sociales. Siendo una

concepción apostolar, no es posible ni pensable cambios en la condición de eternamente dominado, pues es un asunto de predestinación.

La Contradictoria Configuración de Enfermería como Profesión Académica

La relación desigual, de ambas profesiones en el ámbito académico, pareciera estar contextuada por una suerte de "Darwinismo Profesional"[11] en las Ciencias de la Salud, que, como tal revela relaciones de poder.

En este sentido, habría que decir que el modelo educativo venezolano esta orientado hacia la formación de profesionales cargados de valores propios de occidente y del capitalismo en su fase actual, la globalización, donde la "competitividad", constituye el valor fundamental, en función de los parámetros y/o dictados de la Organización Mundial de Comercio (OMC) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como instrumentos que modelan ocultamente el currículo. Sin embargo, esta orientación en la formación no es homogénea sino diferencial por lo cual no todas las profesiones estarían orientadas en el mismo sentido, sino que las mismas exhiben una profunda diferencialidad.

Para el caso que nos ocupa, medicina está orientada hacia la competitividad y no hacia el servicio en términos de compromiso social y de solidaridad. Está orientada en términos de la rentabilidad económica como una derivación de una formación para la enfermedad y no para la salud, como se expuso en el capítulo anterior. En breve, la formación esta configurada para la transmisión de valores correspondientes a las

clases dominantes puesto que han sido éstas quienes han organizado, apropiado y usufructuado la profesión.

Por otra parte, habría que decir que los profesionales de la enfermería parecieran tener dificultades para definir de manera taxativa y sistemática su profesión, aunque, en la casi totalidad de las definiciones se puede observar que el eje articulador tanto de las actividades como de las condiciones exigidas para el desempeño en la esfera asistencial – como nodo de la actividad – es la realización de tareas de cuidado. Sin embargo, uno de los problemas que enfrenta enfermería como profesión es que pareciera que aún no alcanza a desarrollar con rasgos nítidos la definición de su función que, como hemos visto, gira en las órbitas del concepto de cuidado.

En esta línea discursiva, es necesario apuntar que enfermería no es una profesión cuya formación haya sido configurada para la competitividad, al menos en los mismos términos y características que medicina, pues no está orientada hacia la obtención de la ganancia económica sino a la prestación de un servicio desde la concepción subsidiaria, de apostolado y desde las decisiones de la hegemonía médica.

No obstante su carácter de disciplina científico- técnica la relación que se establece entre aquella y ésta es desigual dado que la medicina como profesión liberal se asume como dominante mientras que enfermería como profesión no liberal se asume como dominada. ¿Los valores que se transmiten curricularmente en enfermaría son similares a los de medicina? Sin dudas, no, puesto que el origen y destino de

ambas son diferentes en razón de las condiciones sociales de origen en ambos y del destino de los beneficiarios de su labor profesional.

De manera que pudiéramos decir que en la relación desigual entre ambos profesionales existe una apropiación, por parte del médico del plus- producto del trabajo de la enfermera en razón de que ésta genera una "ganancia" en salud que es apropiada por el médico como receptor de la máxima gratificación y reconocimiento social. Al respecto, Gracia (2008) afirma:

> *Lo que tenemos que comprender es como reparte una sociedad su tiempo de trabajo entre las diferentes actividades productivas y de intercambio. Debemos entender qué mecanismos de distribución se derivan necesariamente de las relaciones que los hombres establecen en el acto productivo. Por consiguiente, las relaciones sociales que los hombres establecen en torno a los requisitos necesarios para producir MP son la clave para entender la conformación de una sociedad dada. El control de los medios de producción permite a una parte de la sociedad apropiarse de los frutos del trabajo ajeno. Esta apropiación del excedente por parte de la clase que ejerce su dominio sobre los medios de producción y/o sobre el entramado de instituciones y formas de conciencia social es lo que llamamos explotación.* (p. 2)

En el caso venezolano resulta interesante constatar la relación clase social - profesiones de la salud, en la cual se revelan marcadas desigualdades sociales y de género que impactan, sin dudas, los mecanismos de identidad de estas profesiones particularmente en los casos de enfermería y medicina. De esta manera lo expresa un enfermero entrevistado:

> "*Nos utilizan de trampolín somos el portaaviones para que los médicos lleguen a los status de poder en el sentido de que somos el que hace las referencias de las actitudes buenas del médico, para que el médico sea tomado en cuenta a los cargos legislativos, o los cargos políticos del*

Estado; nosotros somos un vehículo para que lleguen pero no participamos. Existen razones culturales de costumbres, es la tradición democrática que hemos vivido que conduce a que las personas sean subordinadas a otras, además la situación de género es una situación real palpable, en el caso mío, que soy masculino en el sector de enfermería. Existe una gran discriminación, la mujer ha sido catalogada que puede ser ocupada en cosas de menos grado y eso todavía se mantiene en el sector de los que toman decisiones". **(Entrevistado Número 1)**

Esta opinión contiene, de acuerdo con las unidades de Análisis Crítico del Discurso una significativa **Valoración Negativa del Otro.**

Esta situación de marcadas desigualdades (sociales y de género) es de carácter histórico si observamos que los estudios de medicina que en el país inician con la Real y Pontificia Universidad de Caracas fundada en 1721 por orden de la Real Cédula del Rey Felipe V de España y en la cual se impartían además clases de Teología, Filosofía y Derecho exclusivamente en el idioma latín. Fue denominada "Real y Pontificia" por estar bajo la tutela y protección del Monarca español y del Sumo Pontífice.

Como se sabe las disciplinas respondían al Trivium y Quadrivium y para acceder a estos estudios el aspirante debía pertenecer a las capas altas de la sociedad, a tal punto que se instituyó la cláusula **Vista et Moribus** como condición de ingreso a la universidad y consistía en una carta que diera fé de la condición social elevada y debía contener una relación detallada de vida y buenas costumbres.

Es de suponer, por tanto, que quienes accedían a la Universidad de Caracas provenían de las familias acomodadas. Cabe destacar que - en términos de la

periodización de la universidad venezolana - el período Colonial va de 1721 a 1827; el período Republicano de 1827 a 1936; el período postgomecista 1936 a 1958; el período de democracia representativa de 1958 a 1998 y, el período de democracia participativa que inicia en 1999.

Es necesario señalar que en el período colonial, el poder intrauniversitario era ejercido por el clero en franca identificación con la corona, por tanto se asume que la teología constituye la disciplina por excelencia y es desde ella que emergen los rectores.

Sin embargo, para nuestra argumentación lo acontecido en el período republicano es de gran importancia pues es este momento histórico cuando el Libertador Simón Bolívar firma el Decreto el 22 de enero de 1827 (que marca un hito en la Reforma Estatutaria conocida como la Reforma Vargas) que en una de sus partes dice a la letra: "*Cesa desde hoy la prohibición que imponen los antiguos Estatutos de la Universidad de Caracas, de elegir para el Rectorado de la Universidad a los Doctores en Medicina y a los que ella estado regula"* (Salcedo, 1973, p.422).

Con este Decreto el Libertador daba respuesta a un planteamiento formulado en el claustro en el año 1819 con relación a los doctores de la Facultad de Medicina, petición ésta que estaba expresada de la siguiente manera: *"Lo laudable que sería que se reformasen las constituciones que los excluyen de la dignidad del rectorado"*.

En razón de lo desarrollado en líneas anteriores y en atención a que numerosos médicos han ejercido la Rectoría de la Universidad de Caracas (hoy UCV) podría considerarse que el Decreto mencionado constituye una especie de licencia para que estos profesionales ocupasen los espacios académicos. Aunado a esto gravita en el imaginario colectivo que los médicos han ejercido un liderazgo en la esfera nacional, fundado en el hecho de que durante el período de establecimiento de la ciencia en Venezuela, es ésta profesión la que ha sido percibida como más avanzada y, como tal, espacio cooptada por los sectores dominantes de la sociedad, por lo que ha poseído la legitimidad para jugar papel predominante, no solo en el aparato de salud, sino en los espacios de poder del país.

Estos factores le han conferido no solo gran visibilidad social, una fuerte identidad profesional que constituye el cemento de su cohesión interna, sino que ha adquirido rasgos corporativos y un indudable carácter autorreferencial. En torno a esto luce interesante la siguiente afirmación:

> *En todo proceso dialéctico, a pesar de los cambios, siempre quedan reliquias que, en el paisaje incluso después de la batalla dialéctica (en la que aún estamos inmersos), destacan como rescoldos que se resisten a apagarse definitivamente: como el caso de la vocación de la cuidadora de género en cuya identidad se siguen confundiendo la dimensión maternal con todo lo que tenga que ver con los cuidados, o el no menos manido estereotipo de la cuidadora religiosa. He aquí el poder de las palabras y la enorme resistencia al cambio de sus significados* Foucault, (1981*). Las palabras "mujer" y "enfermera" hacen referencia a dos situaciones tan ficticias como legítimas, dado que han sido sancionadas por la sociedad patriarcal y que alejan a ambas de la percepción de sus auténticas realidades (las expectativas: realidades potenciales). Todo ello provoca que "mujeres" y "enfermeras" se mantengan dentro de los límites marcados por la sociedad para el género al que pertenecen. Pero*

lo más problemático se plantea cuando son las propias mujeres y enfermeras las que, tal como señala Kojeve, tienden a plegar su pensamiento a estos estereotipos institucionalizados manteniéndose ellas mismas en la creencia de que su situación es la natural de sus seres (adopción del estatuto de esclavos sumidos en una sociedad supuesta y atemporal). Para salir de ese estatismo es preciso la toma de conciencia crítica (reflexión o puesta en cuestión de la situación de esclavo) que se inició a finales del siglo XIX con la alianza entre el feminismo incipiente y las trabajadoras que necesitaban dignificar las escasas actividades laborales a su alcance (entre los que destacaba la enfermería). Este fue el inicio del proceso dialéctico en el que se halla inmersa la enfermería. El objetivo de negar su identidad anterior provocando la muerte o deconstrucción del estatuto de esclavo y el significado de palabras coercitivas cargadas de valores negativos desde la perspectiva de género que siguen recalcitrantes ejerciendo de yugo lingüístico e ideológico, sólo podrá alcanzarse mediante el pensamiento crítico y la acción creativa. Esta combinación puede contribuir a la emergencia de nuevos horizontes de libertad y expectativas de integración social, educativa, política y profesional de esa doble identidad tan estrechamente vinculada por la historia: mujer y enfermera. Sin duda la evolución de la coexistencia de una enfermería vocacional ligada al género con una enfermería profesional y científica ha sido, a la vez y paradójicamente, una fuente de conflictos y de enriquecimiento; pero tal vez ha llegado el momento de marcar definitivamente los límites entre una y otra. Sin embargo, mientras todo esto ocurra, hay que reconocer que la parte más delicada de este proceso de lucha dialéctica la constituye la lucha interna, la guerra civil de mujeres contra mujeres y enfermeras contra enfermeras que siguen sin llegar a consensuar aspectos esenciales y básicos para alcanzar una síntesis de lo que debería ser la enfermería y del papel de la mujer en la sociedad. Dicho de otro modo, hasta que la mujer no alcance su pleno desarrollo en la sociedad, y aun considerando la enorme amplitud de factores interrelacionados y la complejidad del tema, la enfermería seguirá esperando que llegue su momento. (Siles, 2005, p. 4)

CURRICULUM Y RELACIONES DE PODER ENFERMERIA-MEDICINA

Caracterización Contextualizada del Curriculum Vigente en Enfermería

Caracterizar el currículo vigente para la formación de enfermería en las universidades venezolanas, constituye una necesidad para intentar comprender, en profundidad, ciertas condicionantes a las relaciones de poder que en el ámbito de la salud se expresan en una subordinación de la enfermería a la hegemonía médica y que, suponemos, tales relaciones asimétricas son factores configurantes del escaso reconocimiento social de la profesión y la magra o nula participación política de los profesionales formados dentro del curriculum vigente.

Resulta oportuno afirmar que las currícula, vigentes de Enfermería en Venezuela no son, asépticas, técnica, política o ideológicamente, puesto que - por definición - poseen propósitos y más aún, meta-propósitos la mayoría de las veces, no explícitos sino subyacentes en lo que se ha denominado el currículo oculto.

En este sentido, habría que decir que las currícula están articuladas al modelo de desarrollo vigente en el país en un momento histórico determinado, puesto que son dispositivos tecno-ideológicos fundados en la concepción newto-cartesiana, por tanto, fragmentaria, para la formación de profesionales con unas determinadas competencias, dominios y/o habilidades específicas sobre un área del conocimiento pero, asimismo, con unos específicos valores y patrones ideológicos. En breve, códigos simbólicos articulados al modelo de desarrollo que se trate, a la reproducción de las relaciones sociales de clase y que se expresan en conductas, prácticas y

relaciones específicas tanto en el ejercicio de las funciones como en su rol de ciudadanos profesionales.

De allí que, apelando a la dialéctica, podemos afirmar que si las relaciones de producción no solo expresan relaciones de clase en la esfera material referida a la posesión o no de los medios de producción, vale decir, en la Estructura, sino también en la esfera de la Superestructura como espacio de lo cultural e ideológico fundamentalmente, entonces la Escuela, como aparato ideológico reproduce tales relaciones de producción, esta vez, en lo que al conocimiento se refiere. Así, puede constatarse –en términos dialécticos- la existencia de profesiones y saberes dominantes y dominados o como dice Foucault, dominantes y sometidos; explotados y explotadores; obviamente, enfermería no escapa a ello.

Para el caso que nos ocupa, puede decirse que la concepción curricular de las primeras etapas de la formación enfermera en Venezuela[12] no ha experimentado transformación alguna y cuya filosofía que le subyace es conducente a la acriticidad, la sumisión, la pasividad, aún hoy en la etapa universitaria de enfermería, que en Venezuela se inicia en 1967 en cuyo decurso se ha producido, por una parte, el crecimiento académico de enfermería tanto en el nivel de Grado (Pregrado) y de postgrado, como se explicará más adelante, por la otra, se han sucedido en estos espacios académicos un sinnúmero de reformas curriculares que, en rigor, no han pasado de ser ejercicios de cosmética disciplinar que redundan en incorporaciones, des-incorporaciones, cambios de denominación y enroques de asignaturas, sin que

ello signifique transformación desde lo epistémico en términos de origen y destino con la realidad nacional.

La base de sustentación de tales reformas permanece invariablemente articulada al positivismo y al conductismo como escuelas de pensamiento que garantizan particulares relaciones de poder. Nuestras Escuelas forman, no desde las concepciones curriculares liberadoras al decir de Paulo Freire, sino desde concepciones para la sumisión, el colonialismo intelectual y la dependencia de la hegemonía médica. De manera que, apoyándonos en teóricos educacionales contemporáneos, se ubicará el análisis y argumentaciones en alguna de las tres corrientes filosóficas o escuelas que se señalan.

1) Escuela Conservadora (también llamada **Tradicional):** A esta pertenecen los llamados perennialistas y los esencialistas y su planteamiento central es que el sistema educativo no puede propiciar o influir en el cambio social, puesto que su verdadera función se limita a dar un entrenamiento adecuado para el desempeño. Para ellos, la escuela no es lugar de reformas, sino institución aséptica para el proceso didáctico (enseñanza-aprendizaje), bajo una consideración netamente pasiva. La filosofía que le subyace permite ajustar a los estudiantes al status quo mediante valores convencionales.

2) Escuela Progresiva (también llamada **Modernista o Desarrollista):** Esta constituye una alternativa intermedia entre la Conservadora y la Reconstruccionista o

Dialógica. Aunque considera que los cambios educativos dependen de los cambios sociales, su énfasis apunta a que el sistema educativo se puede reformar a sí mismo - intrínseca o subjetivamente - sin el concurso de las fuerzas sociales en pugna. La filosofía que le subyace, rechaza cualquier esquema de uso del currículo como un propulsor de programas de reformas sociales, y sostiene que este es el tipo de educación más democrático, aduciendo que la sociedad progresa por evolución propia y que no se puede planificar de antemano su transformación.

3) Escuela Reconstruccionista (también llamada **Dialógica):** Lo nodal de esta Escuela es que el sistema educativo y el currículo debe cambiar la sociedad enseñándole o inculcándole al estudiante un programa de reformas sociales completas, alterando el conjunto de valores heredados. Para Paulo Freire, citado por (Yopo, 1973) uno de sus impulsores, *"Los estudiantes deben ser capaces de examinar las evidencias de la sociedad tanto en el sentido positivo como negativo, con el objeto de poder presentar proposiciones alternativas para corregir los problemas pertinentes"*. (p. 4) Como vemos, esta escuela niega, por una parte, la posibilidad de una educación neutra, cualquiera que ella sea, porque es imposible el cambio del procedimiento técnico sin la repercusión en otras dimensiones de la estructura en que está inserto el sujeto social y, por la otra, como ha dicho (Paz, 1967): *"...no son las técnicas, sino la conjugación de hombres e instrumentos los que cambian una sociedad"* (p. 97). En estas condiciones, no se pueden aplicar a la

transformación estructural de la sociedad sólo soluciones tecnicistas o mecánicas, desconociendo lo humano.

Para efectos de este trabajo, previa revisión de documentos normativos y otros relacionados con las bases teóricas del diseño curricular para las ciencias de la salud, así como la consulta experta en concordancia con las posturas teórico-metodológicas asumidas para el desarrollo de la tesis, adherimos, a la Escuela Dialógica; desde allí, mediante la aplicación del Modelo PICTS (de elaboración propia) para una Cartografía Curricular a la Malla de cuatro (4) Escuelas seleccionadas al azar mediante la fórmula de Doménech y Mason $\mathbf{n = N/0{,}2^2\ (N\text{--}1) + 1,}$ se devela la naturaleza subsidiaria de la dominación médica en estas currícula, afirmándose el supuesto **numero 8 de esta tesis: La currícula para formación de enfermeras/os en las escuelas de las Universidades Autónomas constituyen fuentes cognitivas para el establecimiento de una conciencia de clase que reproduce los mecanismos de sujeción de las enfermeras a la dominancia médica.**

EL CURRÍCULO COMO CONDICIONANTE PARA LA SUMISIÓN ENFERMERA

El Modelo PICTS: una herramienta analítica necesaria

En este ámbito académico - para efectos de relevar información importante para el soporte de las correspondientes argumentaciones en esta tesis en torno al papel del

currículo como vehículo de la sumisión en enfermería - se realizó un análisis curricular a partir de lo siguiente:

En **primer lugar**, no obstante el claro predominio que desde 1940 ejerce la evaluación curricular empírico-positivista introducida por Ralph Tyler, citado por (Pérez y Bustamante, 2004) en nuestro caso se adoptó una modalidad cualitativa, dialéctica de análisis a partir de algunas conceptualizaciones tales como currícula y evaluación, así también se consideran tanto los propósitos y supuestos que guían este trabajo atendiendo las decisiones metodológicas asumidas en este estudio.

En **segundo lugar**, el modelo utilizado (PICTS), más que un modelo de evaluación curricular, en sí, es un modelo analítico (de elaboración propia) para la contrastación con los objetivos y contenidos de los pensa de estudios para formación de Licenciados en Enfermería, en el entendido que la educación, en el área de la salud, es un proceso de formación que se interrelaciona e imbrica con la ideología, la ciencia, las tecnologías, la política y el sistema de significados de nuestra sociedad en general y del ámbito de la salud en particular. En este sentido, existe estrecha relación con el sistema axiológico dominante y fundamentalmente con los propósitos implícitos para la formación de profesionales que, como los médicos y las enfermeras, ocupan posiciones diferenciales en la división técnica y social del trabajo que se expresan en contradicciones de clase, en niveles diferenciales de conciencia de clase y en una relación subordinación/dominación.

En **tercer lugar**, asumiendo al currículo (en su dimensión de pensa de estudios) como un proyecto que norma, organiza y conduce explícitamente, un proceso concreto y determinado de enseñanza-aprendizaje, que es desarrollado por una institución educacional y que configura un determinado tipo de ciudadano-profesional orientado a la autonomía intelectual y la transformación social o a la sumisión, tutela y colonialismo profesional e intelectual, entonces resulta evidente que la currícula (y los pensa) no pueden ser asumidos como constructos asépticos política, axiológica o ideológicamente.

En **cuarto lugar**, entendemos por currícula, latu sensu, para efectos de este trabajo en general y en este momento metodológico, en particular, como:

> *Un entramado cultural que está conformado por elementos diversos y su carácter es el de una estructura dinámica o relativamente estable. Es por tanto prioritaria la acción de nuevos sentidos a las "prácticas" en tanto acciones humanas que exigen de decisiones normativas y éticas. Decisiones que remiten a una tarea de develamiento del imaginario colectivo y de las significaciones que construye el colectivo desde una posición y un campo en particular*. (Pierre Bourdieu citado por Briceño, y Chacin, 2008: 78).

Como vemos, este concepto de Bourdieu remite a los de **campo, habitus** y **violencia simbólica,** del mismo autor, que también son utilizados en el desarrollo de esta Tesis en tanto que, de acuerdo con esta concepción, el sistema pedagógico transmite esquematizaciones mentales o disposiciones duraderas (**habitus***)* que, en el sistema de relaciones (**campo)** reproducen estructuras objetivas desiguales y

disimétricas, es decir, reproduce al estado de las cosas, el status quo, en fin, el orden dominante.

En **quinto lugar**, todo curriculum es un proyecto socio- político- cultural que orienta una práctica educativa articulada y coherente con unos propósitos específicos que se corresponden con un modelo de desarrollo sea capitalista o alternativo. En este sentido, es un instrumento político que sintetiza y reproduce contradicciones de clase, que configura niveles diferenciales de conciencia de clase desde la perspectiva e intereses de la clase dominante. De manera que es un error pensar en la problemática curricular como un mero problema académico o institucional.

En este sentido, nos proponemos analizar el curriculum como un entretejido de problemas provenientes de la sociedad, entendida esta última como un conjunto de antagonismos y, siendo así, entonces tal análisis nos remite a la consideración de procesos dialécticos, es decir, a cambios que no son lineales, ni realidades estáticas sino que obedecen a los antagonismos y conflictos que, en definitiva, revelan la presencia de un factor prácticamente determinante: **El Poder**.

Así, las relaciones de poder se asumen como decisivas dentro de la problemática curricular. Cabe acotar, que asumimos existen distintas esferas en las que opera la enseñanza; en una primera esfera, la Estructura, para contribuir a la reproducción del modelo económico y, en una segunda, la Superestructura, para la reproducción simbólica o cultural; es aquí donde "*las escuelas crean y recrean formas de conciencia que permiten el mantenimiento del control social sin que los*

grupos dominantes tengan la necesidad de recurrir a mecanismos manifiestos de dominación" (Apple, 1986, p. 13).

En **sexto lugar**, coherentes con la conceptualización de currícula que, en el plano teórico se ha expuesto, consideramos necesario recurrir a una definición operacional que permita el abordaje metodológico/procedimental del papel que el proceso de formación juega como condicionante de la subordinación/dominación en las desiguales relaciones médico-enfermera. Se asume, por tanto el currículo como:

> *Conjunto estrechamente interrelacionado de principios, conceptos y propósitos, que parten de las exigencias del encargo social y se concretan en un plan y programa de estudio organizado y desarrollado sobre la base de una estrategia docente, que abarca el pregrado y el posgrado y cuyos resultados se analizan mediante un sistema de evaluación de la competencia y el desempeño profesional, que lo retroalimenta permanentemente.* (Pérez, y Bustamante, 2004, p. 2)

Asimismo, consideramos que un modelo de evaluación curricular o bien un modelo analítico de contrastación (como el diseñado para nuestros propósitos) es, en sí, un modelo conceptual, filosófico e ideológico.

En concordancia con las consideraciones anteriores y fundamentalmente con el supuesto de que las currícula para formación de enfermeras - vigente en el país desde la incorporación de la enfermería como estudio universitario – contribuyen al establecimiento de una conciencia de clase que reproduce los mecanismos de sujeción (dominación) de enfermería a la dominación médica, se decidió metodológicamente

realizar un estudio de las mallas curriculares y de las currícula, de cuatro (4) Escuelas seleccionadas al azar:

1. La Universidad del Zulia (LUZ)
2. Universidad de Los Andes (ULA)
3. Universidad de Carabobo (UC)
4. Universidad De Oriente (UDO)

mediante procedimientos analíticos rigurosos con el propósito de revelar si tales currícula - fundados en la corriente de la Filosofía Educativa llamada Escuela Tradicional (la educación no debe influir en el cambio social) - despolitizan e instrumentalizan la formación, poseen y/o transmiten valores de sumisión, dependencia, sometimiento al médico (Esquemas de Sujeción) y por tanto, contribuyen a la formación de profesionales pasivos o, si por el contrario, son currícula que - fundadas en la Escuela Reconstruccionista/Dialógica (el currículo como dispositivo para cambiar la sociedad enseñando programas de reformas sociales y alterando los valores heredados) - poseen contenidos de carácter político, ideológicos, filosóficos, científicos, sociales, semióticos y semiológicos que asumimos favorecen la formación de profesionales críticos, liberados del colonialismo intelectual, autónomos académicamente en la acepción del Hombre Nuevo de Paulo Freire o Leonardo Boff.

Es decir, contenidos que permitan comprender el estado de sujeción/alienación a la hegemonía médica, elevar la conciencia de clase, entender las desigualdades de poder y en consecuencia, permitan desarrollar estrategias de superación de tal estado de sumisión.

Para efectos del análisis curricular se diseñó y aplicó, a los pensa de estudios de las Escuelas de Enfermería en las universidades mencionadas, el **Modelo PICTS** (de elaboración propia) cuyos componentes son: **PI**= político-ideológico; **CT**= científico-tecnológico; **S**= simbólico. Sin embargo, es necesario aclarar que el énfasis del análisis se focaliza en los componentes **PI** y **S** en razón de la búsqueda que orienta la Tesis.

El procedimiento analítico comprendió las siguientes fases:

1. Selección de la muestra que consistió en cuatro (04) universidades de las denominadas autónomas, en las cuales existen Escuelas de Enfermería o sus equivalentes.

2. Obtención de los pensa correspondientes (actualizados a la fecha del estudio)

3. Agrupación de los pensa en una matriz para hacer más efectiva la aplicación del modelo analítico curricular PICTS. A tal efecto, se elaboró un Mapa Curricular contentivo de cuatro (4) Ejes y dos (2) Niveles en los cuales se agruparon las

asignaturas de las cuatro (4) Escuelas según los Ejes y Niveles correspondientes, como se muestra en el siguiente Mapa Curricular (**Cuadro Nº 3**).

4. Análisis de los pensa de estudios de las Escuelas de Enfermería seleccionadas mediante contrastación curricular con la aplicación del Modelo PICTS, cuyos Componentes, Definiciones y Descriptores se presentan en el siguiente cuadro:

CUADRO Nº 4

MAPA CURRICULAR FORMACION DE ENFERMERAS (OS)

EJE	NIVEL DE FORMACIÓN BÁSICA	NIVEL DE FORMACIÓN PROFESIONAL
METODOLÓGICO E INSTRUMENTAL	- Ingles Instrumental - Comprensión y expresión lingüística - Estadística - Introducción a la investigación **UDO**	- Investigación aplicada. - Tesis de grado. **UDO**
	- Comunicación y lenguaje - Orientación I y II - Metodología estadística - Informática - Inglés I y II - Metodología de la investigación **LUZ**	- Investigación aplicada a enfermería - Trabajo de grado I, II y III. **LUZ**
	- Informática - Inglés **UC**	- Investigación en enfermería **UC**
	- Metodología estadística **ULA**	- Metodología de la investigación **ULA**
SOCIOHUMANÍSTICO	- Ética de enfermería - Sociología de la salud - Psicología **UDO**	
	- Psicología general - Sociedad y salud - Ética y bioética - Desarrollo y habilidades del pensamiento **LUZ**	
	- Psicología - Socio antropología **UC**	
	- Socio antropología **ULA**	
	- Introducción a la enfermería - Enfermería básica	- Educación para la salud - Salud materno infantil I y II - Enfermería medico quirúrgica I y II - Salud mental y psiquiatría

DISCIPLINAR ENFERMERÍA	**UDO**	- Administración en enfermería - Salud comunitaria I y II - Geriatría y gerontología - Concentración clínica **UDO**
	- Procedimientos básicos en enfermería - Práctica profesional I **LUZ**	- Educación para la salud - Enfermería en salud colectiva - Enfermería en salud reproductiva - Gerencia en salud y enfermería - Enfermería y salud del preescolar, escolar y adolescente - Enfermería y salud en el adulto I y II - Concentración clínica y práctica profesional II **LUZ**
DISCIPLINAR ENFERMERÍA	- Enfermería básica - Educación para la salud - Evolución y tendencias de enfermería - Fundamentos en salud comunitaria - Ética - Salud y desarrollo y social **UC**	- Cuidado a la mujer, niño y adolescente - Cuidados al adulto con alteración funcional - Práctica de cuidado I - Gerencia en salud y enfermería - Enfermería en salud comunitaria - Práctica de cuidado II - Cuidados del adulto mayor - Cuidados del adulto con alteración mental - Práctica profesional **UC**
	- Introducción a la enfermería - Enfermería básica **ULA**	- Clínica de enfermería en salud mental y psiquiatría - Clínica de enfermeria materna infantil - Clínica de enfermería pediátrica **ULA**
BIOMÉDICO	- Anatomía - Histología y embriología - Bioquímica - Fisiología - Nutrición - Fisiopatología - Microbiología - Parasitología - Farmacología - Epidemiología **UDO**	
	- Morfología - Bioquímica - Microbiología y parasitología - Fisiología - Epidemiología y Bioestadística - Farmacología Clínica **LUZ**	
	- Anatomía humana - Bioquímica - Fisiología - Nutrición - Microbiología - Parasitología	

	- Fisiopatología - Farmacología - Epidemiología - Bioestadística **UC**	
	- Anatomía - Fisiología - Bioquímica - Nutrición - Microbiología y parasicología - Fisiopatología - Farmacología - Epidemiología **ULA**	

Fuente: Elaboración propia a partir de las currícula analizadas

5.- La contrastación del Modelo PICTS con el Mapa Curricular se realizó mediante dos modalidades contrapuestas pero complementarias:

1) La modalidad de contrastación transversal del Modelo sobre la Malla reveló que en ninguno de los Ejes y/o Niveles se encuentran elementos constitutivos del Modelo.

2) La contrastación de cada uno de los componentes, definiciones y descriptores (Modelo PICTS) con cada uno de los Ejes y Niveles (Mapa Curricular) permitió descubrir lo que ilustra el siguiente cuadro:

CUADRO Nº 5 MODELO PICTS

COMPONENTES	DEFINICION	DESCRIPTORES
POLÍTICO-IDEOLÓGICO (CRITICO)	Se define como el componente que, orientando su acción hacia la transformación de la realidad, se proyecta hacia el dominio y desarrollo de informaciones referenciales, cognitivas y axiológicas sobre la realidad sociopolítica del país y la profesión en particular.	Filosofía. Ética y Política. Condicionantes sociales de la Enfermería. Salud y División Social del Trabajo. Marx y la salud. Políticas de salud en Venezuela. El modelo biomédico como constructo ideológico. Estudio critico de la historia de la Enfermería en Venezuela.
CIENTÍFICO-TECNOLÓGICO	Representa el dominio y desarrollo de informaciones referenciales, cognitivas, metodológicas, axiológicas y dialécticas sobre el modelo científico-tecnológico dominante y el modelo alternativo, así como sobre la relación entre los pares Ciencia-Tecnología/Salud- Enfermedad.	Concepción dialéctica vs. Concepción unitaria de la ciencia. La enfermería como ciencia. Avances científicos en Enfermería. Bioseguridad. Enfermería y sectarismos metodológicos. Bioética y Bioterrorismo. Nuevas tendencias científico-tecnológicas del cuidado.
SIMBÓLICO	Es el que favorece el dominio y desarrollo de estructuras de pensamiento formal que permiten la captación de Principios Generales de razonamiento, comprensión, heurística critica de las relaciones simbólicas y expresiones semiológicas que condicionan el reconocimiento y/estigmatización de la profesión.	Comunicación y Sistemas simbólicos. Elementos de Semiológica y Semiótica. Semiología y Enfermería. Espacios simbólicos de la relación Medicina-Enfermería. Sociedad de la información. Enfermería y medios en Venezuela. Lógica Simbólica. Clase, conciencia de clase, signo y profesión.

Fuente: Elaboración propia para específicos propósitos de la Tesis.

2.1) Respecto del Componente Político-Ideológico

2.1.1) No existe información referencial en torno a las políticas de salud contenidas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela;

2.1.2) No hay referencia sobre la relación campo profesional y políticas de desarrollo nacional, regional, estatal o local (comunidades);

2.1.3) Si bien hay programas de Historia de la Enfermería, estos lucen desprovistos de una visión crítica y de su condición de saber y profesión subordinada, colonizada, así como de la historia latinoamericana y venezolana de la enfermería;

2.1.4) Los pensa adolecen de asignaturas como Filosofía, Política, Políticas Publicas, Modelos de Salud y Formación de Enfermeras (desde las cuales se aborden las contradicciones profesionales en el entorno);

2.1.5) Luce sesgado el hecho de que, en una de las Escuelas, exista una asignatura de clara orientación teológica (*Antropología a la luz de la teología*);

2.1.6) Autores como Karl Marx, Pierre Bourdieu, Michel Foucault, entre otros de orientación materialista, no son considerados en los pensa como referencias.

2.2) Respecto del Componente Científico-Tecnológico:

2.2.1) No se encontró información referencial que indique la priorización o consideración, al menos, de contenidos sobre Avances Científico-Tecnológicos en Enfermería;

2.2.2) Ausencia de la concepción (CTS) Ciencia, Tecnología y Sociedad[13]

2.2.3) Se reveló dominancia del modelo biomédico que, no solo aparece con nitidez en los Ejes *Disciplinar* y *Biomédico* de la Malla, sino también - de manera directa o indirecta - en los dos restantes (Metodológico/Instrumental y Socio-

Humanístico). Luce tan marcado el modelo biomédico que pareciera que Enfermería solo puede ser entendida desde medicina;

2.2.4) No obstante que solo en una de las Escuelas (LUZ) existe la asignatura Bioética (como asignatura bidimensional *Ética y Bioética*) es de hacer notar que no se encontró información referencial sobre *Enfermería, Ciencia y Política*, o bien sobre *Ciencia, Tecnología y Salud*.

2.3) ***Respecto del Componente Simbólico***

2.3.1) Solo dos Escuelas (UDO y LUZ) contienen una asignatura como Lenguaje y Comunicación (con carácter instrumental);

2.3.2) No obstante que para la formación de médicos sus currícula incorpora asignaturas como Semiología (médica) luce contradictorio que, si el modelo prevalente en la formación de enfermeras sea el modelo biomédico, no haya información sobre Semiología y Semiótica en el currículo para formación de enfermeras;

2.3.3) Se verifica el poder del discurso médico al interior de enfermería puesto que, en algunas de las Escuelas estudiadas, se preservan denominaciones de asignaturas que revelan la hegemonía médica; tal es el caso de Enfermería Médica, también llamada hoy Enfermería Médico-Quirúrgica. En este sentido, como contracara del discurso hegemónico, incorporar denominaciones como *Cuidado del paciente Intervenido*, consideramos implicaría - semiótica, semiológica y

semánticamente – autonomía discursiva a la profesión en el entendido que sustituir significantes también revierte significados;

2.3.4) No se encuentran referentes sobre espacios simbólicos de la relación Enfermera-Médico, aunque ambos constituyen el llamado Equipo de Salud y es constatable, en la realidad social, los mecanismos de estigmatización mediática de la profesión enfermera; Autores como Luis Britto García, Ignacio Ramonet, Roland Barthes, Gilles Deleuze, Pierre Giraud, entre otros, no forman parte de los referentes en este importante campo de la formación de enfermeras.

De la misma manera pudo constatarse que:

a) Los pensa no están construidos desde una concepción dialéctica en la cual se establece una relación entre necesidades sociales y diseños curriculares (en el entendido que son las necesidades sociales las que deben imponer el currículo) sino desde la centralidad hegemónica de la profesión médica. Consideramos que dar paso a construcción colectiva del currículo, desde el ejercicio profesional en los distintos niveles y espacios de desempeño, así como las reales demandas sociales, constituyen los factores clave para la elaboración del currícula y una estrategia de práctica social que permite la participación directa en la realidad enfermera para la elaboración de teorías del cuidado, sin tutelas así como para la elaboración de políticas de salud que contribuyan al reposicionamiento de enfermería.

b) Los vacíos u omisiones temáticas en el currículo para formación de enfermeras constituyen mecanismos de sujeción, veto intelectual y expresión del

poder de la hegemonía médica, en términos de la permanencia del status quo sometido de ésta profesión.

c) Las currícula de las Escuelas de Enfermería lucen como de rígida organización, unidisciplinarias, con seriación obligatoria de cursos, horarios fijos; presentan, asimismo, un enfoque eminentemente bio-médico, en donde se privilegia la enfermedad y no la salud.

De lo anterior se desprende que en Enfermería existe un currículo expreso y uno oculto, de formación, subordinado al modelo médico, biologicista y curativo, puesto que se apuntala en una superioridad de la profesión hegemónica en el área de la salud, como expresión del contexto cultural de las clases dominantes. Asimismo, se observa que el lenguaje de la formación y las prácticas socio-profesionales son reveladores de relaciones de poder en términos de dominación/subordinación.

Para el caso que nos ocupa vemos como a través del currículo se preservan, reconfiguran y reproducen los esquemas de sujeción, las relaciones asimétricas de poder. Como demostración palpable de ello, la cartografía curricular realizada revela ausencias temáticas, prevalencia de un tipo de discurso, formas particulares en la concepción del currículo que revelan la condición de saber sometido de la enfermería.

Características del currículo vigente para formación de enfermeras:

1) El modelo médico (biologicista) está presente como soporte curricular ejerciendo un poder de violencia simbólica Bourdieu (1994) por lo cual el currículo no solo encubre discriminación social, sino que se da un proceso de legitimación e imposición del saber, metodologías, cultura y lenguaje de la profesión dominante (medicina), en menoscabo del saber, metodologías, cultura y lenguaje de la profesión dominada (enfermería) lo que garantiza la preservación de la estratificación social. Particularmente, estimamos que hasta que este modelo no cambie, hasta que no se desmitifique y desmonten los mecanismos nugatorios que alienan a nuestra profesión, no se creará conciencia de la verdadera identidad de la enfermera. Al respecto, luce clave la siguiente afirmación:

> *La mayoría de los bienes simbólicos utilizados en enfermería provienen del saber médico. Por lo que en enfermería ha privado la creencia de que las relaciones de fuerza simbólica presentes en la comunicación lingüística definen quién puede hablar, a quién y cómo; atribuyen valor y poder al lenguaje de unos y desprestigio al lenguaje de otros; imponen silencio a unos y el papel de portavoz a otros.* (Vega, 1996:3)

De la misma manera, este autor afirma que a la Escuela corresponde enseñar a los futuros profesionales para que adquieran:

> *Los instrumentos necesarios en la lucha contra la desigualdad en la distribución de esos privilegios. Le corresponde no solo enseñar tareas técnicas sino también políticas que expresan un compromiso de lucha contra las discriminaciones y las desigualdades sociales. O sea investigar para cuidar, cuidar para enseñar, enseñar para investigar, investigar para enseñar, enseñar para cuidar y cuidar para investigar" Asimismo,*

> *cabe señalar que al no formar conciencia, la escuela no fortalecía en el futuro profesional ese deseo de "intervenir en las luchas sociales, económicas y políticas de su tiempo"… No se forma para "expresar necesidades o demandas, defender intereses comunes, alcanzar determinados objetivos económicos, sociales o políticos, o influir de manera directa en los poderes públicos.* (Vega, 1996:4)

2) Los currícula son diseñados y reformados en una pendulación que oscila entre la Escuela Conservadora (Tradicional) y la Modernista o Desarrollista, por lo que la filosofía que les guía corresponde al orden de la contemplación y al mantenimiento del status quo y no a la transformación social.

3) Se identifica un currículo oculto de formación subordinado al modelo médico, por carecer enfermería de una identidad propia en su lenguaje de identificación de situaciones críticas. La filosofía de educación que le subyace, marca un currículo oculto donde se manifiesta "*una superioridad del contexto cultural de las clases dominantes en contraparte con la pobreza cultural del contexto en que viven las clases dominadas"* (Soares, 1989:13)

4) Se ha identificado una cuasi total prescindencia de la concepción Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS) tan vital e imprescindible en los currícula hoy sobre todo en América Latina. Habría que decir, que (CTS) es el acrónimo que identifica a un movimiento pedagógico que se propone la alfabetización científica y tecnológica tanto en el ámbito académico como de todas las personas, y propicia la participación democrática de la ciudadanía en la evaluación y toma de decisiones respecto a asuntos científicos y tecnológicos de interés social Acevedo et al (2003). Todo ello en

la búsqueda de aproximar la cultura humanista y la cultura científico-tecnológica, para avanzar en una visión más integradora y social de los problemas y en una necesaria reconceptualización del cuidado humano.

5) El currículo enfatiza lo instrumental y da lugar a una:

5.1) Visión descontextualizada y socialmente neutra que ignora las relaciones CTS;

5.2) Concepción individualista y elitista.

5.3) Concepción empiro-inductivista y ateórica.

5.4) Visión rígida, infalible seguidora acrítica del modelo médico.

5.5) Visión aproblemática y ahistórica.

5.6) Visión exclusivamente analítica centrada solo en una materia.

5.7) Visión acumulativa, de crecimiento lineal que ignora la evolución de los conocimientos científicos.

6) Las currícula no reflejan articulación alguna con dimensiones filosóficas, sociales, económicas, políticas y/o culturales del país, por lo cual lucen descontextuadas.

7) Se revela ausencia del conocimiento de frontera y distantes de disposiciones de orden constitucional y legal en lo que refiere al uso del conocimiento, la ciencia y la tecnología y por tanto de los componentes filosóficos y bioéticos.

En razón de lo anterior, luce imperativo e impostergable proponer una nueva concepción filosófica (transformadora y no contemplativa) que sirva de soporte al currículo así como, en virtud de la naturaleza y funciones de la enfermería, adherir al enfoque Ciencia Tecnología y Sociedad.

Por otra parte, la revisión de los Programas para formación de enfermeras permite concluir que en estos no existe la concepción dialéctica del proceso de enseñanza-aprendizaje, cuya lógica plantea varios principios Andreiev (1984) que sirven como fundamentos generales para concebir, de manera dialéctica, el proceso referido:

1.- Principio de la concatenación universal de los fenómenos.

2.- Principio del historicismo.

3.- Principio de la unidad de lo histórico y lo lógico.

4.- Principio de la ascensión de lo abstracto a lo concreto.

5.- Principio de la bifurcación de la unidad y conocimiento de las partes contradictorias del objeto.

6.- Principio de la unidad del análisis y la síntesis.

La unidad y lucha de contrarios constituye su ley más importante porque establece la fuente del desarrollo en la naturaleza y la sociedad; expresa que todos los fenómenos y procesos, objetivos y subjetivos, poseen aspectos y tendencias contradictorias que están en pugna entre sí, provocando el impulso interno al incremento de los contrastes por la extinción de lo viejo y el nacimiento de lo nuevo.

En este ámbito académico, no puede obviarse que ha habido un avance importante de Enfermería y en tal sentido, se puede constatar que desde 1967 existe un sostenido crecimiento académico de Enfermería partiendo de la consideración de que en Venezuela (de acuerdo con los Registros del CNU-OPSU 2003) existe un total de 163 Institutos de Educación Superior que incluyen cuarenta y seis (46) universidades veintidós (22) de las cuales son Oficiales y veinticuatro (24) son Privadas.

Es de hacer notar que, de las 22 Oficiales, diez (10) administran la carrera de Enfermería en el nivel de licenciatura [una de ellas, la UDO-Bolívar posee tres (3) Programas como Extensiones] lo que equivale a que en el 45,45% de las universidades oficiales se cursa la Licenciatura en Enfermería y que, desde una perspectiva comparativa histórica, en 1970, por ejemplo, solo existían dos (2) Escuelas de Enfermería.

Asimismo, tal incremento se evidencia en el hecho de que existe en Venezuela un total de 10 Institutos Universitarios de Tecnología que administran la

carrera de Técnico Superior en Enfermería y que uno de estos Institutos tiene ocho (8) Extensiones que poseen la carrera mencionada. En este mismo orden empírico-referencial no puede obviarse que cuatro (4) de las universidades oficiales que administran la Licenciatura en Enfermería (UC, UDO, LUZ y UNEFA) también poseen Programas de formación de Técnicos Superiores en Enfermería y que, además, la ultima señalada posee doce (12) Extensiones para formación de Técnicos Superiores en Enfermería.

De manera que, en términos cuantitativos, siendo que el total de Institutos de Educación Superior es de 163 y que en 36 de ellos existen cursos para formación de Licenciados (as) en Enfermería y Técnico Superior en Enfermería entonces, en el 22,08% de tales institutos se cursa la carrera de enfermería. Cabe acotar, en esta línea argumentativa, que la tendencia formativa en la carrera es hacia la formación en un solo nivel, el de licenciatura.

Como contracara, de lo anterior, existen en Venezuela nueve (9) universidades para la formación de médicos, lo que equivale a que en el 40,90% de las universidades oficiales se cursa medicina. No obstante, en atención al total de Institutos de Educación Superior, solo en el 5,54% de ellos se administra la carrera de medicina. Más recientemente, a partir del 5 octubre de 2005 se dio inicio al Programa de Medicina Integral Comunitaria que tiene como sede la Universidad Bolivariana de Venezuela. La tendencia en este sentido es hacia la creación de 187

Núcleos Docentes del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria adicionales. (Chávez, H., 2009).

En este ámbito académico, como vemos, no puede obviarse que ha habido un avance importante de Enfermería no solo en el nivel del llamado Pregrado, sino que se puede constatar que desde 1967 existe un sostenido crecimiento académico de las Escuelas Universitarias que exhiben hoy veinticinco (25) Programas de Postgrado, aunque solo once (11) aparecen registrados en el Consejo Consultivo Nacional de Postgrado-Consejo Nacional de Universidades (CCNP-CNU); los veinticinco programas se distribuyen así: trece (13) especializaciones, once (11) maestrías y un (01) doctorado; de la misma manera habría que mencionar siete (7) diplomados en la UNEFA. Sin embargo, de acuerdo al mismo registro nacional mencionado CCNP-CNU, medicina posee setenta y cuatro (74) programas de postgrado.

Este crecimiento académico importante en el plano de los programas de postgrado, como resultado de lo que pudiera considerarse acertadas políticas académicas de algunas Escuelas de Enfermería, como es el caso de la Universidad de Carabobo, presenta contradictoriamente, una magra política de publicaciones, toda vez que no existen registros de Revistas de Enfermería - como plataforma editorial autónoma - que permita superar la contradicción señalada y, de la misma manera, la sujeción al colonialismo intelectual que impone la hegemonía médica

por distintas vías, siendo el control de los espacios de publicación científica uno de ellos.

De acuerdo con el Registro de Revistas Científicas del Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología (FONACIT) del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias de Venezuela, de las 137 Revistas Registradas, para los meses de Junio-Julio 2008, (Base Alejandría) veinticuatro (24) corresponden a la categoría Salud en General y 17 a Medicina específicamente, para un total de 41; sin embargo, ninguna de ellas corresponde a Enfermería. Sobre este tema se expresó uno de los médicos entrevistados, de la siguiente manera:

> *"Las responsables de eso son las mismas enfermeras que no han luchado por sus espacios por una revista, por hacer congresos, entonces porque con todos esos trabajos de investigación, porque no se publican porque no tienen su journal, porque no tienen su revista. Esa tendencia tienen que revertirla, fíjate bien nosotros… la sexología siempre fue asociada con la psiquiatría hasta el año 85 que nosotros dijimos esas son dos cosas distintas y nos hemos ido separando más y más y ahora somos una especialidad aparte. Yo creo que ustedes necesitarían mucha más publicidad, planes"* **(Entrevistado Número 7)**

Esta **Valoración Negativa de los Otros**, en el Análisis Crítico del Discurso, refleja una falta de fuerza interna de enfermería frente a medicina que es percibida por los médicos y ellos, a su vez, manifiestan un sentimiento de superioridad frente a enfermería. En cambio las enfermeras entrevistadas, se refieren al mismo tema en los siguientes términos:

"Bueno, yo pienso que…no se ha tomado el interés porque de verdad que siendo… en este momento pienso no lo había analizado de esa manera, no lo había pensado y es cierto lo que tu estas diciendo es cierto pero debe ser…falta de interés porque la enfermera actualmente participa en muchas convenciones en congresos pero de verdad que no se ha visto esa idea así de salir en un periódico de enfermería que debería salir"."Pero si nosotros nos lo proponemos lo conseguimos, podemos buscar los patrocinantes. Yo creo que hay como timidez de nosotras y también es lo mismo que nos agotamos tanto en nuestro trabajo, en nuestras casas, no salimos, no hay tiempo para eso". **(Entrevistada Número 5)**

"*Creo que hay que comprometerse"*. **(Entrevistada Número 3)**

"*Es por la misma inseguridad profesional"*. **(Entrevistada Número 2)**

El Análisis Crítico de Discurso, en este caso, hace visible, por un lado, desconocimiento de la importancia que reviste la publicación de los trabajos de investigación para el fortalecimiento académico de la disciplina de enfermería. Como contracara, para el médico la publicación de sus investigaciones (papers) es fundamental porque eso les permite medir su producción científica y ser reconocidos dentro y fuera del país como una profesión de prestigio y credibilidad.

Para enfermería superar el colonialismo intelectual y la visión biologicista de la enfermería, que induce a publicar en revistas médicas o de otro tipo por carecer de revistas propias, puede implicar tiempo y esfuerzo, pero es imprescindible hacerlo para progresivamente superar las asimétricas relaciones de poder.

No cabe duda que la formación de postgrado, fundamentalmente en el nivel doctoral, debe contribuir al fortalecimiento de enfermería en lo que refiere a su configuración como ciencia, al reconocimiento social y a su participación política real y efectiva en los Ápices Estratégicos de los poderes públicos. Sin embargo, tales titulaciones no constituyen condición suficiente y necesaria para acceder a espacios de poder.

Al interior de las universidades, por ejemplo, en las cuales se tejen redes políticas que establecen ciertas pautas de acceso al poder, a espacios del gobierno y co-gobierno universitario, donde si bien todos los docentes, tienen el derecho a elegir y ser elegidos como autoridad, cabe preguntarse si todos tienen las mismas posibilidades o están reservadas a unas élite como lo expresan los teóricos de la meritocracia Gaetano Mosca, Wilfredo Pareto, Wright Mills y Robert Michels quienes afirman que en toda sociedad (y por extensión en todo espacio relacional) hay unos que mandan, gobiernan y dirigen (la minoría) y otros (los más) que obedecen y son gobernados.

Así vemos que unas profesiones están por encima de otras a la hora de las postulaciones para las elecciones de autoridades universitarias, sin embargo, aunque se concluya en el predominio de ciertas profesiones sobre otras en el campo del poder político de las universidades autónomas, no hay que olvidar la influencia cultural de la tradición profesional para decidir quienes son los elegibles, pues si bien

Enfermería ha tenido cambios sustanciales en su formación y ha logrado el quinto nivel académico, cambiar el imaginario colectivo con respecto a las aptitudes, la capacidad, el conocimiento o el desenvolvimiento de enfermería como autoridad universitaria no es tarea fácil, cabría plantearse entonces lo que Marx considera fundamental, que es la práctica y no otra cosa la que hace la conciencia y así, luchar para que enfermería logre su espacio.

Volviendo a lo anterior, en términos dialécticos, situaciones como ésta, constituyen ampliación del campo de lucha entre dos profesiones que se antagonizan y se complementan. Sin embargo, en ninguna de las Universidades ha habido participación significativa de Enfermería en lo que se definió como el Ápice Estratégico, es decir, en los espacios de decisión política real que no ilusoria o mediatizada de las universidades, como autoridades rectorales. Como contrapartida se ha podido verificar que, al menos en las llamadas universidades autónomas (Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad de Los Andes (ULA), Universidad de Carabobo (UC), La Universidad del Zulia (LUZ), Universidad de Oriente (UDO) en las cuales el ascenso a los cargos de autoridad rectoral opera por la vía de elección y no de designación, son numerosos los casos en que los cargos de Rector, Vicerrectores o Secretarios son y han sido ocupados por médicos.

Sin embargo, no existe registro sobre la participación de Lic. en Enfermería como candidatos o candidatas a tales cargos en tales Universidades. De la misma

manera, los cargos de Decano o Decana no han sido ocupados por Lic. en Enfermería, pero si históricamente por médicos en las Facultades o Escuelas de Ciencias de la Salud y/medicina, a las cuales están adscritas las Escuelas de Enfermería.

Un caso particular de avance o aprontes significativos y necesarios aunque no suficientes, en el campo de lucha de contrarios, en el terreno dialéctico, lo constituye la Escuela de Enfermería de la Universidad de Carabobo en la cual ha habido participación de Lic. en Enfermería, formalmente, en el Consejo de Facultad correspondiente, no en la condición de Directores de Escuela, puesto que estos son miembros natos, sino como representantes profesorales o bien como representantes de los egresados y en el Consejo de Apelaciones, así como aspirantes al Decanato de Ciencias de la Salud.

En este orden de ideas, observamos que tampoco se ha desprendido de la Facultad de Ciencias de la Salud una Facultad de Enfermería, como si ha ocurrido con la Facultad de Odontología en la Universidad de Carabobo, Universidad Central de Venezuela, La Universidad del Zulia y la Universidad de los Andes. Al respecto, uno de los médicos entrevistados ante la pregunta, ¿Por qué cree usted que no existe una Facultad de Enfermería?, opinó lo siguiente:

> *"Bueno yo no creo que se justifique una Facultad de Enfermería, porque debería existir una Facultad de Ciencias la Salud y varias Escuelas e inclusive psicología porque no se justifica que pertenezca a la Facultad*

de Humanidades. Esos son conceptos sin sentido". **(Entrevistado Número 7)**

Aquí se hace una **Valoración Negativa del Otro** (de acuerdo con las unidades de Análisis Crítico del Discurso) y se observa que no es discutible que pueda haber Facultad de Medicina, pero no se justifica, no se admite una Facultad de Enfermería. Esta afirmación nos habla de la profunda discriminación socio profesional y, consecuencialmente, política que impone la hegemonía médica.

Otro de los aspectos que luce importante destacar, son las contradicciones de clase entre ambas profesiones en los procesos diferenciales de selección de nuestras universidades llamadas autónomas, populares y democráticas.

En Venezuela, las Escuelas de Enfermería, en contraposición a las Escuelas de Medicina, albergan los estudiantes de más bajos recursos, de acuerdo con los parámetros utilizados por entes oficiales para los mecanismos de selección e ingreso de estudiantes a las universidades. Existe diferenciación en el promedio requerido para ingresar a las diversas carreras de salud (los estudiantes de enfermería requieren menor promedio que los de medicina para ingresar), cuestión ésta que se ha intentado cambiar desde organismo oficiales como la Oficina de Planificación del Sector Universitario (OPSU), sin mayores éxitos por las resistencias de clase y oposición política al interior de estas universidades.

En términos de contradicciones de clase, nuestras universidades están cooptadas por las clases dominantes, no obstante los esfuerzos realizados mediante la creación de

nuevas universidades populares y las llamadas Aldeas Universitarias así como nuevos Programas para formación de Enfermeras (a nivel técnico) y de médicos integrales para la atención popular.

Cabe señalar que las Universidades y la OPSU han establecido parámetros diferenciales de ingreso a las Escuelas de Enfermería y Medicina puesto que para la primera de las mencionadas se exige un promedio de 14-15 Puntos y un Índice Académico de 64, mientras que para Medicina el promedio exigido es de 18-19 y el índice Académico de 85, lo que evidencia asimetrías que desde el ámbito de la formación académica se transfieren como cultura de dominación/subordinación al ámbito laboral, al reconocimiento social y la participación política. Son estos mecanismos sutiles pero efectivos de alienación a través de dispositivos de sometimiento y domesticación como la currícula y el tratamiento diferencial según las condiciones de clase social.

Es importante destacar que hay en Venezuela Universidades (como es el caso de la Universidad de Carabobo) donde, para efectos de determinar la procedencia social de sus estudiantes, se utiliza un instrumento que responde a una estratificación previa compuesta por una escala de cinco (5) estratos: Alta, Media Alta, Media, Baja y Pobreza Crítica, tal como se observa en el (**Cuadro Nº 6**)

CUADRO Nº 6 ESTRATIFICACIÓN SOCIAL

ESTRATOS	CLASE
1	ALTA
2	MEDIA ALTA
3	MEDIA
4	MEDIA BAJA
5	POBREZA CRITICA

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Desarrollo estudiantil UC

Asimismo, el Instrumento para la Estratificación de la Población Venezolana contiene cinco (5) variables: 1) Instrucción del Responsable Económico; 2) Ocupación del Responsable Económico; 3) Conformación Familiar; 4) Condiciones Físico-Ambientales; 5) Relación de Ingresos y Egresos.

No obstante, es necesario señalar que en la Universidad de Carabobo, por ejemplo, la Media de su población estudiantil se ubica en el tercer estrato; sin embargo, en algunas carreras como es el caso de medicina u odontología, revelan una tendencia hacia los estratos 2 y 1.

En otras carreras como Enfermería, por ejemplo, la tendencia es totalmente inversa a la anterior puesto que la tendencia es hacia los estratos 4 y 5. En este sentido, trabajos como los de Fuenmayor Toro (2002) **A propósito de las iniquidades en el ingreso a la educación superior en Venezuela;** Fuenmayor Toro y Vidal (2001): **La admisión estudiantil a las universidades publicas venezolanas:**

causas de las inequidades; así como el de Morales Gil (2003): **La exclusión de los pobres de la educación superior venezolana,** constituyen referentes importantes para comprender la segmentación social en términos de contradicciones de clase en este ámbito.

CAPÍTULO IV

ARGUMENTACIONES SOBRE LAS CONTRADICTORIAS RELACIONES DE PODER EN EL ÁMBITO POLITICO

Definición de Ámbito Político

Este ámbito se define como aquellos espacios, fundamentalmente correspondientes al Poder Público de la estructura del Estado Venezolano, en cuyos Ápices Estratégicos y/o Tecno estructura (burocracia estatal) las enfermeras y médicos - en tanto que sujetos sociales y ciudadanos con igualdad de derechos sin discriminaciones por condición social o de otro orden, competencias profesionales y solvencia académica – ocupen o hayan ocupado los más altos cargos, por elección o designación; espacios estos en los cuales se diseñan, elaboran y/o toman decisiones políticas, incluidas las referidas a la salud.

Espacios Institucionales correspondientes al Ámbito Político

En la República Bolivariana de Venezuela la estructura del Estado, de acuerdo a lo establecido en la Constitución, está conformada por poderes pentapartitos. Así, el Poder Público está constituido por todas aquellas instituciones u órganos del

Gobierno con competencia a nivel Nacional, a saber: **Poder Legislativo** (Asamblea Nacional), **Poder Ejecutivo** (Presidente o Presidenta, Vicepresidente o Vicepresidenta), **Poder Judicial** (Tribunal Supremo de Justicia, Tribunales y Juzgados), **Poder Ciudadano** (Fiscalía General de la República, Contraloría General de la República y Defensoría del Pueblo) y **Poder Electoral** (Consejo Nacional Electoral).

Además del nivel nacional, existen otros niveles tales como: a) el **Poder Estadal** y b) el **Poder Municipal** que poseen una división similar a la del nivel nacional, cada una de éstas con las configuraciones requeridas en el nivel respectivo.

Cabe destacar, que en esta Tesis no se refiere a los logros o fracasos experimentados por **individualidades de nuestra profesión**, sino que se trata de indagar en torno a las **relaciones de poder** establecidas o existentes entre Enfermería-Medicina y su expresión en los ámbitos políticos que se corresponden con la definición operacional señalada. En este sentido, tales relaciones de poder se analizan en lo atinente a la participación de los Licenciadas (os) en Enfermería como funcionarios en los más altos cargos dentro de espacios de poder para toma de decisiones tales como: Asamblea Nacional, Ministerios (fundamentalmente el MPPS), Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Institutos Autónomos, Gobernaciones o Alcaldías.

SOBRE LAS CONTRASTACIONES TEÓRICO–EMPÍRICAS Y LAS ARGUMENTACIONES EN EL ÁMBITO POLÍTICO

Una Nota Liminar

Para el despliegue argumental en este ámbito se parte de la consideración que siendo lo esencial de la Tesis la temática del poder y que la noción de poder se articula al concepto de política, entonces este ámbito político adquiere carácter integrador, totalizante si se atiende al hecho de la relación entre Sociedad Civil, Estado y Participación Ciudadana.

Desde esta perspectiva este ámbito comprende todos y cada uno de los Supuestos guías de la tesis, con particular acento en los Supuestos Número 2, 4, 5 y 6, cuyos textos son como sigue**: Número 2:** *"La escasa participación de enfermería, en los más altos espacios de poder de la burocracia estatal o privada (incluidas la administración académica y la decisional en salud) luce desigual si se contrasta con la participación de medicina en los mismos espacios"***; Número 4:** *"Siendo la enfermería hoy una disciplina científica con un cuerpo de teorías, metodologías propias y titulaciones de IV y V nivel luce contradictoria su baja participación política en espacios de poder"***; Número 5: "***Factores como clase social, relaciones con los medios de producción y género, condicionan las asimétricas y contradictorias relaciones de poder entre enfermería y medicina";* **y, Número 6: "***La División Social del Trabajo (contradicción trabajo intelectual/trabajo manual) condiciona la división social de las profesiones en términos de profesiones*

dominantes y profesiones dominadas, como es el caso de medicina y enfermería respectivamente".

Por otra parte, es necesario señalar que en este ámbito, al igual que en los demás, se desarrolla la contraposición de posturas teóricas con referentes empíricos que sustentan la tesis. En este proceso, se mantienen como ejes conceptuales las categorías **clase social** y **contradicción**. Sin embargo, pese a la generalizada idea de suponer que la política surge y se ocupa de un conjunto de instituciones políticas formales - que en nuestra propia sociedad son las contenidas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, tales como la Asamblea Nacional, Gabinete Ministerial u otras instancias de poder nacional, regional o local - queremos aclarar que no siendo estas instituciones totalmente autónomas del resto de la vida social, consideramos entonces, que la política no está sustraída del todo social.

Es decir, se entiende aquí que la política – tanto en términos de programa práctico como cuerpo de análisis teórico - no puede estudiarse al margen de la sociedad y sus contradicciones. De manera que, para los efectos de afirmación de la tesis en este ámbito, se recurre a la concepción dialéctica-materialista de la política, así como a la definición de política en dos acepciones distintas pero complementarias:

> **a)** *Política es el proceso social mediante el cual los hombres o sus agrupaciones se distribuyen el poder, autoridad y recursos de modo que las decisiones alcanzadas poseen fuerza y entran en vigor dentro de un ámbito dado.* ***b)*** *Se entiende también por política la estrategia o línea de actuación que sigue un individuo o un grupo con respecto a algún objetivo.* (Giner y otros, 1998:583)

ARGUMENTACIONES SOBRE EL ÁMBITO POLÍTICO DESDE LA PERSPECTIVA FUNCIONALISTA

Max Weber: política, dominación racional y burocracia

Desde la postura antitética se apela a las tesis políticas de Weber para argumentar en torno a las relaciones de poder enfermería-medicina en lo atinente a su presencia o ausencia histórica en los espacios de decisión al interior de la estructura del Estado. Esta postura teórica no otorga importancia al concepto de clase social como factor condicionante de tales relaciones asimétricas, pues tal relación estaría sustentada y justificada, per se, en la dominación racional. Max Weber, al referirse al tipo de dominación racional (dominación legal por autoridad legítima con administración burocrática), afirma que se rige por reglas técnicas o normas y al respecto, explica cómo se lleva a efecto el proceso:

> *Su aplicación exige en ambos casos, para que se logre la racionalidad, una formación profesional. Normalmente* ***sólo participa en el cuadro administrativo de una asociación el calificado profesionalmente*** *para ello mediante pruebas realizadas con éxito; de modo que solo el que posea esas condiciones puede ser empleado como funcionario. Los "funcionarios" forman el cuadro administrativo típico de las asociaciones racionales, sean estas políticas, hierocráticas, económicas (especialmente capitalistas) o de otra clase.* (Weber, 2008, p.175). [Resaltado de la Tesista]

Asimismo, sostiene que es imprescindible elegir entre la ***burocratización*** y el ***diletantismo***[14] de la administración, y que el gran instrumento de la administración burocrática es el *saber profesional especializado.*

Por ello, según esta concepción, la administración burocrática implica dominación como una derivación del *saber,* y en consecuencia, se impone el reclutamiento de los más calificados *profesionalmente,* proceso éste que se supone formalmente igual para todos.

Sin embargo, tal postura asoma contradicciones no obstante la brillante diferenciación que realiza entre clases (distinción económica) y grupos de estatus (derivados de la consideración social, el prestigio o los honores) puesto que la realidad de las asimétricas relaciones que se estudian, como iremos viendo en las argumentaciones soportadas con referentes empíricos afirmativos de esta tesis, demuestran que el **saber profesional** y la cualificaciones académicas - por vía de las titulaciones que darían configuración a la burocracia y negarían, consecuencialmente, el diletantismo – no constituyen factores necesarios ni suficientes, así como tampoco condicionantes o determinantes para conformar la burocracia estatal. Más aún, señala Weber que las diferencias de educación son las barreras de casta del mundo actual, las barreras sociales más fuertes. En una de sus obras cumbre: ***Economía y sociedad,*** afirma.

> *Lo que fue en el pasado la prueba del linaje como base de paridad y legitimidad, allí donde la nobleza ha seguido siendo poderosa como base inclusive de la capacidad de ocupar un cargo oficial, lo es en la actualidad el diploma o título acreditativo*. (Weber, 2008, p. 750).

Como referente empírico podemos señalar que la encuesta aplicada (de la cual ya se ha hecho alusión ut supra) en cuanto a la pregunta *¿Considera usted que los médicos tienen más formación y capacidad que las enfermeras para ocupar altos*

cargos en la administración pública o privada?, el resultado fue el siguiente: el 55% respondió que los médicos no tienen más formación y capacidad que las enfermeras para ocupar altos cargos, lo cual indica que hay igualdad de condiciones - desde el punto de vista de la formación académica en las dos profesiones - en lo que refiere a las potencialidades para la ocupación de altos cargos.

De acuerdo con esta línea argumental antitética, la dominación ejercida de unos sobre otros, de médicos sobre enfermeras, en el ámbito político contenido en el aparato burocrático, no responde a un problema de clase social, sino a una necesidad derivada de unas ciertas racionalidades que darían a tal relación de dominación/subordinación un carácter **natural** e inmodificable históricamente. En cuanto a esto, afirma Weber:

> *Toda dominación sobre una pluralidad de hombres requiere de un modo normal…un cuadro administrativo…es decir, la probabilidad, en la que se puede confiar, de que se dará una actividad, dirigida a la ejecución de sus ordenaciones generales y mandatos concretos, por parte de un grupo de hombres cuya obediencia se espera. Este cuadro administrativo puede estar ligado a la obediencia…por la costumbre, de un modo puramente afectivo, por intereses materiales o por motivos ideales (con arreglo a valores). La naturaleza de estos motivos determina en gran medida el tipo de dominación. Motivos puramente materiales y racionales con arreglo a fines como vínculo entre el imperante y su cuadro implican aquí, como en todas partes, una relación relativamente frágil. En lo cotidiano domina la costumbre… Pero la costumbre y la situación de intereses, no menos que los motivos puramente afectivos y de valor (racionales con arreglo a valores), no pueden representar los fundamentos en que la dominación confía. Normalmente se les añade otro factor: la creencia en la legitimidad.* (Weber, 2008)

Así pues, las relaciones de dominación/subordinación médicos-enfermeras que encontramos en este ámbito al igual que en otros, están plena y naturalmente

legitimadas por la convicción (léase alienación) de los sometidos que su situación es absolutamente legítima. Ahora bien, para el caso que nos ocupa, de los tres tipos de dominación a que refiere Weber, hacemos énfasis en el primero (racional) sin que ello signifique ignorar la importancia de los otros dos (tradicional y carismático).

En el caso de la autoridad legal, se obedecen a las llamadas *ordenaciones impersonales* y objetivas legalmente estatuidas y las *personas por ellas designadas.* En el caso de la autoridad tradicional se obedece a la *persona* de acuerdo con la tradición y vinculado por ella (en su ámbito) por motivos de su supuesto altruismo. En el caso de la autoridad *carismática* se obedece al *caudillo* carismáticamente calificado por razones de confianza personal en la revelación, heroicidad o ejemplaridad, dentro del círculo en que la fe en su carisma tiene validez.

De manera que la dominación legal descansa en la eficacia de las siguientes ideas, interconectadas entre si:

a) Todo derecho, acordado o concedido puede ser estatuido de modo racional ya sea racional como arreglo con respecto a fines o con respecto a valores, incluso la combinación de ambas con la pretensión de ser respetado, por lo menos, por los miembros de la asociación; y también, regularmente por aquellas personas que dentro del ámbito de poder de la asociación (en las territoriales: dentro de su dominio territorial) realicen acciones sociales o entren en relaciones sociales declaradas importantes por la asociación;

b) Todo derecho según su esencia es un cosmos de *reglas* abstractas, por lo general estatuidas intencionalmente y que la administración supone el cuidado

racional de los intereses previstos por las ordenaciones de la asociación, dentro de los límites de las normas jurídicas y según principios señalables que tienen la aprobación o, por lo menos, carecen de la desaprobación de las ordenaciones de la asociación;

c) Que el que obedece sólo lo hace en cuanto miembro de la asociación y sólo obedece "al derecho".

Podemos observar que, de acuerdo a lo expuesto por Weber, el principio de *jerarquía administrativa*, o sea la ordenación de "autoridades" fijas en espacios de poder político requiere de una *formación profesional ,* por tanto, normalmente sólo participaría en el cuadro administrativo de la burocracia de la salud, el calificado profesionalmente de acuerdo con los criterios de la profesión hegemónica (medicina). De manera que sólo aquellos que posean las condiciones impuestas por la hegemonía pueden ser empleados como *funcionarios*. Así, los "funcionarios" forman el cuadro administrativo típico de las asociaciones racionales, sean éstas políticas, hierocráticas, económicas o de otra clase.

ARGUMENTACIONES SOBRE EL ÁMBITO POLÍTICO DESDE LA PERSPECTIVA ELITISTA

Las Teorías Elitistas-Competitivas. La Ley de Hierro de la Oligarquía

Gaetano Mosca, Vilfredo Pareto y Robert Michels - teóricos elitistas con cuyos planteamientos hemos venido contrastando nuestra tesis y quienes han sido también llamados neo-maquiavelistas[15] en la esfera de la ciencia política –

constituyen autores que en este nuevo ámbito revisten importancia antitética por cuanto, de acuerdo con Runciman citado por Caparrós (2008) sustituyeron el concepto materialista-dialéctico de "clase social" por los de "clase política", "oligarquía" o "élite", con lo cual se desplaza el foco de atención de la esfera económica a la esfera política. Sin embargo, consideramos que sus planteamientos carecen de las nociones necesarias y suficientes para dar cuenta de los procesos sociales evolutivos como lo son las relaciones de poder, incluidas las que tratamos en esta Tesis.

Es de hacer notar que esta postura fue, desde el punto de vista ideológico-político, una de las expresiones a través de las cuales se manifestó la *crisis de la idea del progreso indefinido*, y que, como hemos visto en ámbitos anteriores, adhieren a la concepción del *darwinismo social*, que establecía como objetivo la selección meritocrática mediante la lucha competitiva entre los individuos.

En esta perspectiva entonces - en las desiguales relaciones de poder entre enfermeras y médicos, en la esfera política y en razón de nuestra definición y espacios institucionales de análisis - bastaría con que las enfermeras tuviesen las condiciones mínimas de competitividad en términos de criterios meritocráticos como serían, por ejemplo, los títulos académicos que certifican y legitiman académicamente conocimientos para acceder a los cargos de poder que históricamente en la estructura del Estado venezolano han ostentado los médicos.

Sin embargo, los referentes empíricos encontrados mediante la aplicación de específicos instrumentos contradicen estas posturas y afirman la tesis de las desiguales relaciones de poder entre ambas profesiones. Al respecto, la opinión de un médico entrevistado expresa lo siguiente:

> *"Es posible que haya un factor como usted señala de hegemonía, yo creo que en los momentos actuales las personas que no quieren sobresalir que no quieren participar depende de ellos mismos".*
>
> *"…no es que hay una profesión dominante y una profesión dominada, sino más bien de que hay un equipo de trabajo y es un equipo de salud y todo equipo tiene que ser liderizado y si es liderizado, buscar la persona mas idónea para que liderice el equipo de salud, en este caso debería ser liderizado por un medico, pienso porque es la cabeza visible del área de salud y el médico es el que tiene la relación , el compromiso directo con el paciente"* **(Entrevistado Número 9)**

Aquí podemos ver que, según el Análisis Crítico del Discurso, hay una **Presentación Positiva del Nosotros frente al Ellos** y también encontramos una **Hipérbole de Cosas Negativas**; para este entrevistado (Nº 9) la enfermera no hace una acción paralela y en igualdad de condiciones, sino que él, como médico, tiene condiciones superiores para asumir el liderazgo.

Estas teorías, tanto en Mosca como en Pareto (quizás en menor grado en Michels) abogan por la minoría gobernante y se insertan en una concepción esencialmente desigualitaria, estática o cuanto más, cíclica, de la historia y la sociedad, con lo cual se niega toda posibilidad de transformaciones. Pareto, en su obra *Trattato di Sociología Generale* (1935), en el primer capítulo titulado

precisamente "Élite", afirma: *El ellos son la élite, el resto es la masa.* (Caparrós, 2008, p. 20)

Para nuestro caso, y desde esta óptica, la enorme influencia de los médicos en el aparato político en general y el de salud en particular estaría plenamente justificada e inalterable. Es, como vemos, una oligarquía profesional que coopta todos los espacios de realización política fundamentalmente los que tienen que ver con las políticas de salud.

Consideramos necesario señalar la obra principal de Robert Michels (1976): *"Los partidos políticos. Un estudio sociológico de las tendencias oligárquicas de la democracia moderna",* la cual contiene toda su argumentación sobre la imposibilidad de un funcionamiento auténticamente democrático de los partidos políticos de masas en las sociedades contemporáneas, por la vigencia en ellos de lo que denomina la *ley de hierro de la oligarquía*, que se concreta en la siguiente afirmación:

> *La ley sociológica fundamental, puede formularse más o menos así: la organización es lo que da origen a la dominación de los elegidos sobre los electores, de los mandatarios sobre los mandantes, de los delegados sobre los delegantes. Quien dice organización dice oligarquía.* (Michels, 1976:273)

ARGUMENTACIONES SOBRE EL ÁMBITO POLÍTICO DESDE LA PERSPECTIVA DIALÉCTICA

En el capítulo anterior se hizo el despliegue argumental, antitético, desde la perspectiva de los teóricos de las élites y de Max Weber, para quien la política es entendida fundamentalmente como, un asunto de heredades, meritocracia y de

racionalidades, contenidas en la burocracia, como determinantes de las distintas posiciones que médicos y enfermeras ocuparían dentro del ámbito político. Es notorio entonces que la categoría clase social, según esta postura, carece de significado explicativo de las relaciones asimétricas de poder entre ambas profesiones.

Tal postura, no obstante haberse rebatido parcialmente en la argumentación antitética, será confrontada en profundidad teórica y empíricamente mediante las argumentaciones sustentadoras de la tesis, en lo que respecta a este ámbito relacional, apelando a diversos teóricos del materialismo dialéctico tales como Karl Marx, Antonio Gramsci y Rosa Luxemburgo.

CONTRASTACION ARGUMENTATIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TEÓRICOS DIALÉCTICOS

Para el materialismo dialéctico la política se entiende, a diferencia de los teóricos antitéticos mencionados, como una actividad que no puede estudiarse aislada del resto de la sociedad. Es necesario señalar, que es costumbre en nuestro medio pensar que la política surge y se ocupa de un conjunto de instituciones políticas formales, que en nuestra propia sociedad son el Parlamento, el Gabinete, las elecciones, y que estas instituciones son relativamente autónomas del resto de la vida social. De allí que, por ejemplo, en enfermería la política es percibida y asumida como sustraída del todo social, cuando en realidad se trata de revelar la distribución del poder. Es importante destacar que el marxismo clásico contraviene la suposición

básica de los elitistas y de Weber de que hay un rasgo permanente y autónomo de la sociedad llamado política.

Asimismo, enfatiza que la política no se ocupa tanto de los derechos como del poder. Al respecto, Marx, citado por Alex Callínicos afirma:

> *La fuerza se ha representado como la base del derecho... si se toma el poder como la base del derecho... entonces el derecho, la ley, etc., son sólo el síntoma, la expresión de otras relaciones sobre las que descansa el poder.* (Callínicos, 2008, p.3)

Así mismo, Marx se refiere a la relación entre Sociedad Civil y Estado en cuanto a la participación; según su lógica, si el Estado existe sólo como estado político y la totalidad del Estado político es el poder legislativo, participar en el poder legislativo es participar en el Estado político. Por eso, ***"querer participar en el poder legislativo es aspirar a darse existencia política en su existencia real"***. (Marx 1980:168-169) [Resaltado de la Tesista]

Siendo así, entonces la tarea de la teoría política no es encontrar una justificación moral o jurídica para el ejercicio del poder político, sino entender los procesos sociales que generan y sostienen a las instituciones y prácticas políticas a través del descubrimiento de patrones causales.

Desde esta perspectiva, de un modo más específico, *"la política es la expresión más concentrada de la economía"* (Lenin, citado por Cademártori, 2007, p.3) por ello, las instituciones y luchas políticas surgen, y sólo pueden entenderse en el marco de los conflictos básicos del conjunto social y, como hemos visto en los ámbitos

tratados anteriormente, estos conflictos se generan en el nivel de lo que Marx llamó fuerzas productivas y relaciones de producción.

Al respecto, Callínicos (2008) señala que la opinión de Marx del conjunto social, queda expresada de la manera más sucinta, en estas famosas líneas escritas en 1859:

> *"En la producción social de su vida, los hombres entran en relaciones definidas que son indispensables e independientes de su voluntad, relaciones de producción que corresponden a una etapa definida del desarrollo de sus fuerzas productivas materiales. La suma total de estas relaciones de producción constituye la estructura económica de la sociedad, el verdadero fundamento del que surge una superestructura legal y política, y al que corresponden formas definidas de conciencia social. El modo de producción de la vida material condiciona el proceso vital social, político e intelectual en general. No es la conciencia de los hombres lo que determina su ser, sino al contrario, es su ser social lo que determina su conciencia"* (p.4)

A diferencia de la argumentación antitética - fundada en el carácter inmanente y permanente, como vimos, de la situación de dominación/subordinación - la concepción dialéctica permite plantear la interrogante ¿Qué implicaciones tienen las relaciones de producción y el concepto de clase para el análisis de las relaciones de poder medicina-enfermería en términos del estudio de la política? La respuesta estriba en que sólo pueden entenderse tales relaciones y su articulación con la política, en el contexto de un proceso de cambio histórico.

La explicación de Marx de las fuerzas productivas y las relaciones de producción es dinámica y estas dos categorías entran en conflicto y al hacerlo, las relaciones sociales se ven obligadas a transitar por un cambio:

> *Las relaciones sociales en las que producen los individuos, las relaciones sociales de producción y cambio, se transforman, con el cambio y desarrollo de los medios materiales de producción, las fuerzas productivas.* (Marx y Engels, 1975, citado por Callínicos, 2008, p.5)

Este conflicto entre fuerzas productivas y relaciones de producción encuentra su expresión en la lucha de clases. Las relaciones de dominación/subordinación médicos-enfermeras son expresión de las mismas relaciones de explotación de la producción que forman la base de cada sociedad de clase y obligan a la clase dominada a resistirse. De manera que, desde una perspectiva foucoultiana, si enfermería es entendida como profesión y saber sometido, entonces tal saber está obligado a resistirse a la dominación de la disciplina hegemónica en la esfera de la salud y ello es un asunto político. Como vemos, es necesario rastrear la política hasta su "base oculta" en la lucha de clases.

La superación de tal relación asimétrica demanda el concurso de otros conceptos de la dialéctica materialista para mejor argumentación del asunto tratado. De acuerdo con (González, 2000) uno de estos conceptos es el de la emancipación, al que Marx define como *"reabsorción del mundo humano, las situaciones y relaciones*

en el hombre mismo" (p.3). Es decir, el dominio por el hombre de las fuerzas sociales y naturales que lo rodean.

> *"El camino hacia ese fin sólo se lograría, reconociendo y organizando sus 'fuerzas propias' como fuerzas sociales y no separe más de sí esa fuerza social en forma de fuerza política. El problema de la emancipación es complejo y se da en múltiples esferas. Por ello considera que la emancipación política no es la forma completa y sin contradicciones de la emancipación humana"* (Marx 1978, citado por González, 200, p.3).

Por otra parte, en el marco de las posturas dialécticas, se puede interpretar de este análisis en la obra de los clásicos del marxismo, que la política debe rebasar sus límites y ser analizada de forma multilateral en su relación con otras formas de la actividad humana; más aún, debe verse a la política, como un medio para suprimir las condiciones económicas, culturales y sociales que frenan la emancipación de las enfermeras.

Es importante destacar que dentro de esta emancipación Marx, particularmente, le presta atención a dos aspectos importantes: el relacionado con la participación política y el de la desenajenación en los marcos de la actividad económica. Con respecto a la **participación** considera que, los asuntos del Estado, su actividad de deliberación y decisión constituyen un asunto real, de donde podemos argumentar que es positivo y normal que las enfermeras, en tanto que miembros del Estado tengan relación con el Estado como con algo suyo.

Esta lógica se relaciona con el concepto marxista de miembro del Estado *"ya que se considera que esto significa que es parte de él y que él los admite como parte*

suya”. (Marx, 1980, p.167) Como vemos, este concepto es importante porque ya la existencia social del individuo (enfermera) incluye "su participación real en el Estado"; por lo tanto, el vínculo con el Estado no es solo empírico sino una cualidad esencial, una "cualidad social".

En este sentido, es muy significativa la referencia a la participación consciente en esa actividad. *"Ser parte consciente de algo -dice- es asumir con conciencia una parte de ese algo, tomar parte consciente en dicho algo. Sin esta conciencia, el miembro del Estado sería un animal”*. (Marx 1980:167).

En este contexto argumental, no puede soslayarse el tema de la representatividad por cuanto, para nuestro argumento, reviste gran importancia la relación de este concepto con el referido al del **poder de una clase**. En este sentido la sentencia de Marx es muy orientadora cuando señala que:

> *Sólo en nombre de los derechos generales de la sociedad puede reclamar una clase específica para sí el poder general. Para conquistar esta posición emancipatoria y con ella la explotación política de todos los ámbitos de la sociedad en provecho del suyo propio, no basta con poseer energía revolucionaria y estar convencido del propio valer.* (Marx, citado por González, 2000, p.4)

Por otra parte, para Gramsci, otro de los teóricos dialécticos, el significado más concreto de política y democracia era el que lo conectaba con el de hegemonía, por cuanto:

> *En el sistema hegemónico, existe democracia entre el grupo dirigente y los grupos dirigidos, en la medida en que (el desarrollo de la economía y por lo tanto) la legislación (que expresa tal desarrollo) favorece el paso (molecular) de los grupos dirigidos al grupo dirigente.* (Gramsci, 1984, p. 313)

De la misma manera, y en la misma línea argumental afirmativa de la tesis en cuanto que la relación asimétrica no es permanente sino transformable, habría que decir que los postulados de Rosa Luxemburgo (1977, 1978) resultan importantes porque ella concebía que la "liberación final" dependía de *"una crítica y autocrítica despiadadas*", aprendiendo de sus *"propios errores, pues la autoeducación es "la escuela viva de la política*". (Geras, 1994:83-95). Esta teórica le concedió un enorme sentido a las libertades democráticas al afirmar que *"...la libertad es siempre únicamente libertad para quien piensa de modo distinto"*. (Luxemburgo, citada por Mandel, 1974:165)

Con respecto a la autocrítica como clave de la liberación final, al decir de Rosa Luxemburgo, la opinión de una enfermera entrevistada, resulta ilustrativa de la necesidad de superar las expectativas liberadoras fundadas en idealismos para centrarlas en la descarnada realidad sociopolítica de enfermería:

> *"Nosotras las enfermeras somos luchadoras, excelentes profesionales, excelentes gerentes, lo somos, pero yo creo que estamos dormidas todavía, estamos esperando a alguien, si yo pienso que en enfermería estamos esperando a alguien que nos lleve porque hay descontento. Tenemos un sueldo muy bajo, hace poco yo hice una propuesta porque resulta que todo nuestro tiempo se va en trabajar en dos partes o en tres o en cuatro lugares, entonces nos quedamos como dormidas no pensamos en que vamos a promover, yo creo que estamos esperando a alguien".* **(Entrevistada Número 5).**

El discurso expresa contradicciones, mientras que por un lado habla de la fuerza de los profesionales de enfermería se contradice al expresar que estamos dormidos esperando un Mesías, lo que revela un contraste/oposición interno de la enfermería, es posible que sea necesario abrir el debate para desde adentro hacer una crítica profunda que promueva los cambios internos necesarios de los que habla Luxemburgo.

LA DIALÉCTICA ENTRE BUROCRACIA Y POLÍTICA: ALGUNOS REFERENTES EMPÍRICOS DE LAS ASIMÉTRICAS RELACIONES DE PODER EN LA ESFERA POLÍTICA DE LA SALUD

El área de la salud es, en Venezuela, un espacio de profundas contradicciones que, no obstante las abrumadoras evidencias al respecto, no han formado parte de las preocupaciones institucionales ni de las agendas de investigación académica que esquivan, las ineludibles connotaciones políticas e incluso, ideológicas que contextúan, configuran, modelan y determinan las relaciones sociales, en cuanto que relaciones de poder, entre los dos actores de las disciplinas objeto de este estudio.

El término política, en el contexto de enfermería, ha adquirido una carga negativa que fuerza a su exclusión del discurso y de la práctica enfermera como un mecanismo que sustrae de la realidad y garantiza – en buena medida - el histórico esquema de sujeción, de dominación/subordinación que ha caracterizado la relación médico-enfermera.

Así vemos que, la palabra política no forma parte de los intereses de enfermería e incluso algunos actores políticos del sector médico refuerzan, engañosamente, esta concepción mediante un discurso que demagógicamente (en la acepción de manipulación) pretenden hacer ver que política y salud son conceptos excluyentes. Al respecto, un médico entrevistado sostiene lo siguiente:

> *"Yo te diría que el liderazgo de enfermería debe definir dos o tres campos de lucha que vaya mas allá del asunto político, me acuerdo ahorita un poco lo de Toledo, los socialdemócratas españoles se unieron con los social cristianos hicieron un pacto en la ciudad de Toledo, dijeron sacamos del tema político la salud , la salud no es tema político y podemos encontrar un sistema, esto y lo otro, que se está demostrando que en el ejercicio del crecimiento ha tenido un sistema, yo creo que ustedes deberían hacer lo mismo, todas las enfermeras y enfermeros van a estar de acuerdo en defender tres o cuatro cosas por la lucha, sin meterse en las cuestiones políticas."* **(Entrevistado Número 7)**

Su discurso revela que a enfermería no le conviene entrar en cuestiones políticas, posiblemente porque como fuerza mayoritaria dentro del área de la salud, podemos constituirnos, según el Análisis Crítico del Discurso en una Extensión de la Diferencia hacia la Amenaza, para sus intereses.

Sin embargo, la realidad nos dice que no es posible separar política y salud; de manera que si ambas son inseparables, si la distribución de la salud está indisolublemente unida al poder y el poder implica dominación, entonces la pregunta clave sería saber quién y cómo controla que, ¿Quién toma las decisiones políticas fundamentales? ¿Quién maneja el poder en las grandes empresas, los gobiernos y las instituciones influyentes? ¿Cómo inciden las empresas bio-tecno-químico-farmacéuticas en las políticas de salud de muchos países? ¿La relación que se

establece entre médicos y tales empresas para control político del asunto salud, también las establecen los profesionales de la enfermería? ¿Puede suponerse, sin que medien manipulaciones, que salud y política son como líneas paralelas, es decir, no tienen puntos en común? La realidad revela que los médicos, quienes adhieren a esta postura, no intentan otra cosa (como en la entrevista señalada) que mantener distante a enfermería de los asuntos políticos que, de fondo, rodean a la salud. Más aún, como contracara de los que separan salud y política habría que señalar que, por ejemplo, uno de los hombres con significativo legado médico social como el Dr. Rudolf Virchow (1848) quien en su Informe conocido como **Reporte sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia,** realizado en 1848, sostuvo que *"La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en gran escala"*. Al respecto veamos, lo que afirman (Benach y Muntaner, 2005):

> *Las cosas no han cambiado sustancialmente desde los tiempos de Virchow. Durante las últimas décadas, la teoría de la producción social de la enfermedad y, más recientemente, la teoría eco-social de la salud, han mostrado que para entender el estafo de salud y el tipo de atención sanitaria que posee una población determinada, es necesario entender la cuestión del poder. Un simple ejemplo es revelador: ¿Es posible entender la baja esperanza de vida al nacer o la escasez de recursos sanitarios para tratar a los niños de muchos países pobres sin analizar la distribución del poder económico y político existente en esas sociedades?* (Benach y Muntaner, 2005:95-96)

Lo realmente existente, en tales relaciones de poder dentro del ámbito político, no puede analizarse solo en abstracto por cuanto las realidades sociopolíticas configuran lo relacional. Por ello, se hace necesario tener una visión amplia de las

estructuras de poder del Estado Venezolano el cual está conformado, de acuerdo con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, por cinco (5) Poderes.

En este sentido, habría que decir que, no obstante el contenido de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela , en lo que refiere a los principios de igualdad y no discriminación en ninguna de sus formas, los espacios institucionales analizados en esta Tesis, revelan que a pesar de estar la sociedad venezolana inmersa en un proceso de cambios que se han dado en llamar revolucionarios y en el cual se han puesto en práctica nuevas políticas de salud, es claramente constatable la permanencia de discriminaciones en la distribución del poder en tales espacios que permanecen (incluso en instancias decisorias en políticas de salud) hegemonizado por la disciplina o profesión hegemónica en el área de la salud, en una palmaria demostración de que es la racionalidad burocrática weberiana (entendida en su acepción de dominación racional-legal) la que continúa predominando en el aparato del Estado.

Esta racionalidad es una condicionante nada desestimable por cuanto - articulada ésta con la dominación tradicional - constituye expresión de que la profesión que per se, confiere racionalidad burocrática fundamentalmente en las instancias de poder referidas a la salud, es la medicina y en ningún caso, la enfermería.

Como referente empírico de lo argumentado habría que decir que se han logrado hallazgos en cuanto a situaciones contradictorias, tales como el hecho de que uno de los más graves problemas que exhibe la enfermería académica en Venezuela

es que muchas veces, por falta de conocimiento, o incluso deliberadamente, se evade o se hacen esfuerzos por negar las evidencias; posiblemente, como una de las expresiones de la llamada Dialéctica de la Negación o quizás mejor, Negación de la Evidencia.

Pareciera que Enfermería vive aferrada a los modelos cristalizados de pensamiento, es decir al pensamiento único impuesto por el modelo médico. Desde esta perspectiva, en Enfermería se limitan a conocer los hechos, pero ignorando las relaciones entre ellos.

Por eso, en esta investigación, los constructos a través de los cuales se analizan los fenómenos de la realidad, se presentan como un marco de referencia para la interpretación, en una relación dialéctica con los referentes empíricos del objeto de estudio. No obstante lo señalado, es necesario apuntar que esa negación es interesante para nuestros propósitos puesto que, es contradictoria y ya sabemos, según hemos visto, que dialécticamente vamos avanzando a través de negaciones y es así como se logra constituir el todo de la tesis con un movimiento que es producto de sucesivas negaciones, ya que la contradicción es la raíz y vitalidad de todo movimiento.

En este mismo orden de ideas, entendiendo - definitivamente - que no se trata de estudiar las individualidades sino las totalidades concretas puesto que uno de los rasgos distintivos del materialismo dialéctico es el abordaje de **Totalidades Concretas** y no singularidades. Es decir, no es significativo en esta perspectiva el hecho de que una enfermera haya estado ocupando un cargo determinado que confiere

ilusorio poder, si el mismo no existe en la estructura formal con unas funciones que denotan y connotan poder, con un impacto intracorporativo o extracorporativo que permita establecer o inferir en el peor de los casos, un equilibrio aunque fuese relativo entre las dos profesiones antagónicas y complementarias de acuerdo con la configuración relacional de ambas en el contexto de la División Internacional del Trabajo; o bien que este cargo o cargos hayan sido eliminados por razones de reconfiguración política lo cual revelaría un problema de recomposición de fuerzas, y ello implica una relación de poder.

De la misma manera, no resulta significativo el hecho de que un enfermero o enfermera ocupe o haya ocupado algún cargo en los espacios del poder publico, de manera singular, sino la expresión de estos funcionarios en términos de una profesión que, de manera orgánica, constituya una fuerza como clase popular en ascenso que se contrapone a la hegemonía existente en los ámbitos del poder publico nacional.

LAS INSTITUCIONES DEL PODER PÚBLICO COMO ÁMBITO POLÍTICO DE ASIMÉTRICAS RELACIONES DE PODER ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS

Partiendo de la definición de política adoptada (ut supra) *"Política es el proceso social mediante el cual los hombres o sus agrupaciones se distribuyen el poder….."* y siendo que metodológicamente se han precisado espacios institucionales para el

análisis dialéctico, se hace imprescindible, afirmar la tesis mediante los referentes empíricos correspondientes a las distintas instituciones y órganos de gobierno que conforman el Poder Público y que, en este específico ámbito relacional, sirven de afinamiento al proceso argumental que se desarrolla. Cabe acotar, asimismo, que el Poder Público está definido en el Artículo 136 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y, expresamente establece: Artículo 136.- *El Poder Público se distribuye entre el Poder Municipal, el Poder Estadal y el Poder Nacional. El Poder Público Nacional se divide en Legislativo, Ejecutivo, Judicial, Ciudadano y Electoral.* (**Cuadro Nº 7**)

Cada una de las ramas del Poder Público tiene sus funciones propias, pero los órganos a los que incumbe su ejercicio colaborarán entre sí en la realización de los fines del Estado.

CUADRO Nº 7 PODERES PUBLICOS



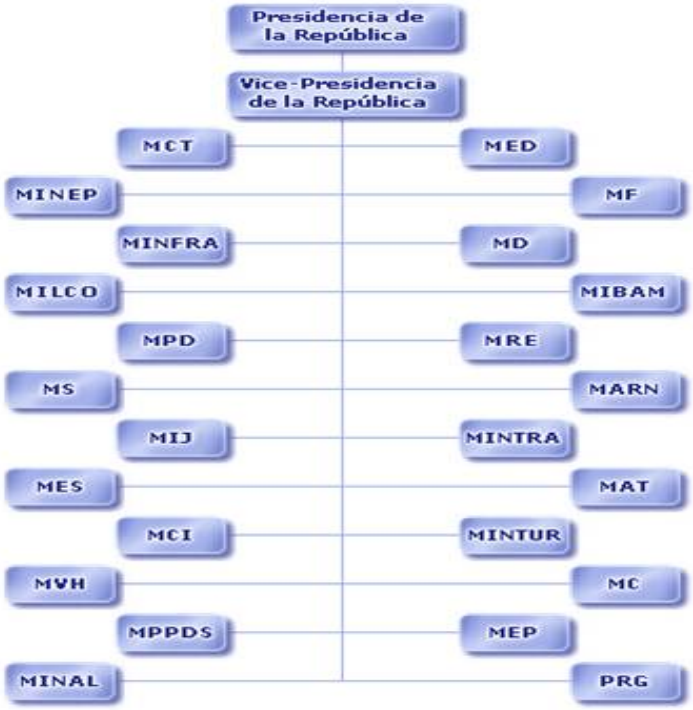
Fuente: Elaboración propia a partir de la Constitución 1999

En el entendido que el Poder Público está constituido, por los Poderes señalados en el artículo antes citado se argumenta, a continuación en torno al Poder Ejecutivo (Cuadro Nº 7) que es ejercido por el Presidente o Presidenta de la República, Vicepresidente o Vicepresidenta Ejecutivo, Ministros o Ministras y demás funcionarios, como puede observarse en el siguiente diagrama.

Las Asimetrías Relacionales Medicina-Enfermería en el Poder Ejecutivo Nacional

Se prioriza el tratamiento argumental con el Poder Ejecutivo en razón de que es en éste donde residen espacios de poder que, como el Ministerio del Poder Popular para la Salud, constituyen "lugares naturales" para el funcionariado político de médicos y enfermeras, lo cual, evidentemente, no obsta el funcionariado en otros lugares del precitado poder.

CUADRO Nº 8 ESTRUCTURA DEL ESTADO



Fuente: www.gobiernoenlinea.ve/venezuela/estructura.html

El Ministerio del Poder Popular para la Salud:

Espacio Político de Históricas Contradicciones, Médicos–Enfermeras

En 1936 nace el Ministerio de Salud y Asistencia Social como una necesidad económica para darle respuesta al recién iniciado proceso de desarrollo de la industria petrolera que nos imponía la erradicación de un conjunto de flagelos que fustigaban la salud de los venezolanos, para poder recibir a las compañías extranjeras. Sin embargo,

habría que decir que en el período republicano, previo a la fecha señalada, la salud no estuvo vinculada al concepto de Estado, sino en realidad asociada a la cultura popular, la medicina tradicional y a lo que pudiéramos conceptualizar como el desarrollo de los diferentes imaginarios y nociones que, los sectores populares, tenían en cuanto al problema de la salud y la enfermedad.

De manera que es a partir de 1936, y hasta aproximadamente 1961, cuando de alguna manera se articula el asunto salud al Estado tutelado por las grandes corporaciones petroleras. Fue ésta, sin duda, una época en la que se libraron grandes batallas contra epidemias y endemias de gran magnitud; se construyeron infraestructuras hospitalarias a lo largo y ancho del territorio nacional y se desarrolló un sentido de pertenencia entre los trabajadores del equipo de salud. No obstante que el mencionado Ministerio respondía a los intereses de un nuevo sistema económico impuesto, que implicó una fuerte dependencia tecnológica y programática, en términos de política en salud, no puede negarse que sentó las bases de lo que hoy tenemos.

Se ha precisado 1961 como un hito histórico-político por cuanto fue éste un momento en el cual el modelo político se hace más fuertemente funcional al modelo de desarrollo exógeno y en el que el nuevo componente político partidista se impuso, progresivamente, dentro de las instituciones, desarrollándose una conducta clientelar que fue determinando la composición y las decisiones del Ministerio de Sanidad y

Asistencia Social. No puede obviarse, en este análisis, que la Constitución de 1961, en lo que a salud se refiere, estaba concebida para tratar la enfermedad y, a lo sumo, para establecer algunas políticas de prevención.

Un rasgo definitorio de este momento histórico-político lo constituye el hecho de que, como efecto de la imposición del modelo individual curativo, se comienzan a deteriorar los programas preventivos y a establecerse criterios de administración burocrática sin previsión económica, aumenta nuestra dependencia tecnológica y comienzan a multiplicarse los entes públicos dispensadores de salud, al margen del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Paralelo a este proceso, surgen unos gremios y sindicatos que anteponen la defensa de los intereses de sus agremiados al problema de salud de la población. De la misma manera, las universidades adoptan la estrategia de formar médicos exclusivamente para el ejercicio privado de la profesión; se produce un notable desbalance progresivo entre el alcance de las políticas públicas de salud y la construcción de un aparato privado de salud que, en este momento, tenía más capacidad resolutiva que el aparato de Estado. El aumento de la burocracia en el Ministerio, determina la contracción severa del servicio público de salud en nuestro país, agrava el debilitamiento del aparato del Estado y se acentúan las diferencias de clase que se expresarán en una mayor segmentación de los componentes del equipo de

salud con lo cual se fortalece la hegemonía médica mediante el control absoluto de los espacios políticos referidos a la salud.

Por otra parte, a partir de 1998 se inicia un nuevo proceso político en Venezuela cuyo proyecto se plasma en una nueva Constitución en la cual se introduce una concepción de la salud radicalmente diferente a la contenida en la Constitución de 1961 y que, en razón de su carácter inclusivo y no discriminatorio en ningún orden, permitía suponer la superación de relaciones asimétricas de poder al interior de los espacios de la estructura del Estado, tal como lo es el nuevo Ministerio para la Salud y el Desarrollo Social más recientemente conocido como el Ministerio del Poder Popular para la Salud, cuyos rasgos definitorios son, de acuerdo al (Portal MPPS) los siguientes:

"*El Ministerio del Poder Popular para la Salud, continúa un proceso político hacia el desarrollo de una nueva direccionalidad en las políticas sociales del Estado venezolano, en plena correspondencia con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, los Lineamientos Generales del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001-2007 y el Plan Estratégico 2007-2013 del Ministerio.* [16]

Las principales finalidades políticas apuntan hacia el reordenamiento de las estructuras institucionales de gestión y las redes de atención de carácter gubernamental para:

- *Hacer de los Derechos Sociales y la Equidad las bases de un nuevo orden social, de justicia y bienestar para todos y todas.*
- *Combatir las inequidades, reduciendo los déficits de atención y las brechas entre grupos humanos y territorios.*

- *Rescatar lo público en función del interés colectivo, potenciando ciudadanía con capacidad en el diseño y ejecución de políticas que impacten en el desarrollo social del país.*

Bajo estos lineamiento, Salud y Calidad de Vida se convierten en principal eje político integrador de esta nueva direccionalidad, como derecho humano y social inherente a la vida, por consiguiente un bien de relevancia pública superior y un espacio de articulación intersectorial, sustentado en un compromiso de corresponsabilidad entre todos los sectores públicos.

Este cambio de paradigma se materializa en un modo de gestión y atención orientado a responder, como imperativo ético-político, a las necesidades sociales de todas las personas y colectivos en sus expresiones diferenciales de condiciones de vida, formas de producción, reproducción económica y social, y dinámica de apropiación territorial, haciendo posible la universalización de los derechos y la materialización de oportunidades equitativas a mejores condiciones de calidad de vida, como requisito indispensable para el logro de la justicia social.

MISIÓN

Establecer la rectoría del Sistema Público Nacional de Salud, a través del diseño implementación y supervisión de las políticas y estrategias que contribuyan al fortalecimiento e integración de los diversos entes p1restatarios del servicio y atención en salud con la finalidad de mejorar la calidad de vida y salud de la población.

VISION

Sistema Público Nacional de Salud interrelacionado con otras instituciones corresponsables, dinamizador del proceso de cambios incentivando e integrando la participación social para garantizar el ejercicio del derecho a la salud como un derecho fundamental a la vida, cumpliendo con las mas estrictas normas técnicas nacionales e internacionales con oportunidad, eficacia, eficiencia y transparencia.

OBJETIVOS

Los objetivos estratégicos que orientan el alcance de la universalidad con equidad en materia de salud y calidad de vida se fundamentan en las siguientes directrices:

1.- Orientar objetivos y procesos por el imperativo ético y político de dar respuestas a las necesidades de calidad de vida y salud y sus determinantes, sobre la base de la garantía universal de los derechos y el combate a las inequidades sociales.

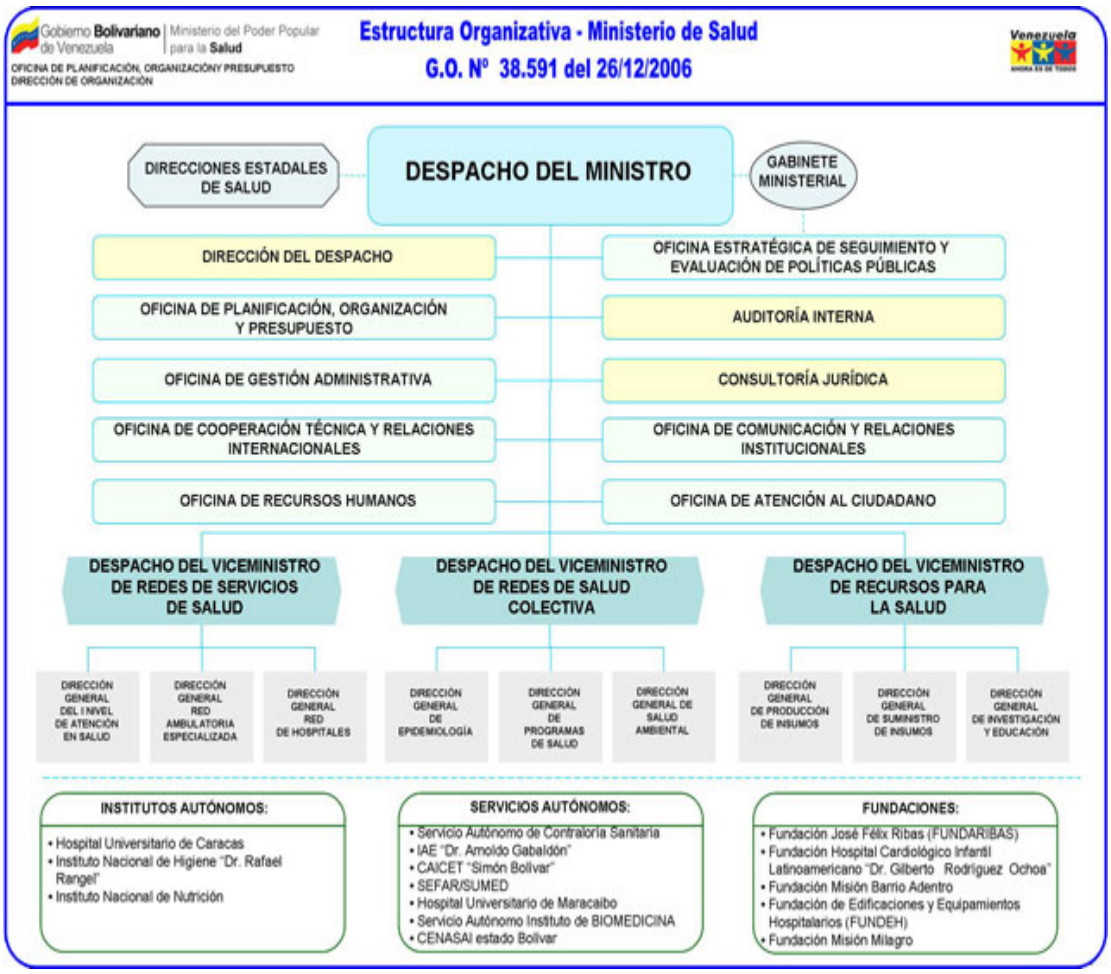
2.- Adoptar la estrategia de promoción de calidad de vida y salud como el eje común de políticas, acciones y sistemas en el marco de agendas y estrategias de intervención transectoriales para responder a las necesidades de calidad de vida y salud en territorios sociales concretos que propicien la participación y empoderamiento social y brechas de las inquietudes.

3.- Desarrollar un nuevo modo de atención que reordene el conjunto de servicios y trabajadores; constituyendo sistemas de redes públicas de calidad de vida en ámbitos nacionales, estadales, locales y comunitarios que generen respuestas regulares suficientes, equitativas, oportunas e integrales a necesidades de calidad de vida, preservando el desarrollo y potencialidad de autonomía de personas y colectivos a lo largo de la vida.

4.- Construir una nueva institucionalidad pública de gestión social en función del interés colectivo, con capacidad de rectoría, sostenimiento e impacto a través de un modo de atención sustentado, estrategias de promoción en respuestas a las necesidades de calidad de vida y alrededor de metas de cambios de la calidad de vida del venezolano. (Portal MPPS, 2009)

Para dar cumplimiento a su cometido el precitado órgano político del Estado en materia de salud, tal como se autodefine, dispone de un conjunto de componentes organizados de acuerdo con el siguiente Organigrama Funcional (Cuadro Nº 9):

CUADRO Nº 9 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA MINISTERIO DE SALUD



Fuente: www.mpss.gob.ve/ms/ministerio/organigrama3.jpg

De este modo, refiere en el nivel nacional a: Un (1) Ministro (a), Tres (3) Viceministros (as), 1 –Director (a) General, 17 Directores (as), 1 Presidente y 4 Directores para los Servicios Autónomos. Posee, asimismo, 3 Institutos Autónomos [Instituto nacional de Nutrición (INN); Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"(INHRR) y el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas

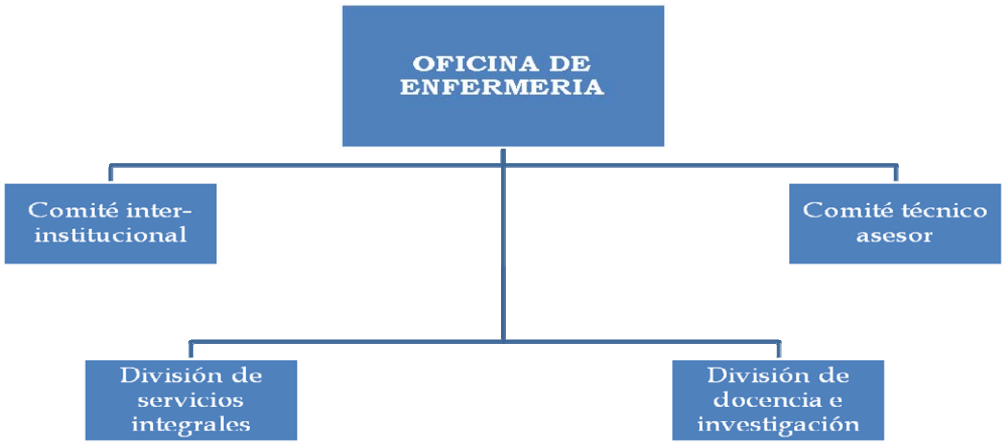
(IAHUC)] con su respectiva Presidencia y 2 Directores Ejecutivos (as), 5 Fundaciones con sus respectivos Directores-Presidentes. En el nivel Regional existe un Directorio Regional en cada de las entidades federales del país parta un total de 23 Directores (as) Regionales. De la misma manera posee el MPPS las llamadas Unidades Staff, Asesoras y Sustantivas con 1 Gabinete Ministerial que a su vez administra 9 Oficinas y 1 Dirección General.

Sin embargo, ninguno de los espacios políticos de esta amplia estructura organizacional - tanto en el nivel nacional como regional - dispone de enfermeras en cargos de decisión en materia de salud, que lucen ocupados en su cuasi totalidad por profesionales de la medicina, lo cual revela no solo la hegemonía médica en el ámbito político, vale decir en la burocracia estatal correspondiente a la salud, sino una contradicción en el orden de la nueva filosofía política del Estado venezolano que parte de la consideración que no habría exclusiones y/o discriminaciones de ninguna naturaleza de conformidad con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela .

Por otra parte, como referente empírico de lo que se argumenta, el hecho que desde 1984 y hasta 1999 existió la llamada **Oficina Sectorial de Enfermería (a cargo de una Enfermera**) - en el anterior **Ministerio de Salud y Asistencia Social** (como derivación de toda una trayectoria desde 1936, año de creación del mencionado Ministerio) – adscrita a la **Dirección General Sectorial de Salud** (a cargo de un

médico) con un Organigrama específico dentro de la estructura organizativa del mencionado Ministerio.

CUADRO Nº 10 ORGANIGRAMA DE LA OFICINA SECTORIAL DE ENFERMERÍA (MSAS)



OFICINA SECTORIAL DE ENFERMERIA (MSAS)
Fuente: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS)

Como puede observarse, el Organigrama [versión reconstruida del original **(ver Anexo 4**)] revela el carácter formal y de poder, aunque relativo, de enfermería dentro de una estructura importante del Estado Venezolano como lo fue el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Además, tal Oficina tenía unas funciones claramente

establecidas por la División de Organización y Métodos las cuales se transcriben a continuación:

Funciones:

- Planificar, ejecutar y controlar las actividades administrativas asistenciales, docentes e investigativas que en materia de enfermería requieran los diferentes programas de salud que emprende el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- Participar en la estimación de Recursos Humanos, materiales y equipos que en materia de enfermería requieran los establecimientos de salud adscritos al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- Mantener mecanismos de control que permitan evaluar el área de su competencia en los establecimientos de salud dependientes del Despacho.
- Diseñar, coordinar y ejecutar programas de supervisión continua en el área de servicios y docencia.
- Llevar el registro de los recursos humanos existentes, actividades programadas y cumplidas en materia de enfermería en los establecimientos de salud adscritos al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

- Colaborar en la organización de los Departamentos de Enfermería de los establecimientos de salud dependientes del Despacho.
- Actuar como órgano consultivo en materia de enfermería ante los organismos públicos y privados tanto a nivel nacional como internacional.
- Mantener sistemas de coordinación y asesoría en materia de enfermería con los organismos formadores y empleadores tanto público como privado.
- Promover y participar en eventos científicos y gremiales a nivel nacional.
- Realizar estudios de investigación en el área de su competencia para la introducción de cambios necesarios, en los Sub-sistemas Educativos y Servicios de Enfermería

También habría que señalar que buena parte de la historia de la mencionada Oficina esta expresada en el Documento ***"Enfermería dentro de la evolución histórica del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en Venezuela*** del cual se hizo, en la Tercera Parte, un recuento de los aspectos más resaltantes.

La atención de salud en Venezuela ha demandado progresivamente de cambios de acuerdo a sus necesidades, antes de la creación del Ministerios de Sanidad y Asistencia Social en 1936 la atención de salud la brindaban las religiosas, como ya se ha explicado anteriormente.

A partir del 31 de julio de 1999 es suprimida la Oficina Sectorial de Enfermería - la cual como ya fue explicado, poseía rango institucional por su reconocimiento formal en el Organigrama organizacional – y en el proceso de reorganización institucional su personal fue subsumido en la nueva estructura organizativa mediante su incorporación a los llamados equipos de Trabajo y nuevas direcciones que, en su carácter de Generales no son ocupadas por enfermeras. No obstante, es menester destacar que en el Nuevo Organigrama del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) no aparece, formalmente, ningún espacio correspondiente a enfermería, como tampoco en el Directorio del mismo tanto en su acepción Nacional como Regional, pues todos los espacios son ocupados por médicos. Cabe acotar que en el proceso de restructuración del mencionado Ministerio, se han eliminado un número considerable de las llamadas Enfermerías Regionales, solo se conservan algunas de ellas.

De la misma manera constituye referente que desde 1936 a 2009 todos los Ministros y Viceministros del área señalada han sido médicos, con la excepción de los dos últimos ministros (incluido el actual) que provienen del sector castrense. Pero a la fecha ninguno de estos cargos dentro de la burocracia estatal ha sido ocupado por enfermeras. Solo ha existido un caso en el cual un Licenciado en Enfermería ocupó, brevemente, el cargo de Coordinador en la Misión Barrio Adentro.

Es necesario destacar que lo argumentado para el Ministerio del Poder Popular para la Salud, mediante referentes concretos, aplica con rigurosidad al Instituto de los

Seguros Sociales de Venezuela (IVSS) definido de la siguiente manera: “El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales es una institución pública, cuya razón de ser es brindar protección de la Seguridad Social a todos los beneficiarios en las contingencias de maternidad, vejez, sobrevivencia, enfermedad, accidentes, incapacidad, invalidez, nupcias, muerte, retiro y cesantía o paro forzoso, de manera oportuna y con calidad de excelencia en el servicio prestado, dentro del marco legal que lo regula”.

Sus objetivos son: **a)** Aplicar el Régimen de los Seguros Sociales en el ámbito nacional; **b)** Brindar protección a los empleados y obreros, ante las contingencias de vejez, invalidez, sobreviviente y perdida de empleo, así mismo prestar ayuda económica en los casos de incapacidad temporal, nupcias y funerarias; **c)** Conformar y regular los procesos inherentes al Servicio de Registro e Información del Sistema de Seguridad Social Integral; **d)** Prestar asistencia médica curativa y preventiva a todos los venezolanos; **e)** Desarrollar los mecanismos necesarios que garanticen la prestación de los servicios médicos en estructuras cónsonas y adecuada dotación de recursos; **f)** Establecer los Procesos de Liquidación y Recaudación de los Recursos Financieros del Sistema de Seguridad Social Integral y su distribución a los respectivos subsistemas.

En los objetivos **d)** y **e)** encontramos que su semántica encierra en sí misma la discriminación de la medicina con respecto a las otras profesiones de la salud desde

el lenguaje utilizado donde se monopoliza, se apropia en la denominación, "asistencia médica" por, "asistencia de salud" y "servicios médicos" por "servicios de salud" .

Sobre lo que pareciera ser el origen de estas denominaciones, se expresa uno de los enfermeros entrevistados:

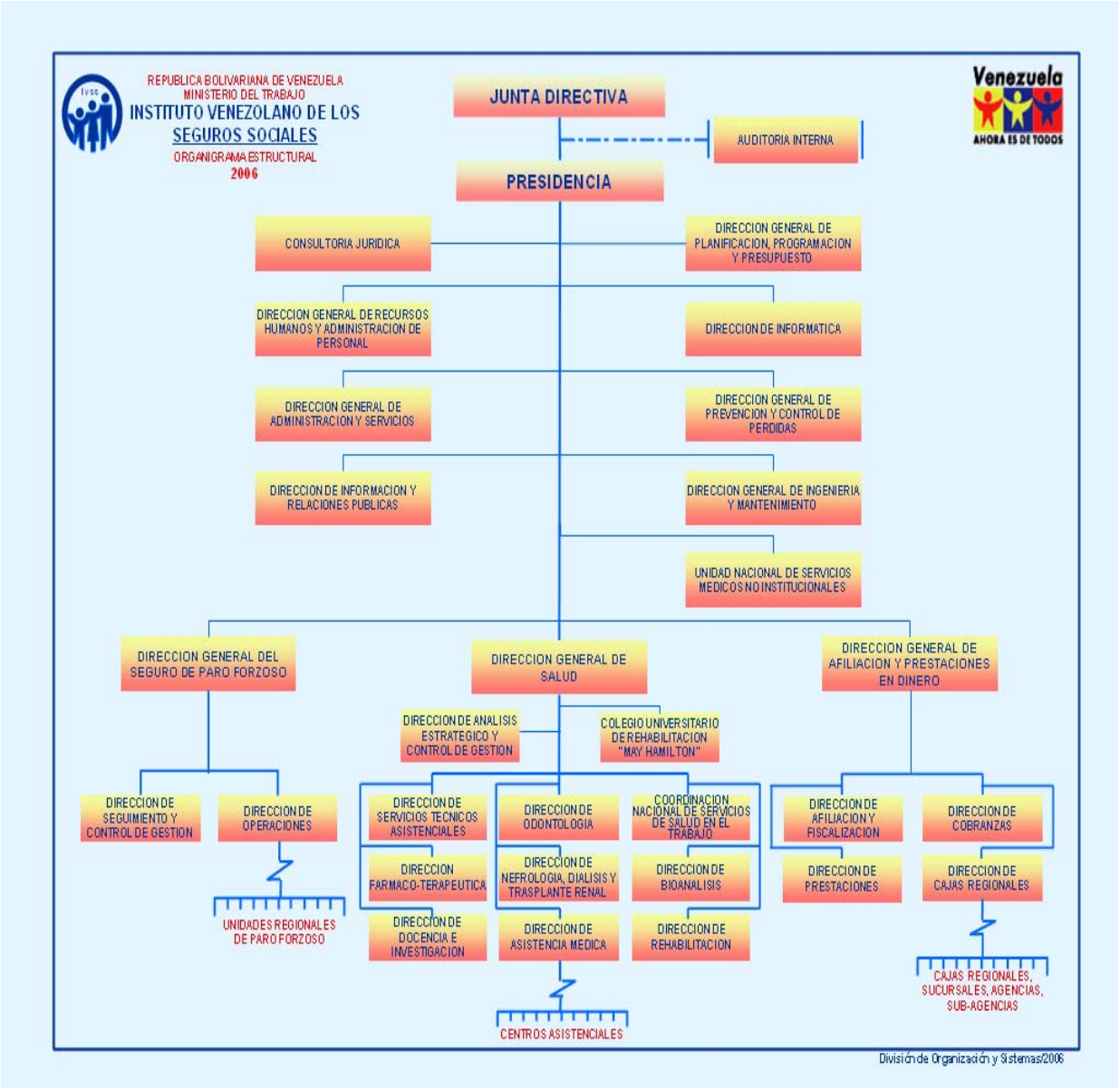
> "S*in embargo la salud es asumida por el sector médico y hay razones para explicarlo y para entenderlo porque fue la única profesión del equipo multidisciplinario, médicos, enfermeras, bioanalistas nutricionistas, psicólogos, que fueron profesionales universitarios y ellos se abrogaron la responsabilidad de la salud, ellos fueron quienes hicieron las leyes en el Congreso Nacional y la mayoría eran médicos, se hicieron las leyes a imagen y semejanza, como un corte a la medida para ellos luego conducir la salud"*. **(Entrevistado Número 1)**

En esta reflexión el entrevistado – de acuerdo con el Análisis Crítico del Discurso - hace una **Presentación Negativa del Otro**, que revela desigualdades en las relaciones de poder. En ese orden de ideas, la siguiente afirmación es ilustrativa del poder de la medicina:

> *El conocimiento global, de las atribuciones destinadas al espacio de medicalización del cuerpo humano, actualmente dominante permite afirmar que este alberga, la profesión con más poder y organización cuya praxis se desarrolla en el universo societal.* (Balestrini, 1999, p. 23).

Tal como en el caso del Ministerio del Poder Popular para la Salud, en este espacio institucional de salud (IVSS) tampoco se encuentran, ni en su Directorio ni en su Organigrama (Cuadro Nº 11) referentes formales sobre la presencia orgánica - en términos de poder corporativo e institucional - de Licenciados en Enfermería.

CUADRO Nº 11 ORGANIGRAMA DEL IVSS



Fuente: www.ivss.gob.ve

Asimismo, en el Organigrama Estructural del IVSS 2009 **(ver Anexo 5)** no hay presencia formal de Enfermería en el Ápice Estratégico. Lo expuesto responde no solo al pensamiento dialéctico, a la dialéctica como método sino a la necesidad de asumir y

entender las relaciones médico-enfermera como un espacio de lucha, como una relación antagónica fundada en diferencias de clase, puesto que la desaparición de la mencionada Oficina y la ausencia de Licenciados en Enfermería en la burocracia estatal atinente a la salud, responde a la relación de dominación que ejerce la medicina en este particular ámbito, lo que revela a su vez contradicciones de clase, no obstante tener una Constitución que rechaza las discriminaciones de todo orden y las asimetrías sociales o económicas.

En este sentido, y con el propósito de obtener referentes empíricos estadísticos, solo como estrategia para afinar detalles que contribuyan a la argumentación en este ámbito político, la encuesta al azar aplicada a la muestra ya aludida - respecto de la participación política y la ocupación de cargos en los ápices estratégicos por parte de médicos y enfermeras - arrojó, entre otros, los siguiente resultados:

a) Sobre la pregunta ¿C*onsidera usted que la participación política y la ocupación de altos cargos es igual en médicos y enfermeras?*, el **76,66%** opinó que la participación en política y la ocupación de altos cargos **No es igual** en médicos que en enfermeras;

b) Sobre la pregunta *¿Considera usted que los médicos participan más en política y ocupan más altos cargos que las enfermeras?*, el **75,83%** considera que **los médicos participan más** en política y ocupan más altos cargos que las enfermeras;

c) Sobre la pregunta *¿Considera usted que los médicos tienen mas formación y capacidad que las enfermeras para ocupar altos cargos en la administración pública o privada?,* el **55%** opinó que los médicos **No tienen mas formación ni más capacidad** que las enfermeras para la ocupación de altos cargos en la burocracia estatal;

d) Sobre la pregunta *¿Considera usted que tiene más poder el médico que la enfermera?*, el **90%** opinó que los médicos tienen más poder que las enfermeras;

e) Sobre la pregunta ¿Considera usted que por su poder los médicos impiden la participación y desarrollo político de las enfermeras? El **63,33%** opinó que efectivamente **el poder de los médicos constituye un obstáculo que limita el desarrollo político y la participación de las enfermeras en los espacios de poder público**;

f) Sobre la pregunta *¿Considera usted que la clase social incide en las desigualdades entre médicos y enfermeras?,* el **63,33%** considera que **la clase social es una condicionante de las asimétricas relaciones de poder entre enfermería y medicina**.

Como vemos, estos resultados revelan por una parte que, ni la formación académica, ni las capacidades intelectuales, constituyen factores obstaculizantes a la participación política de enfermería, como sí lo es la condición de clase social. Por la

otra, tales referentes empíricos - relevados desde sujetos sociales que no forman parte del área de la salud – al ser contrastados con las opiniones relevadas mediante las entrevistas en profundidad aplicadas a sujetos sociales pertenecientes al área de la salud (médicos y enfermeras) revelan contradicciones que evidencian la dominación médica y en contraposición, la sumisión enfermera, en cuanto que - no obstante el crecimiento académico de enfermería y el posicionamiento en el imaginario colectivo en lo que refiere a las capacidades e idoneidad para ocupar los mismos espacios de poder que los médicos - tal situación no ha sido lograda, muy probablemente y en buena medida, porque tales desigualdades tienen su asiento en las diferencias de clase tal como progresivamente va develándose en este proceso argumentativo.

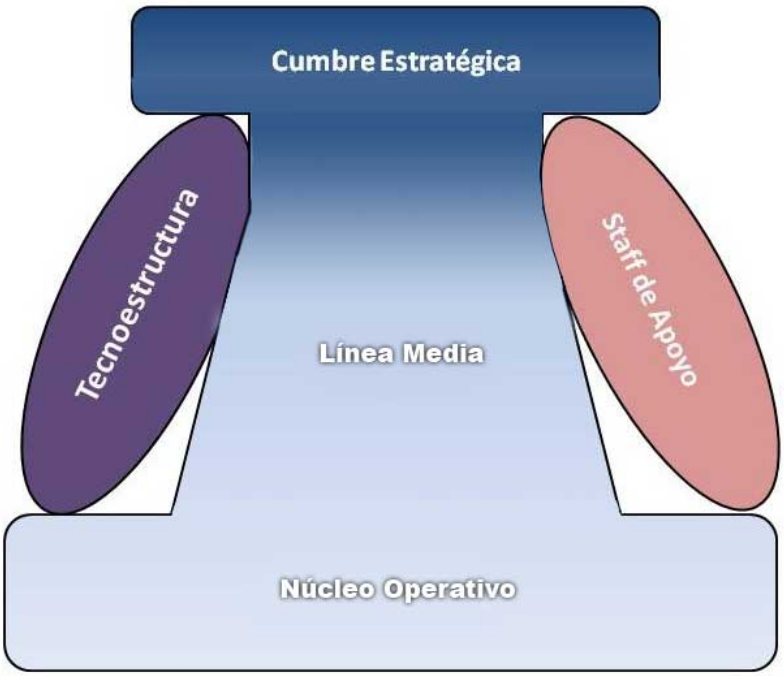
De la misma manera, se pone de manifiesto que es la conciencia de clase, así como el carácter corporativo, histórico y de poder que ostente la profesión y el reconocimiento de la misma lo que garantiza el equilibrio de fuerzas y balance de poder en la relación dialéctica Medicina-Enfermería. En este sentido, se hace necesario señalar que, para avanzar en nuestro despliegue argumental, se asume la Enfermería como una profesión en términos de lo que es una organización. Por ello, luce pertinente el concepto que define que las organizaciones son:

> *En primer lugar, formaciones sociales de totalidades articuladas con un círculo precisable de miembros y una diferenciación interna de funciones. En segundo lugar, tienen en común el estar orientadas de una manera consciente hacia fines y objetivos específicos. En tercer lugar, tiene en común el estar configuradas racionalmente, al menos en su intención, con vistas al cumplimiento de estos fines u objetivos.* (Mayntz, 1980, p. 47)

Cabe señalar, que al estudiar las organizaciones advertimos que existen distintos tipos de estructura y que se puede encontrar una amplia variedad de funciones según los diversos autores. Sin embargo, las llamadas estructuras funcional, divisional y matricial aparecen como las más aceptadas y en este sentido, para el caso que nos ocupa el estudio y comprensión del modelo que presenta Mintzberg (1989) *"La organización en cinco partes"* que incluye el presentado por Brech (1969) "Line and Staff", se asume como pauta de referencia para nuestro propósito.

De acuerdo con el modelo adoptado, las Cinco partes fundamentales en las organizaciones son: 1) Ápice Estratégico; 2) Línea media; 3) Núcleo de operaciones; 4) Tecnoestructura; 5) Staff de Apoyo (Scorpia Staff)

FIGURA Nº 1 LAS CINCO PARTES BASICAS DE LA ORGANIZACIÓN



Fuente: ***"La Organización en cinco partes".*** H. Mintzberg (1989)

El área estratégica es el nivel más alto de dirección de la organización. Es aquí donde se definen los objetivos, cómo se van a alcanzar y se supervisa y controla la planificación. La Tecnoestructura es donde se diseña, se piensa, se ensayan nuevas materias, se provee de los conocimientos necesarios para el desarrollo del trabajo en el conjunto de la organización Staff: ámbito de apoyo logístico.

Es pertinente insistir en que la Cumbre estratégica, la Línea Media y el Núcleo Operativo de Mintzberg, coinciden con la Line del modelo Brech Line and staff cuyo término se define por oposición al de Staff Line que representa las posiciones que,

dentro de la organización tienen autoridad formal para tomar decisiones. Staff define las actividades especializadas o funcionales quienes comprenden los diversos servicios de asesoramiento que estructuralmente aparecen separados, no tienen poder para tomar decisiones y coinciden con lo que Mintzberg (1989) denomina tecnoestructura.

Por otra parte, es importante destacar que:

> *Las personas que componen el ápice estratégico tienen fundamentalmente tres responsabilidades:* 1) *Definir las políticas institucionales, legislar su funcionamiento, asignar recursos, autorizar decisiones importantes, resolver conflictos y supervisar el cumplimiento de las mismas*; 2) *Administrar las condiciones en las que se mueve la organización en su relación con el medio y asumiendo su representación*; 3*) Desarrollar las estrategias de la organización, para hacer eficiente los logros de las misiones y funciones de ésta para con la sociedad y para con ella misma, entendiendo a estas estrategias, como la herramienta que interrelaciona las necesidades de la sociedad con la capacidad e interés de crecimiento de la organización.* (González, et al., 2005, pp. 2-3)

Como puede inferirse, de acuerdo con las estructuras organizacionales expuestas, se hace evidente que - salvo lo contenido en la estructura de la desaparecida Oficina Sectorial de Enfermería y la designación, con efímera ejecutoria, del Lic. en Enfermería que Coordinó Barrio Adentro I - la presencia estructural de Enfermería en los espacios de poder dentro de la estructura formal, se percibe separada de la misma y correspondiente muy probablemente y en el mejor de los casos, a la Tecnoestructura, al Staff de Apoyo, a la Línea Media o al Núcleo Operativo, componentes estos de apoyo pero no de poder.

En breve, no son las singularidades sino la fuerza organizacional y el reconocimiento de la misma lo que garantiza el equilibrio de fuerzas y balance de poder en la relación dialéctica Medicina-Enfermería. Las posiciones de poder subsidiario, referidas anteriormente, no son la resultante de luchas colectivas, a partir de la conciencia de clase, sino de relaciones personales, o como cuotas y/ filiaciones partidistas.

Así, vemos que en ningún momento del decurso histórico, tanto en la democracia representativa como en la democracia participativa, pudo evidenciarse presencia de Lic. en Enfermería en el Ápice Estratégico del hoy Ministerio del poder Popular para la Salud, de organismos como el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) o de cualquier otro organismo del Estado venezolano. Como contraparte, sí existen abrumadoras evidencias de la presencia de médicos en los Ápices Estratégicos de tales organismos públicos.

No puede ser obviada la contradicción en cuanto que Enfermería, siendo una profesión de extracción social popular[17] (en razón de la clase social de origen de la mayoría de sus actores) haya experimentado la supresión de la Oficina Sectorial y diluido sus integrantes en unidades dentro de un nuevo esquema organizacional, bajo dirección médica, precisamente en un tiempo de transformaciones sociales fundado en la inclusión social que supone el reconocimiento y empoderamiento de los excluidos.

Asimismo, es necesario aclarar que los profesionales de la enfermería, integrantes de la prenombrada Oficina no formaban parte del Ápice Estratégico, es

decir, no poseían un poder real y formal, no obstante que las tareas derivadas de la concepción preventiva de la salud, de notoria efectividad en Venezuela, eran desarrolladas por enfermería que, aunque muy ligada a los planes de desarrollo foráneos que requerían diezmar enfermedades endémicas, les permitió - a Enfermería/SAS - un nada desdeñable trabajo de concientización en escuelas, así como en otros espacios fundamentalmente rurales y unas eficaces campañas de vacunación.

En este sentido, resaltamos que los hoy olvidados Dispensarios los cuales, en significativo número existían en el país, eran dirigidos y controlados por enfermeras quienes realizaban una auténtica labor comunitaria y poseían un relativo e importante reconocimiento social. De manera que puede decirse que en esta fase del decurso de la organización de la salud en Venezuela no eran los médicos quienes desplegaban la prevención de la enfermedad, dada la relevancia de la Oficina de Enfermería lo cual revela el poder, en términos de participación social y de actor político potencial en cuanto a la socialización y construcción – en el imaginario colectivo- de la importancia de la prevención y de la enfermera como su dinamizadora.

Pareciera evidenciarse que los médicos no tenían tanto poder en el área preventiva. Pero, ¿Era esto compatible con el Modelo de Desarrollo (de modernización tardía) que se impuso en Venezuela en 1958 y se apuntala en 1960? ¿La práctica que se estaba desarrollando mediante la cual Enfermería acumulaba poder social, obviamente transmutable en político dadas las potencialidades de la

mencionada Oficina y la presencia de estas profesionales en la conducción de grandes hospitales, era compatible con las nuevas propuestas de incipiente privatización que en salud portaba el nuevo Modelo de Desarrollo?

De manera que es el concepto de Salud Pública, instalado antes de los años ´60 lo que da una cierta configuración de poder a Enfermería que, por la condición de clase de sus profesionales, provenientes de los sectores populares de la población, del proletariado en la concepción del materialismo dialéctico, constituía un factor no adecuado a los intereses de las oligarquías que estimulan, promueven y adoptan el modelo de salud instituido en los EEUU que se fundamenta en la Alopatía, privilegiando la noción de "enfermo" sobre la noción de "saludable" por lo cual toda situación de desbalance de salud es convertida en mercancía, más aún, hoy es constatable la creación de nuevas enfermedades ficticias en la relación Médicos/farmacopea/transnacionales.

Es esta concepción que reordena, reconfigura y reorienta el nuevo modelo de enfermería que ahora encontrará su relegitimación en mecanismos o estrategias de profesionalización y re-profesionalización al ser incorporada como carrera universitaria, pero cuya currícula ocultas refuerzan la relación de dependencia respecto de la medicina, más aún, de los médicos, mediante su modelo biologicista.

En este sentido, no resulta aventurado afirmar que todas las Escuelas de Enfermería fueron promovidas, diseñadas, orientadas, y hasta dirigidas en algunos casos, por médicos; es decir, tales creaciones no surgen de necesidades políticas y

epistémicas propias de Enfermería, sino de necesidades complementarias y subsidiarias al ejercicio de la medicina curativa. Desde aquí es dable preguntarse ¿La Enfermería como saber dominado, no contiene dialécticamente los factores de subversión que conduzcan a su autonomía?

En la misma línea argumental, no se tienen evidencias sobre la participación desde las universidades autónomas, específicamente del sector académico de enfermería, en los Programas Sociales de Salud (Misiones) que como Barrio Adentro 1, 2 y 3 así como la Misión Milagro son:

a) La primera en cualquiera de sus 3 modalidades, la *concreción de la Atención Primaria como prioridad de su política de salud, para dar respuestas a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida, bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social, contribuyendo a mejorar la calidad de salud y vida. Cabe señalar que, en la actualidad la Misión Barrio Adentro 1 tiene presencia en todo el Territorio Nacional con una cobertura cercana a los 17 millones de personas; los 13.000 médicos y médicas están brindando atención en 8.500 puntos de consulta, la mayoría de los cuales están ubicados en locales adaptados. Sin obviar los 4.600 odontólogos* ***y 8.500 auxiliares de enfermería*** *(defensores de la salud), quienes día a día trabajan por la salud de los venezolanos*. (Información tomada el Portal del MPPS-2008);

b) La segunda (**MISIÓN MILAGRO)** la cual tiene como OBJETIVOS *Potenciar capacidades y habilidades de las personas que padecen trastornos visuales incorporándolos a la vida social tanto en Venezuela como en otros países latinoamericanos. Articular las políticas sociales impulsadas por el gobierno nacional, para incorporar a los ciudadanos a los que se les ha solucionado su problema visual al desarrollo individual y colectivo. Saldar la deuda social que tiene el estado venezolano con este sector de la sociedad, en la búsqueda de justicia social e igualdad de condiciones para todos los venezolanos*.

LAS ASIMETRÍAS RELACIONALES ENFERMERÍA-MEDICINA EN EL PODER LEGISLATIVO NACIONAL

El Poder Legislativo, de conformidad con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, está compuesto de la siguiente manera:

Artículo 186: *La Asamblea Nacional estará integrada por diputados y diputadas elegidos o elegidas en cada entidad federal por votación universal, directa, personalizada y secreta con representación proporcional, según una base poblacional del uno coma uno por ciento de la población total del país.*

Cada entidad federal elegirá, además, tres diputados o diputadas.

Los pueblos indígenas de la República Bolivariana de Venezuela elegirán tres diputados o diputadas de acuerdo con lo establecido en la ley electoral, respetando sus tradiciones y costumbres.

Cada diputado o diputada tendrá un suplente o una suplente, escogido o escogida en el mismo proceso

Esta Asamblea Nacional cuenta con un total de ciento sesenta y siete (167) diputados y diputadas, que representan a las distintas entidades federales de la siguiente manera: Amazonas (03); Anzoátegui (08); Apure (05); Aragua (09); Bolívar (08), Carabobo (10); Cojedes (04); Delta Amacuro (04); Distrito Capital (10); Guarico (05); Barinas (05); Falcón (06); Lara (10); Mérida (06); Miranda (14); Monagas (06); Nueva Esparta (04); Portuguesa (06); Sucre (06); Táchira (08); Trujillo (05); Yaracuy (05); Vargas (04); Zulia (15). Pueblos Indígenas: Región Occidente (01); Región Sur (01); Región Oriente (01).

Asimismo, está conformada por quince (15) Comisiones Permanentes y sesenta y cuatro (64) Subcomisiones. Es necesario señalar que lo atinente a la salud, por ejemplo, constituye materia que es competencia de **a**) La **Comisión Permanente de Desarrollo Social Integral**, conformada por trece (13) diputados y diputadas de los cuales seis (6) son médicos, no existiendo enfermeros o enfermeras en la precitada Comisión; **b)** la **Subcomisión de Salud, Higiene y Seguridad Industrial – Atención a las Personas Mayores** la cual, como derivación de lo anterior, tampoco

esta integrada por enfermeros o enfermeras. Es necesario resaltar que esta Subcomisión esta conformada por siete (7) Diputados Principales [cuatro (4) médicos, dos (2) maestras y un (1) psicólogo]; asimismo la conforman (2) Suplentes, de los cuales ninguno es enfermera o enfermero.

LAS ASIMETRÍAS RELACIONALES EN OTROS NIVELES DEL PODER PÚBLICO

Por otra parte, tanto en lo que respecta al Poder Estadal (veintitrés [23] Gobernaciones y los respectivos Consejos Legislativos) como el Poder Municipal (trescientos treinta y cinco [335] Municipios con sus respectivas Alcaldías y Consejos Municipales), se pudo constatar que existe solo una magra representación de Licenciados en Enfermería ejerciendo funciones derivadas de actos eleccionarios para acceder a los mismos, aunque si hay y ha habido tanto gobernadores como alcaldes profesionales de la medicina.

CAPITULO V

ARGUMENTACIONES SOBRE LAS ASIMÉTRICAS RELACIONES DE PODER EN EL ÁMBITO SOCIAL

Definición de Ámbito Social

Este ámbito comprende, aquellos espacios específicos (distintos pero complementarios de los demás ámbitos definidos en esta Tesis) culturales, simbólicos

e ideológicos que incluyen Medios Masivos de Comunicación, Opinión Pública e Imaginarios Colectivos para la contradictoria configuración, reproducción, fortalecimiento y debilitamiento de conciencia de clase, identidad profesional, imagen y reconocimiento social de médicos y enfermeras en cuanto que sujetos sociales.

Espacios Institucionales correspondientes al Ámbito Social

En Venezuela existe un conjunto de medios masivos de comunicación los cuales han establecido un "modelo iconofónico"[18] que, articulado a los diversos imaginarios colectivos, elaboran opinión pública. En este sentido, las relaciones de poder medicina-enfermería se analizan en lo atinente al acceso y uso de los medios masivos (TV., Radio, Prensa Escrita, Revistas, Internet, Cine, Publicidad) así como la presencia diferencial de ambas profesiones en esos medios y la valoración positiva o negativa, el reconocimiento, invisibilización y estigmatización, que estos difunden en tanto que representaciones de clase, simbólicamente asimétricas de estas profesiones.

SOBRE LAS CONTRASTACIONES TEÓRICO–EMPÍRICAS Y LAS ARGUMENTACIONES EN EL ÁMBITO SOCIAL

Una Nota Introductoria

Siguiendo la misma lógica procedimental de los ámbitos anteriores se aborda la relación dialéctica médico-enfermera, medicina-enfermería en el plano simbólico, desde las posturas antitéticas de los teóricos del funcionalismo.

ARGUMENTACIONES SOBRE EL ÁMBITO SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA FUNCIONALISTA

Max Weber, la Teoría de la Acción y los Referentes Simbólicos Legitimadores de la Dominación/Subordinación

Tomando en consideración lo planteado por Max Weber en su Teoría de la Acción[19] y entendida ésta como la conducta que posee un *"significado subjetivamente intencional"* (Giner et al. 1998, p.5); es decir, una conducta humana con sentido y dirigida a la acción de otro, entonces las relaciones de poder entre enfermería y medicina - en el plano cultural/simbólico, el cual está formado por las ideas y creencias vigentes en la sociedad, los símbolos expresivos y las orientaciones de valor - se asientan en las posibles racionalidades subyacentes a la acción, incluyendo las "racionalidades con arreglo a los valores" que opera en relación a la adecuación de los medios a los fines deseados y potencialmente obtenibles.

Admitir que coexisten diversas racionalidades (tipos ideales de dominación) y que la acción social no siempre se entiende en términos racionalistas, entonces el ámbito social puede entenderse como espacio de conflictos. Por tanto, no solo debe considerarse *"la racionalidad con arreglo a los fines",* sino también las acciones determinadas por los valores de ambas profesiones, aceptando que una de ellas es predominante.

Siendo que para Weber (1977) la Sociología es fundamentalmente una ciencia de la cultura, con una metodología apartada de las ciencias naturales, entonces el

énfasis analítico de las relaciones de poder se centra en la inseparabilidad que existe entre la sociedad y los factores culturales que le contextúan y afectan. En esta concepción, y desde sus tipos ideales, las relaciones de poder (médico-enfermera) que se tratan en este ámbito, no sólo podrán ser vistas desde la óptica del sector dominante (médico) sino también desde el punto de vista del sometido (enfermera). Es así como se tornan necesarios, en la argumentación antitética, dos conceptos: el macht (poder desnudo) y el Herrschaft (forma compleja de dominación).

De acuerdo con la visión weberiana, tanto las personas como los grupos deben aceptar la autoridad (del dominante) como algo **culturalmente legítimo** y por tanto esta autoridad debe legitimarse mediante procesos de dominación complejos, que, obviamente, comprenden las ideas, mensajes icónicos y/o simbólicos que configuran la esfera ideológica mediante los medios de comunicación en cualquiera de sus modalidades.

De manera que son estos medios, mecanismos complementarios para la legitimación de la dominación, de la autoridad. Más aún, cuando estos sistemas de autoridad se debilitan o fracturan en algún momento histórico, se cambian por otros; es decir, dependiendo de las debilidades mostradas históricamente por alguno de los tipos ideales de dominación (el carismático, el tradicional y el racional-legal), se sustituyen cíclicamente. El ideal máximo es mantener el esquema de dominación inalterable. Al respecto, la opinión emitida por uno de los médicos, en la entrevista en profundidad, es ilustrativa:

> *"Hay dos tipos de poder, el poder que te da una ley, un nombramiento que te da el que tu seas director de algo y te da unos súbditos, te da un nivel jerárquico y el poder de la presencia, el poder de la persona del conocimiento del respeto a la persona, el poder está íntimamente ligado a una situación donde tu puedes tomar decisiones y afectar a terceros, no solamente te afectas tu, el poder tiene algo inherente que es la obediencia, el poder tiene la discrecionalidad,* ***el poder tiene la posibilidad de realizar planes una vez que…sin mayor consulta pues, el poder no necesariamente invoca la consulta, el consejo, la consulta, el análisis****. También el poder permite el abuso, se supone que si uno tiene poder, tiene dos cosas que lo norman a uno; las leyes existentes, la moral y ética de uno, pero puede ser que con poder se puedan violar ambas, todo poder implica una jerarquía, tu estas en un nivel superior, no es que tu seas superior y puede ser que tu tengas un nivel superior a gente que sea superior a ti ,* ***pero aun así tu eres el que tiene la capacidad de decidir, de conducir, de hacer y los demás tienen la obligación de obedecer.*** *Implica autoridad, responsabilidad y ética, creo que por mas que uno tenga un elemento de poder y sea responsable de cumplir ciertas normas, uno pudiera darse cuenta que algunas de esas normas son poco éticas o el cumplimiento de las normas viola la ética, la ética de uno inclusive a lo mejor no la ética general pero si la de uno y uno tendría que darse cuenta de eso, creo que además de responsabilidad y ética implica unos niveles de cortesía , de educación de cuidado por el tercero, el hecho que uno tenga poder no significa que el tercero no tenga opinión, si tiene opinión y hay que valorarla y de respeto, de honrar que opinan los demás, independientemente que tu en un momento dado puedas seguir o no esas indicaciones".* **(Entrevistado Número 7) (**Resaltados de la tesista**)**

Como vemos, en razón de las unidades de análisis de discurso, tanto la **Presentación de los términos Poder o Relaciones de Poder, la Presentación Negativa de los Otros** como el **Contraste/Oposición**, revelan una concesión aparente a la enfermería que expresa, en realidad, la **debida obediencia**[20] de esta profesión respecto de la medicina.

En la conformación cultural/simbólica de las relaciones asimétricas de poder que venimos tratando, consideramos importante destacar lo siguiente: La legitimidad

carismática es definida, weberianamente, como aquella que descansa en la santidad, el misticismo, el heroísmo o la ejemplaridad de la persona; es una forma de legitimidad de fuerte raigambre cultural/religiosa que contextúan al médico y la medicina; es la esencia del sistema carismático de autoridad; es expresión de su carácter de excepcionalidad.

Como referencia empírica de lo sostenido podemos decir que en Venezuela: **a)** No solo en términos de medios de comunicación, sino en lo que respecta al imaginario colectivo, la dominación médica sobre enfermería, es tan ostensible que solo se registran evidencias de devoción religiosa y propuestas de canonización en sujetos sociales desde su investidura médica (Dr. José Gregorio Hernández) y, en ningún caso, desde la vocación y abnegación enfermera, no obstante su histórica concepción como oficio de apostolado; **b)** Los nombres con los cuales se identifican centros asistenciales de salud están, en buena medida, referidos a médicos y, en ningún caso a enfermeras; **c)** El sistema de nomenclatura o toponimia (calles, plazas, avenidas, municipios, entre otros) en los espacios geográficos urbanos y no-urbanos contiene significativas referencias a médicos y en ningún caso a enfermeras.

Cabe destacar que cuando el carisma se hace rutinario aparece el tipo de dominación tradicional que se asienta en la tradición de las instituciones creadas en etapas anteriores (carismáticas) por personas (médicos) excepcionales, lo que le otorga legitimidad progresiva y, lo más interesante, sucesiva.

Es necesario hacer notar que, según Weber, la tradición descansa en sí misma y uno de los ejemplos más significativos lo constituyen las monarquías absolutistas y el

patrimonialismo, en las que el carácter hereditario supone la aceptación de esa autoridad como legítima. Como referente de esto, no es muy difícil en Venezuela encontrar tradiciones patrimonialistas, estamentales de médicos, fundamentalmente como referentes del sector privado del ejercicio profesional. Tal rasgo cultural/simbólico no se encuentra en enfermería. Cabe señalar que, en sociedades estamentales la movilidad social es inexistente y, cuando se atisban rasgos o indicadores sociales que promuevan la movilidad, hace su aparición el tipo racional-legal. Este sistema está basado en la adecuación de una serie de dispositivos legales elaborados u orientados por los intereses de los sectores dominantes (médicos) que se consideran justas, igualitarias y aceptadas - voluntariamente - por el conjunto de la sociedad y por los sujetos sociales de las profesiones dominadas.

Como vemos, estos elementos simbólico-culturales reflejan el imaginario colectivo de la sociedad en cuanto a las relaciones de poder entre enfermería y medicina. Esta dimensión simbólica deriva en dogmatismos y mitologismos[21], como formas de dominación. Sin embargo, en la medida que avanza la modernidad, en las formas de organización social, aquella deriva aparentemente, pierde su carácter utópico para ser desplazada por la tecnoburocracia.

El proceso luce repetido, pues de la magia se derivan las prácticas simbólicas, de aquí se pasa a caracterizar ese simbolismo hacia divinidades y mitologías, que consolidan el culto de adoración al médico como deidad (dioses en bata blanca) y finalmente con el objetivo de perpetuar la dominación, se produce la apropiación tecnocientífica como factor adicional de expertocracia que le garantiza supremacía en

el aparato burocrático. Más aún, conforme se va racionalizando el objeto de culto (médico), se van sistematizando y formalizando la dominación incorporando incluso, elementos jurídicos de carácter coactivo.

Talcott Parsons, Robert Merton y Paul Lasarzfeld: la Sustitución de las Contradicciones por Símbolos Culturales Compartidos

Otros teóricos funcionalistas han abordado la cuestión social desde ángulos diferentes al expuesto en el punto anterior. Parsons (1988) una de las figuras más representativas del funcionalismo estadounidense, parte del concepto de Sistema Social al cual define como:

> *Un sistema social –reducido a los términos más simples- consiste, pues, en una pluralidad de actores individuales que interactúan ente sí en una situación que tiene, al menos, un aspecto físico o de un medio ambiente, actores motivados por una tendencia a obtener un óptimo grado de gratificación y cuyas relaciones con su situaciones –incluyendo a los demás actores- están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos* (p. 17)

De manera que la relación médico-enfermera, entendida desde la acción social parsoniana, consistiría en las estructuras y los procesos mediante los cuales ambos grupos - independientemente de su condición de clase, es decir, de su posición respecto a la estructura económica y a la división social del trabajo – constituyen intenciones propias significativas que, con mayor o menor éxito, las aplican en situaciones concretas. Así se explicaría, por ejemplo, que el éxito de medicina o las

limitaciones de enfermería en la participación o presencia en los espacios que vehiculan el sistema de símbolos culturales, es un asunto particular.

Como vemos, aquí la noción de meritocracia aparece nuevamente con lo cual se pretende hacer ver que los referentes culturales y los elementos simbólicos que denotan gratificación positiva, valoración positiva y reconocimiento social, de uno o de otro, de médicos o de enfermeras, es un asunto estrictamente individual, particular. Se dice **significativa** porque ello implica el nivel simbólico y cultural de referencia y representación. Se dice **intenciones** y **aplicación** por cuanto implican una disposición del sistema de acción para modificar su relación con su situación en un sentido deseado, lo cual luce contradictorio toda vez que, si los méritos son de carácter individual, se torna culturalmente improcedente intentar y aplicar acciones que modifiquen colectivamente una situación en el sentido deseado.

En breve, y como referente desde una categoría estrictamente funcionalista como lo es el concepto de *sociedades mecánicas*[22] cabe preguntarse ¿El "éxito" de una enfermera en particular significa mecánicamente el éxito de la enfermería como disciplina?

Para adentrarnos en el fondo del planteamiento se hace necesario considerar que el funcionalismo parsoniano divide los sistemas sociales en cuatro (4) subsistemas de acción humana: **a) Organismo** (los patrones culturales comunes de los grandes grupos constituyen el sustrato orgánico masivo de la acción); **b) Personalidad**: el sistema conductual aprendido; **c) Sistema social**: que comprende la interacción social y **d) Sistema cultural**: los significados y las intenciones relativas a las intenciones se

constituyen de acuerdo con sistemas simbólicos (normas y valores). Pero asimismo, a esos cuatro (04) subsistemas le corresponden "funcionalmente" cuatro (4) categorías funcionales: **a)** Mantenimiento de los patrones culturales superiores de control ('gobierno' del sistema social); **b)** Integración interna de las unidades actuantes del sistema (sistema social; **c)** Orientación hacia el alcance de metas (personalidad); **d)** Adaptación a las condiciones amplias del ambiente (organismo).

Todas estas categorías son de importancia para la argumentación en este ámbito por cuanto refieren al mantenimiento de los llamados patrones culturales y de la escala de valores que les permiten a los sectores, grupos, clases o profesiones dominantes (medicina y médicos) ejercer el control social de los demás grupos, sectores, clases o profesiones dominadas (enfermería). Es el gobierno social y, precisamente a esta primera categoría corresponde el sistema cultural. Cabe acotar que en esta perspectiva funcionalista la tercera de las categorías (Orientación hacia el alcance de metas) alude a la muy conocida estrategia individualizante de la motivación al logro.

En atención a lo planteado acá, habría que decir que, por una parte, si el núcleo de una sociedad como sistema, es el orden normativo, organizado dentro de un patrón (que siempre es el patrón de los sectores dominantes) mediante el cual se organiza colectivamente la vida de un grupo social, entonces la relación médico -enfermera, por ser un sistema, tiene como núcleo el orden normativo de los médicos, organizado según los patrones culturales de la medicina como profesión hegemónica en la esfera de la salud. Por la otra, tales patrones, en cuanto que componentes axiológicos

culturales, constituyen la articulación más directa y efectiva entre el sistema social y el sistema cultural para legitimar el orden normativo de los sectores dominantes (médicos).

Asimismo, no podemos obviar que otros funcionalistas como Lasarzfeld y Merton (1948, 1977) le atribuyen a los medios de comunicación tres funciones básicas: **a)** conferir status; **b)** imponer normas sociales y **c)** disfunción narcotizante. En este sentido, podemos argumentar que quienes tienen el control de los medios o mayoritaria presencia en los mismos, pueden guiar a los dominados hacia el conformismo mediante mensajes que suprimen o ralentizan la construcción de bases cognitivas, actitudinales e ideológicas que les permitan la crítica y autocrítica de su condición de dominados. Se trata de mecanismos de alineación inducidos.

ARGUMENTACIONES SOBRE EL ÁMBITO SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DIALÉCTICA

Un breve pero necesario Preámbulo

Hemos visto que los teóricos expuestos, como argumento antitético, si bien hacen referencia al papel de la cultura como el elemento modelador de dominaciones, tal situación luce inmutable toda vez que se omiten los factores causales existentes en términos de externalidades contenidas en las relaciones de producción y las formas de apropiación de los espacios culturales como medios de producción de ideas, símbolos y actitudes que refuerzan la condición de dominadores en unos sectores y de dominados en otros. Asimismo, la noción de clase, de contradicciones de clase y de

conciencia de clase respecto del ámbito social específico de la comunicación y los medios, queda omitida. Vimos, por ejemplo, como Weber otorga significativo peso a la variable religiosa en su relación con la variable económica.

Ello no escapa a su concepción antropológica; así, la antropología weberiana visualiza, en suma, que sólo el elemento religioso y moral – cultural a fin de cuentas - puede canalizar los sujetos por rutas sociales; sin embargo, es necesario aclarar que el sujeto weberiano, y el sujeto para los funcionalistas señalados, tiene más un carácter individual que colectivo en cuanto que condiciones y potencialidades transformadoras de lo cultural/simbólico.

Sujeto, Epistemología y Comunicación en la Concepción Materialista

Para la epistemología inherente al materialismo dialéctico, el *sujeto* es un *sujeto social* - no aislado como lo muestran y conciben los funcionalistas - al que le corresponde una operacionalidad formal y compartida, colectivamente asumida por el proceso social de producción de conocimientos y obviamente de cultura; mientras que individualmente, como vimos en las posturas antitéticas, *la praxis del conocimiento se resuelve atribuyéndole la función de verdad a la realidad inmediata, operacionalmente apropiada por la experiencia personal.* (Piñuel, 1986, p.5) Asimismo, en esta perspectiva, es necesario aclarar que el razonamiento dialéctico se fundamenta en los términos de oposición no excluyente, sino necesaria, entre "*trascendencia* y *contingencia,* entre *sujeto social* y *sujeto individual"* (Piñuel, 1986, p.5)

Las relaciones entre sujetos - y por tanto entre médicos y enfermeras, entre enfermería y medicina - generan un Régimen de Verdad[23] que se corresponde con los elementos de carácter superestructural, ideológicos, desde los cuales se construyen los dispositivos, mensajes y símbolos que consolidan la conciencia de clase en unos (los médicos en cuanto que dominantes) y diferencialmente, la alienación en otros (las enfermeras, en cuanto que dominadas).

Sin embargo, la dialéctica señala que si se advierte que la verificación, vale decir, el régimen de verdad se atribuye al sujeto y no a la abstracción, entonces, un cambio del sujeto histórico será el fundamento de un cambio de la verdad, (con lo cual queremos señalar que la inmutabilidad de las relaciones asimétricas contenidas en los argumentos funcionalistas no resiste la lógica del análisis dialéctico) La razón podrá mostrar operativamente la contradicción, pero no la genera, por cuanto *"la Historia la hacen los hombres (los sujetos), y no la razón, y es éste es el postulado fundamental del materialismo dialéctico"* (p. 5). Esto indica que lo que hoy se asume como verdad inmutable en la relación de poder entre medicina y enfermería, donde la primera ejerce un poder hegemónico sobre la segunda es, en realidad, una situación reversible mediante la resolución de las contradicciones como contraposición de lo sostenido por los teóricos antitéticos.

Al respecto, señala Pérsico (s/f)

> *Un modo de pensamiento que impulsa la superación del hombre moderno es el pensamiento crítico-emancipatorio que Marx aperturó. Este pensamiento por encima de partir de concepciones sobre totalidades abstractas desde las cuales observar la realidad, nos plantea el análisis*

> *de la diversidad en las totalidades para encontrar las potencialidades y limitantes de transformación de ellas mismas* (p. 2)

Pero no podemos desestimar que la dominación penetra en la propia sociedad a través de procesos diversos, entre ellos los que refieren al emprendimiento como demostración de éxito individual lo cual no es más que una estratagema simbólica que escamotea y reduce la expectativa liberadora de la colectividad que queda a la espera que algún emprendedor surja y los ayude o bien alimenta la ilusión fragmentaria de salir adelante por su propia fuerza y capacidad. Así lo expresa una de las enfermeras entrevistadas:

> *"Nosotras estamos como dormidas esperando que venga alguien, un líder, un líder en enfermería que nos haga volver a surgir"* **(Entrevistada Número 5)**

De manera que estas son formas de alienación configuradas en el imaginario sobre el *"líder héroe"* (Senge, 1998, citado por Pérsico, p.3). Es de hacer notar que uno de los dispositivos más efectivos de la dominación lo constituye "*la restricción de la creatividad solidaria, tanto en su expresión personal como colectiva"* (Pérsico, p.3); fenómeno éste que se expresa en las contradicciones médicos-enfermeras dentro del ámbito de realización de lo social definido en este capítulo en el cual la hegemonía médica restringe, obstaculiza los mecanismos de creatividad enfermera. Sin embargo, la dialéctica como transformación, indica que:

> *Más allá de lo que se puede llamar las posibilidades del presente, cuya fascinación no puede engendrar otra cosa que la repetición, y sin renunciar al juicio, debemos atrevernos a querer un futuro, no cualquier futuro, no un programa detenido, sino ese desarrollo siempre imprevisible y siempre creador, de cuyo devenir podemos formar parte, a través del*

> *trabajo y de la lucha a favor de la creación y contra aquello que pueda obstaculizarla.* (Castoriadis, (2002, p.144)

No puede obviarse en esta argumentación que los espacios de realización de lo social son espacios de subjetividades y, en este sentido, en enfermería, como espacio disciplinar de lo social es también territorio de subjetividad. De manera que la subjetividad también tiene que ser mirada desde los lugares de la cotidianeidad. Así, la cotidiana relación médico/enfermera impone reflexionar en torno al proceso de cómo se forja una relación que puede, siendo profesional, presentar continuidades y discontinuidades, consensos y conflictos, como expresión de las diferencias no siempre reflexionadas y analizadas, sino relegadas al plano de la confusión en torno a la diferencia entre lo que se constituye y lo que se construye.

Sin dudas, entre ambos espacios media la condición de dominación que ejerce una de las partes (médico) con lo cual lo construido y lo constituido queda bajo la órbita del régimen de verdad. Un régimen de verdad que se construye y constituye desde la dominación, a través de la comunicación. En este sentido, desde la perspectiva dialéctica habría que decir según Engels:

> *La realidad es la categoría con la que se designa a aquello que existe, y representa la materialización de la posibilidad…El hombre es un ser social, en primer lugar porque es producto de la sociedad, es en el trabajo en sociedad que desarrolla el pensamiento y el lenguaje, en suma, la conciencia que lo distingue del resto de los animales y lo transforma en un ser humano; en segundo lugar, el hombre sólo es tal dentro de la sociedad y depende de ella en todos los aspectos humanos* (Engels, 1979. citado por Villaseca, 2008, p. 5).

Entendiendo la comunicación como un proceso de transmisión y recepción de ideas, información y mensajes que desde la dominación, vehicula información en términos de verdad, entonces, el lenguaje y el discurso hacen una representación colectiva de la verdad, la verdad de la clase dominante, la dueña de los medios de producción; a través de ellos se determinan las prácticas, los valores, los significados, las percepciones, la cultura y la identidad, tanto individual como colectiva.

A través de los medios de comunicación se define, dentro de la diversidad permitida, el tránsito que debe seguir cada individuo y la sociedad y, por extensión, las trayectorias profesionales tanto de la enfermería como de la medicina. Más, no puede obviarse en este lugar argumental, que el nodo desde el cual operan el discurso y el lenguaje - a través del mercado en su rol de articulador del trabajo productivo y la expropiación del sobrevalor – condiciona la realidad sometida de la enfermería y la enfermera por cuanto ésta es incorporada a la esfera de la alienación desde los medios de comunicación y particulares teorías del discurso (campo de la semiología/semiótica) con los cuales se induce a estos profesionales y al colectivo, a centrar la atención en las imágenes, los símbolos, los códigos propios del sector dominante (medicina) como fuente para operar en la conciencia e impedir la identificación de mecanismos de ocultamiento de la realidad que opera a través del régimen de verdad hegemónica.

Bajo el capitalismo, toda la ideología transmitida por la burguesía a través de la escuela (como vimos en el ámbito académico) y los medios de comunicación, tiene como único fin justificar su dominación y sus privilegios de clase. Ideas tales como:

"Siempre hubo ricos y pobres", **"Vive y deja vivir",** o que **el egoísmo y la envidia forman parte de la naturaleza humana**, **"los médicos son los médicos y nosotras somos diferentes ¿Para que meterse en líos?,** son transmitidas cotidianamente y golpean una y otra vez sobre la conciencia de la enfermera. Al respecto veamos lo que dice uno de los médicos entrevistados:

> *"Bueno, creo que hay una cosa histórica, primero. Históricamente la relación del médico con la enfermería fue una relación de la autoridad, fue una relación vertical, el médico mandaba y la enfermera se dejaba mandar porque esa era la norma. Esa relación se mantuvo por muchos años hasta que la enfermera comenzó a ser más profesional. Yo creo que hay un grupo de médicos que piensa que todo el personal de salud debe estar subordinado al médico y otros que han terminado por aceptar que son tan profesionales universitarios como él y hay posibilidades reales, de repente quisieran nombrar una enfermera ministro y sería una cosa para un grupo durísima pero para otros no.*
>
> *Creo que también habría que valorarse cual es el hábito socio cultural, no está en hábito ahorita que una enfermera sea directora de un hospital, como no es hábito que un administrador sea director de un hospital, o un odontólogo sea director de un hospital, el hábito es que el médico sea, por ejemplo ante la crisis de salud que hay en el país ahorita todo el mundo ha pensado que la culpa es porque no hay un médico dirigiendo eso sino han puesto a unos militares y los militares fracasaron".* **(Entrevistado Número 7)**

En el Análisis Crítico del Discurso, se puede observar una **Presentación Negativa de los Otros** respecto de la obediencia de las enfermeras a los médicos, además hay **Presentación Positiva del Nosotros** con respecto al ellos cuando afirma que el hábito es que sea el médico quien dirija el sector salud. También hay **Contraste/ Oposición** en su discurso discriminatorio y revelador del poder de una de las partes, en este caso del médico sobre la enfermera.

Por otra parte, el asunto de la constitución de las enfermeras, como sujetos sociales, es un tema de exigua preocupación y abordaje tanto dentro como fuera de los espacios de investigación académica en Venezuela. Muy poco se han considerado los procesos culturales que intervienen en la definición de la identidad laboral y social de la enfermera y es éste un ángulo de reflexión cultural que nos permite poner cierto acento argumental en las contradicciones que caracterizan las trayectorias sociales de médicos y enfermeras.

Las Clases Sociales como Categoría Dialéctica de las Relaciones de Poder Medicina –Enfermería en el Plano Simbólico

No obstante el concepto de clase social con el que se viene argumentando la Tesis, se considera necesario, a los efectos de avanzar argumentalmente en la afirmación de la misma, hacer la siguiente consideración en torno a la conceptualización de clase social.

Al respecto, Dos Santos (2006) afirma que el concepto de clase se identifica con el funcionamiento mismo de la sociedad y, por tanto, *"Lo que va a hacer Karl Marx es exactamente dar al concepto de clase no solo una dimensión científica sino también atribuirle el papel de base de explicación de la sociedad y de su historia"* (Dos Santos, 2006, p.2)

Es de hacer notar que no obstante la importancia que reviste el concepto de clases, aún en las densas obras de Marx, éste no pudo desarrollar una definición

acabada y formal en razón de que El Capital, fue truncado por su muerte precisamente en el capítulo en el cual iniciaba su desarrollo sistemático y analítico del concepto. (Capítulo LII referido a Las Clases) De manera que los elementos constitutivos y formales de este concepto en Marx, son derivados del conjunto de su obra en los que aborda las relaciones de clase en contextos específicos. Ahora bien, de acuerdo con Marx, las clases aparecen con la expansión de la división del trabajo que es la condición que permite la creación de producción excedentaria de la cual se apropia una minoría de no productores que, como tales, establecen una relación de explotación con la mayoría de los productores.

Por otra parte, existen dos construcciones conceptuales deducibles de los trabajos de Marx sobre la noción de clase, a saber: **a)** El modelo puro de dominación que corresponde a todos los tipos de sistemas clasistas; **b)** Unos modelos concretos en los cuales cada tipo de sistema de producción implica una serie determinada de relaciones sociales entre los individuos involucrados en el proceso productivo. (Giddens, 1974, p.27). Pero además, "*Los seres humanos nunca producen simplemente como individuos, sino únicamente como miembros de una determinada forma de sociedad"* (Marx, 1984, pp.33-34) Por tanto, no existe sociedad que no esté basada en una serie determinada de relaciones de producción.

Es imprescindible aclarar que, para los propósitos argumentales aquí desarrollados en cada ámbito y en general, hemos asumido la aclaratoria de Marx en cuanto que la clase no debe ser identificada ni con la renta (ingreso) ni con la ocupación "funcional" en la división del trabajo, pues ello significaría una

multiplicidad infinita de clases. Siendo entonces que: *"Las clases no son grupos de renta, entonces es posible que dos personas que tengan ingresos idénticos y hasta las mismas ocupaciones, pertenezcan a clases distintas debido a su diferente posición en relación con los medios de producción"* (Marx, 1984, pp.33-34). Así, por ejemplo, dos enfermeras, una de las cuales es empleada en un centro de salud y la otra, propietaria de una clínica privada. Pero tampoco puede soslayarse que la dominación, vale decir el poder económico está fuertemente articulado a la dominación política de una manera tal que:

> *El control de los medios de producción proporciona el control político… por tanto, la división dicotómica de las clases es una división tanto de la propiedad como del poder y rastrear las pistas de la explotación económica en una sociedad, es descubrir la clave para la comprensión de las relaciones de dominación/subordinación que se dan dentro de esa sociedad.* Así, agrega, *las clases expresan no solo una relación entre 'explotadores' y 'explotados'; sino también entre opresores y oprimidos"* (Giddens, 1974: 28-29).

Habría que decir además, que como tal relación es conflictiva y puede conducir a la transformación de la misma, cobra fuerza y sentido el concepto de Conciencia de Clase, por lo cual para el caso de enfermería, consideramos que es necesario la toma de conciencia de sus intereses comunes tanto económicos como políticos que, en conjunto, refieren en sentido amplio a intereses comunes en el orden social. La conciencia de clase es el vínculo, la condición que permite a una clase "en si" (un grupo como enfermería con objetivos latentes) convertirse en una clase "para si" (un grupo de poder que tiende a organizarse para la lucha política de acuerdo con sus intereses) Pero la conciencia no emerge de manera automática, sino que ella es

mediatizada por las ideas dominantes vehiculadas por diversas vías, incluidos los medios de comunicación en tanto que instrumentos de los sectores dominantes para la alienación de los dominados.

Al respecto, los resultados de la encuesta al azar aplicada a una muestra de sujetos no correspondientes al área de la salud, indica que fuera de esta esfera (enfermería) pareciera haber más claridad que en los propios profesionales de enfermería sobre la conciencia de clase, puesto que, por una parte, el 75,83% opina que existen grandes desigualdades entre médicos y enfermeras; por la otra, el 63,33% considera que la clase social constituye la condicionante que determina las contradicciones, las diferencias, las desigualdades y por tanto, las asimétricas relaciones de poder entre ambas profesiones. Desde esta perspectiva, la elevación de la conciencia de clase, en el profesional de enfermería, muy probablemente proporcionaría claridad para el establecimiento de estrategias que reviertan la posición real que ocupamos en el ámbito social venezolano.

De las Clases Sociales al Campo Social: Pierre Bourdieu, un Referente Teórico Imprescindible

En correspondencia con la línea discursiva y las derivaciones del punto anterior, se recurre a Bourdieu como referente teórico afirmante de la tesis, para argumentar en torno al movimiento dialéctico que va de las clases sociales al espacio social[24], donde se analizan las relaciones de poder médico-enfermera. Consideramos que estas relaciones se hacen más explícitas desde la perspectiva dialéctica que desde los

argumentos de los teóricos funcionalistas, por ejemplo, y en este sentido atendiendo a lo planteado por Bourdieu en su obra La Distinción de 1998, asumimos los conceptos de **espacio social** y de **campo** como indisociables, así como también que es necesario distinguir dos dimensiones de la clase social: por una parte, lo referido a su 'condición' es decir, lo que corresponde a sus propiedades intrínsecas, consideradas "en si" y, por la otra, su 'posición', es decir, las características que asume por el hecho de estar ubicada en una posición estructuralmente diferente de las demás clases. Ambos grupos o conjuntos de propiedades solo pueden ser disociables analíticamente.

Para este caso, en la primera dimensión (condición) cada grupo de profesionales (médicos-enfermeras) puede poseer unas condiciones intrínsecas "en si" que las identifican y mediante las cuales se reconocen y son reconocidos en los imaginarios colectivos; pero en cuanto a la 'posición' habría que hacer referencia a las características que asumen los sujetos sociales (médicos y enfermeras) por estar ubicados en una posición estructuralmente diferente.

De allí que resulta explicable como sujetos de similar condición de clase podrían adoptar, exhibir y presentar propiedades diferentes como consecuencia de estar insertos en distintas estructuras sociales en las que ocupan posiciones orgánicamente diferentes. Los sujetos del segmento o sector superior de una clase o profesión dominada presentan características de los sectores medios de la clase dominante. En este contexto posicional, los sujetos de la profesión en tanto que clase

"…dejan de ser una substancia para ser una relación" (Baranger, 2004, p.18) es decir, dejan de ser individuos para ser una relación de dominación/subordinación.

Siguiendo a Bourdieu y en consonancia con lo desarrollado en el punto anterior sobre las clases sociales y sus dimensiones, **es necesario destacar la dimensión simbólica de la dominación** que experimenta enfermería respecto de la profesión hegemónica de la salud en los términos siguientes:

> *Una clase social no se define nunca solamente por su situación y por su posición en una estructura social, es decir por las relaciones que mantienen objetivamente con las otras clases sociales; debe también muchas de sus propiedades al hecho que los individuos que la componen entran deliberada u objetivamente en relaciones simbólicas que, al expresar las diferencias de situación y de posición de acuerdo a una lógica sistemática, tienden a transmutarlas en distinciones significativas*. (Bourdieu, citado por Baranger, 2004, p.118)

Cabe resaltar que:

> *Las diferencias económicas aparecen siempre redobladas por distinciones simbólicas que transmutan los bienes en signos, las diferencias de hecho, en distinciones significativas o para hablar como los* lingüistas, en valores… *De esta manera las acciones simbólicas expresan siempre la posición social según una lógica que es aquella misma de la estructura social, la de la distinción.* (Baranger, 2004, 119).

En este sentido, las titulaciones mediante las cuales ilusoriamente las enfermeras se homologan con los médicos, por ejemplo, no son condición suficiente para alterar la lógica posicional que es la lógica estructural. En esta línea argumental, la meritocracia funcionalista y weberiana se estrella contra el muro de las condiciones de clase, que derivan de las posiciones en la estructura social y de las imágenes

sociales o imaginarios colectivos construidos al respecto. Un médico entrevistado considera que:

> "*Entonces la única forma es que ustedes tienen que establecer estrategias a nivel nacional para que la gente sepa cual es realmente su labor y para que posteriormente la pueda valorar, porque como usted dice en el equipo de salud a quien reconoce el paciente, al médico nada más, el rector o la persona que conduce la atención tratamiento, conducta terapéutica en el paciente es el médico, pues el médico debe liderizar el grupo"*. **(Entrevistado Número 9)**

Aquí se manifiesta, de acuerdo con las unidades de Análisis Crítica del Discurso **Presentación Positiva del Nosotros, con connotación de superioridad frente al Ellos;** asimismo, se presenta una **Hipérbole de Cosas Negativas** porque el médico no asume que la enfermera hace una actividad conexa a la suya y del mismo valor cognitivo y social, por la cual cualquiera de los dos pudiera liderizar el equipo de salud, esto indica las posiciones que seguimos ocupando como sujetos sociales.

La noción de campo que ha sido planteada por Bourdieu, permite dar cuenta del conjunto de relaciones objetivas en las que se encuentran ubicados los sujetos médicos y enfermeras, con la cual se argumenta en contra de la inmutabilidad y a favor de superar las contradicciones entre conservación y transformación.

> *Los campos se mantienen o se transforman por los enfrentamientos entre las fuerzas que constituyen el campo –todo campo es un lugar de lucha con el objeto de alcanzar la autoridad. «La estructura del campo –dice Bourdieu es un estado de relaciones de fuerza entre los agentes o las instituciones comprometidas en la lucha o, si se prefiere, de la distribución de capital específico que, acumulado en el curso de las luchas anteriores, orienta las estrategias ulteriores. Esta estructura, que está en el principio de las estrategias destinadas a transformarla, es ella misma un juego: las luchas en las que el campo es el lugar tienen por desafío el monopolio de la violencia legítima (autoridad*

específica) que es la característica del campo considerado; es decir, en definitiva, la conservación o la subversión de la estructura del capital específico. (Germaná, 1999, p.1)

ALGUNAS DIMENSIONES SOCIALES (SIMBÓLICAS) DE LA ENFERMERÍA COMO LOCUS DE RELACIONES DE PODER

Siguiendo la línea argumental afirmativa de la tesis, en concordancia con el desarrollo metodológico desplegado y los espacios institucionales establecidos para este ámbito, se ha considerado necesario abordar específicas dimensiones sociales que, como los Medios de Comunicación, el Modelo Iconofónico en Venezuela, los imaginarios colectivos, y la Opinión Publica, constituyen aparatos ideológicos[25] , se articulan a la hegemonía médica generando, reproduciendo y cristalizando violencia simbólica que se expresa, para el caso que nos ocupa, en bajo reconocimiento social, invisibilización profesional y estigmatización de la enfermería como profesión y de las enfermeras como sujetos sociales y profesionales. Tales dimensiones sociales (simbólicas) son: la Identidad Profesional, el Reconocimiento Social y la socio-semiología referidas a la enfermería.

Sin embargo, previo a la argumentación sobre cada uno de los espacios simbólicos señalados, es necesario desarrollar la argumentación, en clave dialéctica, de los mecanismos de construcción de violencia cultural así como de dominación cultural e ideológica en lo que a enfermería se refiere.

En este sentido, cabe señalar que hasta este punto hemos abordado la temática del poder y más específicamente, las relaciones de poder enfermería-medicina, desde los ámbitos asistencial, académico y político. Sin embargo, en un momento histórico en el cual lo simbólico cobra cada vez más fuerza, reflexionar y argumentar en torno al lugar que ocupan los medios de comunicación, imaginarios y opinión pública en la obtención y perpetuación del poder, con particular énfasis en la dominación de la hegemonía médica sobre enfermería, resulta muy valioso para nuestros propósitos argumentativos en términos de afirmación de la tesis.

Thompson (1998) señala que el poder simbólico ocupa lugar privilegiado entre los cuatro elementos cardinales del poder; es decir, entre el poder económico (relaciones sociales de producción), el poder político (referido al Estado y el conjunto institucional regulatorio del orden social), y el coercitivo (los dispositivos de fuerza física para la preservación de un sistema social determinado). El poder simbólico se expresa: "en *el ejercicio de una* ***violencia visible y solapada****, que reproduce visiones dominantes a través del intercambio de formas simbólicas"* (Thompson, 1998, p.65) [Resaltado de la Tesista]

En esta perspectiva, se articula el concepto de ideología con la circulación semiótica que otorga preponderancia a los referentes simbólicos de la hegemonía médica y, como contracara dialéctica, como opuesto, la valorización social negativa o de concesión aparente, en el mejor de los casos, de la enfermería. Es decir, se

despliegan significados reproductores de las relaciones de dominación que garantizan la permanencia y sostenibilidad de un orden social con asimetrías de poder asociadas al capital simbólico de la medicina y los médicos, vale decir, al prestigio y reconocimiento acumulado por sus productores e instituciones.

Siendo que la circulación de mensajes y significados es un asunto de orden cultural se hace necesario recurrir a algunos teóricos dialécticos o próximos a esta corriente explicativa de la realidad para comprender el papel de la cultura como vehiculo de dominación. Al respecto:

> *Antonio Gramsci dejó por sentado la capacidad del grupo dominante para obtener y mantener el poder sobre la sociedad, no solo mediante la preservación del control sobre los medios de producción material, e instrumentos de represión, sino sobre todo, por el control de las instituciones productoras de sentido, de la espiritualidad de la sociedad. La hegemonía se refiere a la capacidad cultural de la burguesía para crear, desarrollar y reproducir la realidad burguesa, no por coacción, sino por «consenso». Por tanto, se refiere a la forma cultural e ideológicamente determinada en que se produce y reproduce no sólo las ideas, sino también las creencias, los valores y los comportamientos que conforman las actitudes vitales de una sociedad.* (Rodríguez et alia, 2008, p.2)

No cabe duda que la opinión pública juega un papel crucial en la conformación de imaginarios culturales y, en este sentido, la hegemonía médica articulada al control de medios cuenta con un poderoso instrumento mediante el cual se imponen sus patrones sociales, culturales e ideológicos, a partir de los postulados de la sicología de

la opinión pública entre los cuales, de acuerdo a lo señalado por Paz (1977) se mencionan los siguientes:

- La opinión pública se define y desarrolla sobre la opinión de una mayoría que tiene un interés común.
- No se requiere unanimidad, pero la opinión pública debe ser tal que la minoría aunque pueda no compartirla, se sienta obligada a aceptarla no por temor, sino por convicción.
- El aparato de comunicación tiene como función esencial la de informar al público para que desde la libertad de su determinación personal, cada individuo participe en formar un consenso llamado opinión pública.

De esta manera, el grado de sumisión de enfermería como derivación de la dominación médica tiene un nada desdeñable asidero en los aparatos constructores de opinión pública, Sin embargo, tal sumisión se articula con un fuerte grado de aceptación, vale decir, de consenso en torno a los valores y patrones sociales de la profesión hegemónica en la salud como expresión de la hegemonía de clase.

> *La hegemonía de la clase dominante solo se alcanza cuando se ha logrado establecer la combinación necesaria de momentos de consenso y momentos de fuerza; la imbricación y presuposición entre los procesos de producción material de la vida, y los procesos sociales de producción espiritual. «El ejercicio normal de la hegemonía [...] se caracteriza por una combinación de fuerza y consenso, que se equilibran de diferentes maneras, sin que la fuerza predomine demasiado sobre el consenso, y tratando de que la fuerza aparezca apoyada en la aprobación de la mayoría, mediante los llamados*

> *órganos de la opinión pública.* (Gramsci, citado por Rodríguez et alia, 2008, p.3)

Así, la comunicación pública es una de las manifestaciones de las prácticas sociales enculturizadoras, a través de las cuales la profesión dominante, por su propia condición de tal, trata de identificar - en este ámbito social, lo racional, lo verdadero, lo justo y lo legítimo, con sus propios intereses. Sin embargo, esta práctica social contiene, al decir de Bourdieu (1994) violencia simbólica o violencia cultural en términos de Penalva (2005) quien al respecto afirma que:

> *Cuando se habla de violencia cultural se está haciendo referencia a aquellos aspectos simbólicos de la cultura (sus formas "no materiales" como son el lenguaje y la comunicación) que inciden en la justificación de situaciones violentas, ya tengan éstas un carácter directo o estructural. La violencia cultural por el hecho de no ser material no es inocua.*
>
> *Incluso puede llegar a construir algún tipo de consentimiento de aquellos que sufren directamente la violencia directa (maltrato a mujeres, a niños, a ancianos, por ejemplo, si se interioriza una jerarquía basada en razones de género o edad) o la estructural (justificación de la desigualdad social como fenómeno "natural")* (Penalva, 2005, p.1)

IDENTIDAD PROFESIONAL, RECONOCIMIENTO SOCIAL Y SOCIOSEMIOLOGIA EN ENFERMERIA: EXPRESIONES DE ASIMÉTRICAS RELACIONES DE PODER

La Identidad Profesional desde la Contradicción de las Concepciones Vocacional y Profesional

En Enfermería, la interacción entre profesión y vocación es determinante. Tradicionalmente, en Enfermería se privilegió la vocación, infravalorando de este

modo, los conocimientos científico-técnicos, psicológicos y humanísticos que requiere el óptimo ejercicio de dicha profesión. Sin embargo, en las últimas décadas el modelo centrado en la vocación ha quedado completamente desahuciado y se ha desarrollado, unilateralmente, el modelo centrado en la profesionalización.

El primero, deslegitima y desdibuja la Enfermería como profesión, como disciplina, negando en cierta forma la necesidad de formación académica, porque se estaría diciendo de manera indirecta que cualquiera que tiene vocación de "cuidar" o que "cuida" (Ej. una madre) es enfermera/o, pero debemos diferenciar claramente que el cuidado que hace la enfermera es un cuidado profesional que requiere de ciertos conocimientos y técnicas para poder realizarlo.

El segundo, la profesión, desconsidera la vocación, quiere decir que cualquiera que adquiera los conocimientos técnicos necesarios en el área puede ser enfermera, pero ¿Esto la faculta en realidad para ejercer el Cuidado Humano integral que requiere el desempeño comprometido de la profesión desde lo que ésta significa? es decir, ¿Cualquiera que adquiere el título de médico es un buen médico? o ¿Cualquiera que obtiene el título de ingeniero es un buen ingeniero? Ambos presentan una contradicción en cuanto a que separados no pueden funcionar porque pierde enfermería su esencia pero juntos parecen no lograr su consolidación, pues surge la dominación de uno sobre el otro y esto muta la profesión.

En cuanto a la enfermería como profesión**,** Saber y Velarde (2004) afirman que:

> *Generalmente, se reconocen como causas de dicha desvalorización: el ser una profesión mayoritariamente femenina, la no jerarquización científica, la no administración específica de la tarea profesional, la no jerarquización de la profesión dentro del equipo de salud, la no participación activa en los niveles de decisión, la vigencia de pautas socio-culturales que originan la discriminación de la mujer Enfermera*. (Saber y Velarde, 2004, p.3)

Sin embargo, no pueden ser obviados aspectos de carácter subjetivo en un análisis riguroso del asunto. En este sentido, muy probablemente en términos de la microfísica del poder habría que buscar en las contradicciones internas de la enfermería sobre las imágenes que, de la Profesión, tienen enfermeras y enfermeros, pues como afirman (Saber et al, p.3) *"La convivencia contradictoria de elementos distintivos constituyó una particularidad de la actividad enfermera"*.

Para el caso venezolano considero que la persistencia hoy de rasgos, conductas e imaginarios correspondientes a la llamada etapa vocacional (articulada con la concepción de la enfermería como un apostolado) choca con la etapa profesional en la cual sobre la base de nuevas racionalidades en el orden científico-técnico y cambios sociales, la profesión y sus actores perciben con claridad aquellas particularidades que obstaculizan o fortalecen el reconocimiento de la Enfermería como profesión.

En breve, se percibe una marcada contradicción intrasujetos con respecto a la vocación y la profesión como tal. Por ello, cabe preguntar ¿Cuáles son las luchas y los retos a enfrentar? ¿El logro de un título universitario (grado o postgrado) es una condición suficiente y necesaria para alcanzar el reconocimiento social y la conquista de nuevos espacios de poder? ¿Cuál es la articulación Academia-Gremios para

adelantar las necesarias luchas? ¿Existe claridad en que nos corresponde una participación activa en los más altos niveles de decisión política?

En el imaginario colectivo se advierte una cierta indefinición del rol profesional percibido por la comunidad y particularmente vinculado al carácter subalterno. Sobre este aspecto, resulta pertinente la siguiente cita:

> *Creen que nuestra tarea radica en cumplir órdenes médicas, distribuir y entregar medicamentos, en realizar prácticas de higiene y confort, nos identifican con la jeringa y la chata ", " nos identifican como la mano derecha del médico cuando en realidad somos la mano derecha del paciente", "en realidad estamos formados para brindar atención materno infantil, tratar urgencias, atender a la comunidad, ejercer funciones independientes… Múltiples razones pueden estar justificando esa indefinición del rol, entre ellas: la prolongada vigencia de un modelo sanitario lineal, asistencialista, centrado en la persona "paciente", que determinó los planes de estudios de las instituciones formadoras; planes de estudio conservadores, donde el enfoque biomédico y la persona enferma dominan el área cognitiva y empírica de formación del estudiante. En el marco de esta particularidad, los egresados reconocen un antes y un después en el proceso de formación, constituyendo el punto de inflexión la reforma curricular elaborada desde una perspectiva biopsicosocial y donde el marco teórico adoptado sustenta la concepción de persona con sus características naturales y peculiares, que el protagonismo está sustentando por la persona-familia-comunidad, por la salud y no por la enfermedad, por las acciones de promoción, por la comunicación horizontal, por el accionar intersectorial.* (Saber y Velarde, 2004, p. 4)

Asimismo, otros autores sostienen que existe una relación entre identidad e imagen:

> *Puesto que la posición ocupada hoy en día por la profesión se relaciona de alguna manera con las imágenes que tiene la sociedad sobre la Enfermería y con los orígenes del grupo, es importante modificar estas*

imágenes distorsionadas y diferenciar el yo profesional de la Enfermería.(Raffo, citado por Durante, 2003, p.3)

¿Estas afirmaciones de hace veinte años han cambiado hoy? parecieran seguir tan vigentes como entonces. Así en la perspectiva dialéctica es importante señalar lo que planteara Siles (2005) (del Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante, España) en su trabajo **La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista "…***una de las premisas de las que parte el materialismo dialéctico consiste en afirmar que todo está interconectado y que hay un proceso continuo de cambio (movimiento) en esta interrelación"*. (Siles, 2005, p.1)

Según Kojeve (1994), citado por Siles (2005) El ser humano como individuo y los grupos que se constituyen a nivel social, político o profesional, tienen que ser descritos sin renunciar a su potencial de cambio a través del tiempo.

Por tanto, de acuerdo con Siles (2005) Decir que el ser humano es dialéctico implica afirmar, en primer lugar (a nivel ontológico), que es una totalidad que implica identidad y negación. En segundo lugar (a nivel metafísico) el ser humano se realiza dentro de la naturaleza (mundo natural), pero también en un mundo histórico (mundo humano).

En tercer lugar (a nivel fenomenológico), el ser humano aparece como algo que existe empíricamente en un momento dado, pero se trata de una objetividad aparente que no resiste el paso del tiempo sin experimentar cambios, dado que los humanos son seres históricos, mortales que desde su libertad individual tienen la capacidad de luchar y trabajar para producir cambios mediante la acción creativa (no

quedar marginados de los cambios en el estatismo crónico del "esclavo" En este sentido, el papel de la mujer y de la enfermería en la sociedad participa de las características reseñadas y está expuesto a la dinámica dialéctica en general consistiendo uno de sus rasgos diferenciales en la ausencia histórica de conciencia crítica que ha incidido en la ralentización de su evolución como representante del sexo oprimido (propia del rol del esclavo).

Sólo a partir del reconocimiento que obtienen las enfermeras en los conflictos bélicos y el auge del movimiento feminista se generó y se fue vertebrando el deseo de cambio.

> *La negación del estatuto de esclava o el inicio de la lucha de la mujer por el reconocimiento social, educativo y profesional es consecuencia de un deseo (Kojeve, 1984), una pulsión polarizada por la necesidad de un cambio del "ser en sí" al "ser para sí". Constituye el primer paso mediante el que el ser humano identifica el esfuerzo y la lucha como un mecanismo inherente a la superación del "status quo" (de la sumisión, dependencia o esclavitud), es decir en la conciencia crítica de cada persona o grupo radica el impulso primigenio a través del que se va a materializar la pulsión o deseo de transformación de lo dado o preexistente (Kojeve, 1984) que mantiene esclavizada a la mujer dentro de un marco de limitaciones de género y en cuyo núcleo central resulta fácilmente divisable la enfermería doméstica y también de la religiosa.* (Siles, 2005, pp. 2-3)

No puede obviarse que el tema de la identidad profesional de la Enfermería es un tema espinoso al que la mayoría de los colegas, teóricos y particularmente la burocracia académica suelen evadir sistemáticamente "huyendo por la tangente" o poniendo de manifiesto el “síndrome del avestruz”, la excusa es casi siempre la misma: utilizar el camino más transitado para el escape airoso de una discusión profunda, que no es otro que la célebre frase: "a los enfermeros nos falta identidad

profesional". Este axioma es sostenido por muchos teóricos de la Enfermería, como ejemplo basta citar el tema titulado justamente "Falta de identidad profesional", del texto de Leddy y Pepper (1989) "Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional", citadas por Durante (2003) y en el cual sostienen que:

> *"Entre las enfermeras existe una tendencia general a reducir su pericia profesional a una inclinación personal. Las enfermeras se comportan como si no fuera aceptable para ellas tener una opinión profesional y, aunque manifiestan verbalmente su deseo de obtener mayor reconocimiento, más poder y extender sus derechos profesionales, se muestran visiblemente incómodas con la responsabilidad. A través de gestos y de palabras, las enfermeras comunicaron su subordinación a las ideas y deseos de los médicos.* (Durante, 2003, p.1)

En esta línea argumental sobre las contradicciones existentes en la articulación entre identidad profesional, la concepción vocacional-profesional, la perspectiva de género y la relación dominación/ subordinación existente entre médicos y enfermeras, luce pertinente lo expuesto por algunos autores como ideas fundamentales sobre el asunto:

> a) *La subordinación de la profesión de enfermería frente a la profesión médica. La enfermería prioriza la realización de actividades profesionales dependientes frente a las independientes. La figura del médico es el referente de actuación y el enfoque biomédico su camino; b) El imaginario colectivo compartido por las enfermeras presenta su profesión con unas características definidas de abnegación y entrega incondicional, que colisiona frontalmente con lo que se considera una carrera profesional y donde lo aprendido y la práctica quedan relegados frente a la "cientificidad"; c) La necesidad de crear un espacio de trabajo y un cuerpo científico para aprovechar las oportunidades que la estructura ofrece en la actualidad e implantar un espacio propio profesional, que le permita acceder a objetivos amplios en la organización sanitaria.* (Cano-Caballero, 2004, p.3)

El Reconocimiento Social en Enfermería:

Expresión de Contradictorias Relaciones de Poder

Al plantearnos el reconocimiento social de enfermería, como uno de los asuntos nodales de la tesis, nos preguntamos ¿A que alude el asunto? Si ello es una demanda, un reclamo, entonces es necesario identificar al sujeto o a los sujetos reconocedores y los sujetos a reconocer. En este sentido, se recurre a la llamada Teoría de las Representaciones, de la cual Moscovici[26] (1985) es uno de sus representantes, así como también resulta adecuada la siguiente definición de las representaciones:

> *Las representaciones producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social. En este sentido, las representaciones actúan de forma análoga a las teorías científicas. Son teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas, con suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse en ellas sin tropezar con demasiados contratiempos. En definitiva, las representaciones sociales parecen constituir unos mecanismos y unos fenómenos que son estrictamente indispensables para el desarrollo de la vida en sociedad.* (Ibáñez, 1988, p. 55).

En ese marco resulta útil a los propósitos de esta tesis lo que refiere a **l**a construcción de las representaciones sociales entendidas, como:

> *Una unidad funcional estructurada e integradas por formaciones subjetivas tales como: opiniones, actitudes, creencias, imágenes, valores, informaciones y conocimientos. Las representaciones se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos".* Asimismo, señala que…*la actitud es la primera dimensión de una representación, puesto*

> *que nos representamos "algo" y luego se produce la toma de posición hacia ese "algo" … la actitud implica un estímulo ya constituido, presente en la realidad social a la que se reacciona con determinada disposición interna, mientras que la representación social se sitúa en "ambos polos": constituye el estímulo y determina la respuesta que se da.* (Alfonso, 2007, pp.8-9)

De la misma manera, la información es la dimensión que refiere los conocimientos en torno al objeto de representación; para este caso, la enfermería y la enfermera particularmente por los conflictos de género que son obvios en nuestro medio diseñado desde la perspectiva masculina y de claros signos patriarcales. Así, la cantidad y calidad de la información sobre la enfermería es variada en función de factores diversos, a saber: el nivel, la pertenencia grupal y la inserción social juegan un rol esencial, pues el acceso a las informaciones está siempre mediatizado por ambas variables. *"También tienen una fuerte capacidad de influencia la cercanía o distancia de los grupos respecto al objeto de representación y las prácticas sociales en torno a este"*. (p.9)

En este contexto argumentativo, si se asume que la sociedad es quien reconoce, es decir, el sujeto reconocedor, habría que observar que ella, en líneas generales, no luce homogénea. En este sentido, la sociedad venezolana no puede asumirse como monolítica, homogénea o uniforme, por cuanto en su composición socioeconómica interior es posible constatar profundas divisiones de clase generadas por la propiedad de los medios de producción que reposa en manos de herederos históricos de los sectores dominantes coloniales y de las burguesías emergentes dependientes,

conformadas fundamentalmente por inmigrantes o descendientes de inmigrantes europeos.[27]

Pero no solo ha habido una apropiación de los medios de producción material, sino también una apropiación de los medios de producción de bienes intangibles como es el caso del conocimiento y de los sistemas simbólicos de reconocimiento social que corresponden a los modos de ser, hacer y pensar de los sectores sociales dominantes. Es en esta perspectiva que puede comprenderse la apropiación y dominio que ejercen sobre profesiones que, en tanto profesiones liberales y/o tradicionales - como es el caso de la medicina, algunas ingenierías como la ingeniería civil, la odontología entre otras – les garantizan legitimación social, reproducción de capital tanto en términos económicos como simbólicos. Más aún, es desde allí que pueden explicarse los procesos de desplazamiento que experimentan grupos pertenecientes a los llamados sectores populares que logran acceder a la educación superior como cursantes de carreras que, en la División del Trabajo, ocupan los lugares más bajos en la escala de prestigio profesional por lo que la obtención del título, si logran sortear los mecanismos de exclusión internos, les produce la falsa idea de que han ascendido socialmente; es, sin dudas, un proceso de alienación.

Desde esta falsa conciencia del desclasado - ubicada culturalmente a medio camino entre clases antagónicas – se busca el reconocimiento de la profesión, no en cuanto a su pertinencia expresada en su vinculación efectiva con los excluidos, con las necesidades de los menos favorecidos, con los grandes temas que demandan

concurso multi e interdisciplinario, sino en cuanto al prestigio individual como mera práctica hedonista.

Como contraparte de lo anterior, se plantea que el reconocimiento social de enfermería no se encuentra en las prácticas fundadas en el individualismo, en la exaltación del ego particular, sino más bien en la rigurosa producción de conocimientos, en el uso efectivo y social de tales conocimientos y su contribución a la identificación y resolución de grandes y pequeños temas y problemas sensibles a la humanidad tanto en sus dimensión local como global. Más aún, la identificación de clase intraprofesional constituye un asunto de vital importancia toda vez que la formación, históricamente, ha conducido a una alienación y desplazamiento de quienes proviniendo de sectores sociales populares, terminan adhiriendo a valores y elementos culturales de las clases dominantes y a una sumisión a la misma, más allá incluso de la asimétrica relación con los médicos.

Por otra parte, y en términos de la argumentación que acá se adelanta es importante la siguiente definición de identidad profesional:

> *La identidad profesional de las enfermeras/os es percibida por ellas mismas, como parte integral de la identidad personal y la existencia de esta identidad personal, es un prerrequisito para el desarrollo de la, identidad profesional (Öhlen, 1998:720). La identidad profesional es la percepción individual de las enfermeras/os en el contexto de la practica enfermera. Descrito como la experiencia y sentimiento de "ser enfermera" en contraposición es "trabajar como enfermera". El desarrollo de la identidad profesional es un producto de equilibrio entre los atributos de la profesionalidad externos e internos. En este proceso la fuerza central de motivación personal consiste en voluntad, agudeza, ingenio y habilidad…La responsabilidad asumida es el*

> *resultado de la identidad profesional…Entre los valores centrales y básicos que configuran la identidad profesional se encuentran: el altruismo,; la ética del cuidar; y el respeto a la persona…La identidad profesional se adquiere, cuando una persona se integra en un colectivo profesional y adopta no solamente los conocimientos y habilidades de la profesión en cuestión, si no que, además, adopta los valores y las actitudes qu8e la lo caracterizan* (Ramió, 2005, p.24)

En estas concepciones de la identidad de claro signo neutro, que responde más a la concepción vocacional que a la concepción profesional de la enfermería, pareciera no considerarse que existen condicionantes de orden político, ideológico, económico y social de la enfermería que configuran su identidad en términos referenciales, es decir por su relación con otras profesiones de la salud y consigo misma y conducen – al tenor de lo que discurrimos – a procesos de Desvalorización Social de la profesión puesto que en la sociedad capitalista las llamadas tareas de reproducción – y enfermería es asumida en esta concepción no adhieren al valor de cambio y, por tanto, es desestimada, más aún estigmatizada frente a las entendidas como realmente productivas. En breve, se deduce de la experiencia, que el efecto más inmediato sobre cualquier actividad profesional vinculada al ámbito reproductivo como el cuidar a los demás, es objeto de desvalorización. En este sentido, para nuestra línea argumental, cobra importancia la afirmación siguiente:

> *Es necesario que entendamos que el valor de uso de una mercancía se puede materializar en un objeto o puede estar vinculado a la presencia física de la persona que realiza un servicio determinado. Sirva como ejemplo del grado de profundidad mercantil a la que nos somete la sociedad en la que vivimos el "cuidado" que, a través de los mecanismos mercantiles y de las relaciones capitalistas de producción, reciben nuestros ancianos. Por cierto que el trato que recibe la población*

anciana de cualquier sociedad nos da una medida muy interesante de su grado de civilización (Gracia, X., 2008, p.3)

En esta argumentación estimo necesario insistir en que todo proceso de profesionalización está asociado al desplazamiento del saber empírico al saber científico-tecnológico y, en el caso de la enfermería, esta tendencia viene impulsada, por las exigencias de nuevas formas de participación social que emergen de nuevos actores sociales en contextos históricamente sometidos, subsidiarios. Asimismo, lenta pero progresivamente se va reconociendo la necesidad de re-delimitar el campo de acción, reconociendo como una debilidad interna el realizar todas las actividades bajo la dependencia médica.

Es decir, al enfatizar el rol desde la perspectiva científica, se consolida un perfil socioprofesional que apunta hacia la emancipación, la autonomía profesional. Sin dudas, en la acepción de Bourdieu puede decirse que se hace necesario configurar o asumir que la relación desigual, asimétrica con medicina configura un campo de lucha en el cual se habrán de solucionar las contradicciones de los distintos modelos sobre los cuales la profesión ha sustentado su rol históricamente, campo en el cual se confrontarán distintas perspectivas para el ejercicio, la administración y gestión, la enseñanza y la investigación de la enfermería.

Estamos en presencia, admítase o no, no solo ante probables escenarios de resolución de las asimétricas relaciones de poder medicina-enfermería, sino, la

confrontación, el debate entre los profesionales de la enfermería que, como vanguardia y en términos de insubordinación del conocimiento, desean "otra enfermería", vale decir una profesión autónoma, científica y reconocida socialmente, y aquellos que adhieren mantener el paradigma o modelo médico que ha prevalecido en nuestro país desde las primeras escuelas de Enfermería y que en su etapa universitaria continúan basadas en la rígida adhesión a métodos, teorías y/o paradigmas foráneos, que limitan su ejercicio y el alcance de reconocimiento profesional. La enfermería hoy en Venezuela debe configurarse (si bien no es una prescripción) como un espacio social -laboral- donde se establezcan nuevas relaciones sociales que son, al mismo tiempo, relaciones de poder, lo que implica el reposicionamiento de sus actores.

No obstante lo anterior no puede obviarse que la situación en torno al reconocimiento social de Enfermería es, en clave dialéctica, un asunto de relaciones de poder. Por ello, En lo que respecta al reconocimiento social de la profesión hacemos énfasis en las contradicciones que se observan en este ámbito pues, no obstante el hecho de que la profesión en Venezuela cuenta hoy, como hemos visto, con un importante avance en materia académica, contradictoriamente es objeto de escaso reconocimiento social que, en una sociedad constitucionalmente igualitaria pero estructuralmente clasista, se manifiesta en mecanismos, expresiones y procesos abiertos y sutiles de desvalorización de la enfermería y de la enfermera aún, dentro del llamado equipo de salud.

En este sentido, la encuesta aplicada arrojó el siguiente resultado; ante la pregunta *¿Considera usted que en Venezuela los médicos son socialmente más reconocidos que las enfermeras?* el 85% opinó que los médicos en Venezuela tiene mayor reconocimiento y, por tanto, reciben mayor gratificación social que las enfermeras con independencia de que, por ejemplo, la relación entre estructura científica, estructura académica y productos intelectuales pudiera sugerir un mecanismo igualador entre ambos profesiones. Estas claras diferencias reveladas en el imaginario colectivo lucen articuladas al modelo Iconofónico desplegado en el país respecto de médicos y enfermeras como veremos Infra y sobre el cual tendría que intervenir la Comisión Nacional de Telecomunicaciones (CONATEL) [28]

Es importante señalar que para efectos de esta argumentación se han considerado, además de lo expuesto, dos planteamientos básicos: **1)** El carácter subordinado de la Enfermería a la hegemonía médica como expresión de los antagonismos de clase; **2)** Si estamos en la llamada sociedad del conocimiento o de la información y siendo que la visibilidad profesional, el reconocimiento social y el posicionamiento político hoy se construyen fundamentalmente, a partir de los medios ¿Son contradicciones de clase las que condicionan una imagen negativa y estigmatizada o invisibilizada, en el mejor de los casos, en Enfermería mientras que se privilegia la de los médicos? ¿Es necesario, entonces reconstruir y reorientar la imagen social de Enfermería? Este es un tema de debate insoslayable para enfermería.

De la misma manera se realizó: **a)** Análisis Semiológico de programas de Radio, TV, cine, publicidad en productos/ vallas/ afiches/ u otros medios, prensa escrita que permitieran conocer las modalidad de visibilidad social que, de la Enfermería y la enfermera, se proyecta desde los medios al imaginario colectivo como condicionantes simbólicos al reconocimiento social y a la participación política de esta profesión. **b)** Estimación del número de programas de Radio, TV que, sobre salud y particularmente del Cuidado Humano maneja Enfermería ya en diseño, coordinación, en el entendido que hay un significativo número de programas sobre salud conducidos por médicos. En breve, son estos aspectos los que refieren a la imagen e identidad de la Enfermería.

La Conjunción Género-Clase en las Relaciones de Poder Enfermería-Medicina: una Aproximación en Clave Dialéctica

Algunos autores, afirman que:

> *Enfermería está atravesada por numerosas luchas sociales – como pocas profesiones en el mundo – entre las que podrían mencionarse las siguientes: a) Fue históricamente una profesión abrazada por el género femenino, el grupo más discriminado y subyugado durante gran parte de la historia de la humanidad - incluso en la actualidad - sistemáticamente en todas las culturas, pueblos y razas; b) El grueso de sus filas está compuesto de personas provenientes de los estratos más humildes de la sociedad - sea del país que sea - los cuales siempre han sufrido las presiones de los estratos "superiores"; c) Creció a la sombra de una profesión tan fuerte y dominante culturalmente como la medicina. Hecho que aún hoy le significa una severa dificultad a la hora de declarar la autonomía que requiere como toda profesión*. (Durante, 2003, pp.2-3)

Otros, como (Galeano 2008, p.3) nos advierte en una de sus más recientes y magníficas obras: "Espejos" que, *"Son femeninos los símbolos de la revolución francesa, mujeres de mármol o bronce, poderosas tetas desnudas, gorros frigios, banderas al viento"*. Pero la revolución proclamó la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, y cuando la militante revolucionaria Olympia de Gouges en 1791 propuso la Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana, la guillotina le cortó la cabeza en 1793.

Al pie del cadalso, Olympia preguntó: -Si las mujeres estamos capacitadas para subir a la guillotina, *¿por qué no podemos subir a las tribunas públicas?* No podían hablar, no podían votar. Las compañeras de lucha de Olympia de Gouges fueron encerradas en el manicomio y poco después de su ejecución, fue el turno de Manon Roland. Manon era la esposa del Ministro del Interior, pero ni eso la salvó. La condenaron por su ***antinatural tendencia a la actividad política.*** Ella había traicionado su naturaleza femenina, hecha para **cuidar el hogar y parir hijos valientes, y había cometido la mortal insolencia de meter la nariz en los masculinos asuntos del Estado**. Y la guillotina volvió a caer. (Sic). (Resaltados de la tesista).

Lo expuesto por Durante (2003), así como la contundente descripción de Galeano, constituyen referentes, nada desdeñables para nuestros propósitos argumentativos, en cuanto a la real, concreta y efectiva existencia de condiciones objetivas y subjetivas que sirven de soporte, estructural y supraestructuralmente, a la

dominación de unos grupos sociales sobre otros; vale decir, a unas particulares relaciones de poder pero que, dialécticamente, tales relaciones asimétricas contienen a su vez, de manera expresa o latente las posibilidades ciertas de subvertir la dominación.

De manera que cuando acá argumentamos en torno al poder, no podemos soslayar la importancia de las categorías sexo, género, hombre, mujer pues se han identificado barreras explícitas e implícitas que dificultan el acceso, la permanencia y la promoción de las mujeres en el campo científico, asunto este sobre el cual es imperativo argumentar.

En este sentido, se debe distinguir la diferencia entre ambos vocablos (sexo y género) pues estos conceptos se utilizan en algunos casos como sinónimos para diferenciar las características biológicas de los seres humanos de las que son social, cultural e históricamente aprendidas. Cabe acotar, que aunque hasta los años sesenta, del siglo XX, la mayor parte de los estudiosos utilizaron de forma indistinta los términos sexo y género, Robert Stoller en 1968 y Anne Oakley en 1972 introdujeron, de manera independiente, la siguiente distinción: *Sexo,* refiere a características biofisiológicas como cromosomas, genitales externos, gónadas, estados hormonales, etc.*; Género,* en cambio, refiere a pautas de comportamiento, social y culturalmente específicas, ya sean reales o normativas.

El problema estriba en que tradicionalmente se ha considerado que la mujer era *biogenéticamente* incapaz para ciertas funciones - como las referidas a las funciones correspondientes a los conocimientos formalizados institucionalmente y, por tanto, las correspondientes a la actividad científica - al considerar que pautas o costumbres socioculturales eran genéticas. Si se analiza la proporción de mujeres que actúan en el campo de la ciencia y la tecnología, sobre todo en los niveles de decisión y diseño de políticas, continúa siendo extremadamente reducida en áreas de conocimiento consideradas vitales para el crecimiento y desarrollo de los países, así lo refieren Aguirre y Batthyány (2001).

En este sentido, las autoras explican que a una idea de ciencia tradicional - concebida como forma de conocimiento puro, neutro, no influida por la sociedad en la que está inserta, fuera de la historia y los contextos sociales particulares - se opone otra idea de ciencia colocada dentro de las *relaciones de poder* que se dan entre los sexos, las clases, las etnias y las generaciones, esto se refleja en algunos aspectos muy precisos.

A pesar de haberse incrementado los niveles educativos de las mujeres en el nivel terciario en los últimos tiempos, existe un déficit de participación femenina en algunas áreas clave; así, las mujeres siguen incorporándose masivamente en aquellos campos del conocimiento definidos cultural y socialmente como “aptos” para las

mujeres, principalmente las ciencias sociales y humanas, campos en los que se supone aplicarían sus "destrezas naturales".

El peso de los estereotipos, de los preconceptos, las prenociones en la definición de los papeles sexuales es aún bastante fuerte en la sociedad y sigue siendo muy fuerte en el momento de una elección de carrera o profesión. Así, la construcción de conocimiento en relación a la dimensión de análisis de género permite tener una visión crítica para el análisis de las instituciones sociales y de los sujetos individuales y colectivos, que induzca al reconocimiento de la existencia de relaciones sociales asimétricas entre varones y mujeres al interior de la ciencia y la tecnología, en sus prácticas, usos y costumbres.

Este cambio conceptual de un modelo basado en la deficiencia femenina a otro donde la responsabilidad recae en las ciencias y la enseñanza científica, se considera cada vez más indispensable para poder dar el mismo trato a las mujeres en las disciplinas científicas, para que ellas puedan obtener los mismos resultados y para que estas disciplinas puedan aprovechar el potencial que ofrecen las mujeres.

Resulta pertinente, en esta línea argumental, señalar la imbricación que, entre las relaciones de género y las relaciones de poder, pueden ser establecidas considerando género como categoría de análisis. En esta perspectiva, algunos autores plantean, acertadamente que:

> *Podría mejor decirse que el género es el campo primario dentro del cual se articula el poder. No es el género el único campo pero parece haber sido una forma persistente y recurrente de facilitar la significación del poder. Establecidos como conjunto objetivo de referencias, los conceptos de género estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica.* (Scott, 1996, p.26)

Asimismo, cuando hablamos de poder desde la práctica y el pensamiento feminista, surge un pensamiento crítico que se ha hecho indispensable para comprender las relaciones de poder que conforman las sociedades de hoy en día. El feminismo señaló con acierto que las líneas de poder dentro de la sociedad no estaban estructuradas sólo por la clase social sino por el patriarcado, es decir, por lo que se ha definido como:

> *Una toma de poder histórica por parte de los hombres sobre las mujeres cuyo agente ocasional fue de orden biológico, si bien elevado éste a categoría política y económica. Dicha toma de poder pasa forzosamente por el sometimiento de las mujeres a la maternidad, la represión de la sexualidad femenina, y la apropiación de la fuerza de trabajo total del grupo dominado, del cual su primer pero no único producto son los hijos* (Sau, 1990, p.238)

Reconocer la existencia del patriarcado supuso también reconocer su poder para distribuir los espacios y en consecuencia, establecer una diferencia de roles, a saber, que los varones se habían ocupado tradicionalmente de todas aquellas actividades ligadas a la esfera pública y que las mujeres se habían ocupado de todas aquellas actividades ligadas a la esfera privada. La institucionalización de esta dicotomía de las dos esferas (público- privado) es lo que conforma el principio de vida sociopolítica del liberalismo (Molina Petit, 1994) que como sabemos es la base de los

sistemas democráticos modernos, específicamente de la denominada democracia representativa.

Podemos considerar que esta primera forma de análisis sobre las desigualdades sexo-género se centraba en las *cuestiones de acceso* (Da Silva, 2001, p.24). Esto supuso sacar a la luz los impedimentos (legales, materiales, psicológicos...) que las mujeres se han encontrado en el camino cuando han tratado de acceder a cualquier actividad ligada a la esfera pública (educación, economía, política, etc.).

Lo que nos permite, a su vez, comprender varios fenómenos como los siguientes: Existe una *segregación horizontal y vertical*[29] cuando las mujeres acceden al mundo laboral; esto supone que las mujeres se concentran en determinados sectores de actividad -fundamentalmente en el sector servicios- y que dentro de un determinado sector, se concentran en determinadas ramas o actividades -por ejemplo dentro del sector servicios se concentran en la educación o dentro del sector industrial se concentran en calzado y textil Torada (2000). Pero además, dentro de una misma actividad o sector, las mujeres se sitúan en los niveles de menor jerarquía (lo que se traduce normalmente en peores condiciones salariales). Es fundamental, por tanto, reconocer que las luchas entre los sexos se dan, hoy más que nunca, en el campo de lo simbólico. Mujeres y hombres luchan por definir espacios, por su capacidad de hablar y por definir los lugares que unas y otros pueden ocupar.

El campo de la salud es también androcéntrico lo que se traduce en una falta de investigación en problemas que afectan sólo a las mujeres, así como en un trato discriminatorio del sistema de salud hacia las mujeres. Si reconocemos que la cultura

patriarcal impide que las mujeres se expresen, debemos romper los límites de tal cultura, debemos comprender la necesidad de subvertir las normas sociales impuestas para el sometimiento femenino, que es el sometimiento de enfermería.

Finalmente, el voto de *obediencia*. Cuando un hombre con un cargo político expresa una opinión diferente a la que sostiene su partido se entiende que está en el ejercicio de su libertad o que es capaz de saltarse esas normas porque es inteligente. En el caso de las mujeres, se les pide una sumisión a la norma del partido mucho mayor en virtud de la obediencia en la que han sido socializadas. Es más, si se les ocurre el ejercicio de la deslealtad siempre se dirá que ha sido por hacer caso a un hombre, nunca porque se conciba que esa mujer es libre en sus opiniones y actos.

Como vemos, las mujeres acceden en menor medida al poder político y, cuando lo hacen, son obligadas a transitar por determinados itinerarios (lo que impide que las mujeres puedan ejercer esos cargos con total libertad), de lo que se deriva la necesidad de cambiar la forma de hacer política desde el feminismo en tanto que el espacio político está estructurado material y simbólicamente como un espacio masculino. La política debe cambiar para asumir en su quehacer valores femeninos Astelarra (1990). Esto puede aplicarse también a cualquier práctica social: la educación o la ciencia por ejemplo.

En esta perspectiva, *Subvertir las normas* del discurso y de nuestras prácticas cotidianas supone reconocer de dónde provienen esas normas, cómo han sido construidas, qué mecanismos las mantienen vivas y cómo se reproducen y reinventan diariamente. Debemos pues reconocer que el funcionamiento y organización de la

política se funda en el poder patriarcal para organizar los espacios: las mujeres en el espacio privado y los hombres en el espacio público. La doble (o triple) presencia de las mujeres en relación al trabajo impide que puedan dedicarse al trabajo político. Paralelamente, y conformando un círculo vicioso, la política en cuanto que espacio simbólico, masculino no discute más que cuestiones que pertenecen a este ámbito, de donde se deriva una posible explicación de la menor participación e interés de las mujeres por la política.

Ahora bien, para mejor comprensión del fenómeno planteado y desde la perspectiva del materialismo dialéctico, habría que considerar que con el objetivo de reproducir las relaciones de dominación, el capitalismo impone reglas a las relaciones genéricas, asignando al hombre la supremacía en el espacio público y en la producción visible del plus-producto (como propietario de medios de producción o vendedor de fuerza de trabajo), mientras que a la mujer se le reserva el espacio privado (o la esfera de la comunicación social como imagen estereotipada de acuerdo con la lógica patriarcal) y la reproducción invisible de la fuerza de trabajo en el hogar. Estas reglas del capital intentan homogeneizar (empobreciendo) la vida social, naturalizando las diferencias, las identidades y el lugar de cada cual en el sistema de nexos. Sin embargo, sin tener en cuenta los cambios valorativos es muy difícil impartirle coherencia a una lectura del mundo contemporáneo donde el nacionalismo, la religión, los conflictos interétnicos y de géneros tienen una influencia equivalente a los aspectos económicos e internacionales.

Con una visión centrada exclusivamente desde la economía, la política institucionalizada o las relaciones internacionales, no es posible explicar, dar sentido y proponer alternativas a los problemas multidimensionales que se presentan hoy.

Por otra parte, no puede soslayarse en nuestro estudio el lugar que se le asigna y el que conquista la mujer en el contexto material y simbólico de la a globalización. En este sentido, hay quienes sostienen que:

> *Los nuevos significados que provoca en la vida material y espiritual de las mujeres la transnacionalización de la economía capitalista es omitida, con bastante frecuencia, en los debates teóricos y en las discusiones acerca de los modelos de economías y el proceso de globalización... Para afianzarse con poderío absoluto no sólo sobre la vida material de los pueblos, sino también sobre su espiritualidad, el capital conforma patrones de conducta, simbólico--culturales y de valoración de obligada aceptación.* (Alfonso, 2003, p.1)

Dentro de este orden de ideas la misma autora también afirma, citando a Amorós (1985) que:

> *La asociación conceptual de la mujer con la naturaleza -concepto, claro está, nunca dado por la propia naturaleza, siempre social o ideológicamente construido desde las definiciones que la cultura le da a sí misma- depende del modo de producción de la vida material y de las formas que adoptan las relaciones sociales condicionando a su vez, la manera como la sociedad se ve a sí misma... Pensamos que la recurrencia en la adjudicación de los lugares en las contraposiciones categoriales responden a la situación universal de marginación y opresión -cuando no de explotación- en que se encuentra la mujer... como aquello que requiere ser controlado, mediado domesticado o superado según los casos* (Alfonso, 2003, p.1)

Sin dudas, el proceso de la globalización neoliberal adquiere el formato de relaciones patriarcales y en esa concepción, todo lo que las mujeres se ven forzadas a

hacer de manera gratuita tanto en el orden de existencia como de subsistencia ha sido rotulado como «reproducción», como contrapartida de la producción y no como su contraparte dialéctica. Es, a todas luces un escamoteo mediante los juegos de lenguaje que configuran imágenes de sí y de la realidad. Por esta vía entonces, es fácil deducir que si enfermería es una profesión para la reproducción, se debe a que 'Reproducir' connotado en términos patriarcales, es una actividad menor, secundaria, que no genera - en sí - valor económico alguno y que en el sistema de representaciones que sirve de plataforma al reconocimiento social y la activa participación ciudadana en términos de actividad política y decisoria, la profesión queda diluida, evaporada como entidad autorreferencial. "*De un modo «muy racional» se utiliza la «reproducción» cargada de significados y símbolos femeninos para ocultar, más aún, el trabajo de las mujeres que asegura gran parte de la acumulación de capital*". (Alfonso, 2003, p. 2).

Es importante destacar la empiria sobre la presencia cada vez mayor de la mujer, en el mundo del trabajo:

> *La «feminización laboral», tendencia que se manifestó en la economía mundial a partir de la postguerra y alcanzó auge en los años 60, adquiere ahora nuevos matices: las mujeres constituyen la fuerza principal de trabajo para el creciente sector de los servicios, donde realizan tareas de bajo estatus y poco salario. Según datos del PNUD, el 71% de las mujeres empleadas formalmente se concentran en cinco*
>
> *grupos ocupacionales, educación, **enfermería,** oficina, ventas y servicios, la mayoría en los puestos peor remunerados. El ingreso promedio de las mujeres todavía equivale a sólo el 70% del de los hombres, aunque en los últimos años, el ingreso de las mujeres ha tenido un continuo incremento*

> *respecto al de los hombres por la reducción constante de los ingresos y los puestos laborales tradicionales para los hombres. Aún así, para las mujeres aumentan las listas de trabajos con jornada partida y de contratos temporales sin seguridad social, oportunidades de promoción o jubilación. Son raros los programas de trabajo que tengan en cuenta el cuidado de los niños y las bajas por maternidad. La mayor parte del trabajo de las mujeres está excluido del cálculo del Producto Nacional Bruto.* (Alfonso, 2003, p.2) [Resaltado de la Tesista]

Lo anterior no solo revela el papel subordinado de la mujer y de las profesiones feminizadas como es el caso de enfermería, sino las relaciones de poder fundadas en la desigualdad de género con anclaje en la masculinización de la sociedad y la desigualdad de clase con anclaje en la distribución diferencial de las relaciones de producción, como se viene argumentando en este trabajo. En esta perspectiva, algunos autores han afirmado que:

> *El poder denota masculinidad, esto es así, es un hecho innegable que no precisa mayores disquisiciones... Dado el deber de sumisión, distinto del deber de obediencia, dada la no completa investidura, dada las condiciones especiales de detentación del poder, este poder es necesariamente inestable: lo detenta alguien, pero ese poder no se hace extensivo como detentación al colectivo completo al que ese alguien pertenece significativamente. Del hecho de que una, dos, tres mujeres detenten un poder, para el colectivo completo de las mujeres no se sigue que el colectivo detente poder. Y para esas mujeres que lo detentan no se sigue que eso las saque de los esquemas normativos a que su colectivo esta sujeto. Es por lo tanto vivido y percibido externamente como inestable, casual, accidental, moda incluso".* Mas adelante afirma *"…Genéricamente, una demostración del escaso poder del colectivo de las mujeres es su debilidad cuando los movimientos de repliegue se producen... Cada una queda librada a sus fuerzas. Vuelven a su puesto base, a su red familiar o a nada en absoluto. «de la nada te saque, a la nada volverás» parece ser el enunciado que preside la relación de las redes informales con las mujeres cooptadas. Nada de extraño tiene que entonces las vocaciones escaseen o que en el futuro pudieran escasear. Estos ejercicios son demasiados disuasorios, ejercicios que, por lo demás, con los varones no son tan frecuentes. Por respeto propio ningún*

> *grupo deja a alguien, que ha sido en el relevante, en la cuneta. No le conviene a su imagen de autoridad. Pero no se es tan sensible si se trata de una mujer. Es casi como si se considerara «material desechable». Quizá se piense que «hay de sobra*. (Valcárcel, 1997, p.126)

Lo planteado, es de suma importancia en nuestro análisis por cuanto las condicionantes al desarrollo de la enfermería y a su participación política en espacios de decisión pública, lucen articuladas a la condición de profesión feminizada en un contexto patriarcal que construye imágenes ilusorias de liberación. No puede ser desestimada la enorme capacidad disuasiva y desmotivante que posee el sistema capitalista para producir efectos conformistas en grupos potencialmente subversivos del orden establecido en cualquiera de sus dimensiones y expresiones y, la enfermería, como saber sometido contiene dialécticamente hablando, lo factores liberadores en coexistencia, obviamente, con los que le aprisionan.

Es en estas estrategias nugatorias que se construyen discursos críticos prisioneros de la lógica de explicativa de la realidad en términos de derechos, contratos, intereses, individualismo, competencia, negociación, ganancia, con la carga semántica, semiótica y axiológica precisamente del modelo individualista que se pretende cuestionar.

Desde estas consideraciones valorativas se infiere, para el caso de enfermería por ejemplo, que se aceptan las condiciones y valores si se quiere vivir so pena de exclusión a quienes no los acepten u ofrezcan resistencias al modelo. Al respecto, un enfermero entrevistado expresa lo siguiente:

> *Existen razones culturales de costumbres, es la tradición democrática que hemos vivido que conduce a que las personas sean subordinadas a otras, además la situación de género es una situación real palpable en el caso mío que soy masculino en el sector de enfermería. Existe una gran discriminación, la mujer ha sido catalogada que puede ser ocupada en cosas de menos grado y eso todavía se mantiene en el sector de los que toman decisiones y lo otro es que ellos (médicos) llegaron primero utilizaron todas sus oportunidades, pero yo espero que en cualquier momento nosotros podamos despertar de esto y podamos lograr con esfuerzo y con lucha demostrar nuestras capacidades y que pudiéramos tomar espacios de poder en la salud.* **(Entrevistado Número 1)**

De acuerdo con las unidades de Análisis Crítico del Discurso, hay en este texto, **Contraste/Oposición** en su discurso pues revela el poder de una de las partes y se expresa mediante la **Oposición léxico/pronominal Nosotros-Ellos.**

Medios, Imagen Social de Enfermería y Relaciones de Poder

En la misma línea procedimental y partiendo del modelo iconofónico venezolano (Carrillo, 2008) se estimó pertinente la aplicación de Análisis Semiológico a diversos programas de Radio, televisión, cine, publicidad en productos (vallas, afiches u otros medios) prensa escrita, que permiten conocer las modalidad de visibilidad social que, de la Enfermería y la enfermera, se proyecta desde estos medios al imaginario colectivo y que desempeñan un nada desdeñable papel como condicionantes simbólicos al reconocimiento social y a la participación política de esta profesión. Asimismo, se realizó una estimación del número de programas de Radio y TV en los que participa enfermería, así como la presencia profesional de enfermería en la prensa escrita. No obstante que la metodología

(semiótica cognitiva) se aplicó en nuestro medio es menester señalar que el problema, auque se circunscribe a nuestro país, reviste en términos comparativos cierta literatura y referentes respecto de otros países.

Es necesario destacar que, en el establecimiento de las relaciones asimétricas de poder entre médicos y enfermeras concurren factores diversos; sin embargo, como vimos ut supra los mensajes, opiniones e imaginarios colectivos forjados mediante los medios constituyen un factor clave para los procesos de sumisión. Tales imaginarios son construidos en el ámbito social dentro de los diversos espacios que lo constituyen.

Cabe destacar, que el término imaginario, es de uso frecuente sobre todo en el mundo académico. El mismo deriva del latín imaginarius, y tiene, usualmente, la connotación de aparente, ilusorio, inocuo pero, en realidad, puede tener efectos de desvalorización en individuos, grupos y clases sociales. Así, el "imaginario colectivo" constituye el conjunto de imágenes interiorizadas con base en las cuales se elaboran las representaciones de la realidad y se establecen identidades, cercanías o distancias relacionales con "los otros". Pero los "imaginarios colectivos" no surgen por generación espontánea, sino como una construcción social y como tal, condicionada por la posición que se ocupe u ocupe el grupo o clase dentro de la estructura social. Así, las clases y sectores dominantes, construyen e imponen su "imagen", apoyados en su control y acceso a los medios de comunicación, por sobre las de los sectores y clases dominadas. De manera que hay marcadas diferencias entre el imaginario

médico y el imaginario enfermero que permite afirmar que *imaginario* y *poder* están siempre estrechamente vinculados.

El imaginario que se construye en la sociedad venezolana sobre la enfermera y, por tanto, sobre la enfermería, es lo que da lugar a la creación de imágenes mentales (conceptos), a emitir locuciones (verdaderas o falsas) y construir discursos sobre la realidad relacional entre médicos y enfermeras, tanto en el orden de los prejuicios como de los juicios que se elaboran sobre la enfermera y la enfermería como profesión. Al respecto, la siguiente cita explica lo planteado:

> *El sujeto al recrear sus imágenes mentales con la opinión de la cual hacen parte en lo público, presenta en principio un (pre)juicio de facto sobre el hecho social, recrea una respuesta lábil, rápida, que impregna su sentido de orientación social.* (Peñuela y Álvarez, 2002. p.4)

En esta perspectiva, el sujeto enfermero se mueve en una estructura de representaciones que lo aluden a él mismo y le dan imágenes de un mundo que cree conocer pero que, en términos de opinión, esto está lejos de ser verdad en lo colectivo.

> *En el acto de opinar, el sujeto se inscribe en una dialéctica de significados compartidos por los otros. Así, la movilidad del discurso de la doxa, verdadera o falsa, se reafirma con la alta dinámica de cambio que existe en los actuales discursos mediáticos, y en su influencia en los públicos a los cuales llega. La opinión, en este caso, se erige en la forma laxa del sujeto inscribirse en un saber dispuesto a callarlo con el mínimo cambio de posición de su estructura como discurso.* (Peñuela y Alvarez, 2002, p.5)

Es importante señalar que opinan las enfermeras (os) sobre la imagen social de enfermería para contrastarla con lo que opinan los médicos y la imagen que percibe la

comunidad. A continuación se transcriben algunos fragmentos de opiniones emitidas por los enfermeros (en la entrevista en profundidad) con respecto a la estigmatización de la profesión:

> *"La enfermera es tan vital que tiene que aparecer tanto en lo que supuestamente dice la gente que es el degrado, pero si aparece en el degrado es para motivar y alentar a esa persona. En este caso al hombre es para alentarle todo el sistema emocional que se le despierte todo el amor la pasión veámoslo como una manera positiva, a la médica no la ponen así porque la médica no está las 24 hs del día en el hospital ella llega hace la intervención hace las indicaciones y se va. En lo personal no me degrada que pongan a la enfermera así, pero a la profesión hay que hacérnosla respetar. No hay que darle importancia a esos programas que salen en la televisión porque sin una enfermera no puede caminar un hospital, sin un médico, sin bioanalistas, sin un terapista"*. **(Entrevistado Número 3)**

Asimismo, un enfermero opina:

> "*Es cierto, en nuestro país y en el mundo nosotros vemos con preocupación esta situación, aunque yo tengo algunas reservas porque las mujeres podrían usar su belleza ese bastión para lograr empoderarse, ese es un recurso que no se ha explotado"*. **(Entrevistado Número 1)**

Otra de las enfermeras entrevistadas asevera:

> "*Yo que vengo de trabajar 23 años de noche, que es lo que nosotras hacemos cuando llegamos al cuarto de descanso, hablamos de que si tuvimos relaciones con nuestros esposos, es así amiga, nosotras mismas no hemos rescatado ese respeto, nosotros nos jugamos a veces feo con el médico, nosotras por los mismos estratos de donde venimos hemos propiciado eso y no le damos ese lugar. Que excelentes eran las no académicas, ellas te hablaban de la normativa del Reglamento y eran ejemplo, uno no las veía uniformadas ni en la calle, ni en el mercado, ni consumiendo licor con nadie y yo creo que todo va a comenzar por el uniforme, a nosotros nos identifican fácilmente en cualquier parte por el uniforme, yo creo que somos nosotras las enfermeras las culpables"*. **(Entrevistada Número 5)**

Por su parte, los médicos opinaron de la siguiente manera:

> *"El médico que se aprovechaba de su condición de médico y de su condición de poder para hacer operación colchón, los hospitales eran centros donde había de noche ciertas indiscreciones, yo no se como será ahora, pero en ese tiempo era más propenso que eso pasara , evidentemente que ahora la enfermera tiene una posición más de respeto, no son de fácil engaño, ni fácil aprovechamiento, yo creo que muchos médicos se aprovecharon de la enfermera que tenía al lado por aquello de la misma relación de poder que tu dices"*. **(Entrevistado Número 7)**

> *"Es que la médica es médico, ahí no es el problema que sea mujer sino que hay un origen donde la enfermera era la mano derecha del médico. No creo que haya ninguna ley que diga la enfermera no puede salir de estos linderos, no porque es mentira, ahora es graduada universitaria, tienen postgrado, tienen ley, tienen todo"*. **(Entrevistada Número 4*)***

> *"La imagen de enfermería es la imagen que usted crea, si usted vende una imagen X, si usted actúa de una determinada forma, esa es la mejor imagen. La mejor imagen que usted puede verter en la sociedad es como actúa cada quien cada profesional, si el profesional actúa adecuadamente, éticamente y con responsabilidad social, esa es la imagen que está vendiendo pero supóngase que un porcentaje 10% actúa de esa forma y el 90% no, ¿Cual es la imagen que está percibiendo la colectividad? La suma de las individualidades hacen el colectivo, nosotros también tenemos individualidades, no todos los médicos son éticamente puros, sabemos que muchos no actúan así pero no por eso todos somos así , pero la mayoría de los médicos actúan adecuadamente, entonces esa es la imagen que están vendiendo"*. **(Entrevistada Número 9)**

Del mismo modo una médica opinó en estos términos:

> *"Yo creo que eso se ha emparejado pero tradicionalmente eso era como una fama muy bien ganada que tenían las enfermeras. Las enfermeras tenían una relación con los médicos o con cualquier figura de poder que estuviera, tal vez era el médico a través de esa relación de poder que el mismo médico provocaba y quizá ésta como se sentía como subalterna con necesidad de responder a eso igual como las secretarias, tenían esa misma fama siempre se enredaban con los jefes y*

> *como chismosas que formaban los zaperocos en los hospitales, alcahuetas de los jefes cosa que no es mentira, pero hoy en día las médicas tienen casi el mismo comportamiento que las enfermeras sin embargo se critica a las enfermeras y no a las médicas".* **(Entrevistada Número 8)**

Estas opiniones (de connotación testimonial) revelan - de acuerdo con las unidades de Análisis Crítico del Discurso, **Valoración Negativa de los Otros**, pero, asimismo, se observa **Valoración Negativa del Nosotros** (en las opiniones de las/os enfermeras/os). De igual forma hay **Presentación de los términos Poder y Relaciones de Poder,** desde el discurso médico, con una connotación que, de manera expresa u oculta contiene una semántica de superioridad que se articula con una cierta colonialidad sociosemiótica en enfermería, justificadora de tal superioridad. Sin embargo, es de hacer notar que, en el discurso enfermero, en torno a la **Presentación de los términos Poder o Relaciones de Poder**, se observa una semántica de autodesvalorizacion, mediante el expediente de justificar la estigmatización de la enfermera al confundir, consciente o inconscientemente, el poder, en sus acepciones políticas y/o cognitivas en la enfermera, con atributos físicos como sustitutos de aquellos.

Por otra parte, en las entrevistas expuestas se revela que no solo hay opiniones encontradas entre enfermeros y médicos, sino que se pone de manifiesto diversidad causal en cuanto a la imagen desvalorizada de enfermería, atribuyéndose en algunos casos a las propias conductas de la enfermera. Sin embargo, no se observa cuestionamiento alguno al poder ejercido por el médico en la situación planteada.

Es éste, un nivel de relaciones de poder construido mediante un auténtico sistema de significación que no sólo refleja sino, lo que es más importante, 'construye' todo el complejo entramado social en las asimétricas relaciones de poder en las cuales, dialécticamente, la supremacía de unos (médicos) resulta la alienada subordinación de otros (enfermeras). Asimismo, y no obstante lo anterior, el análisis de discurso revela la semantización del léxico en la relación entre ambas profesiones que configura una latente insubordinación (conscientemente o no en enfermería) y nos permite afirmar que la **Síntesis** de la contraposición **Tesis/Antítesis o Antítesis/Tesis**, como hemos visto, contiene en el marco de la lógica dialéctica, la necesaria huida de la manipulación política, cultural y económica. En este sentido, adquiere relativa importancia la siguiente afirmación:

> *No en balde, la historia de los comportamientos y actitudes del hombre, que no se miden en función de los hechos sino de los sentidos (lingüísticos) de esos hechos, exige el análisis no de hechos sino de signos (textos) para descifrar en ellos la representación de estas actitudes* (Jiménez, 1994, p. 2-3)

Por otra parte, la psicología social ha profundizado en el estudio de los mecanismos que conducen, desde la manipulación de la consciencia, a la creación de estereotipos sobre individuos, naciones, grupos sociales y dentro de ellos, a las profesiones. Asimismo, apelando al carácter de investigación cualitativa de esta tesis se constata que es ésta una de las mejores estrategias de investigación en enfermería porque permite aprender a leer entre líneas proporcionando información colateral y revelando dimensiones nuevas sobre la cultura de nuestra profesión; en este caso, se

trata de adentrarnos en el imaginario colectivo para conocer la manera en que la sociedad nos ve como profesionales; es decir, plantearnos abordajes nuevos e interesantes para ver la perspectiva social de la enfermería.

¿Cómo ve la sociedad a la enfermería? Para ello, se realizó el análisis discursivo en novelas, publicidad en etiquetas, vallas, periódicos, carteleras de salas de cine, iconografía, comics.

En este sentido, podemos afirmar que la imagen social de esta profesión, como la de cualquier otra, se construye desde unos particulares intereses ya exógenos o endógenos, ya negativos o positivos, pero dependiendo del nivel de autorreferencia y poder que posea la profesión. De manera que si se alude a la profesión enfermera a través de los medios y textos en particular, hay que asumir que de lo que se trata es que el mensaje sea realmente creíble. En el caso de las novelas, por ejemplo, no queda ninguna duda que los autores pretenden que su obra sea creíble, independientemente de que la trama pueda ser inventada, lo cierto, lo real es que los roles de los actores son verdaderos y por tanto, se debe asumir y entender que el de la enfermera va a corresponder al que tiene dentro de la sociedad.

El caso de la estereotipación de la enfermería, como estrategia esgrimida para estigmatizar e introyectar una imagen distorsionada de la enfermera, no puede ser asumida inocentemente sino que ello obedece a la necesidad de profesiones dominantes, colonizadoras como es el caso de la medicina, de impedir que profesiones sometidas por hegemonías del saber pero articuladas a necesidades básicas, directas y afectivas de la población y cuyos miembros provienen de sectores

populares, puedan efectivamente convertirse en masa crítica que subvierta el status quo, el aparente equilibrio armónico que se percibe en las profesiones del área de la salud.

Es de hacer notar que la enfermería es vulgarizada como profesión porque se le considera, aún hoy, no obstante su legitimación académica, como un oficio vil. Tales procesos de estigmatización por la vía de los medios y, aún del aparato escolar, configuran para el caso que nos ocupa, lo que llamamos un Esquema de Sujeción, es decir, se construye una particular forma de imaginario colectivo sobre la enfermería que le desvaloriza tanto como corpus, como individualmente y ello constituye una severa limitante reforzadora de la relación amo-esclavo que obstaculiza la activación de aspiraciones ya grupales o individuales de alcanzar poder político que garantice romper la sujeción.

En nuestro entorno, se ha podido constatar que, a través de los medios de comunicación se abusa, distorsiona, vulgariza y hace mofa de la imagen de la enfermera y, por derivación, de la enfermería como profesión, generando una franca estigmatización de la profesión en el imaginario colectivo. Sin embargo, a pesar de lo señalado, es tan alto el nivel de alienación en el gremio que agrupa a enfermeras y enfermeros en el país, Federación de Enfermeras y Enfermeros de Venezuela, puesto que, a pesar de poseer una reciente Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería y que existen preceptos constitucionales en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que propugnan la No-discriminación, no se constata voluntad política

para abordar y restituir la imagen de la enfermera como mujer ciudadana, sujeto de derechos que ejerce la profesión mas directa sobre el cuidado humano.

En este sentido, dice una médica entrevistada:

> "*Bien pienso que puede ser eso, si, porque uno lo ve en las películas que para mejorar de nivel social y económico, pues enamorándose del médico se le arregla la vida*". **(Entrevistada Número 8)**

Por su parte, una de las enfermeras entrevistadas tiene una opinión contraria al interpretar el asunto como un hecho histórico que nos ha marcado y, al respecto, lo manifiesta en estos términos:

> *"Esa concepción viene de mucho tiempo atrás, las meretrices eran las enfermeras de ahí vienen esos conceptos erróneos pero como somos una profesión nueva tenemos que madurar un poquito, con la Ley aprobada y el Código de Ética hemos madurado un poquito pero tenemos que cambiar la conciencia y eso tarda, no es fácil"*. **(Entrevistada Número 2)**

En un contexto de esta naturaleza se refuerza la imagen frívola de la enfermería con notable impacto en su estructura autorreferencial, su búsqueda de reconocimiento social y sus posibilidades efectivas de participación política fundadas en la credibilidad cognitiva, ciudadanía profesional y compromiso social.

En breve, se torna impostergable revertir la matriz opinática colectiva sobre la frivolización de la enfermería en Venezuela. Veamos algunos referentes, sobre lo señalado: Programas televisivos tanto de las plantas televisoras de canal abierto como las de transmisión por cable, transmiten imágenes denigrantes de la enfermera; asimismo, en la prensa escrita pueden encontrarse imágenes estereotipadas y

ofensivas de la dignidad que contravienen expresas disposiciones constitucionales. Al respecto el Semanario Las Verdades de Miguel Nº 195 del 4 al 10 de Abril en la página 20 contiene un reportaje calzado por Fabricio Yarica cuyo título es Apetito Voraz, referido a la ninfomanía, en la cual se muestra una fotografía de una mujer vistiendo el uniforme clásico de enfermera (vestido blanco y cofia) en clara pose y actitud que alude a la pornografía.

Al respecto, habría que decir que:

> *La imagen social de una profesión está muy condicionada por la forma en que sus rasgos son reproducidos en los diferentes medios de comunicación, (TV, prensa, publicidad, cine). El cine, en concreto, es un medio capaz de crear y generalizar en el espectador modelos y arquetipos determinados. Posee una gran capacidad socializadora. Reproduce modelos culturales que reflejan una sociedad determinada en un momento histórico determinado. Por esta razón resulta de especial interés profundizar en su estudio desde la perspectiva de Enfermería*. (Almansa, 2004, p.1)

En este sentido, es necesario subrayar que existe un mercado cinéfilo ampliado dedicado a la pornografía por la vía del desarrollo y poder que han alcanzado los medios, desde la revolución tecnológica que potenció la microelectrónica. En ese marco, se difunde de manera profusa la imagen estereotipada, estigmatizada de la enfermera puesto que en el cine actual la imagen de las enfermeras suele protagonizar las películas pornográficas o clasificadas Censura D como quizás pueda evidenciarse en los anaqueles de las tiendas de video, por ejemplo.

De esta observación se infiere que Enfermería es la profesión que, con mayor frecuencia y sistematicidad, se relaciona con las carátulas, portadas y títulos de estos

dispositivos audiovisuales. Cabe preguntarse, ¿Ocurre igual con otras profesiones como la medicina, la ingeniería, el derecho o la teología?

Se torna importante conocer el poder del cine en contextos como el descrito; al respecto, hay quienes afirman que:

> *El cine se alimenta de la realidad, que a su vez la retroalimenta. Nutre nuestro imaginario, nos fabrica recuerdos, nos propone modelos, nos enseña códigos de conducta" (...) modela nuestra subjetividad y nuestra vida"…. "...las películas proponen un mundo donde todo es coherente y aparece como justificado, dan un punto de vista, presentan una realidad, (...) e inducen (con mayor fuerza que otras formas de ficción) a la asimilación acrítica"…. "...la ficción audiovisual actúa en nosotros de manera eminentemente emotiva e impresionista. Deja su impronta sin que ni siquiera seamos conscientes de ello.* (Aguilar, 1998, p.47)

Se considera importante señalar, que los estereotipos en torno a la imagen subvalorada y estigmatizada de la enfermera y la enfermería se construyen, además, por la vía de la generación de consensos en los dominados, en razón del **papel de los medios en la construcción simbólica de la opinión pública.** De acuerdo con Garcés (2009) la construcción simbólica de la opinión pública permitiría definir un conjunto de funciones normativas de las cuales solo haremos mención de la primera y sobre la cual señala que:

> *Generan una ilusión de consenso, utilizando, entre otras vías, la invocación de la opinión pública como muestra del acuerdo social alcanzado en torno a temas cercanos a los intereses del poder"…. "Está claro que la ideología se realiza eficazmente si contribuye a imponer una coherencia o unidad imaginaria (*Hall, 1981: 381) *en torno a determinados principios consustanciales al orden establecido. Se ha dicho igualmente que los medios unen planos heterogéneos de la realidad a través de representaciones constructoras de sentido, en correspondencia con visiones y puntos de vista dominantes* (Serrano, 1978; Thompson, 1993). *La opinión pública es entonces una de las metáforas más recurrentes de esa organicidad social* (Noelle-Neumann,

1995; Price 1992)*;* (Bourdieu, 2006) *en tanto fenómeno cuya sola mención sugiere la eliminación de las discrepancias entre los grupos y la ponderación de sus acuerdos*. (Garcés, 2009, p.121) **(**Subrayado de la Tesista**)**

Como vemos, en la línea argumental afirmativa de la tesis lo sostenido por Garcés (2009), en la cita anterior, contribuye a la argumentación como referente válido en cuanto al hecho de que la imagen de la enfermera en nuestro país, desde la perspectiva de la construcción simbólica, es una resultante de relaciones de poder que privilegian visiones, imaginarios y opiniones desde el poder que ejercen los sectores dominantes como mecanismo de control social, incluso, en el área de la salud. Más adelante afirma:

*El efecto **espiral del silencio**, comprobado empíricamente por Elizabeth Noelle-Neumann, confirma la centralidad de los medios en la generación de ese consenso, a partir de su socialización de corrientes de opinión predominantes a las que se sumarían, por miedo al aislamiento, nuevos adeptos. De esta manera la comunicación de masas haría una significativa contribución al control social, amplificando "climas", "corrientes de opinión", "estereotipos" o "ficciones" de opinión pública que, en la misma medida que se anuncian como mayoritarias, se sugieren como triunfantes y correctas.* (Garcés, 2009, p.122)

De manera que respecto de la enfermera y, consecuencialmente, de la enfermería se construyen imágenes que contribuyen a la desvalorización social de la profesión.

En este sentido, se afirma que:

La iconografía empleada habitualmente para su representación que no es en absoluto correspondiente con la realidad, así las enfermeras suelen representarse mujeres y sin embargo los médicos como hombres; el

> *elemento distintivo utilizado para la enfermería es con frecuencia la cofia y como indumentaria bata ajustada con delantal mientras que los médicos son representados con bata suelta en la que se ve la camisa y corbata debajo, con fonendoscopio y a veces con gafas. A esto se añade su presencia en el ámbito erótico-sexual demostrable en la simple búsqueda en Google de imágenes de enfermeras y en las que aparecen en las primeras páginas. Este estereotipo puede contribuir a vulgarizar el rol del profesional de enfermería entre amplias capas sociales.* (Lorente y Carretero, citados por Marchador, 2004, p.6)

Sin dudas, los mensajes icónicos respecto de la enfermería responden a intereses articulados a la necesidad de control social de la enfermería que, como profesión sometida posee condiciones objetivas y subjetivas que posibilitan la reversión de su estado, no obstante los sesgos informativos que de las profesiones de la salud proporciona los profesionales del periodismo, tal como se expresa en la siguiente afirmación:

> *Si a la falta de profesionales del periodismo que tengan un conocimiento profundo sobre la labor y la realidad de los servicios profesionales le sumamos la existencia de publicaciones que carecen de rigor periodístico al referirse a ella tanto en la descripción de su trabajo como en la terminología utilizada para designarla y calificarla, encontramos suficientes razones que explican su escaso protagonismo en la prensa"* y más adelante afirma: *"Esta desigualdad con que el periodismo trata a la enfermería respecto a otros profesionales de la salud es responsabilidad de ambas partes. Por un lado es obligación del periodista proporcionar información veraz, objetiva y completa lo que se incumple cuando consciente o inconscientemente se ignora la aportación de las enfermeras/os a los procesos de salud y enfermedad de los individuos, la familia y la comunidad, mostrando su quehacer y realidad profesional pero la enfermería y sus profesionales son responsables de presentar como noticia en los medios de comunicación un análisis objetivo de la realidad de los servicios que prestan cambiando así la imagen de la profesión y adecuándola más a lo que es. Se deben vender servicios profesionales que, cuando son de calidad, resultan insustituibles*. (Marchador, 2005, p.9)

Como vemos, el papel de los medios es clave en la imagen que se proyecte de la enfermería o de cualquier profesión. Para el caso que nos ocupa, podemos afirmar desde el análisis Semiológico, que en Venezuela se vulgariza la imagen de la enfermería como profesión - quizás a partir de seguir considerándola como un oficio propio de las clases menos favorecidas, del proletariado – mediante el uso de los medios y las manipulaciones se refuerza el estereotipo de que las enfermeras desempeñan oficios estigmatizados socialmente. Esto configura lo que llamamos el Esquema de Sujeción que garantiza una forma particular de imaginario colectivo sobre la enfermería tanto en reportajes de la prensa escrita como en Programas televisivos venezolanos.

Se trata de una sistemática difusión de imágenes distorsionadas de la Enfermería, asunto éste que no ocurre con otros profesionales de las salud como es el caso de los médicos y, todo ello sin que las organizaciones que agremian a las enfermeras levanten su voz al respecto como sí hay referentes sobre el asunto en Europa donde se han introducido demandas contra empresas como Unilever por utilizar imágenes estereotipadas o estigmatizantes de las enfermeras en sus productos como el desodorante AXE; es decir, el Sindicato de Enfermería Satse exige a la compañía anglo-holandesa Unilever que retire la campaña publicitaria Bom Chicka Wah, de los desodorantes Axe, porque frivoliza la imagen de los profesionales sanitarios y denigra a la mujer.

Mención aparte, merece las imágenes de enfermera en Internet donde hay profusión de Web-blogs y páginas porno donde la imagen de enfermeras constituye la mercancía Favorita.

Por otra parte, Miró et alia (1996) citado por Almansa: sostienen que

> *En el cine actual, las enfermeras suelen protagonizar las películas pornográficas o clasificadas "X", como ha evidenciado recientemente un estudio realizado en la Universidad de Islas Baleares. Según este trabajo, Enfermería es la profesión que con más asiduidad se relaciona, en las carátulas y títulos de estas cintas, dándose una frecuencia tres veces mayor que el resto de las profesiones.* (Almansa, 2004, pp.5-6)

En este mismo orden de ideas hay autores que plantean que el consumo de erotismo y pornografía es un fenómeno más masculino que femenino ya que las mujeres sienten que este tipo de películas degrada su imagen, al *"vehicular los estereotipos de mujer sumisa, víctima, que desea ser dominada, sometida o violada*". Y concluye*: "la pornografía constituye una empresa de inferiorización de lo femenino"* (Lipovetsky, 1999, p.34)

De manera que, en esta perspectiva, compartida o no, se trata de una fetichización en términos mercantilistas de lo femenino. Al respecto, luce necesario apelar a Bourdieu quien afirma:

> *La dominación masculina, que hace de la mujer un objeto simbólico, cuyo ser es un ser-percibido, tiene el efecto de colocar a las mujeres en un estado permanente de inseguridad corporal o, mejor dicho, de alienación simbólica. Dotadas de un ser que es una apariencia, están tácitamente conminadas a manifestar una especie de disponibilidad (sexuada y, eventualmente, sexual) con respecto a los hombres.* (Bourdieu, 1995, p.4)

Sin dudas, se trata de la más brutal violencia simbólica contra enfermería, de la cual las enfermeras/os no son totalmente conscientes, incluso consideran que las modalidades de tratamiento de las enfermeras y la enfermería en los medios - en sus diversas acepciones – no tienen nada que ver con relaciones de poder. Tales posturas revelan, sin dudas, las contradicciones internas, la dialéctica campeando en nuestra profesión por el choque entre quienes se aferran al status quo y quienes planteamos la iniciación inmediata de la insurrección que supere las contradicciones de clase.

Sin embargo, y para el particular caso venezolano (sin que ello signifique no reconocer que el fenómeno esta articulado a la globalización capitalista) habría que decir que no solo el acceso a los medios sino el tratamiento que de la profesión enfermera hagan los mencionados medios, revela que éste es un espacio de realización de las diferenciales relaciones de poder en las disciplinas de la salud, particularmente las que hemos venido tratando en esta Tesis, vale decir, entre medicina y enfermería.

Se ha podido constatar que la imagen de la enfermera resulta deliberadamente estereotipada en los medios, por lo que puede afirmarse que el modelo iconofónico del país transmite modelos y valores – vía la educomunicación – que permite construir tipos diferenciales de ciudadanía. En una sociedad/mercado, como la nuestra, las profesiones son tratadas como productos para el marketing y en este sentido, la imagen estereotipada, vulgarizada de la enfermera es una mercancía simbólica a la venta.

De la misma manera, se pudo constatar que en Venezuela no existen programas de Radio o TV que sirvan de difusión a las realizaciones profesionales de enfermería, que orienten a la ciudadanía en materia de salud y que sean diseñados, producidos y/o conducidos por profesionales de la enfermería; asimismo, la prensa escrita no tiene secciones correspondientes a Enfermería ni nosotros, como profesionales, hacemos uso de tan poderoso medio para establecer diálogo permanente con la sociedad. Como contracara, la totalidad de las plantas televisoras de cobertura nacional y en muchas regionales existen programas sobre temáticas de la salud, conducidos o producidos por médicos. Sin dudas, lo anterior revela la frivolización, la invisibilización social de enfermería, como expresión de las relaciones dialécticas de poder que privilegian la imagen del médico y subordinan la de la enfermera. En esta perspectiva, puede afirmarse que el modelo icónico que se construye y proyecta de la Enfermería en Venezuela, es funcional al mercado y no a las dimensiones profesionales del Cuidado Humano.

Consideramos de suma importancia el papel del discurso no solo en lo que refiere a lo que la prensa o la publicidad y/o propaganda construya en torno a enfermería, sino nuestros propios discursos. En este sentido, cobra fuerza la afirmación de Farias y Montero quienes en artículo publicado en International Journal of Qualitative Methods 4 (1) March 2005 y cuyo título es **De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa, sostienen:**

> *Así que es imposible escapar de los discursos sociales; y de allí se deriva la importancia, para los investigadores cualitativos, de prestar algún grado de atención a las diversas formas de analizar lo que hay de recurrente y de sistemático en nuestra habla o en nuestros escritos. En este sentido, como punto de partida podemos apoyarnos en Parker (1992, p. 6), quien entiende por discurso todo "sistema de afirmaciones que construye un objeto" y que responde a las siguientes condiciones o criterios: (1) se manifiesta en textos que pueden ser orales o escritos; (2) se refiere a objetos, respecto de los cuales produce sentido; (3) contiene sujetos; (4) es un sistema coherente de significados; (5) hace referencias a otros discursos; (6) puede reflexionar sobre sí mismo; y (7) responde a una ubicación histórica. Además, añade este mismo autor, conviene destacar que los discursos: (8) sirven de base a las instituciones; (9) reproducen relaciones de poder; y (10) tienen efectos ideológicos (Parker, 1992, Cap. 1*). (Farías y Montero, 2005, p.3)

En lo que refiere a las contradicciones de poder entre enfermería y medicina, tomando en consideración nuestra categoría de análisis (clase social) no puede desestimarse que los medios instigan a la discriminación y, en nada desdeñables ocasiones, a la violencia. "*Así, toda eliminación física es anticipada por una aniquilación semiológica. El genocidio de la Conquista fue preparado y acompañado por un diluvio de denigraciones contra los indígenas"* (Britto, 2006, p.354). ¿Puede significar ello una aniquilación ética de enfermería? Asimismo, la prostitución semiológica de las enfermeras constituye una forma mediática de aniquilación socio-profesional por la vía de la valoración negativa; es, en breve, uno de los más serios obstáculos al desarrollo sociopolítico de la profesión.

Este plano de las contradicciones de clase expresadas en la estigmatización profesional, vehiculadas y sustentadas cotidianamente por los medios, nos remite al

contenido de la obra *La sociedad figurada: Ensayos de sociosemiótica* (Landowski, 1993) quien considera al discurso como:

> *Un objeto de conocimiento en el marco de la problemática general de la dinámica de las relaciones entre el poder y el lenguaje, atendiendo a su capacidad de «actuar» y «hacer actuar» y a las interrelaciones que con su ayuda se producen entre los sujetos individuales o colectivos*. (Jiménez, 1994, p.3).

Finalmente, podemos decir que los medios de comunicación, en razón de su enorme poder y omnipresencia en la vida cotidiana de los sujetos:

> *Se han legitimado como "reflejos de la realidad" o "depositarios de la verdad", esta categorización se ha entendido gracias a la definición del proceso de institucionalización de las prácticas y roles de Berger y Luckmann. Los medios no muestran la realidad objetiva, "sino una versión determinada de ella... Desempeñan un papel central en el enmarcamiento interpretativo (framing) de la realidad". Luhmann señaló que los medios de comunicación, son capaces de elaborar una serie de complejas reducciones del entorno de los hechos pensados para los receptores, en este caso la audiencia. De esa manera, lo que la audiencia recibe es una "esquiva multiplicidad de determinaciones de lo real de forma mediada, filtrada y seleccionada de la realidad".*[11] *En estas reducciones a las que hacemos referencia, es posible encontrar, una serie de "estructuras y procesos cognitivos, tales como patrones y modelos interpretativos, categorías, esquemas conceptuales, definiciones, jerarquizaciones, estereotipos que median entre los actores sociales y la realidad.* (Rodríguez-Camero y otros, 2008, p.3)

De manera que la violencia contenida en los medios sobre enfermería, es una de las distintas expresiones de las asimétricas relaciones de poder que, en el nivel de la superestructura, operan como soportes ideológicos de la forma como se articulan a las relaciones sociales de producción y a la posesión de medios de producción en ambas profesiones.

"...todo investigador verdadero puede crear su propio método."

Víctor Morles

QUINTA PARTE

CONSIDERACIONES, ARGUMENTACIONES CONCLUYENTES Y PROPUESTAS

Una Consideración Previa

Esta parte de la Tesis está dividida en dos (2) Capítulos; el **Capítulo I**, contiene las Argumentaciones Concluyentes a las cuales se arribó en este estudio. El **Capítulo II**, se refiere a una Caracterización Sintética y a las Sugerencias/Propuestas. Consideramos necesario señalar que, siendo las Conclusiones colofón de lo expuesto, de lo argumentado - y no lugar para introducción de elementos nuevos sobre la temática abordada – entonces constituyen una Parte relativamente independiente del Cuerpo de la Tesis en la cual se permite al investigador la posibilidad de incluir apreciaciones generales, incluso de carácter personal. De la misma manera, es locus adecuado para presentar Propuestas sobre nuevas aristas, líneas y/o problemas que derivan de lo ya tratado.

Es necesario dejar sentado que, no obstante su importancia y utilidad, existe consenso en cuanto que las Conclusiones no son estricta o rigurosamente obligatorias

y, por tanto, hay quienes prefieren prescindir de ellas en el entendido que el lector puede derivarlas por sí mismo, desde la lectura atenta de lo escrito.

Asimismo, otros prefieren cerrar cada parte o capítulo, según sea el caso, con un párrafo que sintetice lo expuesto. Sin embargo, para el caso que nos ocupa, se ha considerado de interés cerrar este trabajo en razón de su carácter dialéctico y en cuyo Cuerpo se ha desarrollado un debate, una contrastación sobre las relaciones de poder - desde teorías opuestas (unas como Tesis y otras como Antítesis – que, en clave de metodología dialéctica, demandan una Síntesis.

Por otra parte, en lo que refiere a las Sugerencias y Propuesta., cabe destacar que, aunque no es esta tesis una investigación de las llamadas aplicada, el Problema tratado es, en sí, un Problema de orden teórico pero con expresiones palmarias en la praxis cotidiana - tal como vimos en el proceso argumental apuntalado en referentes empíricos de incuestionable validez y confiabilidad en los distintos ámbitos relacionales estudiados – entonces las Sugerencias y Propuestas no se hacen en abstracto en razón de que, por una parte, suponen líneas prácticas de conducta, es decir, implican una acción o muy probablemente un posible curso de acción orientado a la transformación de las relaciones de poder, entendiendo que, aunque muchas veces se hacen injustas críticas a trabajos de investigación en el sentido de que 'no proponen nada concreto, solo describen hechos sin aportar soluciones', es necesario apuntar que no es obligación del investigador el cambiar el mundo y que plantear soluciones prácticas a problemas reales, como el abordado en esta tesis en el orden teórico, escapa a los límites de la indagación científica.

CAPITULO I

ARGUMENTACIONES CONCLUYENTES

Cabe señalar que el Propósito inicial de este estudio fue investigar sobre las relaciones de poder que, en Venezuela, se establecen en profesiones del área de la salud, específicamente entre medicina y enfermería.

Las motivaciones para tal emprendimiento fueron diversas pero pueden sintetizarse en la detección de un problema y la preocupación sobre una temática (el poder y las relaciones de poder en enfermería) no atendida en su dimensión sociopolítica. Lo que se consideró, constituye una falencia académica, un nicho de investigación, una materia pendiente cuyo abordaje – en clave dialéctica- contribuye al develamiento de la naturaleza, expresiones y características de las relaciones de dominación/subordinación construidas desde la hegemonía médica sobre la enfermería como disciplina académica y profesión de la esfera de la salud.

Desde el punto de vista metodológico, se partió de un conjunto de Supuestos que configuran la Tesis, vale decir, el aspecto de la realidad identificada que la tesista estimó de importancia investigativa y que sostuvo mediante los componentes Teórico-Metodológicos correspondientes, partiendo de la consideración (como se expuso en la PRIMERA PARTE) que una Tesis Doctoral es, fundamentalmente, un postulado que se sostiene como verdad científica; vale decir, es una proposición que puede ser probada mediante la demostración (entendiendo la prueba como Fin y la demostración como Procedimiento) o bien sostenida mediante razonamientos

(Argumentaciones) apropiadas. Para la prueba hay demostración de los Supuestos, configurantes de la Tesis, del mismo modo, se adoptó el método dialéctico y la argumentación como procedimiento.

Así, se fue desarrollando el proceso investigativo conforme al modelo diseñado para tal efecto:

Supuestos↔Teorías↔Referentes Empíricos↔Argumentos↔Hallazgos→TESIS y en el cual las argumentaciones elaboradas mediante el movimiento dialéctico de contrastación de teorías sostenedoras de la Tesis y justificadoras de la Antítesis, posibilitó la identificación, estudio y develamiento de las contradicciones en la prenombrada relación de poder que, como relación de fuerza se expresa en el concreto real de las profundas contradicciones de clase entre ambas profesiones, en los diversos espacios del poder público del Estado venezolano.

Se hace referencia particular a la burocracia del poder ejecutivo en las esferas de la salud y en diferentes ámbitos de actuación tales como el asistencial, académico, social y político. Allí, se desarrollaron las contradicciones, en las **Relaciones de Fuerzas** que como totalidad histórico-concreta tienen que ver con la explotación, la discriminación y la hegemonía médica dentro de las profesiones de la salud, así como también la alienación del enfermero y de sus productos, la separación entre las actividades manuales e intelectuales y la escasa conciencia de clase, que se da en el modelo capitalista; no obstante los postulados del nuevo modelo sociopolítico de carácter inclusivo y no discriminatorio contenido en dispositivos constitucionales y legales en Venezuela.

Cabe destacar que en el proceso de investigación se contrastaron teorías y referentes empíricos (en términos de Tesis-Antítesis / Antítesis-Tesis) obtenidos, estos últimos mediante la aplicación de una Encuesta **(ver Anexo1)** y la realización de Entrevistas en Profundidad **(ver Anexo 2)** así como mediante la construcción expresa de modelos y mapas curriculares analíticos que, articulados procedimentalmente, permitieron la obtención de hallazgos o resultados los cuales en conjunción metódica, no solo configuran la Síntesis dialéctica del estudio realizado sino su profunda articulación entre Totalidad Concreta y el Concreto Pensado que se señaló gráficamente, en la Segunda Parte de ésta; vale decir, entre lo real concreto (existente), la totalidad construida y la realidad conocida.

Se partió de lo concreto desarrollando el método dialéctico y el procedimiento argumentativo con los siguientes postulados: **1)** Apropiación comprensiva del material empírico; **2)** División analítica de este material en sus elementos constituyentes abstractos; **3)** Investigación de las relaciones esenciales entre estos elementos abstractos; **4)** Contraste de las apariencias artificiales descubiertas en el punto 1 con el material esencial, descubierto en el punto 3; **5)** Verificación práctica y empírica, en forma analítica, en relación al punto 1, 3 y 4, en un proceso histórico concreto, en el desarrollo real del fenómeno investigado; **6)** Descubrimiento empírico de nuevos, originales y relevantes datos y de sus nuevas concepciones y relaciones; **7)** Formulación; en tanto que Síntesis, de nuevos problemas a partir de los hallazgos o resultados adquiridos en este conocimiento

científico para indicar y apoyar posibilidades y proyectos del futuro desarrollo sociopolítico de Enfermería en Venezuela.

Por otra parte, las categorías dialécticas utilizadas para el estudio, como categorías explicativas del fenómeno estudiado, permitieron desentrañar las relaciones de poder entre enfermería y medicina en Venezuela, en términos de Totalidad Concreta Histórica Explicada, por lo que puede afirmarse que el movimiento dialéctico desplegado en la investigación pone de relieve una Síntesis (de la oposición Tesis-Antítesis) expresada en las identidades/contradicciones entre mundo conceptual y mundo real en lo que refiere a las relaciones de poder entre dos profesiones complementarias y antagónicas estudiadas.

Una vez desarrolladas las argumentaciones fundadas en el método dialéctico y siguiendo el esquema procedimental descrito (el modelo diseñado para tal efecto) con lo cual se contrastaron teorías en términos de Tesis-Antítesis / Antítesis-Tesis (para una síntesis posterior) en cada uno de los ámbitos relacionales; contrastación ésta realizada y soportada mediante referentes empíricos obtenidos, principalmente, de fuentes primarias que, como tales, implicaron la aplicación de diversos instrumentos de elaboración propia para los específicos propósitos de este trabajo (Encuestas al azar, Entrevista en Profundidad, Mapas (Mallas) y Modelos curriculares); con todo lo cual se obtuvieron unos Hallazgos o Resultados que, conjuntamente, le permitieron a la tesista presentar las conclusiones.

ARGUMENTACIONES CONCLUYENTES EN TORNO A LOS SUPUESTOS Y A LOS AMBITOS RELACIONALES

Respecto del Primer Supuesto: *La escasa participación de Enfermería, en los más altos espacios de poder de la burocracia estatal o privada (incluidas la administración académica y la decisional en salud) luce desigual, si se contrasta con la participación de medicina en los mismos espacios.*

Conclusión: Con respecto a la presencia, histórica, de los profesionales de enfermería en los espacios de poder tanto de la administración pública como privada, pero con particular énfasis en la primera, se constata que las escasas posiciones alcanzadas por enfermería en ámbitos de poder nacional, como por ejemplo, las correspondientes a la Oficina Sectorial de Enfermería adscrita al anterior Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y las que pudiesen ocupar hoy en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (entendidas como organizaciones) o en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, corresponden (de acuerdo con la clasificación de Mintzberg sobre las organizaciones) al Staff de Apoyo, la Tecnoestructura o el Núcleo Operativo de la Organización pero, en ningún caso al Ápice Estratégico.

De este modo no resulta significativo que individualidades, casuísticamente, ocupen o hayan ocupado un cargo dentro de una estructura, sino el carácter corporativo, histórico y de poder que ostente la profesión, eso es lo que se traduce en

fuerza política y cognitiva para ocupar institucionalmente espacios de poder de decisión política, es decir en el llamado Ápice Estratégico de la Organización.

De manera que no son las singularidades sino la fuerza organizacional y el reconocimiento de la misma lo que garantiza el equilibrio de fuerzas y balance de poder en la relación dialéctica Medicina-Enfermería. En este espacio de poder, en cuanto que locus del Poder Ejecutivo, se evidenció exclusión absoluta de enfermería.

Por otra parte, en el Ámbito Académico se ha confirmado que no ha habido Licenciados/as en Enfermería que hayan optado u opten – por la vía eleccionaria - a los cargos de Autoridad Rectoral (Rector, Vicerrectores o Secretario); asimismo, siendo que las Escuelas de Enfermería están adscritas a las Facultades de Medicina o de Ciencias de la Salud no hay evidencia de que estos profesionales hayan sido o sean Decanos, en el entendido que éstas elecciones constituyen verdaderas luchas políticas por el poder. Así como también existe una magra participación en otros espacios de poder como, Consejo de Facultad, Consejo Universitario, Consejo de Apelaciones, etc. Sin embargo, es constatable el apoyo sistemático e irrestricto de las Escuelas de Enfermería a los candidatos – médicos - de tales Facultades al Decanato o cualesquiera otras posiciones de poder universitario; asunto éste que, en términos dialécticos, revela contradicciones entre la condición de elector y elegible dentro de las asimétricas relaciones de poder médico-enfermera.

En el Ámbito Asistencial, constituido por una cantidad de centros asistenciales (aprox. 2.800 Consultorios Populares, 302 CDI, 408 SRI, 13 Clínicas Populares, 13 CMDAT)) el poder hegemónico del médico se evidencia en la ocupación de los cargos de poder como Director, Jefe de Departamento o Conductor del Equipo de Salud y como contracara la ausencia de enfermería en dichas posiciones.

Asimismo, se comprueba - mediante la revisión de la estructura sanitaria del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), en lo que refiere a sus tres (3) niveles administrativos: Central (nacional, cuya jefatura la ejerce el Ministro [a]); Intermedio (regional, cuya jefatura la ejerce el Director Regional de Salud); y, Local (municipal, cuya jefatura la ejerce el Jefe del Municipio Sanitario y que existen en Venezuela 3.354 Municipios) – la exigua participación de enfermería en tales espacios y niveles de poder político. Cabe señalar que desde la creación del Ministerio encargado de la Salud en Venezuela en 1936 hasta el año 2009 (culminación de la Tesis) no se registra ningún profesional de la enfermería como Ministro (a), Viceministro o Director (a) en el precitado Ministerio.

De la misma manera, en lo que refiere al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) se pudo verificar, tanto en el Organigrama Estructural 2006 como en el Organigrama Estructural 2009, la inexistencia de Licenciados (as) en Enfermería en el Ápice Estratégico de esta organización, no obstante tener una Junta

Directiva configurada por un (1) Presidente y once (11) Direcciones Generales. Asimismo, posee dieciocho (18) Direcciones Operativas de las cuales nueve (9) dependen de la Dirección General de Salud y entre las cuales se encuentran las Direcciones de: a) Análisis Estratégico y Control de Gestión; b) Odontología; c) Fármaco-Terapéutica; d) Nefrología, Diálisis y Transplante Renal; e) Bioanálisis; f) Docencia e Investigación; g) Asistencia médica y h) Rehabilitación. Cabe acotar que, en este nivel también se encuentran el Colegio de Rehabilitación "May Hamilton" y la Coordinación Nacional de Servicios de Salud en el Trabajo.

Es importante destacar en este aspecto de las conclusiones que, Enfermería está ubicada, organizacionalmente, en el último nivel como un Departamento adscrito a la División de Servicios Auxiliares (una de las tres (3) Divisiones que conforman la Dirección de Servicios Técnicos Asistenciales **(ver Anexo 6)** que, a su vez, dependen de la Dirección General de Salud (dirigida por un médico) tanto en el Organigrama Estructural IVSS 2006, como en el de 2009.

Las asimétricas relaciones de poder entre enfermería y medicina, argumentadas mediante la contrastación teórico-empírica, adquieren dimensiones insospechadas aún en esferas de los derechos políticos, en razón de que en tal modelo relacional se construye una ciudadanía desligada del ejercicio pleno de participación en los procesos de toma de decisiones colectivas en los espacios del Poder Público fundamentalmente en aquellos correspondientes al área de la salud. La política se

restringe a una actividad profesional tendiente a garantizar la gobernabilidad y el funcionamiento de las instituciones, pero siempre dirigida por "los otros" (los médicos), no por "nosotros" (las enfermeras).

En este ejercicio de ciudadanía restringida, la enfermería progresivamente, ha ido desdibujándose en sus potencialidades como movimiento social y asumiendo el conformismo social como conducta que inhibe, a nivel de conciencia, la construcción de la realidad y que se hace con el fin de evitar el enfrentamiento o contradicción del poder. Esta situación se da tanto a nivel individual como colectivo y nos lleva a mantener relaciones sociales obligadas y a justificar conductas contradictorias. Es una suerte de *formación de reacción,* en razón de que se actúa o se hace todo lo que internamente se rechaza.

Respecto del Segundo Supuesto: *Factores como clase social, relaciones con los medios de producción y género, condicionan las asimétricas y contradictorias relaciones de poder entre enfermería y medicina.*

Conclusión: En lo referido a la clase social -como categoría analítica clave para el desarrollo de este estudio- que alude a una distribución diferencial del conocimiento, como expresión de la distribución desigual de la riqueza y el poder, en el entendido que las relaciones de poder en el marco del capitalismo tienen sus

asiento en las relaciones de producción (capital/trabajo; burguesía/proletariado; dominación/subordinación) que generan, establecen y reproducen profundas contradicciones sociales y desiguales distribuciones de poder, se pudo verificar que tales relaciones de producción se expresan en la naturaleza, dinámica, desarrollo y reconocimiento social de profesiones como medicina y enfermería.

Mientras que medicina por sus características como profesión liberal, propietaria de medios de producción, se considera una profesión elitesca, Enfermería como profesión no-liberal, no-propietaria de medios de producción se considera una profesión proletaria**, esto refleja el poder como dominio de una clase sobre otra,** de unos hombres sobre otros; por ello es legítimo hablar en términos marxianos de poder económico y, por tanto, de profesiones dominantes y profesiones dominadas o sometidas.

Es de hacer notar que los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos diseñados para este trabajo, contribuyeron a la afirmación del Supuesto que expresa que, la Clase Social es categoría analítica y condicionante clave en la contradicción dialéctica como invariante para el establecimiento de relaciones asimétricas de poder entre medicina y enfermería. Al respecto, el 66,33% de los encuestados, considera que la clase social determina las desigualdades entre médicos y enfermeras.

Por otra parte, uno de los aspectos que ha contribuido a esta situación lo representa la posesión de medios de producción, debido a que existe una contradicción entre enfermería y medicina en cuanto a su posesión, no obstante los intentos de socialización de la salud en el país, es éste un sector bajo control no colectivo. Así, la relación con respecto a los medios de producción es de dos tipos: relación de propiedad (medicina) y relación de no-propiedad (enfermería).

La pesquisa realizada revela que respecto, de los Medios de Producción, no hay evidencias de que enfermería posea acciones en centros de salud Privados. Por otra parte, las contradicciones en el nivel de los Medios de Producción constituyen, en la perspectiva dialéctica, contradicciones de clase que, en nuestra investigación revelan articulación con las contradicciones contenidas en dos antagónicas concepciones de la salud que se debaten en Venezuela hoy, la concepción curativa (alopática, adscrita al modelo médico mercantilista) y la preventiva (alternativa y social, propia del modelo humanista al cual de suyo adhiere enfermería por su carácter proletario).

Asimismo, siendo enfermería una profesión fundamentalmente femenina, a diferencia de medicina, enmascara sutilmente discriminación de género por ser el grupo más discriminado y subyugado durante gran parte de la historia de la humanidad; esto ha caracterizado hasta hoy el trabajo de las mujeres, en el sistema sanitario: ha entorpecido su acceso a puestos de representación y gestión; en el

mundo académico: la evaluación y conducción de proyectos y agendas de investigación, la publicación científica, los empleos bien remunerados en los sistemas privados de atención (la mujer gana un 20% menos que el hombre, para un mismo trabajo).

Pareciera no haber claridad sobre el significado de la mujer en los espacios de poder, especialmente referidos a la salud y específicamente a enfermería, pues ésta última, representa la cercanía entre la vida cotidiana y lo político, afectando positivamente la relación entre comunidad y Estado, a diferencia del médico quien, constituido en élite profesional asume una actitud distante de la misma.

Respecto al Tercer Supuesto: *La medicina como Profesión elitesca y hegemónica – en contraposición con la condición de saber sometido que caracteriza a Enfermería - ha desarrollado un alto grado de dominación que le permite la apropiación de referentes materiales y simbólicos de enfermería.*

Conclusión: En lo que refiere al alto grado de dominación desarrollado por la hegemonía médica, desde su configuración como profesión elitesca, y su apropiación de referentes materiales y simbólicos de enfermería, en su configuración como saber sometido a la hegemonía señalada, se pudo constatar que la hegemonía de la medicina y los médicos, respecto del resto de las disciplinas de la salud, más

específicamente en su dominación sobre enfermería - basada en la superioridad del fuerte sobre el débil, en la paradoja hegeliana del amo y el esclavo, en las contradicciones de clase; así como en la explotación, en tanto que mecanismo de acumulación - ha logrado instaurar una suerte de pensamiento único que contribuye a generar, sumisión, baja conciencia de clase, alienación y pasividad sobre las potencialidades de insurrección, resistencia y emancipación de las enfermeras.

Al respecto, son las enfermeras profesionales cuyo trabajo incrementa el capital de medicina en lo que se llama plusvalía, incluida la plusvalía simbólica atendiendo al hecho de que, por ejemplo, en el ámbito asistencial se evidencia que no obstante el despliegue de cuidados al paciente, la eficacia de los conocimientos científicos y el proceso enfermero, como metodología propia; estos referentes se transfieren al médico, desde el poder ejercido, y se expresan en un reconocimiento socioprofesional diferencial.

Desde el tratamiento dialéctico del estudio y en lo atinente al Supuesto referido, ha sido el concepto de **jornada de trabajo**, en Marx, y el de violencia y apropiación simbólica en Bourdieu los que han contribuido al logro de este hallazgo con el cual, en términos de conclusiones, se afirma la Tesis. De manera que esa jornada se divide en **trabajo necesario** y constituye la fuerza de trabajo necesaria para reproducir el valor de cambio, mientras que el resto de la jornada es el **sobre-trabajo**. La tasa de plusvalía (referente material) se constituye a partir del sobre-

trabajo que se genera en la jornada de trabajo de los enfermeros y que no es apropiado por estos.

Asimismo, en enfermería se reproduce, por una parte, el discurso médico y por otra, las enfermeras reflejan un discurso sin referencia al pasado, sin reflexión sobre las causas de los acontecimientos y sus responsables, asunto éste que luce como táctica cuyo objetivo es minimizar las contradicciones y negar las evidencias sobre su situación de dominados. Es decir, tales apropiaciones son estrategias de dominación medicina-enfermería que evidencian desigualdades y asimétricas relaciones de poder.

En breve, se pudo establecer que los médicos poseen, profesional, social, económica y políticamente, más poder que enfermería, asunto éste que además de las contrastaciones dialécticas realizadas se afinó argumentalmente con los resultados de instrumentos específicos aplicados que indican que el 84,16 % de los encuestados, respecto de la muestra, opina que **no hay igualdad de poder entre médicos y enfermeras**. El 90% considera que **el médico tiene más poder que la enfermera**, lo que equivale a un 16% más que los que consideran que médicos y enfermeras no tienen el mismo poder.

Respecto del Cuarto Supuesto: *Siendo la Enfermería hoy una disciplina científica, con un cuerpo de teorías, metodologías propias y titulaciones de IV y V*

nivel, luce contradictoria su baja participación política en espacios de poder, contrariamente a lo que ocurre con medicina.

Conclusión: De la contrastación de teorías correspondientes a la Tesis y a la Antítesis, se desprende que, no obstante la postura funcionalista la cual plantea que cada uno es tratado de la misma manera y que cada uno tiene las mismas oportunidades de tener éxito, de acuerdo con la fórmula: **Capacidad + Esfuerzo= MÉRITO**, ha sido la dialéctica materialista (afirmativa de la Tesis) la que se corresponde con los hallazgos (referentes empíricos) puesto que a pesar de las capacidades y esfuerzos tanto individuales como colectivos - reflejados en los avances académicos de enfermería, en los que pueden constatarse veinticinco (25) Programas de Postgrado distribuidos en trece (13) especializaciones, once (11) maestrías y un (01) doctorado – los Licenciados en Enfermería no forman parte de los más altos cargos del Poder Público, incluido obviamente el Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Es necesario destacar, al respecto, el hecho de que en la Asamblea Nacional, integrada por 167 Diputados, opera una **Comisión Permanente de Desarrollo Social Integral**, conformada por 13 diputados (as) 6 de los cuales son médicos incluido su presidente, y una **Subcomisión de Salud, Higiene y Seguridad Industrial – Atención a las Personas Mayores** no existiendo enfermeros o enfermeras en la precitada Comisión. Se pudo cotejar - en estas instancias de poder

respecto de la salud en el Poder Legislativo Nacional – la no participación de Licenciados (as) en Enfermería.

En este sentido los resultados obtenidos en torno a la contradicción entre el carácter de disciplina científica hoy de la enfermería (implica capacidades profesionales) y la baja participación política en espacios de poder (donde en algunos casos accede al nivel de staff de apoyo para las Direcciones Generales que, en su cuasi totalidad están a cargo de médicos) contrariamente a lo que ocurre con medicina se pudo constatar mediante el instrumento aplicado, que el 55% de los encuestados opina que los médicos No tienen más formación y capacidad que las enfermeras para ocupar altos cargos en la administración pública. Asimismo, el 76,66% opinó que la participación en política y la ocupación de altos cargos No es igual en médicos que en enfermeras; el 75,83% afirmó que los médicos participan más en política y ocupan más altos cargos que las enfermeras y el 63,33% consideró que la condición de clase condiciona las desigualdades entre médicos y enfermeras.

Por otra parte, pero en el mismo orden de ideas, se pudo verificar que, en lo que se refiere específicamente a la condición de disciplina científica que hoy exhibe enfermería y no obstante ello, tanto la Clasificación General, como la Nomenclatura para los Campos de las Ciencias y las Tecnologías (ambas pertenecientes a la UNESCO) no contienen a Enfermería, a pesar de que esta Nomenclatura Internacional es la más exhaustiva y extensa con un total de veinticuatro (24) grupos

de disciplinas correspondientes a las denominadas Ciencias de la Vida que, a su vez, contienen quince (15) descriptores de Ciencias Médicas y éstas a su vez, contienen catorce (14) descriptores de Ciencias Clínicas. No puede obviarse que, por su parte, la Clasificación UNESCO presenta 3 descriptores de Tecnologías Médicas y que clasificaciones como la International Standard Book Number (ISBN) ignoran a enfermería como disciplina científica.

Tales resultados, conjuntamente, permiten concluir que la argumentación fundamentada en la dialéctica materialista y referenciada con la empiria obtenida, corrobora el supuesto y contribuye a la afirmación de la Tesis de que existen asimétricas relaciones de poder entre enfermería y medicina, independientemente de los grados académicos, del estatuto científico alcanzado por la enfermería y de la posesión de teorías y metodologías propias.

Respecto del Quinto Supuesto: *La División Social del Trabajo (contradicción trabajo intelectual/trabajo manual) condiciona la división social de las profesiones en términos de profesiones dominantes y profesiones dominadas, como es el caso de medicina y enfermería respectivamente*.

Conclusión: En lo que se refiere al papel de la División Social del Trabajo como condicionante de la División Social de las Profesiones, y que se han logrado contrastar en este trabajo, se ha podido verificar desde, la Teoría de la Explotación, que se entiende la relación de médicos y enfermeras en términos de una relación

laboral - como expresión de formas distintas de relacionarse ambas profesiones con los medios de producción y cuyas expresiones también son distintas, no solo en el plano de la Estructura (economía) sino en el plano superestructural, como lo revelan expresos referentes empíricos derivados testimonialmente del análisis del discurso expuestos en el cuerpo de la Tesis que rebasan los argumentos antitéticos y, consecuencialmente afirman la Tesis. En este sentido, la Teoría de la Explotación se fundamenta en que es en la actividad laboral, como expresión de unas particulares formas de relaciones con los medios de producción, lo que define y conforma particulares relaciones sociales y que no son unas determinadas cualidades morales propias (como afirman los funcionalistas, elitistas y weberianos) de un grupo o clase las determinantes de tales relaciones.

Es decir, es la clase social – en cuanto que expresión de relaciones sociales de producción diferentes - la categoría desde la cual se entiende la División Social del Trabajo y, consecuencialmente, la División Social de las Profesiones. Así, es la forma y mecanismos de distribución del trabajo entre las diferentes actividades productivas y de intercambio lo que revela el poder diferencial de las mismas en cuanto que profesiones dominantes o dominadas tal como se pudo encontrar mediante la contrastación de enfermería y medicina, en lo que refiere a su poder como profesiones que, de acuerdo con las entrevistas en profundidad y la encuesta al azar aplicada, el 90% de los encuestados considera que el médico tiene más poder que la enfermera.

Asimismo, se han podido evidenciar luchas, avances, retrocesos y expectativas que conviven en la dialéctica de una relación entre profesiones que son antagónicas - desde la condición (enfermería como profesión no-liberal y medicina como profesión liberal) y desde la conciencia de clase (Enfermería como proletaria y Medicina como burguesa) - y complementarias desde la funcionalidad en algunos ámbitos del ejercicio profesional.

Hemos podido comprobar el estado de subordinación y sometimiento de la enfermería desde las categorías analíticas dialécticas así como mediante las argumentaciones de Michel Foucault y Pierre Bourdieu, en las cuales se encuentran elementos conceptuales que nos permiten comprender el marco de dominación y de las relaciones de poder con los cuales resulta cooptada y sometida la enfermería al conocimiento biomédico.

Ello ha facilitado un marco empírico-argumental para la comprensión de los muchas veces imperceptibles hilos de dominación que, dialécticamente, articulan la arquitectura del conocimiento en enfermería, su existencia y su ejercicio profesional en un contexto socio-político determinado y desde una de las dimensiones de la División Social del Trabajo.

Respecto del Sexto Supuesto: *El incremento de la masa crítica de enfermería, el dominio temático y de conocimientos de frontera, así como su proceso cognitivo en expansión que se corresponde con el crecimiento de las fuerzas productivas, constituye amenaza para la dominación de medicina sobre enfermería que activa sus mecanismos de sometimiento.*

Conclusión: En lo que refiere al incremento de la masa crítica de enfermería (creciente número de Licenciados, se pudo constatar que, de las 46 universidades públicas, 22 son de carácter oficial de las cuales diez (10) administran la carrera de Enfermería en el nivel de licenciatura y, además una de ellas, la UDO-Bolívar posee tres (3) Programas como Extensiones, lo que equivale a que en el 45,45% de las universidades oficiales se cursa la Licenciatura en Enfermería, mientras que en el 40,90% de las universidades oficiales se cursa medicina.

Asimismo, se pudo constatar que además de las 10 universidades existen 10 Institutos Universitarios de Tecnología que administran la carrera de Técnico Superior en Enfermería y uno de estos Institutos tiene ocho Extensiones que, sumadas a las 12 de la UNEFA arroja un total de 36 espacios para la formación tanto de Licenciados como de Técnicos Superiores y que la tendencia formativa en la carrera es hacia la formación en un solo nivel, el de licenciatura. También se constató que, del total de Institutos de Educación Superior, 22,08% posee la carrera de

enfermería, mientras que solo en el 5,54% de ellos se administra la carrera de medicina.

Sin embargo, el avance importante de Enfermería no solo ha sido en el nivel del llamado Pregrado, sino que además del sostenido crecimiento académico de las Escuelas Universitarias desde 1967, hoy en el nivel de Postgrado, exhiben veinticinco (25) Programas que incluyen Especializaciones, Maestrías y un Doctorado.

Así, en lo que respecta a sus altas potencialidades de dominio temáticos y conocimientos de frontera, así como su marcado proceso cognitivo en expansión se pudo encontrar que los Programas de Postgrado en sus distintos niveles, constituyen factor importante en su desarrollo académico, en términos de titulaciones y en lo atinente a la imbricación entre estructura científica, grados académicos y productos intelectuales, asimismo, en la búsqueda del reconocimiento social.

No obstante, tal desarrollo encierra una contradicción que redunda en evidente debilidad para la enfermería académica, en virtud de la inexistencia de políticas editoriales que se traduzcan en la construcción de publicaciones (Revistas convencionales o digitales) propias, con criterios y requisitos propios de enfermería que permitan, no solo la posesión de mecanismos de divulgación, sino superar la dependencia y el colonialismo intelectual respecto de medicina. La contradicción señalada se evidencia en el hecho constatado y constatable que, tanto en las

universidades como en las asociaciones profesionales correspondientes a enfermería, no se registran revistas científicas.

De la misma manera, en el Registro de Revistas Científicas del Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, la Tecnología e Industrias Intermedias de Venezuela que, de las ciento treinta y siete (137) Revistas Registradas para los meses Junio-Julio 2008 (Base Alejandría) veinticuatro (24) corresponden a la categoría Salud (en general) y diecisiete (17) a Medicina (específicamente), para un total de cuarenta y una (41); sin embargo, ninguna de ellas corresponde a Enfermería.

Como puede inferirse, cerca de un tercio (1/3) de las Revistas corresponden a Medicina, asunto éste que se torna más significativo si partimos (como vimos ut supra) de la consideración de que la Nomenclatura UNESCO registra veinticuatro (24) grupos de disciplinas correspondientes a las denominadas Ciencias de la Vida que, a su vez, contienen quince (15) descriptores de Ciencias Médicas y éstas a su vez, contienen catorce (14) descriptores de Ciencias Clínicas; además, la Clasificación UNESCO presenta tres (3) descriptores de Tecnologías Médicas, con total ausencia de Enfermería.

Por otra parte, en Venezuela, específicamente en el Ministerio del Poder Popular para la Salud, se ha creado la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) como espacio de información científica y técnica en esta área cuyo propósito expreso

consiste en garantizar el desarrollo y sostenibilidad de la BVS Venezuela, y, para lo cual en su Comité Consultivo Nacional, están representadas las instituciones más relevantes del sector salud de Venezuela, del sector oficial, académico, investigación, sociedades y asociaciones en el ámbito de la salud desde el año 2004. Ministerio del Poder Popular para la Salud. (MPPS). Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología (MCT). Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (FONACIT). Funda SINADIB. OPS/OMS Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL).

Asimismo, cuenta con un Comité Técnico Operativo**,** conformado por Centros Cooperantes (Bibliotecas, Centros de Documentación y otras instituciones que alimentan y operan los diversos componentes y espacios temáticos). Tales como: Biblioteca "Humberto García Arocha". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela (UCV). Caracas. Biblioteca del Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". UCV. Caracas. Fundasinadib. Scielo Venezuela. UCV. Caracas. Biblioteca Central. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Oficina de Documentación e Información del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Maracay. Estado Aragua. Biblioteca Central. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Biblioteca Central del Ministerio del Poder Popular para la Salud. (MPPS). Caracas. Dirección General de Hospitales. MPPS. Caracas. Dirección

de Epidemiología. MPPS. Caracas. Dirección de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria. MPPS. Caracas. Dirección de Corposalud Aragua. Maracay. Biblioteca de Postgrado de la Facultad de Medicina. UCV. Caracas. Escuela de Salud Pública. UCV. Caracas. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas. Centro de información y Gestión del Conocimiento, OPS/OMS Venezuela. Caracas. Oficina del Sistema Público Nacional de Salud. MPPS. Caracas. Instituto de Biomedicina Centro de Documentación del Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (FONACIT). Biblioteca "Marcel Roche". Instituto Venezolano de Investigaciones Científica. Los Teques. Estado Miranda. Asociación Venezolana de Editores de Revistas Biomédicas (ASEREME). Colegio Nacional de Inspectores de Salud Pública (CONISP) y la Sociedad Venezolana de Salud Pública.

Sin embargo, luce contradictorio que - siendo Enfermería una profesión que integra el llamado equipo de salud, cuyo Ethos es el Cuidado Humano de la salud - no tenga representación en el Comité Consultivo Nacional de la Biblioteca Virtual de Salud a diferencia de una sustantiva representación de medicina desde diversas instituciones tanto académicas como asistenciales.

En otro orden de ideas, se pudo constatar mediante los referentes empíricos obtenidos desde las Entrevistas en Profundidad que, tanto algunos enfermeros (as) entrevistados como un significativo grupo de médicos también entrevistados, no considera el Poder como una dimensión política cuya intencionalidad consiste en modificar las desigualdades, incluidas las relaciones de poder asimétricas, a partir de

la participación activa de los sujetos enfermeros en la esfera pública. En este sentido, se evidenció nula participación de enfermería en las diversas fases (diseño, planificación, ejecución y seguimiento) de Programas Sociales como es el caso de las Misiones que, de un total de 20 (aproximadamente) cuatro (4) están vinculadas al asunto salud y con significativa participación de médicos en el ápice estratégico.

Como evidencia de las asimétricas relaciones de poder, de las tensiones ocultas o manifiestas y por tanto, de las contradicciones descubiertas habría que señalar que, de las Facultades de Medicina y/o Ciencias de la Salud se han desprendido - ya por maduración y desarrollo, por equilibrio de fuerzas, o potencialidades autonómicas (compartidas por el colectivo correspondiente y fundadas en el necesario y suficiente poder político) - disciplinas autónomas como ha sido el caso de Odontología (UCV, ULA, UC, LUZ). Sin embargo, como contracara, no existe una Facultad de Enfermería, aunque si se ha presentado en mayo de 2009 el Proyecto de la Facultad de Enfermería en la Universidad de los Andes ante el Rector de dicha Universidad.

En este sentido, se infiere obstaculización en espacios de poder público y sus organizaciones weberianamente estructuradas a entender, asumir y admitir la Enfermería, como colectivo socioprofesional, en el campo de la políticas públicas, con nuevas voces, nuevas concepciones y para nuevos desafíos en cuanto que ésta profesión - por su extracción social, su progresivo incremento de masa crítica,

dominios temáticos, expansión cognitiva, así como su adscripción a la concepción preventiva de la salud – es percibida como amenaza de la hegemonía médica en el ámbito de la salud.

Respecto del Séptimo Supuesto*: La sumisión, pasividad, conformismo, baja participación política y estigmatización de Enfermería son expresiones de relaciones de clase antagónicas con medicina y del papel que cumple, para tales propósitos, la educación formal y los medios de comunicación.*

Conclusión: Con respecto al papel desempeñado por el aparato escolar y los medios de comunicación como modeladores de sumisión, pasividad, conformismo, baja participación política y estigmatización de la enfermería, se pudo constatar que la dialéctica relacional enfermería-medicina revela una semiosis sumisa de la primera, frente a la semiosis autonómica de la segunda, en atención a que siendo la semiosis un proceso que se desarrolla desde las percepciones del intérprete (enfermera o médico para nuestro caso); es decir; se inicia con la percepción del signo y finaliza con la presencia en su imaginario del objeto del signo. En este sentido, se introyectan las imágenes, según sean socialmente valorizantes o desvalorizantes. Lo que opera es un proceso de inferencia que se refiere a proporciones admitidas como verdaderas y que concluye en la verdad de una nueva proposición. Por esto la inferencia se reduce a menudo a la llamada "deducción

necesaria" en la que la verdad de las premisas asegura totalmente la verdad de la conclusión.

Por otra parte**,** se pudo constatar que, mediante la aplicación de un modelo analítico curricular expresamente diseñado para contrastarlo con la Malla Curricular, asignaturas o cualesquiera otras estrategias pedagógicas referidas a lo político, como componente cognitivo en la formación de enfermeras/os, no se encuentran presentes en los planes de estudio de las escuelas correspondientes a la muestra; asunto éste que permite afirmar que tales currícula están diseñadas para mantener la sumisión de enfermería hacia medicina y para sustraerla del conocimiento de la realidad sociopolítica y por tanto, de la temática del poder.

En cuanto a, la escasa conciencia de clase, alienación y las debilidades profesionales, éstas pueden evidenciarse en contradicciones tales como que, es constatable el desarrollo de las concepciones feministas en términos del re-posicionamiento de la mujer en la esfera sociopolítica venezolana, mediante prácticas concretas de participación y dignificación de la condición femenina; sin embargo, desde enfermería como profesión mayoritariamente femenina, no se registran estrategias (en el ámbito académico y sus responsabilidades curriculares, ni en el gremio correspondiente en cuanto a sus responsabilidades sociales) que reviertan la desvalorización y estigmatización que de la enfermera y la enfermería se despliega

cotidianamente en los medios de comunicación, incluidos el cine y las nuevas tecnologías como el Internet.

Se verifica que la imagen y consecuencialmente, el imaginario de los venezolanos sobre la enfermería es construida desde la vulgarización mediática de la profesión y no desde los dispositivos curriculares/escolares. Esto conduce a reforzar los mecanismos de dominación de medicina sobre enfermería y por tal motivo, se obstaculizan las posibilidades de desarrollo sociopolítico de Enfermería.

Encontramos que en el ámbito social la relación médico-enfermera se define como un sistema de posiciones y oposiciones, como un sistema de significaciones en los cuales, lo cultural, lo simbólico, construido desde los medios de comunicación, la opinión pública y los imaginarios colectivos colocan en el juego de poder prejuicios y prenociones que hacen de este espacio un campo de lucha no siempre entendido, asumido, ni admitido. Dentro de ese sistema de significaciones hay lugar para una dialéctica de la identidad socio profesional y del reconocimiento social que da cuenta de los posicionamientos a partir de las diferenciales relaciones de clases reales e ilusorias de los actores.

Los medios construyen imágenes y transmiten mensajes que revelan la presentación y valoración negativa – incluso estigmatizada - de las enfermeras, no obstante contener la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela,

disposiciones expresas de prohibición de discriminaciones de cualquier naturaleza. Posiblemente ésta sea una de las causas de la magra participación sistemática en programas de TV, Radio u otros medios donde se aborden problemas y/o temas sobre Cuidado Humano o cualesquiera otras vinculadas p. Ej., a los temas de frontera.

Respecto del Octavo Supuesto: *Las currícula para formación de enfermeras/os en las escuelas de las Universidades Autónomas constituyen fuentes cognitivas para el establecimiento de una conciencia de clase que reproduce los mecanismos de sujeción de las enfermeras a la dominancia médica.*

Conclusión: En lo que refiere al papel de las currícula como fuentes cognitivas para la sujeción en Enfermería se pudo constatar, mediante la contrastación del Modelo PICTS con la Malla curricular que, la dimensión política de la salud, incluso el término política en su acepción de nodo sociolingüístico en la construcción de ciudadanía, en el contexto de enfermería, tiene una carga negativa que la fuerza excluye del discurso y de la práctica enfermera en cualquiera de sus ámbitos o espacios de realización.

Esa exclusión, de lo político o de la política en sus acepciones tanto de latu como de stricto sensu, responde a un proceso de vaciamiento conceptual-ideológico en el marco de las estrategias de la profesión dominante en el área de la salud para

impedir la comprensión de la realidad y fortalecer los efectivos mecanismos que garantizan - en buena medida - el histórico esquema de sujeción, de dominación/subordinación que ha caracterizado la relación médico-enfermera.

Se constata la No-existencia de información referencial sobre las políticas de salud contenidas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Asimismo, no hay referencia sobre la relación campo profesional- políticas de desarrollo nacional, regional, estatal o local (comunidades). Los pensa excluyen asignaturas como Filosofía, Política, Políticas Públicas, Modelos de Salud y Formación de Enfermeras que, sin dudas, permitirían el abordaje de las contradicciones profesionales. Sin embargo, se evidenció el hecho de que en una de las Escuelas exista una asignatura de clara orientación teológica (*Antropología a la luz de la teología)* lo cual - no obstante la plena libertad de cultos existente en la República Bolivariana de Venezuela (con rango constitucional) – luce como sesgo teológico en los componentes curriculares.

Se evidencia el poder del discurso médico al interior de enfermería puesto que en algunas de las Escuelas estudiadas se preservan denominaciones de asignaturas que revelan la hegemonía médica, tal es el caso de enfermería Médica o Enfermería Médico-Quirúrgica.

Los pensa no parecieran construidos desde una concepción dialéctica en la cual se establece una relación entre necesidades sociales y diseños curriculares (en el entendido que son las necesidades sociales las que deben imponer la currícula) sino desde la centralidad hegemónica de la profesión médica.

El modelo médico (biologicista) está presente como soporte curricular ejerciendo un poder de violencia simbólica (Bourdieu) por lo cual el currículo no solo encubre discriminación social, sino que se da un proceso de legitimación e imposición del saber, metodologías, cultura y lenguaje de la profesión dominante (medicina), en menoscabo del saber, metodologías, cultura y lenguaje de la profesión dominada (enfermería) lo que sin dudas, garantizan la preservación de la estratificación social.

Los currícula son diseñados y reformados en una pendulación que oscila entre la Escuela Conservadora (Tradicional) y la Modernista o Desarrollista, por lo que la filosofía que les guía es más en el orden de la contemplación y mantenimiento del status quo y no de la transformación social. Se identifica un currículo oculto de formación subordinado al modelo médico por carecer la profesión de una identidad propia en su lenguaje de identificación de situaciones críticas. De la misma manera, la revisión de Programas permite concluir que en estos no existe la concepción dialéctica del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Por otra parte, cabe acotar que las contradicciones de clase entre ambas profesiones se encuentran en la dialéctica relacional enfermería-medicina, incluso en los mecanismos de ingreso a cursar ambas carreras en la universidad puesto que los condicionantes son claramente diferenciadores en términos de clase (promedios diferentes según la carrera de la salud a cursar).

Ello evidencia asimétricas relaciones de poder que desde el ámbito de la formación académica se transfiere como cultura de dominación/subordinación al ámbito laboral, al reconocimiento social y la participación política. Son estos mecanismos sutiles pero efectivos de alienación a través de dispositivos de sometimiento, domesticación como la currícula y el tratamiento diferencial según las condiciones de clase social.

Uno de los hallazgos más significativos quizás, lo constituye la contradicción no resuelta entre la concepción vocacional y la concepción profesional pues, existe una convivencia contradictoria al interior de enfermería por cuanto la adhesión a las cristalizadas autoimágenes correspondientes a la **concepción vocacional** fuertemente articulada a la noción y visión de la enfermería como apostolado está aún presente; sin embargo, también se registra una fuerte vigencia de la concepción de la enfermería como profesión. Tal situación constituye, conscientemente o no, un campo de lucha en términos de la microfísica del poder (es decir al interior de la

enfermería) y por tanto, las resiliencias se aprecian aún en quienes ostentan los más elevados títulos que confiere la profesión.

A pesar del estatuto científico alcanzado por la profesión hoy, luce contradictorio tal vez, el manejo de la información o conocimiento que se pretende manipular de tal manera que nos permita ver solo la realidad que algunos - dentro de la pequeña burguesía académica que se consolida - pretenden que veamos, o que nosotros mismos - por comodidad, cobardía o alienación - pretendemos ver, habría que decir en este caso, que mientras la Enfermería, en sus externalidades posee profundos lazos en las ciencias sociales y humanísticas también posee, en coexistencia, dentro de su marco teórico amplias zonas oscuras y sinuosos espectros dotados de ambigüedades, o al menos de ciertas vaguedades, lo cual la hace vulnerable a las manipulaciones en términos metodológicos y/o reduccionismos teóricos.

Asimismo, los tópicos en el contexto de la vida académica, fundamentalmente lo atiente a la agenda de investigación de las enfermeras es la resultante de opiniones, ideologías y valores que proceden del modelo biomédico.

Finalmente, los resultados obtenidos mediante la contrastación Modelo PICTS-Malla Curricular y expuestos muchos de ellos en las líneas anteriores, así como los referentes obtenidos a partir de las entrevistas en profundidad en las cuales

las unidades de análisis evidencian un discurso enfermero subsidiario del discurso médico, le permiten a la tesista concluir que las currícula para formación de enfermeras constituyen, real y efectivamente, fuentes cognitivas para el establecimiento de una conciencia de clase que reproduce los mecanismos de sujeción de las enfermeras a la dominancia médica.

Por otra parte, pero en la misma línea conclusiva, cabe destacar que en esta Tesis, al ubicar las diversas expresiones de las asimétricas relaciones de poder entre enfermería y medicina, su expresión en la división social del trabajo y su empalme con las relaciones de dominación, se ha abordado una realidad de la enfermería en Venezuela escasamente trabajada desde la teoría transformadora, como son las condicionantes de clase y las relaciones sociales de producción.

Asimismo, hemos visto que tanto Weber como los elitistas y funcionalistas han servido como soporte teórico para la Antítesis donde se manifiesta el individualismo propio del capitalismo, en la cual la concepción de la división del trabajo es una relación que posee un carácter natural, se trata del desarrollo científico-técnico, donde se supone que todos tenemos las mismas posibilidades, unos más capaces que otros, siendo en tal sentido el ascenso o ubicación social un problema personal, actitudinal (puedo lograr lo que quiero, solo tengo que proponérmelo) y de libres opciones profesionales. Sin embargo, esta tesis deja claro que éstas relaciones asimétricas entre enfermería-medicina de

dominación/subordinación, no son algo natural, ni tampoco estáticas o eternas como lo quieren hacer ver los teóricos funcionalistas.

De manera que la racionalidad procedimental adoptada (dialéctica como método y la argumentación como procedimiento apoyado en referentes empíricos de primera mano vale decir, la arquitectura metodológica y los referentes teóricos de la Tesis [marxistas y neomarxista]) resultó pertinente y adecuada para el abordaje del problema planteado por cuanto permitió trascender el nivel de las apariencias que configuran las relaciones entre medicina y enfermería (como profesiones) y entre médicos y enfermeras (en cuanto que sujetos socioprofesionales) mediante el develamiento no solo de que tales relaciones son de dominación/subordinación y por tanto, de poder, sino que permitió además poner en evidencia el carácter clasista y consecuencialmente dialéctico, de tales asimétricas o desiguales relaciones de poder.

Asimismo, permitió evidenciar que no son las capacidades y/ o competencias expresadas en unas supuestas expertocracias y meritocracias inherentes a particulares élites profesionales (como es el caso de la hegemonía médica); que no son las homologaciones por vía de las titulaciones académicas o la falacia de la igualdad de oportunidades expresada en la fórmula **Capacidad + Esfuerzo= MÉRITO** (teoría del mérito o esfuerzo individual); sino que la dialéctica materialista (contrastación entre teorías de la Tesis y la Antítesis) permitió probar, mediante razonamientos (Argumentaciones) apropiados, que es la condición de Clase – en la acepción de la

teoría marxista- una variable nada desdeñable en el proceso de establecimiento de profesiones dominantes y sometidas y que desde allí las hegemónicas como medicina en el área de la salud, poseen un poder que le permite cooptar, controlar y dominar espacios políticos de decisión tanto en la esfera pública como privada y consecuencialmente, obstaculizar el desarrollo sociopolítico de aquellas profesiones no-elitescas y por tanto de carácter popular, proletario como es el caso enfermería (en razón de la condición de clase y conciencia de clase de los sujetos sociales [estudiantes y profesionales] que la integran) y que no obstante estar en expansión son excluidas de la participación política en los vértices, ápices o cúspides estratégicos de la burocracia estatal, aún en un proceso sociopolítico que se autodefine como revolucionario, socialista e inclusor, como el que se experimenta hoy en Venezuela.

Así, la Tesis dialécticamente construida incluye la unidad y la contradicción de la teoría y la praxis, esto es, del pensamiento científico y filosófico y de los hechos históricos y empíricos en cuanto a las particulares relaciones de la medicina y la enfermería como profesiones del área de la salud. Del mismo modo y precisamente porque la forma y el contenido, la esencia y la apariencia, nunca coinciden, porque uno es el opuesto o negación del otro, se pudieron develar las relaciones de poder que entre las profesiones mencionadas han permanecido ocultas, ocultadas o negadas.

UNA ARGUMENTACION CONCLUYENTE EN CLAVE DE TOTALIDAD CONCRETA

El despliegue del método dialéctico permitió constatar que en las desiguales y/o asimétricas relaciones de poder entre medicina y enfermería, entre Médicos y Licenciadas (os) en Enfermería se identifican y manifiestan, al menos, tres leyes fundamentales de la dialéctica señaladas a continuación:

1.- La **Ley de los Cambios Cualitativos y Cuantitativos**, por cuanto que ésta, expresa que todo está en permanente transformación y que los cambios cuantitativos conducen a transformaciones cualitativas y viceversa – entonces la desigual relación de poder probada y demostrada en esta Tesis mediante argumentaciones soportadas con referentes empíricos, no es eterna sino transitoria y por tanto, reversible.

2.- La **Ley de Unidad y Lucha de Contrarios**, por cuanto que ésta, expresa que todos los cambios en la realidad tienen su causa en las contradicciones de esa misma realidad (contradicciones que pueden ser antagónicas o no-antagónicas) y que toda Tesis implica una Antítesis y ésta, a su vez, implica a una Síntesis (vale decir, una nueva realidad) entonces esta Tesis ha permitido probar y demostrar argumentativamente (de igual manera que en la Ley anterior) que las desiguales y/o asimétricas relaciones de poder estudiadas acá no son producto del azar, ni de predestinaciones divinas, que no se deben a personas o profesionales excepcionales, sino que son – fundamentalmente – resultado de las contradicciones entre clases sociales antagónicas.

3.- La Ley de Concatenación Universal, por cuanto que ésta, expresa que el universo no es caótico, desordenado, sino que todo es relacional, entonces es imprescindible e ineludible el estudio de la realidad correspondiente a las desiguales relaciones de poder entre enfermería y medicina, desde la perspectiva totalizante de la dialéctica materialista y no mediante la fragmentación de la realidad en las perspectivas funcionalistas, elitistas o weberianas.

Finalmente, se prueba y demuestra - argumentativamente - que la hegemonía médica, entendida como poder y como expresión de antagónicas relaciones de clase constituye una condicionante fundamental que gravita sobre el escaso desarrollo sociopolítico, el reconocimiento social y la participación de Enfermería en los más altos cargos (Ápices Estratégicos) del Poder Público (Nacional, Regional y Municipal, incluidos órganos de salud), poderes, órganos y espacios éstos que - respecto de las profesiones de la salud en Venezuela – continúan cooptados y dominados por medicina en cuanto que profesión elitesca, no obstante la condición de profesión proletaria de la enfermería y el proceso social inclusivo y de equidad social que se experimenta hoy.

En el plano empírico (mediante datos e información - obtenida con fuentes de Primera Mano [encuestas y entrevistas en profundidad] (solo utilizados como estrategia de afinamiento de detalles para fundamentar las argumentaciones) se probó y demostró que no son las titulaciones o la formación académica (como señalan

teóricos elitistas, funcionalistas y weberianos) condicionantes válidas para conocer e interpretar las desigualdades entre ambas profesiones, así lo demuestran los resultados de los instrumentos aplicados**:**

a) El marco interpretativo de las Entrevistas en Profundidad realizadas y analizadas, a partir de los Criterios y Unidades analíticas del **Análisis Crítico del Discurso**, permitieron identificar estrategias discursivas en los médicos y médicas entrevistados que revelan identidad discursiva, aspectos ideológicos de superioridad de clase y por tanto, poder en su configuración como colectivo profesional.

Como referentes empíricos, se presentan extractos textuales de lo expresado por un médico:

> "E*sto que voy a decir es muy fuerte pero el ser médico es una cosa…el ser médico…por ahí hay médicos que dicen que hay dos tipos de profesionales, los médicos y los demás o sea que evidentemente hay un grupo de médicos…hay una sensación no de superioridad pero…hay una amiga mía que dice que todo el mundo llega al Olimpo pero es que nosotros habitamos en el Olimpo esa es la diferencia, eso acompaña al médico hace mucho tiempo…"*

De la misma manera, una médica expresó:

> "*Yo creo que eso viene de la historia porque ser médico implica poder…..En general la jerarquía que se le ha otorgado a los médicos ha sido siempre suprema por encima de un ingeniero, por encima de un educador, por encima de muchos, muchos profesionales de diferentes carreras, siempre ha estado como en un pedestal y allí se ha quedado… el prestigio viene de generación en generación…… siempre sobresalió el médico ante todos los profesionales …Con quien trabaja la enfermera con el médico, ¿cuál es su labor? seguir las indicaciones que pauta el médico…ese poder que tiene el médico de tantos años no lo va a querer perder y no va a querer que se incluya a una enfermera de*

igual a igual eso estoy clara… la enfermería ya sabe que va a depender del médico, que siempre el que va a brillar va a ser el médico".

Asimismo, todas las enfermeras y enfermeros entrevistados coincidieron en que el poder lo ejerce el médico y que ello limita el desarrollo y participación de enfermería en espacios de poder. Como referente, uno de los enfermeros entrevistados ha opinado que la marcada participación de médicos en altas esferas del poder público:

"*Es una condición natural porque después que se empoderan es muy difícil que se quiera salir de ese empoderamiento, es difícil darle espacio a los demás profesionales y reconocer al otro, por eso crea cualquier mecanismo de obstáculo para perturbar, interrumpir y obstaculizar el ingreso de otros profesionales".*

Tales estrategias discursivas en los médicos constituyen expresión de la conformación de una identidad colectiva y una memoria histórica estructurada por un discurso de superioridad y por tanto, de poder que segrega la memoria histórica de enfermería, no obstante ser éstas sus 'pares' en el equipo de salud; tal paridad no es admitida por los médicos, aunque suelen expresar lo contrario.

De manera que, como grupos o colectivos profesionales, entre unos y otros se establecen relaciones de poder diferencial que los torna sectores políticos distanciados a través del desplazamiento del pronombre NOSOTROS, el cual cambia de referente en una misma oración. En la conformación del Nosotros (en los médicos) subyace el 'Otro', el 'Ellos' desarticulado política y socialmente, no obstante la paridad en términos de titulaciones académicas. En tales estrategias discursivas, la Negación Aparente se articula a la Presentación Negativa de los Otros: (*Yo no tengo*

nada contra las enfermeras…pero). Como vemos, la conformación de colectividades profesionales está sujeta a los intereses políticos de los grupos de poder que, como tales, expresan opiniones y por tanto ideologías.

b)El instrumento (encuesta) aplicado a la muestra al azar (obtenida mediante la fórmula Doménech y Mason) revela que: el 75,83 % considera que los

médicos participan más en política u ocupan más altos cargos que las enfermeras; el 55% considera que los médicos No tienen más formación y capacidad que las enfermeras (os) para ocupar altos cargos en la administración pública o privada, el 85% considera que en Venezuela los médicos son socialmente más reconocidos que las enfermeras, el 63,33% considera que la clase social es una condicionante de las desigualdades entre ambos profesionales, el 90% considera que el médico tiene más poder que la enfermera (o) y, el 63,33% considera que, por su poder, los médicos impiden la participación y desarrollo político de las enfermeras.

En breve, ha sido el método dialéctico y las categorías dialécticas Contradicción, Clase Social y Conciencia de Clase, fundamentalmente, lo que ha permitido develar la naturaleza de las contradictorias y asimétricas relaciones de poder existentes entre medicina y enfermería en Venezuela y en consecuencia, lograr la afirmación de la Tesis, en el entendido que si la totalidad obedece a un carácter histórico, entonces se hace necesario considerar la unidad dialéctica del sujeto (enfermero) y el objeto (sus

necesidades y luchas), reconociéndose así el papel fundamental que el sujeto histórico (enfermero) tiene en tanto posee conciencia de la realidad.

CAPITULO II

CARACTERIZACION SINTÉTICA, SUGERENCIAS Y PROPUESTA

Sobre la Caracterización Sintética

Los aspectos esenciales pueden ser resumidos en un esquema sintético de argumentación dialéctica sobre las relaciones de poder medicina-enfermería. En esta perspectiva la Síntesis sugiere la unidad y contradicción de lo abstracto y lo concreto, la unidad de los opuestos y no la identidad de los opuestos.

En términos de fundamentos filosóficos y socio-políticos se derivan de las argumentaciones varios aspectos esenciales:

1) la filosofía de la praxis es el fundamento de la acción transformadora de enfermería;

2) la génesis de la actividad política y sus instituciones se encuentra condicionada por las relaciones económicas de la sociedad y consecuencialmente, por las relaciones de clase;

3) la política solo adquiere sentido al ser definida con un contenido social;

4) Para la superación de la desigualdad en las relaciones de poder entre medicina y enfermería, debe sincerarse la estrecha relación entre la emancipación social y la política;

5) el libre desarrollo de todos los enfermeros y enfermeras solo puede alcanzarse con el libre desarrollo de cada uno;

6) se torna imprescindible conquistar en enfermería la ciudadanía política en términos de la praxis política efectiva; es decir la búsqueda del bien común;

7) la enfermería como profesión sometida, vale decir, como clase proletaria, para conseguir su propia emancipación, tendrá que pasar por largas luchas, por toda una serie de procesos históricos que transformarán completamente las circunstancias;

8) para conquistar una posición política emancipadora y con ella la presencia política en todos los ámbitos de la sociedad en provecho del suyo propio, además de poseer energía insurrecta y estar convencido del propio valer, es necesario el compromiso y la aportación efectiva;

9) la participación política consciente es una condición importante para la transformación en enfermería pues, ser parte consciente de algo, es asumir con conciencia de clase el proceso transformador;

10) los derechos políticos son derechos ejercidos en la comunidad con otros y cuyo contenido es la participación en la comunidad, en la comunidad política, en el Estado;

11) es ineludible en enfermería, una crítica profunda y severa a todo lo existente;

12) adquirir conciencia de ciudadana/o en enfermería, implica conciencia de pertenencia a una comunidad política y reconocimiento de esa comunidad política, eso promueve la defensa de los derechos y la demanda de peticiones en la esfera pública;

13) asumiendo que a) cuidado preventivo es la tesis y curación la antítesis y b) que prevención es humanismo y curación, mercantilismo; entonces, estamos ante una contradicción que deberá resolverse en una **SÍNTESIS** liberadora y humana que supere las asimétricas relaciones de poder impuestas por la hegemonía médica. Una vez alcanzado este estadio del movimiento nos encontramos ante una nueva realidad que entrará en otro ciclo de transformación dialéctica, dando lugar, así, al desarrollo sociopolítico progresivo de la enfermería, un desarrollo que se dirige hacia formas más completas, más perfectas y más integradoras de su realidad.

De las Argumentaciones Concluyentes a las Sugerencias / Propuestas

Como se pudo observar, la Tesis develó lo existente y comprobable de las relaciones de poder en enfermería, lo que está ocurriendo en el campo de lucha hoy;

es decir, descorre el velo de las relaciones de poder entre enfermería y medicina mediante el método dialéctico que, como tal, no solo fue un intento de explicar la realidad, sino de transformarla en la acepción de la célebre Tesis 11 sobre Feuerbach *"Los filósofos no han hecho más que interpretar de diversos modos del mundo, pero de lo que se trata es de transformarlo"* (Marx y Engels; 1974:10). Nada hacemos con descubrir y analizar una debilidad, si no la enfrentamos y transformamos en fortaleza.

Desde esta perspectiva nuestra propuesta - sin carácter prescriptivo - consiste en plantear una **nueva filosofía de la salud** fundada no en la axiología y prácticas individualistas promotoras de la sumisión enfermera, sino en lo que pudiéramos llamar la Escuela Humanista con anclaje en los emancipadores de nuestra América, la concepción de la salud como un derecho humano contenida en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y la sublevación de saberes sometidos como es enfermería. Se dice filosofía, en el sentido en que ésta debe ser para la reconstrucción de la profesión en función de la nueva sociedad que se gesta.

Se trata de crear "espacios de poder y participación emergentes" que faciliten la construcción de ciudadanos políticos alternativos. Para tal propósito bien vale plantear que la nueva formación en enfermería debe ser liberadora, con un enfoque integral en términos de fusionar la labor educativa y político-ideológica; con estrategias nuevas que promuevan, la creatividad en la investigación y participación en torno a temas de frontera que afectan a la enfermería y al mundo, la apertura al debate de los orígenes enfermeros y específicamente de la historia de Enfermería en

Latinoamérica y en Venezuela; así como también de nuestra situación real actual y del camino que debemos recorrer para la homogenización de la profesión.

Con optimismo pensamos que **'otro mundo es posible'** puesto que se trata de re-visibilizar una línea de pensamiento que luce comprimida en la noción, naturaleza y función del cuidado humano que, en la acepción dialéctica y humanista tiene como antítesis, como opuesto, la concepción capitalista de la salud por la vía de la mercantilización, pero camuflada mediante el sucedáneo nugatorio de la humanización en el marco de la racionalidad instrumental que liquida, exponencialmente, las propias posibilidades de existencia humana en el planeta y del planeta.

Así, el cuidado, como categoría fundante, epistémica de la enfermería, que ha de ser entendida como concepto emancipador, como tal, contiene dialécticamente factores de resistencia y emancipación, toda vez que asumiendo como se dijo ut supra que **a)** Cuidado es la Tesis y Curación la Antítesis y **b)** que prevención es humanismo y curación, mercantilismo; entonces, estamos ante una contradicción que se expresa en una lucha sorda, oculta y ocultada entre enfermería y medicina que deberá resolverse en una síntesis liberadora y humana que supere las asimétricas relaciones de poder impuestas por la hegemonía médica.

Asimismo, como contracara del discurso médico hegemónico considero que se deberían incorporar en los planes y programas, vale decir en los Núcleos Curriculares[30] para formación de enfermeras, denominaciones para las Clínicas de Enfermería tales como: Cuidado de Enfermería en el Paciente Intervenido, Cuidado

de Enfermería en el enfermo mental, etc., pues consideramos implicaría - semiótica, semiológica y semánticamente – una progresiva autonomía discursiva a la profesión en el entendido que sustituir significantes también revierte significados.

Del mismo modo luce significativo proponer y diseñar metodologías para la construcción colectiva del currículo desde el ejercicio profesional en los distintos niveles y espacios de desempeño, así como tomar en cuenta, las reales demandas sociales, pues constituyen los factores clave para la elaboración de la currícula, y una estrategia de práctica social que permite la participación directa, en la realidad enfermera, para la elaboración de teorías del cuidado sin tutelas, así como para la elaboración de políticas de salud que contribuyan a un nuevo posicionamiento sociopolítico de enfermería.

Finalmente, afirmada la Tesis frente a la Antítesis y prefigurada la Síntesis, en razón de la inevitable transformación de las relaciones de poder existentes entre enfermería y medicina, puede decirse que el Propósito de la investigación ha sido alcanzado, no obstante el largo y escabroso proceso repleto de avatares y limitaciones derivadas del abordaje de un Problema ínsito en una temática que, por una parte, como la del Poder en su esencial acepción política, resulta muchas veces tabú y por otra, el tratamiento del mismo mediante métodos, metodologías y racionalidades procedimentales no convencionales, lo cual impuso la necesidad de recurrir a fuentes primarias construidas específicamente para acometer las aristas

filosas de un tema complejo y sortear los escollos que inevitablemente emergen en un proceso de investigación dialéctica y reflexiva - por cuanto se es, sin adecuaciones metodológicas, sujeto y objeto simultáneamente – en un proceso que a ratos adquirió carácter de investigación acción – que permitió argumentar atendiendo siempre a la episteme y en ningún caso, a la nugatoria doxa.

En razón de lo expuesto, he considerado pertinente (aunque no es lo usual en unas conclusiones) finalizar dándole cabida a la siguiente reflexión:

> *Cualquier transformación social tiene su origen en otra manera de mirar la realidad…la exclusión social y las desigualdades en salud son inmensas, mucho mayores de lo que observamos a simple vista, de lo que queremos ver o incluso de lo que podamos imaginar…Ver las desigualdades en salud requiere quitarse anteojos mentales y mirar con ojos limpios y sensibles. Uno de los principales modos del comportamiento del mal, apunta John Berger, es estar mirando allende (con indiferencia) a lo que se tiene ante los ojos…Para ver esa otra realidad necesitamos buena información y mucha reflexión, y eso cuesta. Informarse, pensar, comprender, no es tarea fácil. Solo con capacidad crítica, tiempo y esfuerzo se aprende a mirar mejor y entender lo oculto, lo invisible. Al aprender a mirar, lo ojos quizás nos duelan pero entendemos mejor, nos hacemos más responsables y nos damos la oportunidad de participar en la mejora real de la sociedad. Querer ver esa otra realidad da fuerzas para reflexionar, para retirar las cosas de las manos de los vendedores de falsas realidades, para ser más lúcidos…y sobre todo para contribuir a cambiar las cosas. En un tiempo donde…el pragmatismo todo lo invade…se idolatra el dinero…y donde casi todo se maquilla…Es preciso comprometerse con el derecho a la protección y promoción de la salud…No caben excusas…no se puede ser neutral en un tren en marcha* (Benach y Mountaner; 2005, p111)

NOTAS

1.- Las ***Tesis sobre Feuerbach*** son once breves notas filosóficas escritas por Karl Marx en 1845. Éstas resumen una crítica de las ideas del joven filósofo hegeliano Ludwig Feuerbach. No obstante, este texto es visto con frecuencia con mayor amplitud, pues critica el materialismo contemplativo de los jóvenes hegelianos en todas las formas de idealismo filosófico. Las "tesis" identifican la actividad práctica (**acción política** en su interpretación social) como la base de una epistemología casi inédita posterior al mundo idealista de toda la filosofia desde Platón. Concluyen en la célebre tesis 11: **"Los filósofos no han hecho más que interpretar de diversos modos el mundo, pero de lo que se trata es de transformarlo"** (en el original alemán: "Die Philosophen haben die Welt nur verschieden interpretiert; es kömmt drauf an, sie zu verändern"). El texto relaciona la crítica hacia el idealismo -el alemán sobre todo- y el materialismo idealista con una aplicación práctica, material y política (relacionada con la afirmación posterior de Marx de que la "crítica de armas" debe, en algún punto, hacer el trabajo de "armas de crítica").

2.- Pensamiento de Segundo Orden está constituido por el acto mismo del conocimiento, por el momento de pensamiento que pone en interrelación al investigador y a los investigados en el proceso que hace posible la cognición. El pensar en torno al cambio y la evolución llevó en su desarrollo natural a que los investigadores se cuestionaran sobre las condiciones de producción de conocimiento, la aparición de novedades, la creatividad. Esto nos lleva a un tercer período evolutivo que se expresa más fuertemente en el tercer tomo de la trilogía, El Conocimiento del Conocimiento, y que Heinz Von Foerster bautizó Cibernética de Segundo Orden. La cibernética de segundo orden da cuenta de este proceso de reflexión del conocimiento del conocimiento, donde para conocer el cerebro utilizamos...el cerebro, para conocer el lenguaje utilizamos...el lenguaje, es decir donde la recursividad es la norma, donde no hay linealidad posible, solo bucles. En esta línea de pensamiento se encuentran autores como: Ilya Prigogine, Edgar Morin, a Niklas Luhmann, Ernst Von Glasersfeld, Gregory Bateson (entre otros). Para profundizar en el tema sugerimos ver: a) Visión y Conocimiento: Disfunciones de segundo orden", en Fied Schnitman, Dora (comp.); b) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*, Buenos Aires, Paidós, 1994; c) "Construyendo una realidad", en Paul Watzlawick, *La realidad inventada*, Gedisa, Barcelona, 2000; d) Lynn Segal, *Soñar la realidad. El constructivismo de Heinz Von Foerster*, Paidós, Barcelona, 1994; e) Paul Watzlawick y Peter Krieg (comps.): *El ojo del observador. Contribuciones al constructivismo*, Gedisa, Barcelona, 1995.

3.- Al respecto, Margarita Vega en una Monografía publicada en 06 de Septiembre de 2006 y recuperada de: http://www.ucm.es/info/especulo/numero19/univers.html, señala que Jürgen Habermas ha afirmado: “Si la rectitud puede considerarse junto con la verdad, como una pretensión de validez sobre la que cabe resolver en el discurso entonces se sigue que las normas correctas tienen que poder fundamentarse de forma similar a como se fundamentan los enunciados verdaderos. En la tradición filosófica se han opuesto dos concepciones (entre otras) al respecto. La primera fue desarrollada en la doctrina clásica del derecho natural y afirma que los enunciados normativos son susceptibles de verdad en el mismo sentido en que lo son los enunciados descriptivos; la segunda se ha convertido, con el nominalismo y el empirismo, en la concepción hoy dominante y afirma que los enunciados normativos no son susceptibles de verdad. Por mi parte, considero falsos los supuestos que subyacen a ambas posiciones. Sospecho que la justificación de la pretensión de validez contenida en las recomendaciones de normas de acción o de normas de evaluación es tan susceptible de examen discursivo como la justificación de la pretensión de validez contenida en las afirmaciones. Ciertamente que la fundamentación de preceptos o de evaluaciones correctas se distingue en su estructura argumentativa de la fundamentación de enunciados verdaderos; en los discursos prácticos, las condiciones lógicas bajo las que puede alcanzarse un consenso racional son distintas de las de los discursos teóricos".

Asimismo, sugerimos consultar Jürgen Habermas, "Dos observaciones en torno al discurso práctico", en *La reconstrucción del Materialismo histórico*, Madrid, 1981, p. 73.

4.- La descripción que hace Magariños de cada una de las operaciones, es como sigue: **1. La normalización** Es tarea que exige un particular cuidado, para evitar (o advertir, cuando corresponda) el añadido o la eliminación, en el texto en estudio, de términos o expresiones consideradas respectivamente procedentes o improcedentes de acuerdo con la interpretación (semántica) que realice el analista. Tampoco se trata de una normalización que implique transformar un texto, adecuándolo a determinado modelo procedente de alguna gramática normativa, para establecer su forma "correcta". Con esta salvedad, la normalización puede requerir dos clases distintas de intervención: 1) recuperaciones, que predominantemente lo serán de correspondencias anafóricas, catafóricas o de implícitos sintácticos (sujetos elididos u otros recursos de la economía del habla); y 2) procesamiento de construcciones sintácticas incompletas (expresiones truncadas, cambios de estructuras gramaticales, etc.); **2. La segmentación:** En cuanto a la segmentación, ésta tiene por objetivo disponer de las partes de un texto que se consideran de interés, por contener el término o expresión cuyo significado, tal como lo construye el hablante o autor del texto en estudio, interesa establecer. El criterio operativo que se adopta, fundado en los estudios lingüísticos de avanzada, consiste en segmentar el texto en estudio, según ***el mínimo sintáctico y semántico efectivamente identificable;*** **3. Las definiciones contextuales:** Supongamos que lo que se trata es de identificar, en base al texto que se está estudiando, cuáles sean los significados que adquieren determinadas palabras utilizadas por el hablante, en función del contexto en que las ha utilizado. Tal es la finalidad fundamental de las llamadas "definiciones contextuales", hacia las que se dirige la continuación de la tarea analítica. ***La definición contextual es aquella mediante la cual se establece el sentido que adquiere un término, frase o expresión cualquiera***, presente en determinado segmento textual completo, en función del contexto en el que dicho término aparece incluido; **4. Ejes conceptuales, redes secuenciales y contrastantes:** El siguiente paso, a partir de un determinado repertorio de definiciones contextuales, consiste en identificar ***los ejes conceptuales ordenadores***, según los cuales pueden agruparse las definiciones obtenidas. Los conjuntos así constituidos son representativos de los distintos modos de atribuir significado a los correspondientes términos, por parte de la comunidad o sector social que produjo los discursos en estudio. Una de las características del método es que permite identificar los ejes según los cuales ***distintos sectores de la comunidad le confieren distinto significado a los mismos términos***, según lo que ha sido efectivamente dicho, así como también permite identificar las coincidencias. El análisis puede continuar estableciendo sub-ejes, en función de la profundidad de los objetivos que tenga la investigación. Una nueva lectura de los sub-ejes encontrados en cada eje permite reconstruir el correspondiente árbol semántico de las significaciones vigentes en el lenguaje de la comunidad o sector de la comunidad en estudio. ***Todo lo cual va configurando el universo de valores y conceptos vigentes en la comunidad a la que pertenece quien habla o escribe y permite conocer las formas del lenguaje con las que los construye.*** Se sugiere consultar: Juan Magariños de Morentin en **fundamentos para un análisis del discurso vigente en determinada comunidad en función de facilitar la aceptación del discurso que se les dirige. http://www.semiotica-on-line.com.ar/1SintesisAnalisisOpinion.html**

5.- Es significativo el artículo **Enfermeras y políticos de** ANTONIO Galindo, Directordepublicadoeldía07/03/2008enhttp://64.233.169.104/search?q=cache:xB2d_lUV6qIJ:www.elperiodicoextremadura.com/noticias/noticia.asp%3Fpkid%3D360257+Enfermeras+y+pol%C3%ADticos+de+ANTONIO+Galindo,&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=ve

Los políticos harían bien en tomarse más en serio a las enfermeras, lo que son y lo que representan, porque la experiencia dice que la Enfermería no cuenta con el reconocimiento que desde el poder debería haber recibido.

Aquello que ellas son y a aquello que ellas representan. Por cierto, con hechos. La experiencia acumulada nos dice que la Enfermería no cuenta con el reconocimiento y el respaldo que desde el

poder político (poder y oposición) debería haber recibido en el pasado. Tal vez las razones habría que buscarlas en que la visión del poder político está muy medicalizada y en un sistema medicalizado a la Enfermería no le van bien las cosas. Por cierto, tampoco a los ciudadanos. Sobre esto, ya existen evidencias. Pero además las enfermeras son, mayoritariamente mujeres y ya se sabe que las mujeres han tenido históricamente un plus de penalización social por razones de género. Si son enfermeras doble penalización, como mujeres y enfermeras.

A las enfermeras se les penaliza desposeyéndolas de poder. El poder sanitario está en más del 98% en manos de hombres médicos. Y así lo atestiguan, desde el Ministerio de Sanidad, en manos de un médico, a los distintos cargos de la Administración sanitaria, central y de las CCAA, donde cuesta trabajo encontrar una enfermera en puestos de responsabilidad, pese a ser numéricamente mayoría en el sistema de salud. Así, es casi imposible encontrar a una enfermera al frente de una consejería, dirección general, gerencia de área, y de los mil y un puesto de responsabilidad política o político/técnica de la sanidad. Para las enfermeras apenas quedan poderes excepcionales, el poder delegado o el limitado gobierno doméstico de las instituciones sanitarias. Es lo que alguien denomina como "anorexia de poder enfermero". Es la doble penalización por ser mujeres y enfermera no muy diferente desde el punto de vista profesional similar si eres hombre y enfermero. Aunque debo decir que entre los profesionales de enfermería he conocido --y creo conocer bien la enfermería de este país--, profesionales con capacidad y mérito para no ser discriminados. Pero, tal vez, este *no es país para enfermeros,* me refiero para enfermeros con su correspondiente cuota de poder.

Por tanto convendría que las enfermeras tomaran buena nota, y a semejanza de otros países, apoyaran a las opciones políticas que mejor representen sus intereses. Intereses que deben dar satisfacción profesional y redundar en beneficio de ciudadanos sanitariamente más autónomos y mejor cuidados.

¿Pero cuáles son las demandas de las enfermeras? Creo interpretar bien que algunas de las demandas no satisfechas son: Poder en la gestión de los servicios sanitarios sin discriminación alguna; profesionalismo enfermero; reconocimiento de nuevas competencias; discriminación positiva institucional para la formación e investigación; legislación docente que tenga presente las peculiaridades históricas; potenciación de la imagen social de la enfermera; reconocimiento salarial de acuerdo a responsabilidades sociales; reconocimiento del nivel de especialización comparable a las exigencias del sistema; cumplimiento de los ratios de enfermeras/población similares a la media UE; adscripción de población a enfermería en primaría; reconocimiento de la enfermera gestora de cuidados; nuevo papel en el cuidado de las personas dependientes; enfermera escolar; prescripción enfermera, potenciación del papel enfermero en la gestión de centros y servicios sociosanitarios, etcétera. Algunas de estas demandas aparecen en los programas de los partidos políticos y deberán exigirse que se cumplan. Otras no. Todas deben resolverse en la próxima legislatura.

Las enfermeras tienen el poder de su voto y deberían utilizarlo. Los políticos --unos más que otros-- tienen una deuda con la enfermería. Los votos de las enfermeras no deberían ser un cheque en blanco. Debería ser un voto libre y exigente.

Director de la Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de la Uex.

6.- La concepción de la enfermería como un apostolado la encontramos, en Venezuela, no solo en el hecho de que en algunos momentos del decurso histórico de la profesión, fue ejercida por religiosas, sino que llama la atención que en 1933, en Ciudad Bolívar, Venezuela, existía la Escuela de Enfermería denominada Escuela de Samaritanas para la formación de “Enfermeras Samaritanas”.

7. - Es éste un tema central de la dialéctica que en la acepción del disertante Rubén Dri (**11 de diciembre de 2002**) en la Cátedra Libre Che Guevara señala: La confusión de esta noción radica en que el hambre pareciera ser subjetivo, porque si uno mismo no es el que la siente, no hay hambre para uno, entonces sería subjetiva y no objetiva. Y es aquí donde el Che da en el clavo; el problema es que no hay condiciones objetivas sin condiciones subjetivas y no hay condiciones subjetivas sin condiciones objetivas, porque no hay objeto sin sujeto y no hay sujeto sin objeto, nosotros tendemos a separar, inclusive lo expresa el mismo marxismo, cuando dice en el Capital que las condiciones objetivas están, faltan las subjetivas y esto no puede ser, esta relación a-dialéctica es imposible, porque es una totalidad sujeto objeto, igualmente las condiciones entre sí son una totalidad. Otro problema es ya si existen condiciones y si las hay cuales son. Pero siempre en una totalidad. http://www.ciberpatriotas.net/documentos/informes-y-documentos/pensamiento-filosofico-del-che.html.

8.- Para aproximarse a la influencia de los postulados de Richard Baxter sobre estas posturas de Max Weber, se sugiere ver el trabajo del sociólogo argentino Alberto Fernando Roldán: *Ética, política y educación en Max Weber. Con referencia especial al calvinismo y "el espíritu del capitalismo"*. En Revista Teología y Cultura, año 3, vol. 6.

9.- Sobre este importante y polémico concepto Javier Sánchez Herrera, en **Centro Docente para las Élites** afirma que ya en 1925, Edmond Goblot, en su obra La barrière et le niveau, denunciaba que la cultura y la educación burguesas son un conjunto de convenciones, ilusiones y prejuicios, utilizado como sistema de defensa de su posición de clase. Fue el primero en emplear la expresión *capital humano* al referirse a esos conocimientos que inculca la escuela a los vástagos de la burguesía, a los señores (los demás no son señores). La reconversión de las clases en élites legitimadas por el saber es una reinterpretación del ideal aristocrático.
Se sugiere ver http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2509376) Sin embargo, es en la década de los 60 del siglo XX cuando el término adquiere mayor difusión y uso desde los trabajos del economista norteamericano Theodore Schutz y la popularización de Gary Stanley Becker.

10.- Para adentrarse en la Microfísica del Poder de Michel Foucault sugerimos ver: a) Michel Foucault (1991): Microfísica del Poder. Ediciones La Piqueta, España. b) Kamal Cusmille (2005): Microfísica del Poder y Colonialismo. En Cyber Humanitatis Nº 35 (Invierno 2005). http://www.cyberhumanitatis.uchile.cl/CDA/texto_sub_simple2/0,1257,PRID%253D16159%2526SCID%253D16163%2526ISID%253D576,00.html

11.- Se ha utilizado acá el término Darwinismo Profesional (tal como se usa el de darwinismo económico, social o político) para intentar ilustrar la lucha sorda en el ámbito de las profesiones de la salud que apunta hacia la sobrevivencia del 'mas apto'. Al respecto se sugiere ver:
a) Agudelo, Guillermo (2009): Darwinismo: Represión y censura. En http://www.iieh.com/index.php?option=com_content&view=article&id=144:darwinismo-represion-y-censura-&catid=1:evolucion&Itemid=2

b) La Carta CLACSO 125. http://campus.clacso.edu.ar/conferences/FOV1-0001FCC6/FOV1-0001FCC8/CartaCLACSO125.html?FCItemID=S006DF581

c) Vega Cantor, Renán (2009): Las "competencias educativas" y el darwinismo pedagógico. En http://noalsnb-documentos.blogspot.com/2009/07/las-competencias-educativas-y-el_26.html

12.- Sobre este aspecto, ver el trabajo de Hebe Vessuri: Enfermería de Salud Pública, Modernización y Cooperación Internacional. El Proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela, 1936-1950. Asimismo, se sugiere ver el trabajo de Camilo Perfetti: Rostros de la Medicina en Guayana (Siglo XX). En ambos trabajos se evidencia que en el primero y segundo tercio del siglo XX el énfasis curricular residía en lo instrumental, técnicamente hablando y en la visión de nuestro apostolado social y subsidiariedad a la práctica médica (Escuela de Enfermeras Laicas y Escuela de Enfermeras Samaritanas creadas ambas en Ciudad Bolívar en 1907 y 1930 (aprox.) por el Dr. Félix Rafael Páez.

13.- La perspectiva CTS supone una nueva consideración de las relaciones entre esos tres conceptos que permita una visión más ajustada y crítica de las mismas. Asimismo, los planteamientos CTS intentar promover la participación pública de los ciudadanos en las decisiones que orientan el desarrollo de la ciencia y la tecnología. En los planteamientos de la educación CTS conviene evitar cuatro posibles tentaciones reduccionistas según las cuales CTS podría quedar limitada a un curso de filosofía o teoría de la ciencia, a un curso de historia de las ciencias y las tecnologías, a un curso de divulgación científica de carácter tecnófilo o a un curso de activismo tecnocientífico de carácter tecnófobo. Frente a estos planteamientos reduccionistas, la genuina educación CTS tendría dos finalidades principales: por una parte, el análisis y la desmitificación del papel social de la ciencia y la tecnología para hacerlas accesibles e interesantes para los ciudadanos y, por otra, el aprendizaje social de la participación pública en las decisiones relacionadas con los temas tecnocientíficos. En los últimos años y en diferentes países se ha implantando la perspectiva CTS de varios modos. Desde los injertos de temas CTS en materias científicas y tecnológicas hasta el replanteamiento radical de dichas materias en clave CTS, pasando por los injertos de materias CTS sustantivas en los currículos, son muchas las propuestas educativas inspiradas en estos planteamientos. Ver: **http://www.grupoargo.org/cts_fin.pdf**

14.- Por Burocratismo o Burocratización ha de entenderse, en la acepción weberiana (Max Weber), el proceso mediante el cual una organización alcanza su máxima eficiencia. En este sentido, se habla de la racionalidad burocrática la cual implica adecuación de los medios a los fines. De manera que una organización tanto en la esfera pública como privada será racional si en ella se escogen los medios más eficientes para la implementación de las metas. Es esta concepción de racionalidad, la que fundamenta la teoría de la administración científica la cual implica el descubrimiento y aplicación de la mejor manera de realizar un trabajo industrial. Como vemos, es la racionalidad propia del modelo industrialista la que orienta el resto de la sociedad moderna, fundamentalmente en el modelo capitalista de producción. En esta concepción, se entiende que los burócratas son personas que forman el cuerpo administrativo de la jerarquía y estructura de la organización, que siguen las normas impuestas y sirven a los objetivos de la organización. Weber señala la existencia de jefes no burocráticos que seleccionan y nombran a los subordinados, que establecen las reglas, que determinan los objetivos y que, son elegidos o heredan su posición. Esos jefes de la organización desempeñan el papel de estimular la unión emocional, de los participantes con la racionalidad.

Por otra parte, en la organización burocrática, la identificación se refiere a la posición y no a quién desempeña un cargo. Si los individuos se ausentan, se sustituyen por otros con el criterio de calificación técnica, y la eficiencia de la organización no se perjudica. La ausencia de un jefe no burocrático de la organización provoca una crisis (crisis de sucesión), que es acompañada de un periodo de inestabilidad. Tal crisis es más evidente en los Estados totalitarios.

Las burocracias establecen normas y reglamentos que necesitan imponer. Dan órdenes que deben obedecerse a fin de que la organización funcione con eficiencia. La burocracia se entiende más como una condición que existe como un continuum, que como una condición absoluta.

Por su parte, Hall (1968) seleccionó 6 dimensiones continuas de la estructura organizacional que pueden servir de complemento explicativo para lo tratado al respecto en esta tesis. Tales dimensiones son:

1. Una división del trabajo basada en la especialización funcional
2. Una definida jerarquía de autoridad;
3. Un sistema se normas que incluya todos los derechos y deberes de quienes ocupan determinadas posiciones;
4. Un sistema de procedimientos para manejar las situaciones de trabajo;
5. impersonalidad en las relaciones impersonales;
6. Ascenso y selección para empleo, como base en la competencia técnica.

Como puede inferirse, burocratismo o burocratización son conceptos que implican pertinencia cognitiva, eficiencia administrativa, expertocracias y meritocracias. Contrario a esto es el **diletantismo**, el cual se entiende como el *Comportamiento ostentoso de la persona aficionada a alguna especialidad que no es propia de su profesión* (Diccionario Castellano de hiru.com En http://www.hiru.com/es/hiztegiak/dic_es/D/001663.html. De manera que el vocablo diletante aplica a la persona que tiene afición por una o varias artes o disciplinas del saber, o que las practica como aficionado, no profesionalmente. En este sentido, de acuerdo con lo que acontece en espacios del Poder Publico en Venezuela y en lo que refiere específicamente a lo tratado en esta Tesis en cuanto que weberianamente hablando la supuesta expertocracias de los médicos les reservarían indefectiblemente los cargos mas altos o de mayor responsabilidad decisoria, que no pueden ocupar los enfermeros (as) por ser considerados expresamente o no como diletantes y no como burócratas, independientemente de las calificaciones y competencias profesionales poseídas.

Al respecto, en lo que atañe a enfermería y medicina, recurrimos a Antonio Gramsci - cuyas reflexiones sobre el "sentido común" también deberíamos revisar – quien en un breve pero contundente texto, **Diletantismo y Disciplina,** reunido en sus *Cuadernos de la cárcel*, sentencia de la siguiente manera: *"Necesidad de una crítica interna severa y rigurosa, sin convencionalismos y sin medida". Pero una crítica de esta naturaleza debía desterrar "la improvisación, el 'talentismo', la pereza fatalista, el diletantismo fantasioso, la falta de disciplina intelectual, la irresponsabilidad y la deslealtad moral e intelectual*". Es decir, ni habrá crítica que valga ni será posible la construcción de un "nuevo sentido común", si no van acompañados de un mínimo de rigor intelectual. Cuando éste falta, sólo nos queda todo cuanto ha enumerado Gramsci. Formas del malestar. Sobre todo, en nuestro caso, mucho de "pereza fatalista". No es posible combatir la disciplina entendida como domesticación de la crítica, si ésta última no se realiza con un mínimo de "disciplina intelectual" que, insistimos, no será cosa de intelectuales iluminados.

En el mismo texto (apunta Reinaldo Iturriza López en una publicación de Aporrea- 03/03/08) Gramsci anota unas reflexiones que son dignas de releerse tres y hasta cuatro veces, por su cercanía con nuestra situación: "Pero no se puede hablar de *elite*-aristocracia, de vanguardia, como de una colectividad indiferenciada y caótica a la cual, por la gracia de un misterioso espíritu santo u otra misteriosa y metafísica deidad desconocida, desciendan la inteligencia, la capacidad, la educación, la preparación técnica, etc. Y, sin embargo, esa concepción es frecuente. Se refleja en pequeño lo que ocurría a escala nacional, cuando el Estado se entendía como algo abstracto, separado de la colectividad de los ciudadanos, como un padre omnipotente que ya pensaría en todo, proveería a todo, etc.; a eso se debe la falta de una democracia real, de una real voluntad colectiva nacional, y, por tanto, con esa pasividad de los individuos, la necesidad de un despotismo más o menos larvado de la

burocracia. La colectividad tiene que entenderse como producto de una elaboración de la voluntad y el pensamiento colectivos, conseguida a través del esfuerzo individual concreto, y no por un proceso fatal ajeno a los individuos; de aquí la necesidad de la disciplina interior, y no sólo de la disciplina externa y mecánica. Si tiene que haber polémicas y escisiones, no hay que tener miedo de enfrentarse con ellas y superarlas; son inevitables en estos procesos de desarrollo, y evitarlas significa sólo retrasarlas hasta el momento en que realmente serán peligrosas o incluso catastróficas, etc.".

Mas adelante, señala Iturriza López, refiriéndose a Gramsci y a Foucault: El Estado es, ante todo, determinadas relaciones de fuerza. Partamos del supuesto de que la actual correlación de fuerzas nos indica que el Estado venezolano es de carácter eminentemente burgués y en razón de esto, lejos de servir de "instrumento" para profundizar la revolución bolivariana, tiende a obstaculizar su curso. Pues bien, si partimos de este supuesto, no basta con repetirlo una y otra vez, hasta convertirlo en una consigna vacía, que no nos dice nada. Como escribió alguna vez Michel Foucault - otro tipejo digno de ser leído - no podemos hacer del Estado "una especie de gendarme que venga a aporrear a los diferentes personajes de la historia". En cambio, tendríamos que ser capaces de desentrañar la lógica según la cual funciona el Estado, identificar a nuestros adversarios, pero quizá sobre todo a nuestros aliados, que los hay

15.- Reciben la denominación de "neomaquiavelistas" autores como Mosca, Michels y Pareto, tres pensadores de talante conservador, inspirados en buena medida en Maquiavelo desarrollaron en teoría política el estudio de las elites, su formación y renovación en la sociedad en general y que James Burnham, caracterizara como 'neomaquiavelistas' en una de su obras *The Machiavellians* (1947), en la que contrapone la teoría idealista de la política -encarnada por Dante Alighieri - a otra realista – encarnada por Maquiavelo-, y pasa a elogiar a los "neomaquiavélicos", es decir a Sorel, Mosca, Pareto y Michels. James Burnham, antiguo trotskista, comparte con estos autores una interpretación general de la historia claramente elitista, como había puesto de manifiesto en su obra anterior *The Managerial Revolution* (1941), donde mantenía que toda sociedad se caracteriza por el hecho de que en ella domina algún grupo de poder (*ruling class*) con características propias. La importancia de esta nota reside en el hecho de que permite, fuera del cuerpo de la tesis, una explicación necesaria y relativamente detallada del asunto **poder y política** en los elitistas y marxistas. Al respecto, **Eduardo Jorge Arnoletto en su Curso de Teoría Política expone lo siguiente:** Se suele reconocer a Maquiavelo como precursor de la moderna teoría de las élites, por sus ideas sobre la resolución de los conflictos que entraña la posesión del poder. Habría dos modos: por el derecho (modo de proceder propio de los hombres, que en realidad casi nunca resuelve nada) y por la violencia (modo de proceder propio de los animales).

Maquiavelo aconseja adoptar, en los casos en que sea necesario, "la naturaleza del animal y del hombre"; y por medio de analogías zoológicas establece una rudimentaria tipología de las élites: los gobernantes deben ser al mismo tiempo "zorros y leones". Las teorías de las élites de Mosca, Pareto, Sorel y Michels suelen ser calificadas como "maquiavelismo". Es lo que hace, por ejemplo, J. Burnham (2), por considerar que todas ellas comparten las siguientes tesis:

- todos los procesos sociales se explican por la distinción o separación entre lo que es y lo que no es élite.
- la finalidad de cada élite es conservar su propio poder.
- el dominio de la élite estriba en la violencia y el engaño.
- en la vida política, las actuaciones lógicas y racionales juegan un papel muy secundario.

Estas afirmaciones son simplificaciones excesivas, que no hacen plenamente justicia ni a Maquiavelo ni a las modernas teorías de las élites. Todas ellas afirman la omnipresencia del poder en el universo

político, y la primacía de lo político frente a las determinaciones económicas y sociales del cambio. Otro aspecto que les es común es la visión de la "voluntad de poder" como impulso esencial del hombre, así como también un profundo pesimismo sobre la naturaleza humana. La teoría de las élites fue tanto una negativa al historicismo del siglo XIX como una reacción ante el modelo dicotómico marxista. En ese sentido, la frase de Pareto: "la historia es un cementerio de aristocracias" es la antítesis del dicho de Marx: *"la historia...es la historia de la lucha de clases"*.

16.- Este Plan Estratégico se inscribe en las Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2007-2013. República Bolivariana de Venezuela. http://www.gobiernoenlinea.ve/noticias-view/shareFile/lineas_generales_de_la_nacion.pdf.

17.- Es necesario aclarar que, de acuerdo con las categorías de análisis dialécticas (afirmativas de la tesis) desde las cuales se colige que enfermería es una profesión proletaria cuyos sujetos sociales provienen de los estratos sociales menos favorecidos y como tal se asume correspondencia con lo popular, habría que decir que, de conformidad con lo que afirma Carlos Vilas en **La hora de la sociedad civil**, lo popular tiene un referente de clase (trabajadora) pero no se reduce a la clase, sino que expresa el entrecruzamiento de una pluralidad de referentes estructurales y culturales que se conjugan para potenciar la diferenciación y eventualmente el enfrentamiento al poder del Estado y a los actores sociales que se benefician de él. Pobreza, inseguridad, informalidad, subordinación política, discriminación étnica y de género, identifican de manera creciente las condiciones de vida de las clases populares latinoamericanas. Tal condición popular de enfermería haría suponer que sus sujetos sociales son actores que construyen luchas emancipatorias de la hegemonía médica y de toda hegemonía. En este sentido lo planteado por Isabel Rauber - en su trabajo **Actores sociales, luchas reivindicativas y política popular** publicado en *Pasado y Presente XXI. Rebelion.org.* Quinta Edición (digital) 2001 - es importante para la comprensión de lo popular en enfermería. Sobre el Particular Señala la autora que la concepción acerca del sujeto social y político de la transformación, supone reconocer su carácter y composición heterogénea, lo cual no implica -aunque algunos aún lo sostengan- la negación o rechazo del componente clasista de este sujeto. Algunos estudiosos del tema buscando una alternativa a la propuesta clasista del sujeto, plantean -sobre todo lo hacían en los años 80-, que los movimientos sociales son los nuevos sujetos. Lo acertado o no de tales posiciones, es algo que requiere debatirse con detenimiento. Ahora solo quiero señalar, como un aporte de tales planteamientos, el evidenciar y analizar la complejidad, diversidad y potencialidad de los movimientos sociales que dan vida a nuestras sociedades. Es necesario decir, sin embargo, que esta diversidad y complejidad están presentes en el subcontinente desde mucho tiempo atrás, aunque hoy se manifiesta de un modo más marcado y evidente, además de más complejo que antes. La cuestión étnica, por ejemplo, no es .nueva., como tampoco -aunque sea más reciente- el fenómeno de la marginalidad urbana, del empobrecimiento de los sectores medios, las cuestiones de género. Los movimientos sociales afloran hoy de modo incuestionable, dotados de una mayor connotación y fuerza social, política y cultural, ante la crisis, el fracaso o la derrota, la implantación global del modelo neoliberal y la consiguiente impronta de tener que buscar nuevos rumbos y alternativas. Sin embargo, pese a estos elementos, la propuesta de reemplazar el sujeto clasista por los movimientos sociales resulta insuficiente y, a la vez, nuevamente relegadora de importantes actores sociales del protagonismo del proceso transformador.

Asimismo, se sugiere ver el trabajo de Néstor García Canclini **NI FOLKLÓRICO NI MASIVO ¿QUÉ ES LO POPULAR?** En http://www.infoamerica.org/documentos_pdf/garcia_canclini1.pdf

No puede obviarse que el asunto de la extracción social popular de enfermería encuentra referentes importantes - para lo atiente al ámbito académico tratado en esta Tesis – en el Instrumento para la Estratificación Socioeconómica de la Población Venezolana (IESPOVE) que, desde la Dirección de

Desarrollo estudiantil de la Universidad de Carabobo dirigida por el Econ. José Antonio García y en colaboración con la ciudadana Carmen Mayz de la UC y miembros de universidades como la UCV y UNESR adelantan una propuesta en la Región Central del país en lo que refiere a la protección estudiantil para su bienestar y mejoramiento. Particularmente en la UC y, de acuerdo con los cinco (5) estratos de clasificación la Escuela de Enfermería es una de las que alberga el mayor número de estudiantes provenientes de los estratos 3 y 4.

1**8.-** El Dr. Jaime Carrillo, profesor jubilado de la Universidad de Carabobo y ex rector de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos, ha desarrollado dos conceptos que permiten dar cuenta de importantes aspectos sociosemióticos de los medios de comunicación en Venezuela. Para nuestro caso se consideró necesario, en razón del papel de los medios en mecanismos de alienación, sujeción y estigmatización de la enfermera, incorporar la dimensión iconofónica de la propuesta Carrillo. Al respecto iconofónico y en la protopática. El primer concepto, aunque pudiera asumirse como sinónimo de Audiovisual, es preferido a este ultimo en razón de la connotación de signo que aquel posee. *"En estricto sentido es el signo que mantiene una relación de semejanza con el objeto representado. Mientras que lo visual como el audio pudieran referir sensaciones directas e inmediatas del ojo y del oído, el término iconofónico nos conduce a semejanzas y representación, haciéndose mas clara la condición de medio"* (Carrillo: 2008) [inédito] La protopática, por su parte, *"Es un termino que se refiere a todo un conjunto de fenómenos psíquicos donde lo irracional se impone a lo racional. Primero el cine y la radio luego la televisión, ahora también Internet, ellos son los vehículos fundamentales para que este proceso se experimente en forma masiva y continua"* (Ibíd.). En esta perspectiva, es necesario tener presente lo que refiere Luís Britto García de Marx y Engels en La Ideología Alemana: *"...las ideas de la clase dominante son en toda época las ideas dominantes, porque así como la clase dominante posee los instrumentos de producción material, posee también los de producción intelectual: academias, editoriales, escuelas. En su arrolladora marcha hacia la concentración absoluta, el capital no sólo acapara medios de producción industrial, comercial, financiera: también acumula aparatos económicos, políticos, ideológicos hasta reducir todas las manifestaciones de la civilización distintas a un solo monopolio verdadero. En Venezuela, como en todas partes, el gran capital posee la gran mayoría de los medios de comunicación"*. (Britto, 2006)

19.- Para Max Weber, en la definición de acción social aparece un elemento de intencionalidad de la conducta humana que tiene que explicarse por parte de la sociología tendiendo en cuenta significados subjetivos, además de las condiciones objetivas en las que se produce. Según Weber, las causa de la acción de los seres humanaos. Si bien Weber establece cuatro tipos de acciones sociales básicas, no necesariamente está estableciendo una segmentación rígida de las mismas, sino que en cada una de ellas prepondera una de estas condiciones: La acción racional de acuerdo a fines, La acción racional de acuerdo a valores, La acción afectiva y la acción tradicional.

20.- De acuerdo con el Search bilingual dictionaries, la **obediencia debida** (**obediencia jerárquica**, **cumplimiento de mandatos antijurídicos** o **cumplimiento de órdenes antijurídicas**) es una eximente de responsabilidad penal, por delitos cometidos con motivo de la ejecución de una orden impartida por un superior jerárquico, que beneficia al subordinado dejando subsistente la sanción penal del superior. Para referirse a esta eximente, la mayor parte de la doctrina penal utiliza la expresión de *obediencia debida*; no obstante, varios autores han criticado esta denominación, argumentando que ella implicaría que el ordenamiento jurídico puede establecer un "deber de acatamiento absoluto", aún en caso de órdenes que suponen la realización de hechos delictivos. De acuerdo a los mismos, esta situación resultaría ilógica y contradictoria, pues es un principio universalmente aceptado del Derecho que lo que está ordenado no puede estar al mismo tiempo prohibido y viceversa. Por ello, estos autores prefieren designar a esta eximente como *cumplimiento de mandatos antijurídicos*.

No obstante lo anterior, la fuerte relación de poder que se establece entre médicos y enfermeras en la cual la dependencia de estas ultimas es tan marcada permite un préstamo conceptual para intentar explicar el grado de sumisión de unos respeto de los otros en el cumplimiento de mandatos aun en el plano de relaciones entre profesiones como medicina y enfermería que jurídicamente no están relacionadas en términos castrenses sino que son complementarias en el área de la salud. Ahora bien, no puede obviarse que la organización militar ha servido de modelo para el resto de las organizaciones jerárquicas, iglesia incluida, y que la profundamente jerarquizada relación medicina-enfermería (medico-enfermera) responde a este modelo. Hay quienes como el Soc. Frank López sostienen que *"Sólo puede entenderse la modernidad toda su dimisión si la asumimos como la transformación progresiva del tejido social de Occidente a imagen y semejanza de la institución militar; si la entendemos como la hegemonía de la institución militar, que logró imponer - en disputa con otras instituciones como la institución partidista- su propia morfología organizativa, su mica de obediencia, su racionalidad formal, su tipología de sujeto disciplinado y su discurso físico de lo real…" y además que "Por institución militar debemos entender un concepto que va más allá del concepto axiológico de la sociología. Debemos entender cinco aspectos que surgen simultáneamente y se refuerzan recíprocamente. Cinco aspectos tales como la organización jerárquica-piramidal, la ética del deber o de obediencia al superior inmediato, la racionalidad formal, el sujeto disciplinario y un discurso físico o científico de lo real. Elementos estos que, al integrarse simbióticamente, constituyen un sistema funcional que yo llamaré aquí: orden de poder institucional".* (Sic) Ver: López, Frank (1994): Los Problemas del Pensamiento Gerencial en las Sociedades Post-Modernas o de Cómo se "Evapora" el Mundo Físico. (Notas para Desestabilizar los Sistema de Pensamientos Modernos)

Por otra parte, consideramos de importancia para nuestro estudio que algunos autores, como Renato Astrosa Herrera, en **El Código de Justicia Militar Comentado**, describen "Teorías sobre la obediencia y, al respecto, dice que **"**En relación con el deber de obediencia del subalterno o inferior, existen varias teorías que tienden a resolver los problemas que suscita este deber, pero las más importantes son las siguientes: a) **Teoría de la obediencia absoluta**: De origen francés, según ella, el subordinado o inferior debe cumplir, sin examen y discusión, la orden del superior jerárquico. El inferior es un instrumento de la voluntad del superior. Sólo responde el superior. Esta teoría aviene con los regímenes absolutistas; b) **Teoría de la obediencia relativa**: Según ella, el inferior puede y debe negarse a obedecer cuando la orden es ilegal. El inferior es un ser con inteligencia y voluntad que puede apreciar la legalidad de la orden y decidir en consecuencia. Sobre la voluntad del superior está la de la ley. Responden el superior y el subalterno. Esta teoría se aviene con los regímenes democráticos; y c) **Teoría de la obediencia reflexiva**: Es de origen germano, y se fundamenta en la reiteración de la orden recibida. Según ella, el inferior que recibe una orden debe examinarla; si la estima ilegal, no está obligado a cumplirla; por el contrario, tiene el deber del representar al superior su ilegalidad; si el superior insiste en la orden dada, el inferior debe cumplirla, pero queda exento de toda responsabilidad. Responde el superior, salvo que siendo ilegal la orden, la cumple el subalterno sin representarla, pues en tal caso responde, asimismo, el inferior, como también cuando, habiéndola representado, la hubiere cumplido sin esperar la insistencia". (Astrosa, 1985, p. 344).

21.- Por **dogmatismo** se entiende, en The Free Dictionary, el Conjunto de las proposiciones que se tienen por principios innegables en una ciencia. FILOS. Doctrina epistemológica, opuesta al escepticismo, que afirma la posibilidad del conocimiento humano, y la validez de principios que la razón reconoce como evidentes. Aceptación y profesión de una doctrina sin examen crítico y en virtud de una autoridad que no corresponde al valor intrínseco de tal doctrina. http://es.thefreedictionary.com/dogmatismo. De manera que, por extensión, el término **dogmatismo** designa la tendencia a erigir fórmulas que expresan conocimientos en verdades indiscutibles, al margen del estudio, de la crítica y del debate. En algunas oportunidades, muchas creencias no religiosas son descritas como dogmas en campos como la política, la filosofía y los temas sociales. El

término dogmático conlleva en su significado que dicha creencia es llevada de forma acrítica y conformista, y tiene connotaciones negativas. Los dogmas, por otra parte, son vistos como la antítesis del pensamiento analítico científico debido a que la mayoría de los dogmas religiosos pueden ser rehusados si son analizados a fondo. También puede verse el uso peyorativo del concepto cuando se quiere hacer ver que una tesis no tiene fundamento real, y se la califica de dogmática. Por otra parte, la palabra 'dogma', de origen griego, significa 'doctrina fijada'. Para los primeros filósofos significó 'opinión'. El dogmatismo, opuesto al escepticismo, es una escuela filosófica que «considera a la razón humana capaz de conocer la verdad, siempre que se sujete a métodos y orden en la investigación, dando por supuestas la posibilidad y la realidad del contacto entre el sujeto el objeto. De modo general, el dogmatismo es una especie de fundamentalismo intelectual. Los dogmas expresan verdades ciertas, indudables que no son sujetas a cualquier tipo de revisión o crítica. Así lo expresa el filósofo alemán Immanuel Kant (1724 - 1804) en su obra Crítica a la Razón Pura, el significado filosóficamente peyorativo de tiempo. Dogmatismo es una actitud natural y espontánea que tenemos desde que somos niños. Y nuestra creencia de que el mundo que existe es exactamente de la forma que lo percibimos. Ver "http://es.wikipedia.org/wiki/Dogmatismo_(filosof%C3%ADa)"

En lo que refiere a los **mitologismos**, habría que decir, en principio que**, s**e llama mitología al estudio e interpretación del mito y cuerpo de los mitos de una cultura particular. El mito es un fenómeno cultural complejo que puede ser encarado desde varios puntos de vista. En general, es una narración que describe y retrata en lenguaje simbólico el origen de los elementos y supuestos básicos de una cultura. La narración mítica cuenta, por ejemplo, cómo comenzó el mundo, cómo fueron creados seres humanos y animales, y cómo se originaron ciertas costumbres, ritos o formas de las actividades humanas. Casi todas las culturas poseen o poseyeron alguna vez mitos y vivieron en relación con ellos. Sin embargo, en la herencia griega recibida por occidente, el Mito o mythos siempre ha estado en conflicto con la Razón o Logos, que significaba el modo analítico y racional de llegar a una visión verdadera de la Realidad. De manera que el termino mitologismos obviamente proviene del termino mito. De acuerdo con El antropólogo británico nacido en Polonia Bronislaw Malinowski en lo que refiere a la concepción sociológica del mito señala que el mito cumple en las sociedades arcaicas y tribales una función indispensable: expresa, incrementa y codifica la creencia, salvaguarda y refuerza la moralidad, y contiene reglas prácticas para la guía de los individuos en estas culturas. La aceptación del significado sociológico del mito es universal entre los antropólogos. Esta aceptación no implica, sin embargo, que se considere al mito como una función de la sociedad humana. En realidad, mito y sociedad coexisten; el orden sociopolítico puede entenderse como un reflejo inexacto del orden social o cósmico que se encuentra en los mitos, y éstos dan legitimidad al orden de la sociedad. En esta perspectiva, puede decirse que se ha producido una mitologización del médico y de su actividad que le confiere poder y legitimidad frente a la enfermería, por ejemplo. José Antonio Robledo y Meza nos señala que Los mitos *ya no son* ideas -ideas sometidas a la jurisdicción de la lógica y el tamiz de la verificación-, sino más bien "ideas convertidas en palancas sociales", ideas convertidas en ideales dirigidos a la acción. En el plano de los mitos sus contenidos no deben ser tratadas lógicamente (con fines cognoscitivos), sino que, por el contrario, deben considerarse por su poder de persuasión (con fines de praxis-lógica). Siendo que es evidente la vinculación entre mito y creencia entonces es en el contexto mito-creencia donde mejor se entiende la estructura y la función del mitologismo. Por estructura se entenderá *como* creemos; por función entenderemos *la eficacia*, la efectividad de la creencia, esto es, la puesta en práctica de lo indicado por el mito. También señala que una creencia no es una idea ni una opinión. Las opiniones denotan un nivel epidérmico y voluble del discurso. Las ideas obligan a pensar, pertenecen al discurso del raciocinio y al nivel de la autoconciencia. Las creencias son *creídas*, son ideas tenidas por ciertas, que se dan por descontadas, y por lo tanto ampliamente exoneradas de inspección y revisión. Son ideas enraizadas en el subconsciente cuya función es la de economizar el pensar. En este sentido un sistema de creencias está caracterizado por una *ausencia de límites*. Es un conjunto de creencias que "están juntas" en un cierto tipo de forma de concatenación y coagulación. Las ideas no deben ser coherentes ya que este es un atributo lógico mal

aplicado al sistema. Pueden ser incluso contradictorias. Basta una cierta forma de vínculo y de interdependencia funcional. Asimismo, este autor apunta las características de una estructura mitológica: 1) Una estructura mitológica define el modo en que cada individuo se relaciona con las autoridades que declaran lo que es cierto y lo que es falso del mundo y de los acontecimientos. 2) Esta relación se establece por medio de las creencias sobre cómo creer a quién. La diferencia se encuentra en cómo escogemos determinadas autoridades y en cómo seleccionamos sus instrucciones. En los sistemas mitológicos la mente estará siempre dispuesta a cambiar de creencias siempre y cuando estos cambios provengan de una autoridad legítimamente reconocida que por lo regular es una organización. De esta manera la mentalidad mitológica se definiría como elástica y permeable, esto es, un estado cognitivo en la cual se subordina a la información sustantiva siempre que esta provenga de una fuente legítima. Se confía a la autoridad reconocida.

Para explicar esta permeabilidad del mitologismo se debe implicar otro elemento: la mitología como cultura. El centro de interés no sólo reside en las creencias de autoridad, y en las autoridades cognitivas, sino también en las creencias que presiden la codificación de las percepciones y de los mensajes. Se entra a la psicología de las formas en las cuales nuestra mente ordena y encasilla aquello que procede del mundo exterior. Para los fines de este análisis las "formas de codificación" pertinentes son el racionalismo y el empirismo entendidos como matrices culturales; matrices culturales aptas para explicar la presencia o ausencia de la característica 'mitologismo'.

En todo sistema o agregado de creencias se pueden distinguir dos dimensiones: una cognitiva y la otra emotiva. Esta última varía en intensidad; puede ser sentido en forma apasionada o bien débilmente. La pasión mitológica implica necesariamente una obligación práctica –en ritos y cotidianamente- de proselitismo a favor de las creencias.

22.- Durkheim distingue las sociedades orgánicas (más complejas) de las mecánicas (más simples) y afirma que las sociedades mecánicas, de organización simple, se caracterizan porque las creencias y los valores unifican y hacen que cobre mayor importancia el sistema social en sí mismo que cada uno de los individuos, particularmente considerados. En contrapartida, en las sociedades orgánicas (como las nuestras modeladas desde los procesos de urbanización, industrialización y alta concentración demográfica en pocos espacios geográficos, como el arco centro-norte-costero en Venezuela) los individuos supuestamente tienen un margen mayor de autonomía e individualidad en la elaboración de las creencias y visiones del mundo. Para Durkheim, situaciones como la descrita socialmente presentan una cierta tendencia hacia la disolución de los lazos morales y, por lo tanto, derivan en sociedades 'anómicas' – sin normas colectivas que rijan la vida social – y hacia la desorganización social. Al respecto Salvador Giner apunta que la idea fundante de Durkheim pasó por su preocupación acerca de la situación moral de las sociedades, sus conflictos y las fisuras que presenta su cohesión social", por eso, por ejemplo, estudió también el suicidio excluyendo todas las causas relativas a la psicología individual del suicida. Dijo entonces que el hombre, en la vida social, se autoelimina en las situaciones básicas siguientes: por la pérdida de cohesión social o desintegración, cuando se debilitan los vínculos religiosos, familiares y políticos, con la secuela del egoísmo (suicidio egoísta); en segundo lugar, por ausencia o conflicto de normas que den orientación moral (suicidio anómico) y, por último y en sentido contrario a los precedentes, en las sociedades más primitivas o mecánicas se daba el llamado "suicidio altruista", cuando algunos individuos se sacrifican para preservar la comunidad. Se sugiere ver Alberto Crulcich Introducción a la Sociología. En http://comunicayperiodismo.blogspot.com/2009/04/introduccion-la-sociologia.html

23.- Es este un concepto de la filosofía que, **En la verdad y el conocimiento como efectos del poder** (http://www.finanzaspublicas.com.ar/la_verdad_y_el_conocimiento_como_efectos_de_poder.php) se

afirma que la verdad está producida mediante múltiples imposiciones. La verdad tiene efectos reglamentados de poder. Cada sociedad tiene su régimen de verdad, su política general de la verdad y esto se debe al tipo de discursos que la misma toma y hace funcionar como verdaderos, como legítimos. Y también el tipo de mecanismos que adoptan para distinguir los enunciados verdaderos de los falsos, las técnicas y procedimientos que son valorizados para obtener la verdad, y el estatuto de aquellos que designan lo verdadero. Este régimen ha sido una condición de formación y desarrollo de la sociedad capitalista.

24.- Para comprender este desplazamiento bourdieano, ssugerimos ver a Baranger, Capítulo 4 de Epistemología y Metodología en la obra de Pierre Bourdieu, quien elabora una interpretación excelente en lo que Freire al esfuerzo de Bourdieu en la creación de la noción de **espacio social**. En este sentido, Bourdieu elabora un deslinde/desplazamiento entre el concepto de clase y el de espacio que, no obstante lucir como una relativa digresión del concepto marxista clásico de clases sociales luce pertinente para analizar la contradictoria relación entre médicos y enfermeras, en término de los espacios sociales y lo psicosociales de ambas profesiones que, en cuento que grupos disímiles poseen aspiraciones y reivindicaciones diferentes.

25.- Althusser desarrolla esta categoría que, de manera muy didáctica expone el Grupo de Investigación **Teoría- Proyecto Crítico de Ciencias Sociales** de la Universidad Complutense de Madrid en. **¿Qué son los aparatos ideológicos de Estado (AIE)?** http://www.ucm.es/info/eurotheo/e_books/althusser/index.html Sobre los cuales dice: No se confunden con el aparato (represivo) de Estado. Recordemos que en la teoría marxista el aparto de Estado (AE) comprende: el gobierno, la administración, el ejército, la policía, los tribunales, las prisiones, etc., que constituyen lo que llamaremos desde ahora el aparato represivo de Estado. Represivo significa que el aparato de Estado en cuestión "funciona mediante la violencia", por lo menos en situaciones límite (pues la represión administrativa, por ejemplo, puede revestir formas no físicas). Designamos con el nombre de aparatos ideológicos de Estado cierto número de realidades que se presentan al observador inmediato bajo la forma de instituciones distintas y especializadas. Proponemos una lista empírica de ellas, que exigirá naturalmente que sea examinada en detalle, puesta a prueba, rectificada y reordenada. Con todas las reservas que implica esta exigencia podemos por el momento considerar como aparatos ideológicos de Estado las instituciones siguientes (el orden en el cual los enumeramos no tiene significación especial): AIE religiosos (el sistema de las distintas Iglesias), AIE escolar (el sistema de las distintas "Escuelas", públicas y privadas), AIE familiar, AIE jurídico, AIE político (el sistema político del cual forman parte los distintos partidos), AIE sindical, AIE de información (prensa, radio, T.V., etc.), AIE cultural (literatura, artes, deportes, etc.).

Decimos que los AIE no se confunden con el aparato (represivo) de Estado. ¿En qué consiste su diferencia?
En un primer momento podemos observar que si existe un aparato (represivo) de Estado, existe una pluralidad de aparatos ideológicos de Estado. Suponiendo que ella exista, la unidad que constituye esta pluralidad de AIE en un cuerpo no es visible inmediatamente. En un segundo momento, podemos comprobar que mientras que el aparato (represivo) de Estado (unificado) pertenece enteramente al dominio público, la mayor parte de los aparatos ideológicos de Estado (en su aparente dispersión) provienen en cambio del dominio privado. Son privadas las Iglesias, los partidos, los sindicatos, las familias, algunas escuelas, la mayoría de los diarios, las familias, las instituciones culturales, etc., etc.

Dejemos de lado por ahora nuestra primera observación. Pero será necesario tomar en cuenta la segunda y preguntarnos con qué derecho podemos considerar como aparatos ideológicos de Estado instituciones que en su mayoría no poseen carácter público sino que son simplemente privadas.

Gramsci, marxista consciente, ya había previsto esta objeción. La distinción entre lo público y lo privado es una distinción interna del derecho burgués, válida en los dominios (subordinados) donde el derecho burgués ejerce sus "poderes". No alcanza al dominio del Estado, pues éste está "más allá del Derecho": el Estado, que es el Estado de la clase dominante, no es ni público ni privado; por el contrario, es la condición de toda distinción entre público y privado. Digamos lo mismo partiendo esta vez de nuestros aparatos ideológicos de Estado. Poco importa si las instituciones que los materializan son "públicas" o "privadas"; lo que importa es su funcionamiento. Las instituciones privadas pueden "funcionar" perfectamente como aparatos ideológicos de Estado. Para demostrarlo bastaría analizar un poco más cualquiera de los AIE. Pero vayamos a lo esencial. Hay una diferencia fundamental entre los AIE y el aparato (represivo) de Estado: el aparato represivo de Estado "funciona mediante la violencia", en tanto que los AIE funcionan mediante la ideología.

2**6.-** La definición que proporciona Serge Moscovici, esta contenida en su Tesis Doctoral titulada "La Psychoanalyse son imàge et son public" ("El Psicoanálisis, su imagen y su público"). Para él "*La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación... son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo. Es una organización de imágenes y de lenguaje. Toda representación social está compuesta de figuras y expresiones socializadas. Es una organización de imágenes y de lenguaje porque recorta y simboliza actos y situaciones que son o se convierten en comunes. Implica un reentramado de las estructuras, un remodelado de los elementos, una verdadera reconstrucción de lo dado en el contexto de los valores, las nociones y las reglas, que en lo sucesivo, se solidariza. Una representación social, habla, muestra, comunica, produce determinados comportamientos. Un conjunto de proposiciones, de reacciones y de evaluaciones referentes a puntos particulares, emitidos en una u otra parte, durante una encuesta o una conversación, por el "coro" colectivo, del cual cada uno quiéralo o no forma parte. Estas proposiciones, reacciones o evaluaciones están organizadas de maneras sumamente diversas según las clases, las culturas o los grupos y constituyen tantos universos de opiniones como clases, culturas o grupos existen. Cada universo tiene tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de la representación..."* (Moscovici, 1961/1979, citado por Perera, M., 2005, p. 43)

27.- El profesor Vladimir Acosta ha producido interesante material sobre este particular que ilustra la apropiación de referentes materiales y simbólicos por parte de los migrantes europeos. Ver: Racismo, clase media e inmigración europea I y II. Por: Vladimir Acosta. Fecha de publicación: 09/07/07. Transcripción libre de Mariela Sánchez Urdaneta, revisada y corregida por Vladimir Acosta. Especial para aporrea.org. Asimismo, se sugiere consultar la pagina Cadena Titulativa. Com.

28.- La Ingª Ornela Pitarresi Finazzo ha producido un artículo: M**onitoreo del Dominio Público Radioeléctrico**, en el cual expone aspectos de interés sobre lo que es el espectro radioeléctrico como plataforma para la circulación de mensajes como los que contribuyen a la estigmatización de la enfermera. En torno al asunto, en el resumen apunta que: El espectro radioeléctrico, recurso natural limitado y universalmente utilizado por los diferentes sistemas de comunicaciones radioeléctricas en todos los países, requiere de una gestión y una racional administración. En este sentido, la combinación de procedimientos administrativos, científicos y técnicos que garanticen una explotación eficaz del equipo y los servicios de radiocomunicaciones sin producir interferencia perjudicial, es lo que podría calificarse como gestión del espectro. En consecuencia, se hace necesario establecer un proceso para regular y administrar la utilización del espectro de frecuencias radioeléctricas, basado en un conjunto de normas y reglamentos emitidos por organismos internacionales de telecomunicaciones

y en la utilización de herramientas telemáticas de avanzada para asegurar el cumplimiento de tales normas.

En nuestro país existe la llamada o Comisión Nacional de Telecomunicaciones (CONATEL) que es el órgano institucional regulador del sector de las telecomunicaciones en Venezuela. Fue creada mediante el Decreto Nº 1.826 del 5 de septiembre de 1991 (Gaceta Oficial Nº 34.801 de fecha 18 de septiembre del mismo año).

29.- Sobre estas modalidades de segregación por género, ver los trabajos de:

a) Gema de Cabo Serrano (2006): **Segregación laboral horizontal y vertical: Perspectiva Temporal y Comparada con la Unión Europea.** Pamplona. http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/3E64D3A8-E5C8-47CB-B81D-2B474A6F3C3A/69823/Gemadecabo.pdf

b) Proyecto Diversidad Activa. En http://www.diversidadactiva.org/proyecto.html

c) Sociología del trabajo. Revolución industrial. Producción. Asalariados. División de tareas. Taylorismo. Fordismo. Especialización. Cualificación profesional. Competitividad. En http://html.rincondelvago.com/sociologia-del-trabajo_1.html

d) Margaret Maruani, quien es Directora de investigación del Centro Nacional de Investigación Científica, CNRS. Francia, ha publicado un interesante trabajo cuyo titulo es: **Trabajo y el empleo de las mujeres**. En Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales - Núm. 55, Diciembre 2004. http://vlex.com/vid/trabajo-empleo-mujeres-256002.

e) La Dra. Mónica Gelambí, también ha publicado un importante trabajo. **Las Políticas de Igualdad de Género en el Tercer Sector.** http://www.mes-d.net/grupcies/boletin/ArticuloI_Edic_68.pdf

30.- De acuerdo con el Dr. Temístocles Muñoz López quien en el 6° Congreso Internacional "Retos y Expectativas de la Universidad" presentara el trabajo El papel de la universidad en la transformación de la sociedad, se e3ntiende por Núcleo Curricular al C*onjunto de materias o cursos que son los de mayor relevancia en la formación o el éxito académico de los estudiantes, que constituyen los ejes sobre los que descansa la estructura curricular y/o el plan de estudios".*
http://www.congresoretosyexpectativas.udg.mx/Congreso%206/Eje%202/Presentacion_185.ppt

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abercrombie, Nicholas; Hill, Stephen; Turner, Bryan (1998) Diccionario de Sociología. Colección Teorema. Ediciones Cátedra, España.

Acevedo Díaz, José Antonio; Vásquez Alonso, Ángel; Mannasero Mas, María Antonia; Acevedo Romero, Pilar (2003) Creencias sobre la tecnología y sus relaciones con la ciencia. En Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias, vol. 2, (3), artículo 9. <http://www.saum.uvigo.es/reec. Recuperado el 9 de septiembre de 2006.

Adorno, Theodor (1962) Crítica cultural y sociedad. Editorial Ariel. Barcelona.

Aguilar, Pilar (1998) Mujer, amor y sexo en el cine español de los 90. Editorial Fundamentos. Madrid.

Aguirre, Rosario y Batthyány, Karina (2001) Trabajo, Género y Ciudadanía en los países del Cono Sur. Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (CINTERFOR) Montevideo.

Albornoz, Marcelo (2008) Reflexiones Educativas de Gramsci. En http://mayeuticaeducativa.idoneos.com. Recuperado el 24 de julio de 2008.

Alfonso González, Georgina (2003) La mujer en la lógica económica, cultural y simbólica de la globalización. En Rebelion.org. (Pan y Rosas) http://www.rebelion.org/hemeroteca/mujer/030404glez.htm. Recuperado el 3 de junio de 2006.

Alfonso Pérez, Ibette (2007) La Teoría de las Representaciones Sociales. Psicología Online. Gestión 2007. Disponible en http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml. Recuperado el 21 de agosto de 2007.

Almansa Martínez, Pilar (2004) Enfermería y Cine Postfranquista. Una Visión Frívola. En Enfermería Global. Revista Electrónica Semestral de Enfermería. Nº 4. Mayo 2004. www.um.es/eglobal/. Recuperado el 5 de mayo de 2006.

Amezcua, Manuel (2009) Foucault y las Enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. En Revista Index de Enfermería. Vol. 18 Nº 2, Granada, abr.-

jun. 2009. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000200001&script=sci_arttext.

Amorós, Celia (1985) Espacio de los Iguales, Espacio de las Idénticas: Notas sobre poder y principio de individuación. En Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura, núm. 503-504. http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=41577. Recuperado el 15 de agosto de 2006.

Amorós, Celia (1985) Hacia una crítica de la razón patriarcal. Ed. Antrhopos. España.

Andreiev, Iván (1984) Problemas lógicos del conocimiento científico. Editorial Progreso. Moscú.

Apple, Michael (1986) Maestros y Textos: Una economía política de las relaciones de clase y sexo en la educación. UNAM. México.

Apple, Michael (1986): Ideología y Currículo. Akal Universitaria. Madrid.

Arana, Aracelis (2007) Entramados ambientales: Un modelo didáctico integrador. Revista Educere. Vol.11, Nº 39, Mérida, dic. 2007. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-49102007000400018&script=sci_arttext. Recuperado el 4 de diciembre de 2007.

Arendt, Hannah (1974) On violence. Allen Lane, The Penguin Editores. Londres.

Arendt, Hannah (1996) La Condición Humana. Paidós. Barcelona.

Arendt, Hannah (1997) ¿Qué es la política? Paidós. Barcelona-Buenos Aires.

Arendt, Hannah (1998) De la historia a la acción. Paidós. Barcelona.

Aron, Raymond (1996) Ensayo sobre las Libertades. Alianza. Madrid.

Astelarra Bonomí, María Judith. (comp.) (1990) Participación política de las mujeres. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) : Siglo XXI de España Editores. España.

Badilla Castillo, Sergio (2002) De la Sociedad de Clases a la Sociedad de Elites. En Sincronía Invierno 2002. http://sincronia.cucsh.udg.mx/badillainv02.htm. Recuperado el 22 de enero de 2008.

Baena, Mariano (1992) Curso de Ciencia de la Administración. Cúpula organizacional, funciones administrativas y políticas públicas, T. II, Madrid. (Multicopiado).
http://www.ciudadpolitica.com/modules/wordbook/entry.php?entryID=211Re cuperado el 10 de enero de 2008.

Balestrini Acuña, Mirian (1999) El Discurso Médico en el Capitalismo. Consultores Asociados BL. Servicio Editorial. Caracas, Venezuela.

Baranger, Denis (2004) Epistemología y metodología en la obra de Pierre Bourdieu. Prometeo Libros. Buenos Aires**.**

Barroso Romero, Zoila; Torres Esperón, Julia Maricela (2001) Fuentes Teóricas de la Enfermería Profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. *Revista Cubana de Salud Pública,* Vol. 27, Núm. 1, enero-junio, 2001. Sociedad Cubana de Administración de Salud. La Habana, Cuba. http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/214/21427102.pdf. Recuperado el 23 de febrero de 2006.

Beltrán, Miguel (1990) Cinco vías de acceso a la realidad social. En García Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (1990): El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación. Alianza Editorial, Madrid.

Benach, Joan y Muntaner, Carles (2005) Aprender a mirar la salud. El Viejo Topo. Barcelona.

Ben-David, Joseph (1974) El papel de los científicos en la sociedad: un estudio comparativo. Trillas, México.

Blacha, Luis E. (2005) ¿Élite o Clase Política? Algunas precisiones terminológicas Revista THEOMAI. Estudios sobre Sociedad, Naturaleza y Desarrollo. Número 12 (Segundo Semestre de 2005). http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/124/12401210.pdf. Recuperado 2 de febrero de 2007.

Boisier, Sergio (2001) Crecimiento y Desarrollo Territorial Endógeno. Observaciones al Caso Chileno. Disponible en http://www.redelaldia.org/IMG/pdf/566.pdf. Recuperado el 12 de agosto de 2007.

Bourdieu Pierre (1993) La Lógica de los Campos. Entrevista a Pierre Bourdieu. La Lógica de los Campos. En Revista Zona Erógena Nº 16.

http://www.bdp.org.ar/facultad/catedras/cp/tecadm/La%20l%F3gica%20de%20los%20campos%20%20Entrevista%20a%20Bourdieu.pdf.

Bourdieu, Pierre (1994) Raisons pratiques, sur la théorie de l'action. Ed. du Seuil. París.

Bourdieu, Pierre (1995) Una suave violencia. En Revista La Piragua Nº 1, CEAAL. Págs. 79 – 81. Santiago. Chile.

Bourdieu, Pierre (1997) Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción. Editorial Anagrama. Barcelona.

Bourdieu, Pierre (1998) La Distinción. Criterios y Bases Sociales del Gusto. Taurus. Madrid.

Brech, Edward Francis Leopold (1969) Management, su naturaleza y significado. Oikos-tau. Barcelona.

Briceño, Magally y Chacin, Migdy (2008) Elementos teóricos para sustentar la evaluación curricular como proceso de transformación y construcción social de las universidades venezolanas. En Revista Investigación y Postgrado, vol.23, no.3, diciembre-sin mes. Universidad Pedagógica Experimental Libertador- Venezuela. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=65811489004. Recuperado el 9 de febrero de 2009.

Britto García, Luis (2006) Venezuela: Investigación de unos medios por encima de toda Sospecha. Publicaciones del Ministerio de Comunicación e Información (MINCI), Caracas, Venezuela. Disponible en http://www.minci.gob.ve/publicaciones/6/10259/?desc=britto_garcia_web.pdf .

Brunner, José Joaquín, Flisfisch, Ángel (1989) Los intelectuales y las instituciones de la cultura. Universidad Autónoma de México. UAM-Azcapotzalco. México.

Bunge Mario (1969) La Investigación Científica. Editorial Ariel. Barcelona.

Burrage, Michael (1996) De la educación práctica a la educación profesional académica: pautas de conflicto y adaptación en Inglaterra, Francia y Estados Unidos. En Rothblatt, S y Wittrock, B (comps.) La Universidad europea y americana desde 1800. Ediciones Pomares-Corredor. Barcelona.

Burrage, Michael and Torstendahl, Rolf (1990). Professions in theory and sociology and history. Sage Publications, London.

Butticé, Carolina (s/f) La estructura de una ocupación urbana: el discurso del personal de enfermería en un hospital de resistencia, Chaco. 7º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo – ASET Grupo 6: Estructura ocupacional y mercados de trabajo. Centro de Estudios Sociales - UNNE. LYJ:www.aset.org.ar/congresos. Recuperado 06-08-2008.

Cabanellas, Guillermo (1974) Diccionario de Derecho Usual. 8a. edición, Tomo III. Editorial Heliasta S.R.L. Buenos Aires.

Cademártori, José (2007) Vladimir Lenin, el Fundador de la Economía Política del Socialismo. En Rebelión.org., 15-08-2007. http://www.rebelion.org/noticia.php?id=54932. Recuperado el 2 de diciembre de 2007.

Callínicos, Alex (2008) El marxismo y la política. Publicado por Socialismo Internacional. Periódico de la Organización Socialista Internacional en Septiembre 4, 2008. http://socialismointernacional.org/2008/09/04/el-marxismo-y-la-politica/. Recuperado el 8 de octubre de 2008.

Cano-Caballero Gálvez, María Dolores (2004) Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. Index Enferm, Granada, v. 13, n. 46, nov. 2004. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=es&nrm=iso>. Recuperado el 6 de enero 2007.

Caparrós Valderrama, Rafael (2008): Robert Michels y las Teorías Elitistas Competitivas de la Democracia**.** En Entelequia, Revista Interdisciplinar, Nº 6, primavera 2008. http://www.eumed.net/entelequia/pdf/2008/e06a10.pdf. Recuperado el 3 de julio de 2008.

Carr-Saunders, Alexander M. Y Wilson, Paul A. (1933) The Professions. Clarendon Press. Oxford.

Castoriadis, Cornelius (2002): Figuras de lo Pensable (Las encrucijadas del laberinto VI). Fondo de Cultura Económica. México.

Chamizo Vega, Carmen (2004) La Perspectiva de Género en Enfermería: comentarios y reflexiones. En Revista Index de Enfermería. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200008&lng=pt&nrm=iso. Recuperado el 30 de noviembre de 2006.

Chávez Frías, Hugo Rafael (2009) El Programa de Formación de Médicos Integrales Comunitarios es uno de los más exitosos en la historia de las revoluciones. En MIC-Lara. http://mic-lara.blogspot.com/2009/10/el-programa-de-formacion-de-medicos.html.
Recuperado el 10 de octubre de 2009.

Cleaves, Peter (1985). Las profesiones y el Estado: El caso de México. El Colegio de México. México.

Coe, Rodney (1973) Sociología de la Medicina. Cap. I El campo de la sociología médica. Alianza Editorial. Madrid.

Collins, Randall (1989) La sociedad credencialista. Akal. Madrid.

Da Silva, Tomas Tadeu (2001) Espacios de Identidad. Una introducción a las teorías del currículum. Octaedro. Barcelona.

Damiani, Alberto Mario (1997): Teoría de la argumentación y ética discursiva. En Revista de Filosofía. 3ª época. Vol. X. 1997. Número IX. Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense de Madrid. http://revistas.ucm.es. Recuperado el 21 de septiembre de 2007.

Donahue, Mary Patricia (1987) Historia de la Enfermería. Doyma, Barcelona.

Dos Santos, Theotonio (2006) Concepto de clases sociales. Colección Alfredo Maneiro, Serie Pensamiento Social. Fundación El Perro y la Rana. Caracas.

Durante, Santiago Jorge (2003) Enfermería: ¿Una Profesión sin Identidad... o una Identidad sin Profesión? Revista de Enfermería del Hospital Italiano, Año 6 - Número 18 - Abril 2003. Hospital Italiano de Buenos Aires. Disponible en http://www.hospitalitaliano.org.ar/docencia/rehi/?contenido=contenido_articulo.php&id_articulo=97. Recuperado el 19 de abril de 2007.

Durkheim, Émile (1893) La División Del Trabajo Social. (Vol. 1). http://www.hipersociologia.org.ar/biblioteca/textos/. D0005[1].zip - archivo ZIP, tamaño descomprimido 1.696.947 octetos. Recuperado 31 de julio de 2006.

Elliot, Philip (1975): Sociología de las Profesiones. Editorial Tecnos. Madrid

Enciclopedia GER (1991) Gran Enciclopedia Rialp, Ediciones Rialp S.A. En Canal Social. Montané Comunicación S.L.

http://www.canalsocial.net/GER/ficha_GER.asp?id=11808&cat=sociologia. Recuperado el 12 de octubre de 2006.

Engels, Federico (1886) Dialéctica de la Naturaleza. 1ª versión completa y directa en castellano. Editorial Problemas. Buenos Aires.

Engels, Federico (1886) Ludwig Feuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana. Disponible en http://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/feuer/4.htm. Recuperado el 17 de abril de 2008.

Engels, Federico (1947): Dialéctica de la Naturaleza. Editorial Problema. Buenos Aires.

Engels, Federico (1979): Anti-Dühring. Ediciones Cultura Popular. http://www.marxismoeducar.cl/filosofia.htm#filo68

Escobar Rivero, Digna (s.f.) Perspectiva Fenomenológica sobre el Poder del Cuidado Amoroso.

Fernández Iglesias, José (2008) Crisis: de la producción como parte de la conciencia de clase, al consumo, como parte de la clase sin conciencia. Kaosenlared.net Disponible en: www.kaosenlared.net/noticia/crisis-produccion-como-parte-conciencia-clase-consumo-como-parte-clase**.** Recuperado el 28 de julio de 2009).

Farías, Levy y Montero Maritza (2005) De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa. En International Journal of Qualitative Methods 4 (1) March 2005. http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4_1/pdf/fariasmontero.pdf. Recuperado el 10 de julio de 2007.

Fernández Pérez, Jorge (2002) Estructura y Formación Profesional: el caso de la profesión médica. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Facultad de Filosofía y Letras. CENTRO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS MMII. Disponible en http://www.filosofia.buap.mx/estructurayformacion.pdf. Recuperado el 4 de febrero de 2006.

Fernández Sacasa, José (2000) Los Componentes de la Práctica Clínica. Ateneo. Instituto Superior de Ciencias Médicas. La Habana. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate01100.pdf. Recuperado el 3 de agosto de 2006.

Filloux, Jean-Claude (1983) Algunas consideraciones sobre la investigación en educación. En Patricia Ducong y Monique Landesmann *Las nuevas formas de*

investigación en educación, Ambassade de France au Mexique/Universidad Autónoma de Hidalgo. México.

Foucault, Michel (1981) Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones. Alianza. Madrid.

Foucault, Michel (1992) El Orden del Discurso. Traducción de Alberto González. Título original L'ordre du discours. Troyano Tusquets Editores. Buenos Aires.

Foucault, Michel (1982) Las Redes del Poder. Texto desgravado de la conferencia pronunciada en 1976 en Brasil. Publicada en la revista anarquista Barbarie, N-° 4 y 5, (1981-2), San Salvador de Bahía, Brasil. Disponible en http://www.buenastareas.com/ensayos/Las-Redes-Del-Poder-Michel-Foucault/53930.html. Recuperado el 23 de enero de 2006.

Foucault, Michel (2002) Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión. Editorial Siglo Veintiuno. Buenos Aires.

Freidson, Eliot (1978): La profesión médica: Un estudio de sociología del conocimiento aplicado, Península, Barcelona.

Freidson, Eliot (2004). La teoría de las profesiones. Ediciones Universidad Nacional Autónoma de México. En http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio /ArtPdfRed.jsp?iCve=13209303 . Recuperado el 25 de julio de 2008.

Fuenmayor Toro, Luis (2002) A propósito de las inequidades en el ingreso a la educación superior en Venezuela. Revista Venezolana de Gerencia. Año 7. Nº 17. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

Fuenmayor Toro, Luis y Vidal, Yasmila Yamile (2001) La admisión estudiantil a las universidades publicas venezolanas: causas de las inequidades. Revista de Pedagogía. Escuela de Educación, Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Gaceta Médica de Caracas (1988) Fundada el 13 de Marzo de 1893 por el Dr. Luis Razetti Órgano de la Academia Nacional de Medicina y del Congreso Nacional de Ciencias Médicas. Año XCVI-Nos.4-5-6. Abril-Junio de 1988. Caracas. Venezuela.

Galeano, Eduardo (2008) Espejos, una historia casi universal. Primera Edición. Editorial Siglo XXI. España.

Garcés Corra, Raúl (2009) La Construcción Simbólica de la Opinión Publica. Estudios sobre el mensaje periodístico. En Camilo Valqui Cachi y Cutberto Pastor Bazán (Coordinadores) Capital, Poder y Medios de Comunicación: Una Crítica Epistémica. Editorial: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Colección: Cátedra Internacional "Carlos Marx". Primera Edición: Junio, 2009, Cajamarca, Perú. Disponible en http://www.scribd.com/doc/18963465/capital-poder-y-medios-de-comunicacion-una-critica-epistemica. Recuperado el 21 de agosto de 2009.

Garófoli, Gioacchino (1995). Desarrollo Económico, Organización de la producción y el Territorio, en Antonio Vázquez Barquero y Garófoli, Gioacchino, Desarrollo Económico Local en Europa. Economistas, Libros. Madrid.

Gastaldo, Denise (2007) Relaciones de Poder en Enfermería y Salud Mental: Críticas y Retos para el futuro. Faculty of Nursing y Centre for International Health, University of Toronto, Canadá. En http://enfermeriaparaelcambio.wordpress.com/2007/05/28/relaciones-de-poder-en-enfermeria-y-salud-mental-criticas-y-retos-para-el-futuro/. Recuperado el 6 de julio de 2007.

Gentile, Giovanni (1897) Una crítica del Materialismo Storico. En *Studi Storici*, año VI. Pisa.

Gentile, Giovanni (1899) La filosofia di Marx. Studi critici. Spoerri. Pisa.

Geras, Norman (1994) La democracia y los fines del marxismo. En Revista Viento Sur, Nº 4. México. Disponible en http://www.vientosur.info/. Recuperado el 25 de mayo de 2007.

Germaná, César (1999) Pierre Bourdieu: La Sociología del Poder y la Violencia Simbólica. En Revista de Sociología, Volumen 11 - Número 12, México.

Giddens, Anthony (1974) The Class Structure of the Advanced Societies. Hutchinson. London.

Gil de San Vicente, Iñaki (2007) La Dialéctica como arma, método, concepción y arte. Euskal Herria (4-IX) Rebelión.6-9-2007. http://www.rebelion.org/autores. Recuperado el 30-11-2007.

Giner, Salvador (1998): La tolerancia como virtud republicana. En Cruz, Manuel (ed.), Tolerancia o Barbarie, Gedisa, Barcelona:

Gobineau, Joseph Arthur [conde de] (2009) El Hombre y las Desigualdades Raciales [Ensayo Sobre la Desigualdad de las Razas Humanas] Prólogo de Ramón Bau-Introducción de Adriano Romualdi. Anexo: El Sentido Racial en Wagner, por Ramón Bau- Ediciones Camzo. Madrid.

Goldman, Lucien (1970) Marxismo y Ciencias Humanas. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.

Gómez Campo, Víctor Manuel (1982) Educación Superior, Mercado de Trabajo y Práctica Profesional: análisis comparativo de diversos estudios en México. En Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. XII, 3: Centro de Estudios Educativos. México.

Gómez, Víctor Manuel y Tenti Fanfani, Emilio (1989) Universidad y profesiones. Miño y Dávila Editores. Buenos Aires.

González Palmira, Edith (2000) Marxismo, política y democracia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad de Matanzas. Cuba. Publicado en Rebelión.Org. Versión Digital Pág. Web: www.rebelión.org. Versión Digital. Recuperado el 19 de marzo de 2006.

González, Manuel; Codagnone, Teresa y Barbano, Ricardo (2005) El Ápice Estratégico: un núcleo clave en el gobierno de la universidad. V Coloquio Internacional Sobre Gestión Universitaria en America del Sur: Poder, Gobierno y Estrategias en las Universidades de América del Sur. Mar del Plata; 8, 9 y 10 de diciembre de 2005. Disponible en inter27.unsl.edu.ar/rapes/download.php?id=281. Recuperado el 8 de agosto de 2006.

Gracia, Xabier (2007) La Teoría de la Explotación, pero en cuatro palabras. En Rebelión. http://www.rebelion.org/noticia. Recuperado el 25 de mayo de 2007.

Gramsci, Antonio (1974): Antología. Traducción y notas de Manuel Sacristán. Editorial Siglo XXI, Madrid.

Gramsci Antonio (1976): Cartas de la cárcel. Editorial cuadernos para el dialogo, Madrid.

Gramsci, Antonio (1984) Cuadernos de la Cárcel 3. Edición crítica del Instituto Gramsci. Ediciones Era S.A. México.

Gruppi, Luciano (1978) El concepto de Hegemonía en Gramsci. Ediciones de Cultura Popular. México.

Guerra, T. I. y M. G. Fuenzalida (1942) Aporte al estudio comparativo de las escuelas de enfermeras. Informe del Primer Congreso Panamericano de Enfermería. Universidad de Chile. Santiago.

Habermas, Jürgen (1975) Perfiles filosófico-políticos. Taurus. Madrid.

Habermas, Jürgen (2002) Teoría de la acción comunicativa. Taurus. Barcelona.

Hegel, Friedrich (1971) Fenomenología del Espíritu. Fondo de Cultura Económica. México.

Hierro, Graciela (1980) Gramsci y la Educación. Universidad Nacional Autónoma de México. ANUIES. México.

Highley, John, y Moore, George (1981) Elite Integration in the United States and Australia, The American Political Science Review, Nº 175. http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/E/teoria_elites.htm. Recuperado el 14 de enero de 2008.

Hobbes, Thomas (1651) Leviathan. Fondo de Cultura Económica. (2da reimpresión en castellano 1994). Buenos Aires.

Horkheimer, Max y Adorno, Theodor (1944) Dialéctica del Iluminismo. Disponible en http://www.marxists.org/espanol/adorno/1944-il.htm. Recuperado el 11 de junio de 2006.

Ibáñez, Tomas (1988) Ideologías de la Vida Cotidiana. Editorial Sendai. Barcelona. España.

Ibarra, Idilio (2008) Sociología. Teorías de los autores clásicos. Durkheim, Marx y Weber. En Monografías.com. Estudio Social. Disponible en http://www.monografias.com/trabajos15/aut-clasicos/aut-clasicos.shtml. Recuperado el 7 de febrero de 2008.

Irigibel-Uriz, Xabier (2008) Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. Revista Index de Enfermería. Vol.17. Nº 4 Granada oct.-dic. 2008. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000400012&script=sci_arttext. Recuperado el 9 de febrero 2009.

Izquierdo, María Jesús (1998) El Malestar en la Desigualdad. Ediciones Cátedra. Madrid.

Jiménez Ruiz, Juan Luis (1994) Hacia una Sociosemiótica de la Cultura: Landowski y la Sociedad Figurada. En Estudios de Lingüística Universidad de Alicante, Nº 10. Disponible en http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6387/1/ELUA_10_09.pdf. Recuperado el 14 de enero de 2008.

Kerlinger, Fred (1985) Investigación del comportamiento. Editorial Interamericana. México.

Kohan, Néstor (1999) Gramsci y Marx, Hegemonía y Poder en la Teoría Marxista. En Utopías, nuestra bandera: revista de debate político. Nº. 182. Disponible en http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2388679. Recuperado el 15-09-2007.

Kojeve, Alexander (1994) La idea de la muerte en Hegel. Editorial Leviatán. Buenos Aires.

Kosik, Karel (1967) Dialéctica de lo Concreto. Estudio sobre los problemas del hombre y del mundo. Editorial Grijalbo. México.

Labriola, Antonio (1949) Lettere a Engels. Editorial Rinascita. Roma.

Labriola, Antonio (1973) In Memoria del Manifesto dei Comunisti. En Antonio Labriola, Scritti filosofici e politici, a cura di Franco Sbarbari. Einaudi. Torino. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid. Recuperado el 8 de enero de 2007.

Landowski, Eric; Gabriel Hernández Aguilar; Ana María Del Gesso Cabrera (1993) La Sociedad Figurada: Ensayos De Sociosemiótica. Editorial Fondo de Cultura Económica. España.

Lanz, Rigoberto (1977) Dialéctica del Conocimiento. Notas para una fundamentación de la matriz epistemológica dialéctica. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Laurin-Frenette, Nicole (1976) Las Teorías Funcionalistas de las Clases Sociales: sociología e ideología. Siglo Veintiuno de España. Madrid.

Lazarsfeld, Paul Félix y Merton, Robert King (1948) The Communication of Ideas. Harper & Brothers. Nueva York.

Lazarsfeld, Paul Félix y Merton, Robert King (1977) Comunicación de masas, gusto popular y acción social organizada. Publicado en Muraro, Heriberto (comp.). La comunicación de masas, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires. Disponible en http://www.periodismo.uchile.cl/talleres/teoriacomunicacion/archivos/lazarsfeld_merton.pdf. Recuperado el 3 de octubre de 2006.

Leddy, Susan y Pepper, J. Mae (1989) Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Editorial Montevideo Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Uruguay.

Lee, Franz John Tennyson (2007) El Socialismo Científico: Recordando algunas de las enseñanzas básicas del marxismo. En Revista Humania del Sur. Año 2, Nº 2. Enero-junio, 2007. Disponible en http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24736/2/articulo1.pdf. Recuperado el 10 - 10 -2008.

Lieberman, Mark (1956) Educación como una Profesión. Prentice-Hall. New York.

Liga Marxista (2008) Reflexiones para una Critica Marxista a la Escuela Capitalista (Parte I). En Marxismo y Educación. Elaboración colectiva de la Liga Marxista. Disponible en http://www.ligacomunista.com.ar/dm/1e/dm05/EducaDM5.html. Recuperado el 20 de marzo de 2009.

Lipovetsky, Gilles. (1999) La Tercera Mujer. Editorial Anagrama. Barcelona.

López Avendaño, Olimpia (1994): Sociología de la Educación. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.

Lukacs, Georg (1975) Historia y Conciencia de Clase. Editorial Grijalbo. México.

Lukes, Steven (2007) El Poder: Un enfoque radical. Siglo XXI Editores. España.

Luna, Marie (s.f.) Reorganización del Sistema de Salud Venezolano...hacia la restitución del derecho a la salud (parte I) Disponible En http://www.codena.gov.ve/secodena/articulos2005/reogarnizacion_del_sistema_de_salud_venezolano. Recuperado el 30 de septiembre de 2008.

Lunardi, Valeria; Peter, Elizabeth y Gastaldo, Denise (2006) ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. En Revista Enfermería Clínica. Vol.16 Núm. 05.

http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=190.37.214.225&articuloid=13093032&revistaid=35. Recuperado el 23 de enero de 2007.

Luxemburgo, Rosa (1977) Escritos Políticos. Editorial Grijalbo. Barcelona.

Luxemburgo, Rosa (1978) Obras Escogidas. Editorial Ayuso. Madrid.

Magariños de Morentin, Juan (1996) Fundamentos para un Análisis del Discurso Vigente en Determinada Comunidad en Función de Facilitar la aceptación del Discurso que se les Dirige. Instituto On-Line de Semiótica. Disponible en http://www.semiotica-on-line.com.ar/1sintesisanalisisopinion.html. Recuperado el 12 de septiembre de 2007.

Mandel, Ernest (1974) Control obrero, consejos obreros, autogestión. Ediciones Era S.A. México.

Marcuse, Herbert (1993) El Hombre Unidimensional. Ensayo sobre la Ideología de la Sociedad Industrial Avanzada. Editorial Planeta Agostini. Colección Obras Maestras Del Pensamiento Contemporáneo. Barcelona.

Marchador Pinillos, Beatriz (2005) Influencia de la Prensa Escrita en la Imagen de la Profesión Enfermera. Biblioteca Las Casas, 2005; 1. Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0011.php. Recuperado el 23 de noviembre de 2008.

Martín Frechilla, J. J. y Texera, Yolanda (Comps.) (1999) Modelos para desarmar. Instituciones y Disciplinas para una Historia de la Ciencia y la Tecnología en Venezuela. Editorial: Universidad Central de Venezuela - Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Colección: Estudios. Caracas.

Martín-Baró, Ignacio (1984) Psicología social V: Sistema y poder. UCA Editores. San Salvador.

Martín-Baró, Ignacio (1989) Sistema, grupo y poder: psicología social desde Centroamérica II. UCA Editores. San Salvador.

Marx Karl y Engels, Federico (1845) La Ideología Alemana. Edición digital Marxists Internet Archive, septiembre de 2001. www.marxists.org/. Recuperado el 7-11-2007.

Marx Karl y Engels, Federico (1978) La cuestión judía. En Obras, Vol. 5, Ed. Grijalbo. España.

Marx, Carlos (1980) Marxismo, política y democracia. Cuba Siglo XX. Disponible en www.nodo50.org/.../política/palmira1_300402.htm. Recuperado el 15 de mayo de 2007.

Marx, Carlos (1984) Introducción General a la Critica de la Economía Política 1857. Ediciones de Pasado y Presente. México.

Marx, Carlos y Engels, Federico (2004) La Ideología Alemana. En TONOS Revista Electrónica de Estudios Filológicos. Número 7–Junio 2004. http://www.um.es/tonosdigital/znum7/Teselas/alemana.htm. Recuperado el 13 de octubre de 2006.

Marx, Karl (1844) Manuscritos Económico-filosóficos. Fragmento. El trabajo enajenado. http://www.bvsst.org.ve/documentos/pnf/el_trabajo_enajenado.pdf. Recuperado el 24 - 09 – 2008.

Marx, Karl (1975) El Capital. Crítica de la Economía Política. Tomos I y III. Fondo de Cultura Económica. México.

Mayntz, Renate (1980) Sociología de la organización. Alianza Editorial. Madrid.

Meisel, James (1975) "El Mito de la Clase Gobernante. Gaetano Mosca y la "Elite". Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Meleis, Al (1997) Theoretical nursing development and progress. : Lippincott, San Francisco. México.

Michels, Robert (1976): Los Partidos Políticos. Amorrortu. Buenos Aires.

Millerson, Gerald (1964) The Qualifying Associations: A Study in Professionalization, Routledge & Kegan Paul, London.

Mintzberg, Henry (1989) Diseño de Organizaciones Eficientes. Editorial El Ateneo. Buenos Aires.

Miró-Bonet, Margalida; Gastaldo, Denise y Gallego-Caminero, Gloria (2008) ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). En Enfermería Clínica Vol.18 Núm. 01. http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=13114739. Recuperado el 4 de febrero de 2008.

Molina Petit, Cristina (1994) Dialéctica feminista de la Ilustración. Editorial Anthropos. Barcelona.

Monroy Malagon, Isabel y Tapia Tello, Sarai (2009) La perspectiva laboral de los egresados de la Licenciatura de Sociología de la unidad Xochimilco. Disponible en www.snapdrive.net. Recuperado 8 de noviembre de 2008.

Montero, Maritza (2006) Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria: La tensión entre comunidad y sociedad. Editorial Paidos (Tramas Sociales). 1ª Edición, 3ª reimpresión. Buenos Aires.

Moore Wilbert y Rosenblum, Gerard (1970) The Professions: Roles and Rules. Russell Sage. Nueva York.

Morales Gil, Eduardo (2004) La Exclusión de los Pobres de la Educación Superior venezolana. Prólogo de Luis Fuenmayor Toro. 1ª edición. Publicado por Ministerio de Educación Superior, Consejo Nacional de Universidades, Oficina de Planificación del Sector Universitario. Caracas.

Morin, Edgar (1995) Introducción al Pensamiento Complejo. Editorial Gedisa. Barcelona, España.

Morin, Edgar (1996) El Pensamiento Complejo contra el Pensamiento Único. Entrevista realizada por Nelson Vallejo Gómez. En Sociología y Política, Nueva época, año IV, núm. 8, México. Disponible en http://educar.jalisco.gob.mx/05/complejo.html. Recuperado el 24 de noviembre de 2007.

Morles, Víctor; Núñez Jover, Jorge y Álvarez Bedoya, Neptalí (1996): Universidad, Postgrado y Educación Avanzada. Ediciones del Centro de Estudios e Investigaciones sobre Educación Avanzada (CEISEA). Coordinación Central de Estudios de Postgrado. Universidad Central de Venezuela. VOL 2, Caracas.

Morles, Víctor (2009) El método marxista: arma ideológica de los revolucionarios. En "A Plena Voz", Revista Cultural de Venezuela Nº 55-56., julio-agosto de 2009.

Mosca, Gaetano (2002) La clase política. (Selección e introducción de Norberto Bobbio). Fondo de Cultura Económica. México.

Nigenda López, Gustavo Humberto (1995) Asociaciones médicas y política corporativista en México: Apuntes sobre algunos cambios recientes. En M. E. Machado (Coord.), Profissões de Saúde: Uma abordagem sociológica). Editora Fiocruz. Río de Janeiro.

OPS (2006) Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud: Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2006-2008. Junio 2006. Caracas.

Palacios, Jorge (2006) Contradicción dialéctica y libertad. Disponible en rcci.net/globalización. http://rcci.net/globalizacion/2006/fg654.htm. Recuperado el 12 de octubre 2007.

Pareto, Vilfredo (1916) Tratado de Sociología General. 2 Vols. Editorial Barbèra. Florencia.

Parry, Geraint (1969) Political Elites. Allen & Unwin. Londres.

Parsons, Talcott (1974) El sistema de las Sociedades Modernas, Editorial Trillas. México.

Parsons, Talcott (1988) El Sistema Social. Alianza Editorial. Madrid.

Pascal, Blaise (1640) Filosofía. Disponible en http://www.filosofia.mx/index.php?/galeria/image_full/201/. Recuperado 12 de noviembre 2008.

Paz, Octavio (1967) Claude Lévi-Strauss o el Nuevo Festín de Esopo. 1ª ed. Editorial Joaquín Mortiz. México.

Penalva, Clemente (2005) El Tratamiento de la violencia en los medios de comunicación. Grupos de Estudio de Paz y Desarrollo. Universidad de Alicante http://www.nodo50.org.Pérez Sánchez, América M. y Bustamante Alfonso, Leticia María (2004) La evaluación como actividad orientada a la transformación de los procesos formativos. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas//ems/vol18_4_04. Recuperado el 12 de octubre de 2006.

Peñuela Velazquez, Leonardo Alejandro y Álvarez García, Luis Guillermo (2002) Imaginarios, Colectivos: Implicaciones Sociales. Una aproximación psicológica a las agendas de información. En Razón y Palabra. Primera Revista Electrónica en América. Latina especializada en Comunicación. Abril-Mayo 2002, Numero 26. México Disponible en

http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n26/lpenuela.html Recuperado el 3 de mayo de 2006.

Perdomo Arzola, Edgar (2007) Anti-manual para uso de marxistas, marxólogos y marcianos. En. Ideología y Socialismo del Siglo XXI (Auditorium). Fecha de publicación: 19/06/07. Disponible en http://www.aporrea.org/ideologia/a36830.html. Recuperado el 20 de julio de 2007.

Pérez Sánchez, América y Bustamante Alfonso, Leticia María (2004) La evaluación como actividad orientada a la transformación de los procesos formativos. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_4_04/ems05404.htm#autor. Recuperado el 31 de mayo de 2007.

Pérsico Gutiérrez, Alfredo (s.f.) Crisis Social y Subjetividad: Rumbos y desafíos en las Ciencias Sociales. Disponible en http://liber-accion.org. Recuperado el 30 de noviembre de 2008.

Piñuel Raigada, José Luis (1986) Fuentes Epistemológicas de la Teoría de la Comunicación. Reis: Revista española de investigaciones sociológicas. http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_033_05.pdf. Recuperado el 30 de mayo de 2008.

Pizarro, Narciso (1990) Los métodos de estudio en las organizaciones administrativas. Madrid, Coloquio. Disponible en http://www.ciudadpolitica.com/modules/wordbook/entry.php?entryID=211. Recuperado el 10 de enero de 2008.

Plebani, Viviana (2003) El poder pasa por nosotros. Revista electrónica semestral de enfermería, Número 3. Mar del Plata. Argentina. http://revistas.um.es/eglobal/article/view/625/651.Recuperado el 13 de mayo de 2006.

Poletti, Rosette (1980) Cuidados de Enfermería: Tendencias y conceptos actuales. Colección Rol de Enfermería. Barcelona, España.

Pratt Fairchild, Henry (editor) (1971) Diccionario de Sociología. 4ª edición. Editorial Fondo de Cultura Económico. México.

Quijano, Aníbal (2000) Colonialidad del Poder y Clasificación Social. En Journal of world-systems research, vi, 2, summer/fall 2000, 342-386. Special Issue: Festchrift for Immanuel Wallerstein – Part I. Disponible en

http://cisoupr.net/documents/jwsr-v6n2-quijano.pdf. Recuperado el 12 de febrero de 2006.

Quiroz Miranda, Sergio (2007) Izquierda y Conciencia de Clase. Disponible en http://www.nodo50.org/cubasigloXXI/congreso/quiroz_10abr03.pdf#2. Recuperado el 12 de enero de 2008.

Ramió Jofre, Anna (2005) Valores y Actitudes Profesionales. Estudio de la Practica profesional Enfermera en Catalunya. Tesis Doctoral. Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Barcelona. Disponible en http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0329106-163645/ARJ_TESIS.pdf. Recuperado el 14 de enero de 2006.

Robinson, Jane (1946) Sustainable Development: Implications for Nursing and Midwifery. Philadelphia, USA : F.A. Davis Company, Publishers, Disponible en www.bibliotecas.unc.edu.ar. Recuperado el 13 de marzo de 2006.

Rodríguez Brito, Anidelys; Grenet Albernas, Elaine y Puentes Camejo, Damarys (2008) Interrelaciones Poder-Medios de Comunicación. Acercamiento desde la teoría política. Revista digital El Catoblepas, Numero 72, febrero 2008, página 14. http://www.nodulo.org/ec/2008/n072p14.htm. Recuperado el 25 de julio de 2008.

Rodríguez de Rivera, José (1991) Argumentación - Teoría de la Argumentación. Departamento de Ciencias Empresariales. Universidad de Alcalá. Disponible en www2.scjn.gob.mx/.../Introduccion_a_la_retorica_y_a_la_**argumentacion**_pte_8.pdf. Recuperado el 12 de marzo de 2006.

Rodríguez Jiménez, José Raúl (2000) Mercado y Profesión Académica en Sonora. Colección Biblioteca de la Educación Superior. Serie Investigaciones. México: ANUIES. Disponible en http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/9/009_Fernandez.pdf. Recuperado el 2 de junio de 2006

Rodríguez-Camero, María Luisa; Rodríguez-Camero, Noelia y Azañón-Hernández, Rodrigo (2008) La Construcción Mediática de la Enfermería. En Index de Enfermería. Vol. 17, Nº 2, Granada, abr.-jun. 2008. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000200009&script=sci_arttext. Recuperado el 25 de noviembre de 2008

Roemer, John (1982) Teoría General de la Explotación y de las Clases. Siglo Veintiuno de España. Editores S.A. Madrid.

Roldán, Alberto Fernando (2006) Ética, política y educación en Max Weber. Con referencia especial al calvinismo y el espíritu del capitalismo. En Revista Teología y Cultura, año 3, vol. 6 (diciembre 2006) Disponible en http://www.teologiaycultura.com.ar/arch_rev/aroldan_etica_politica_educacion_weber.pdf. p. 7. Recuperado el 4 de abril de 2008.

Romero Forero, Aracelly (2008) La Educación virtual para la participación ciudadana. Las interacciones de los habitantes de una pequeña población de España a través de un Foro en Internet. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Universidad Virtual. Disponible en www.revistas.unal.edu.co/index.php/email/article/download/1302/2167. Recuperado el 8 de mayo de 2009.

Rousseau, Jean Jacques (2005) El Contrato Social. Libros Primero, Segundo y Tercero. Primera edición cibernética, marzo del 2005. Captura y diseño, Chantal López y Omar Cortés. Disponible en http://www.antorcha.net/biblioteca_virtual/politica/contrato/libro1.html. Recuperado el 19 de noviembre de 2006.

Saber, Graciela y Velarde, Roxana (2004) Enfermeras/os egresados de la Universidad Nacional de Santiago del Estero: imágenes del trabajo profesional eje temático: Universidad y Trabajo Universidad Nacional de Santiago del Estero. Disponible en www.rapes.unsl.edu.ar/Congresos...2004**.** Recuperado el 4 de marzo de 2006.

Saint-Simon, Conde Claude Henri de (1950) Cartas de un habitante de Ginebra a sus contemporáneos. En Cepeda, Alfredo: Los utopistas, Editorial Hemisferio. Buenos Aires.

Saint-Simon, Conde Claude Henri de (1960) Vida de Saint-Simon escrita por él mismo. En Catecismo político de los industriales; Prólogo de Mariano Hurtado Bautista; Biblioteca de iniciación filosófica. Editorial Aguilar. Buenos Aires.

Salcedo Bastardo, José Luis (Comp.) (1973) El Primer Deber. Ediciones de la Universidad Simón Bolívar. Caracas.

Sánchez Herrera, Javier (2007) Centros Docentes para las Élites. En Kairos, Revista de temas sociales. http.www://dialnet.unirioja.es. Recuperado el 2 de febrero de 2008.

Sánchez Vázquez, Adolfo (2007) La cuestión del poder en Marx. Entre la realidad y la utopía. Ensayo sobre política, moral y socialismo. Corriente Praxis. Disponible en http://www.corrientepraxis.org.ar/spip.php?article467.Recuperado el 12 de octubre de 2007.

Sau, Victoria (1990) Ser mujer, el fin de una imagen tradicional. 2ª Edición. Editorial Icaria. Barcelona.

Senge, Peter (1998): La Quinta Disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al Aprendizaje. Editorial Garnica. México.

Scott, Joan Wallach (1996) El Género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas Marta Compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG-UNAM). México. Disponible en http://www.amdh.org.mx/mujeres/menu_superior/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/2_genero/7.pdf. Recuperado el 13 de julio de 2006.

Siles González, José (2005) La Eterna Guerra de la Identidad Enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. En Artículos Especiales. Index de Enfermería. Vol.14, Nº 50, Granada, nov. 2005. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000200001&script=sci_arttext. Recuperado el 15 de enero de 2007.

Silva, Ludovico (1975) De lo Uno a lo Otro: ensayos filosóficos y literarios. Ediciones de la Biblioteca Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Silva, Ludovico (1975) Teoría y Práctica de la Ideología. Editorial Nuestro TiempoS.A. Méjico.

Silva, Ludovico (1979) Anti-Manual para uso de Marxistas, Marxologos y Marxianos. Colección: Estudios. Monte Ávila Editores. Caracas.

Silva, Ludovico (1984) La plusvalía ideológica. Colección Avance, Ediciones de la Biblioteca Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Soares, Magda (1989) Linguagem e escola: uma perspectiva social. 7ed. Ática. São Paulo.

Starr, Paul (1982). The Social Transformation of American Medicine. Basic Books, Inc. Publisher. New York.

Sutherland, Manuel (2007) ¿Qué es la conciencia de clase? ¿Es espontánea? Para Kaosenlared 25-11-2007 a las 16:17. http://www.kaosenlared.net/noticia/conciencia-clase-espontanea. Recuperado el 23 de diciembre de 2008.

Thompson, John B. (1998) Los media y la modernidad. Una teoría de los medios de comunicación. Editorial Paidos. Barcelona.

Torada, Rebeca y Moreno, Neus (2000) Salud Laboral y Género. En *Mujer y trabajo. Problemática actual. Valencia*: Editorial Germania. [en línea] (ref. de 2000) Disponible en Web: http://scielo.isciii.es/scielo. Recuperado el 3 de mayo de 2006.

Tse-Tung, Mao (1965) Cinco Tesis Filosóficas. Ediciones Génesis. Bogotá.

Tyler, Ralph (1973), Principios básicos del currículo, Editorial Troquel, Buenos Aires.

Valcárcel, Amelia (1997) La política de las mujeres. Editorial Cátedra. Madrid.

Van Dijk, Teun (1994) El análisis crítico del discurso. Revista Anthropos, 186 (Septiembre-Octubre. Barcelona. Disponible en http://www.discursos.org/oldarticles/El%20an%E1lisis%20cr%EDtico%20del%20discurso.pdf. Recuperado el 15 de diciembre de 2006.

Vásquez Barquero, Antonio (2009) Desarrollo Endógeno 1. En Corporación para el Desarrollo Endógeno. Disponible en http://www.geomundos.com/ongs/CORPOENDOGENA/desarrollo-endogeno1antonio-vazquez-barquero_doc_19398.html. Recuperado el 23 de enero de 2009.

Vázquez Barquero, Antonio (1999) Desarrollo, Redes e Innovación. Pirámide. Madrid.

Vega Rodríguez, Margarita (2001) Universalismo y acción comunicativa. (Universidad de California. Berkeley). En Especulo, Revista de Estudios Literarios. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en http://www.ucm.es/info/especulo/numero19/univers.html. Recuperado el 12 de abril de 2006.

Vega Villalobos, Nora Agnes (1996) Opiniones sobre currículo: entre la formación el desempeño profesional. En Revista Latinoamericana de Enfermagem. Vol.

4 No. 2 Ribeirão Preto July 1996.http://www.scielo.br. Recuperado el 24 de febrero de 2007.

Verdugo Sánchez, José Alfredo (1991) La función de los colegios de profesionistas: el caso del Colegio Nacional de Bibliotecarios. – En: Jornadas Mexicanas de Biblioteconomía (22: Tuxtla Gutiérrez, Chis. : 1991) Memorias. – AMBAC, 1994, México.

Vessuri, Hebe. (2001) Enfermería de Salud Pública, Modernización y Cooperación Internacional. El Proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela, 1936-1950. Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos . Vol. 8, No. .3 Rio de Janeiro, Sept.Dec. 2001. Recuperado el 8 de enero de 2006. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702001000400002&script=sci_arttext. Recuperado el 3 de febrero de 2006.

Villaseca Muñoz, Roberto Enrique (2008): Vigencia del Materialismo Dialéctico e Histórico como Método de Investigación Científica y Social. Validez de la Interpretación Materialista de las Ciencias Exactas y Humanas. El Paradigma Educativo Materialista. Disponible en http://www.g80.cl/documentos/docs/Materialismo_Dialectico_e_Historico.pdf . Recuperado el 25 de noviembre de 2008.

Virchow, Rudolf (1848) Reporte Sobre la Epidemia de Tifo en Alta Silesia. *Archiv. für Patholog. Anatomie u. Physiologie u. für klin Medicin. 1848, Vol. II, núms. 1 y 2*. En CLÁSICOS EN MEDICINA SOCIAL. Disponible en http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/view/176/377. Recuperado el 8 de enero de 2007.

Weber, Max (1977) Estructuras de Poder. Editorial La Pléyade. Buenos Aires.

Weber, Max (1996) La Ética Protestante y el Capitalismo. Editorial Colofón, México.

Weber, Max (2008) Economía y Sociedad. Fondo de Cultura Económica. México. En http://books.google.co.ve/books?

Wilensky, Harold (1964) The Professionalization of Everyone. En The American Journal of Sociology. Vol. LXX (2). September 1964. Conferencia de Jorge Pilone: La profesión como emergente en proceso de cambio entre capitalismo liberal y capitalismo monopólico. Disponible en http://www.unne.edu.ar/institucional/documentos/j_pilone_profesiones.pdf. Recuperado el 2 de febrero de 2006

Wittgenstein, Ludwig (1975) Tractatus Logico-Philosophicus, 14 ed. Alianza Universidad. Madrid.

Wright Mills Charles (2001) La Elite del Poder. Editorial Fondo de Cultura Económico. México.

Yopo, Boris (1973) Educación, Universidad y Desarrollo. Revista Educación Superior Nº 3 ANUIES. México. Disponible en http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res003/txt2.htm. Recuperado el 21 de septiembre de 2006.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA

ENCUESTA DE OPINION

Estimada/o ciudadana/o:

Como parte de un estudio de investigación sobre médicos y enfermeras en Venezuela, estamos recogiendo información a ciudadanos (as) mayores de edad.

La Encuesta es anónima y sus respuestas son confidenciales.

No existen, respuestas que puedan evaluarse como buenas o malas por lo que agradecemos su sinceridad al responderlas,

Lea cuidadosamente las preguntas y *Marque con una X, sobre la raya, la opción de su mayor preferencia (solo una)*

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN

0.- Sexo____ Edad_____

1.- ¿Considera usted que tienen el mismo poder los médicos que las enfermeras?

Si_____ No_____ No sé_____

2.- ¿Considera usted que tiene más poder el médico que la enfermera?

Si_____ No_____ No sé_____

3.- ¿Considera usted que existen desigualdades entre médicos y enfermeras?

Si_____ No_____ No sé_____

4.- ¿Considera usted que existen grandes desigualdades entre médicos y enfermeras?

Si_____ No_____ No sé_____

5.- ¿Considera usted que la clase social incide en las desigualdades entre médicos y enfermeras?

Si_____ No_____ No sé_____

6.- ¿Considera usted que la participación en política y la ocupación de altos cargos es igual en médicos que enfermeras?

Si_____ No_____ No sé_____

7.- ¿Considera usted que los médicos participan más en política y ocupan más altos cargos que las enfermeras?

Si_____ No_____ No sé_____

8.- ¿Considera usted que los médicos tienen más formación y capacidad que las enfermeras para ocupar altos cargos en la administración pública o privada?

Si_____ No_____ No sé_____

9.- ¿Considera usted que por su poder los médicos impiden la participación y desarrollo político de las enfermeras?

Si_____ No_____ No sé_____

10.- ¿Considera usted que en Venezuela los médicos son socialmente más reconocidos que las enfermeras?

Si_____ No_____ No sé_____

ANEXO 2

GUÍA DE ENTREVISTA

1.- ***¿Qué es para usted el poder?***

2.- ***¿Qué son las relaciones de poder?***

3.- En todas las relaciones humanas se establecen relaciones de poder que condicionan las posiciones sociales tanto de unos como de los otros. Así vemos por ejemplo que existen profesiones dominantes y dominadas.
¿Qué considera usted que condiciona o produce las relaciones de poder entre Enfermería y Medicina?

4.- Se afirma que al contrario de lo que ocurre con Medicina, en Enfermería hay escasa participación política en las altas esferas tanto públicas como privadas.
¿Considera usted que esto se debe a: La diferencia de clase de la cual proceden los médicos y las enfermeras, la diferencia de género, donde la enfermería es mayoritariamente femenina, el poder médico sobre las otras profesiones de la salud?

5.- La enfermería es hoy una profesión de alta responsabilidad social que cada vez demanda mayor formación. Esta profesión está en expansión, ha aumentado el nº de graduados; se han abierto postgrados (especialidades, Maestrías y Doctorado) pero no obstante esos logros académicos, la profesión pareciera invisible socialmente, carente de reconocimiento social y sin poder.
¿A qué atribuye usted esta situación?

6.- Se observa que las enfermeras/os a diferencia de los médicos no coordinan, dirigen, producen o moderan programas de salud en los medios de comunicación como radio y televisión.
Asimismo, no existen columnas, secciones o suplementos de Enfermería en la prensa escrita.
¿Qué opina usted de esto?

7.- A diferencia de Medicina, hay en la sociedad venezolana una imagen de enfermería estigmatizada, estereotipada, devaluada, incluso en los medios (novelas, películas, programas de entretenimiento) que no se le asigna a las médicas pero sí a las enfermeras.

¿Considera usted que eso se debe a la condición de clase de la profesión y es una limitante para su poder?

8.- Se afirma que las relaciones de poder asimétricas entre enfermería y medicina se manifiestan en la propiedad diferencial de medios de producción; mientras que hay médicos propietarios o accionistas de centros de salud no hay enfermeras/os.
¿Piensa usted que esto influye en el imaginario colectivo para asignarle más poder a uno que al otro?

ANEXO 3

CLASIFICACION UNESCO

1101 APLICACIONES DE LA LOGICA
1102 LOGICA DEDUCTIVA
1103 LOGICA GENERAL
1104 LOGICA INDUCTIVA
1105 METODOLOGIA
1199 OTRAS ESPECIALIDADES RELATIVAS A LA LOGICA

1201 ALGEBRA
1202 ANALISIS Y ANALISIS FUNCIONAL
1203 CIENCIA DE LOS ORDENADORES
1204 GEOMETRIA
1205 TEORIA DE NUMEROS
1206 ANALISIS NUMERICO
1207 INVESTIGACION OPERATIVA
1208 PROBABILIDAD
1209 ESTADISTICA
1210 TOPOLOGIA
1299 OTRAS ESPECIALIDADES MATEMATICAS

2101 COSMOLOGIA Y COSMOGONIA
2102 MEDIO INTERPLANETARIO
2103 ASTRONOMIA OPTICA
2104 PLANETOLOGIA
2105 RADIOASTRONOMIA
2106 SISTEMA SOLAR

2201 ACUSTICA
2202 ELECTROMAGNETISMO
2203 ELECTRONICA
2204 FISICA DE FLUIDOS
2205 MECANICA
2206 FISICA MOLECULAR
2207 FISICA ATOMICA Y NUCLEAR
2208 NUCLEONICA
2209 OPTICA
2210 QUIMICA FISICA
2211 FISICA DEL ESTADO SÓLIDO
2212 FISICA TEORICA
2213 TERMODINAMICA

2214 UNIDADES Y CONSTANTES
2290 FISICA DE ALTAS ENERGIAS
2299 OTRAS ESPECIALIDADES FISICAS

2301 QUIMICA ANALITICA
2302 BIOQUIMICA
2303 QUIMICA INORGANICA
2304 QUIMICA MACROMOLECULAR
2305 QUIMICA NUCLEAR
2306 QUIMICA ORGANICA
2307 QUIMICA FISICA
2390 QUIMICA FARMACEUTICA
2391 QUIMICA AMBIENTAL
2399 OTRAS ESPECIALIDADES QUIMICAS

2401 BIOLOGIA ANIMAL (ZOOLOGIA)
2402 ANTROPOLOGIA (FISICA)
2403 BIOQUIMICA
2404 BIOMATEMATICAS
2405 BIOMETRIA
2406 BIOFISICA
2407 BIOLOGIA CELULAR
2408 ETOLOGIA
2409 GENETICA
2410 BIOLOGIA HUMANA
2411 FISIOLOGIA HUMANA
2412 INMUNOLOGIA
2413 BIOLOGIA DE INSECTOS (ENTOMOLOGIA)
2414 MICROBIOLOGIA
2415 BIOLOGIA MOLECULAR
2416 PALEONTOLOGIA
2417 BOTANICA
2418 RADIOBIOLOGIA
2419 SIMBIOSIS
2420 VIROLOGIA
2490 NEUROCIENCIAS
2499 OTRAS ESPECIALIDADES BIOLOGICAS

2501 CIENCIAS DE LA ATMOSFERA
2502 CLIMATOLOGIA
2503 GEOQUIMICA
2504 GEODESIA
2505 GEOGRAFIA

2506 GEOLOGIA
2507 GEOFISICA
2508 HIDROLOGIA
2509 METEOROLOGIA
2510 OCEANOGRAFIA
2511 CIENCIAS DEL SUELO (EDAFOLOGIA)
2512 CIENCIAS DEL ESPACIO
2599 OTRAS ESPECIALIDADES DE LA TIERRA, ESPACIO O ENTORNO

3101 AGROQUIMICA
3102 INGENIERIA AGRICOLA
3103 AGRONOMIA
3104 PRODUCCION ANIMAL
3105 PECES Y FAUNA SILVESTRE
3106 CIENCIA FORESTAL
3107 HORTICULTURA
3108 FITOPATOLOGIA
3109 CIENCIAS VETERINARIAS
3199 OTRAS ESPECIALIDADES AGRARIAS

3201 CIENCIAS CLINICAS
3202 EPIDEMOLOGIA
3203 MEDICINA FORENSE
3204 MEDICINA DEL TRABAJO
3205 MEDICINA INTERNA
3206 CIENCIAS DE LA NUTRICION
3207 PATOLOGIA
3208 FARMACODINAMICA
3209 FARMACOLOGIA
3210 MEDICINA PREVENTIVA
3211 PSIQUIATRIA
3212 SALUD PÚBLICA
3213 CIRUGIA
3214 TOXICOLOGIA
3299 OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

3301 INGENIERIA Y TECNOLOGIA AERONAUTICAS
3302 TECNOLOGIA BIOQUIMICA
3303 INGENIERIA Y TECNOLOGIA QUIMICAS
3304 TECNOLOGIA DE LOS ORDENADORES
3305 TECNOLOGIA DE LA CONSTRUCCION
3306 INGENIERIA Y TECNOLOGIA ELECTRICAS
3307 TECNOLOGIA ELECTRONICA

3308 INGENIERIA Y TECNOLOGIA DEL MEDIO AMBIENTE
3309 TECNOLOGIA DE LOS ALIMENTOS
3310 TECNOLOGIA INDUSTRIAL
3311 TECNOLOGIA DE LA INSTRUMENTACION
3312 TECNOLOGIA DE MATERIALES
3313 TECNOLOGIA E INGENIERIA MECANICAS
3314 TECNOLOGIA MEDICA
3315 TECNOLOGIA METALURGICA
3316 TECNOLOGIA DE PRODUCTOS METALICOS
3317 TECNOLOGIA DE VEHICULOS DE MOTOR
3318 TECNOLOGIA MINERA
3319 TECNOLOGIA NAVAL
3320 TECNOLOGIA NUCLEAR
3321 TECNOLOGIA DEL CARBON Y DEL PETROLEO
3322 TECNOLOGIA ENERGETICA
3323 TECNOLOGIA DE LOS FERROCARRILES
3324 TECNOLOGIA DEL ESPACIO
3325 TECNOLOGIA DE LAS TELECOMUNICACIONES
3326 TECNOLOGIA TEXTIL
3327 TECNOLOGIA DE SISTEMAS DE TRANSPORTE
3329 PLANIFICACION URBANA
3399 OTRAS ESPECIALIDADES TECNOLOGICAS

5101 ANTROPOLOGIA CULTURAL
5102 ETNOGRAFIA Y ETNOLOGIA
5103 ANTROPOLOGIA SOCIAL

5201 FERTILIDAD
5202 DEMOGRAFIA GENERAL
5203 DEMOGRAFIA GEOGRAFICA
5204 DEMOGRAFIA HISTORICA
5205 MORTALIDAD
5206 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION
5207 TAMAÑO DE LA POBLACION Y EVOLUCION DEMOGRAFICA
5299 OTRAS ESPECIALIDADES DEMOGRAFICAS

5301 POLITICA FISCAL Y HACIENDA PÚBLICA NACIONALES
5302 ECONOMETRIA
5303 CONTABILIDAD ECONOMICA
5304 ACTIVIDAD ECONOMICA
5305 SISTEMAS ECONOMICOS
5306 ECONOMICA DEL CAMBIO TECNOLOGICO
5307 TEORIA ECONOMICA

5308 ECONOMIA GENERAL
5309 ORGANIZACION INDUSTRIAL Y POLITICAS GUBERNAMENTALES
5310 ECONOMIA INTERNACIONAL
5311 ORGANIZACION Y DIRECCION DE EMPRESAS
5312 ECONOMIA SECTORIAL
5399 OTRAS ESPECIALIDADES ECONOMICAS

5401 GEOGRAFIA ECONOMICA
5402 GEOGRAFIA HISTORICA
5403 GEOGRAFIA HUMANA
5404 GEOGRAFIA REGIONAL
5499 OTRAS ESPECIALIDADES GEOGRAFICAS

5501 BIOGRAFIAS
5502 HISTORIA GENERAL
5503 HISTORIA DE PAISES
5504 HISTORIA POR EPOCAS
5505 CIENCIAS AUXILIARES DE LA HISTORIA
5506 HISTORIAS ESPECIALIZADAS
5599 OTRAS ESPECIALIDADES HISTORICAS

5601 LEGISLACION CANONICA
5602 TEORIA Y METODOS GENERALES
5603 LEGISLACION INTERNACIONAL
5604 ORGANIZACION LEGAL
5605 LEGISLACION Y LEYES NACIONALES
5699 OTRAS ESPECIALIDADES JURIDICAS

5701 LINGUISTICA APLICADA
5702 LINGUISTICA DIACRONICA
5703 GEOGRAFIA LINGUISTICA
5704 TEORIA LINGUISTICA
5705 LINGUISTICA SINCRONICA
5799 OTRAS ESPECIALIDADES LINGUISTICAS

5801 TEORIA Y METODOS EDUCATIVOS
5802 ORGANIZACION Y PLANIFICACION DE LA EDUCACION
5803 PREPARACION Y EMPLEO DE PROFESORES
5899 OTRAS ESPECIALIDADES PEDAGOGICAS

5901 RELACIONES INTERNACIONALES
5902 CIENCIAS POLITICAS
5903 IDEOLOGIAS POLITICAS

5904 INSTITUCIONES POLITICAS
5905 VIDA POLITICA
5906 SOCIOLOGIA POLITICA
5907 SISTEMAS POLITICOS
5908 TEORIA POLITICA
5909 ADMINISTRACION PÚBLICA
5910 OPINION PÚBLICA
5999 OTRAS ESPECIALIDADES POLITICAS

6101 PSICOLOGIA ANORMAL
6102 PSICOLOGIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
6103 CONSEJO Y GUIA
6104 PSICOLOGIA EDUCACIONAL
6105 EVALUACION Y DIAGNOSTICO EN PSICOLOGIA
6106 PSICOLOGIA EXPERIMENTAL
6107 PSICOLOGIA GENERAL
6108 PSICOLOGIA DE LA VEJEZ
6109 PSICOLOGIA INDUSTRIAL
6110 PARAPSICOLOGIA
6111 PERSONALIDAD
6112 ESTUDIO PSICOLOGICO DE TEMAS SOCIALES
6113 PSICOFARMACOLOGIA
6114 PSICOLOGIA SOCIAL
6199 OTRAS ESPECIALIDADES PSICOLOGICAS

6201 ARQUITECTURA
6202 TEORIA, ANALISIS Y CRITICA LITERARIAS
6203 TEORIA, ANALISIS Y CRITICA DE LAS BELLAS ARTES
6299 OTRAS ESPECIALIDADES ARTISTICAS

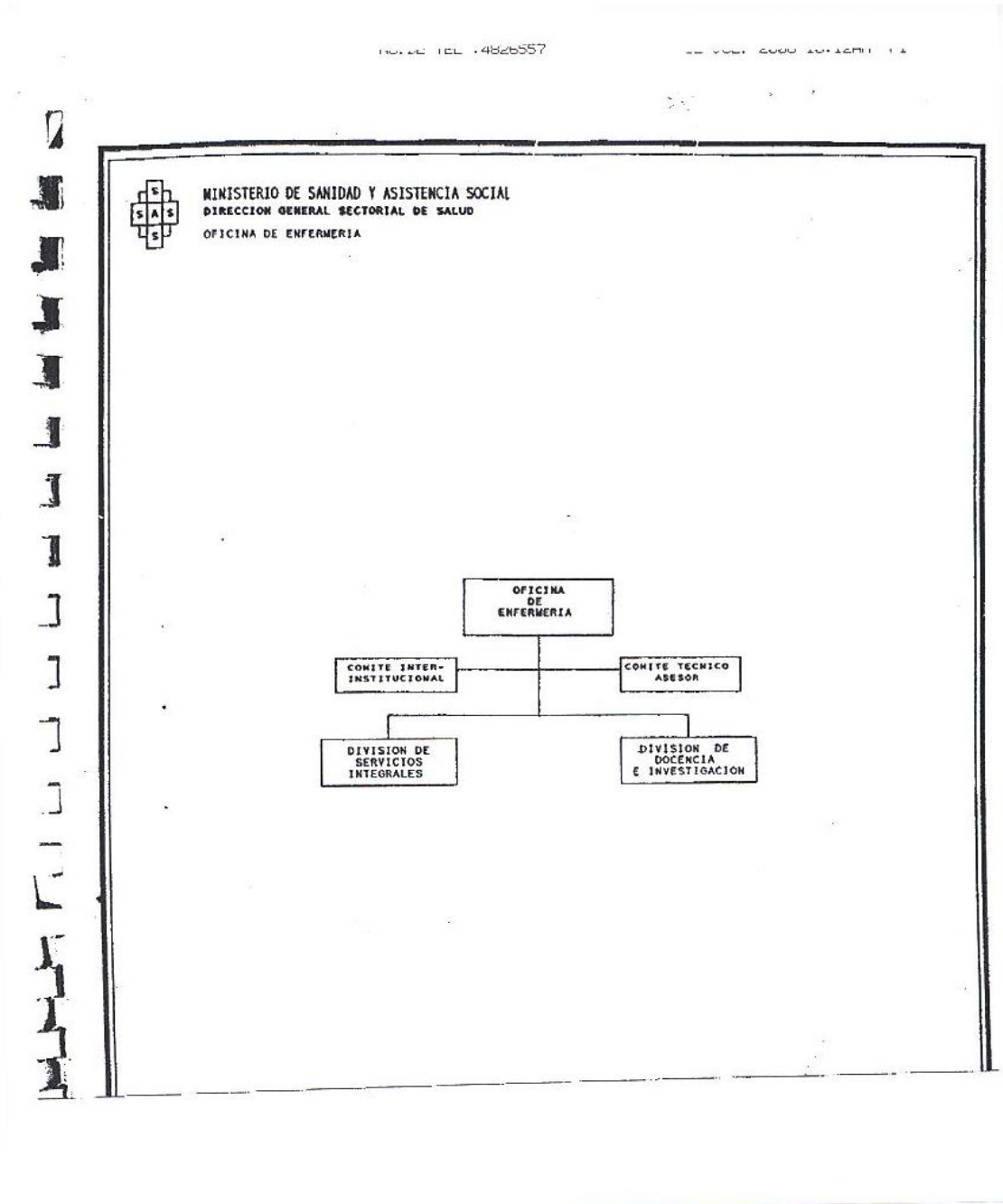
6301 SOCIOLOGIA CULTURAL
6302 SOCIOLOGIA EXPERIMETAL
6303 SOCIOLOGIA GENERAL
6304 PROBLEMAS INTERNACIONALES
6305 SOCIOLOGIA MATEMATICA
6306 SOCIOLOGIA DEL TRABAJO
6307 CAMBIO Y DESARROLLO SOCIAL
6308 COMUNICACIONES SOCIALES
6309 GRUPOS SOCIALES
6310 PROBLEMAS SOCIALES
6311 SOCIOLOGIA DE LAS ASENTAMIENTOS HUMANOS
6399 OTRAS ESPECIALIDADES SOCIOLOGICAS

7101 ETICA CLASICA
7102 ETICA DE INDIVIDUOS
7103 ETICA DE GRUPOS
7104 ETICA EN PERSPECTIVA
7199 OTRAS ESPECIALIDADES RELACIONADAS CON LA ETICA

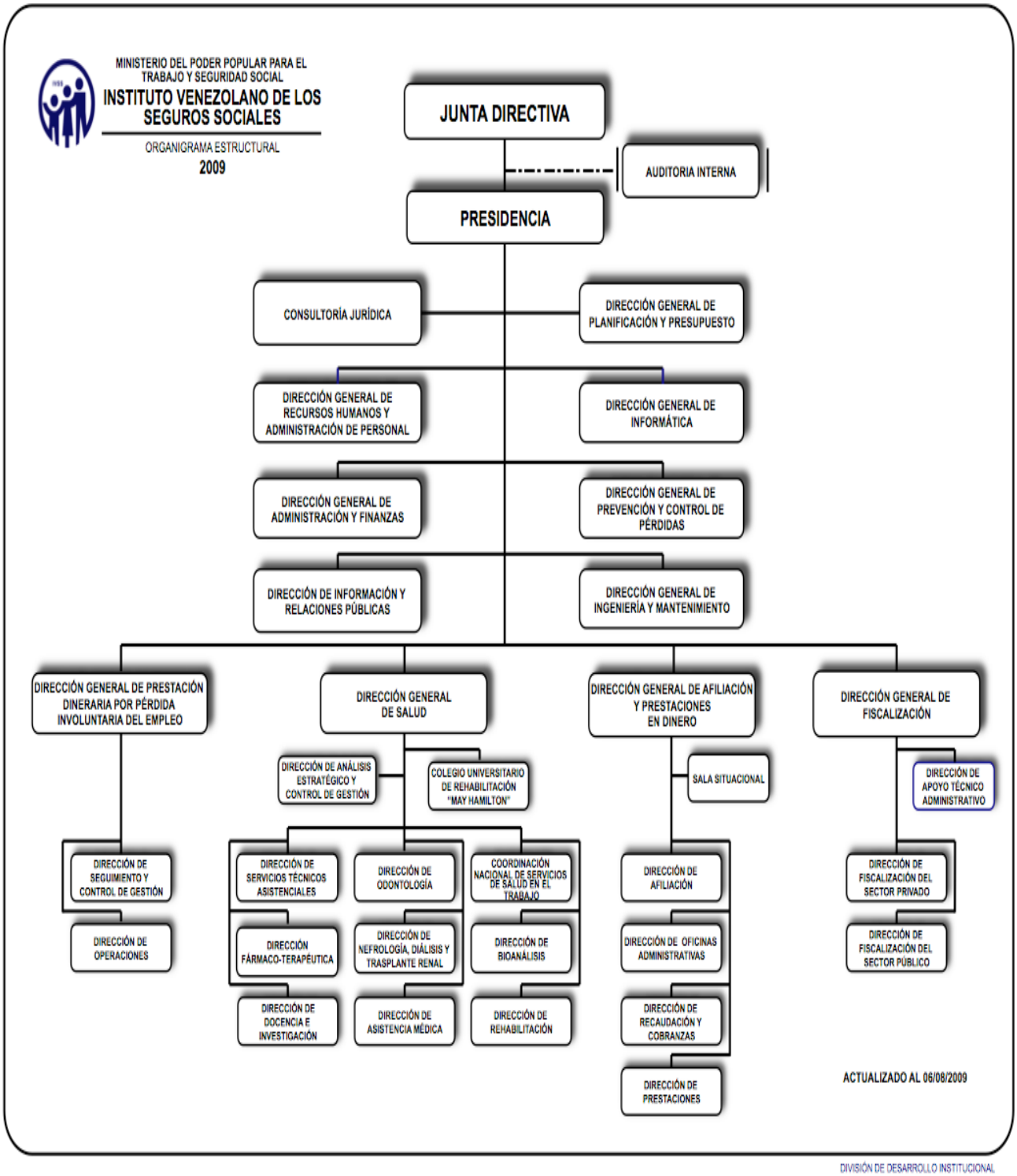
7201 FILOSOFIA DEL CONOCIMIENTO
7202 ANTROPOLOGIA FILOSOFICA
7203 FILOSOFIA GENERAL
7204 SISTEMAS FILOSOFICOS
7205 FILOSOFIA DE LA CIENCIA
7206 FILOSOFIA DE LA NATURALEZA
7207 FILOSOFIA SOCIAL
7208 DOCTRINAS FILOSOFICAS
7209 OTRAS ESPECIALIDADES FILOSOFICAS

ANEXO 4

ORGANIGRAMA ORIGINAL DE LA OFICINA DE ENFERMERÍA (MSAS)



ANEXO 5

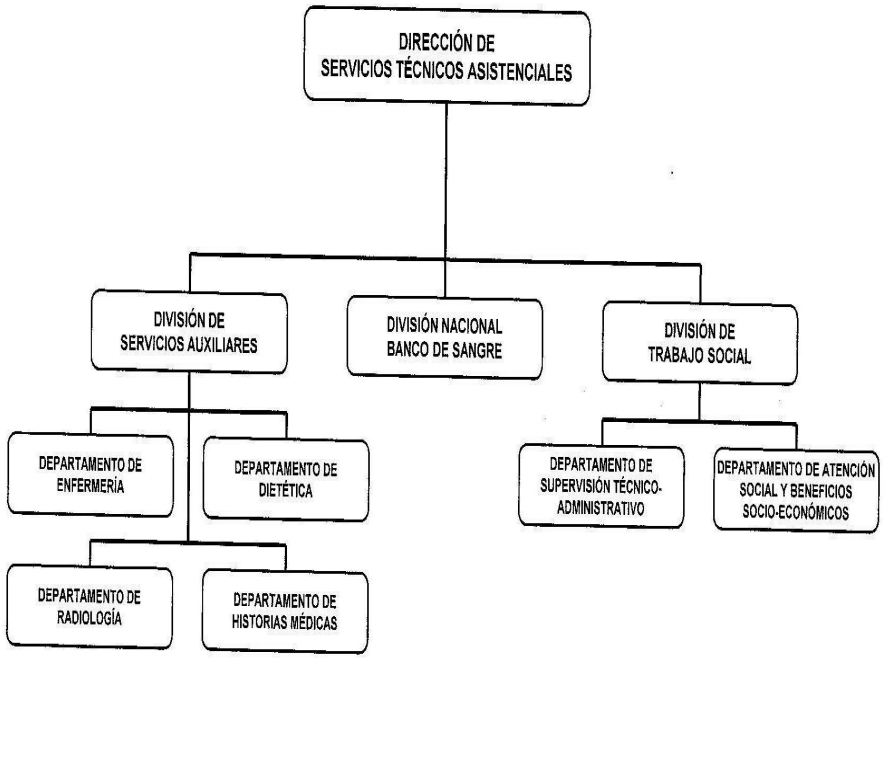

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL
2009
JUNTA DIRECTIVA
AUDITORIA INTERNA
PRESIDENCIA
CONSULTORÍA JURÍDICA
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMÁTICA
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PÉRDIDAS
DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS
DIRECCIÓN GENERAL DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO
DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DINERARIA POR PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE AFILIACIÓN Y PRESTACIONES EN DINERO
DIRECCIÓN GENERAL DE FISCALIZACIÓN
DIRECCIÓN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE GESTIÓN
DIRECCIÓN DE OPERACIONES
DIRECCIÓN DE ANÁLISIS ESTRATÉGICO Y CONTROL DE GESTIÓN
COLEGIO UNIVERSITARIO DE REHABILITACIÓN "MAY HAMILTON"
DIRECCIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS ASISTENCIALES
DIRECCIÓN DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO
DIRECCIÓN FÁRMACO-TERAPÉUTICA
DIRECCIÓN DE NEFROLOGÍA, DIÁLISIS Y TRASPLANTE RENAL
DIRECCIÓN DE BIOANÁLISIS
DIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
SALA SITUACIONAL
DIRECCIÓN DE AFILIACIÓN
DIRECCIÓN DE OFICINAS ADMINISTRATIVAS
DIRECCIÓN DE RECAUDACIÓN Y COBRANZAS
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES
DIRECCIÓN DE APOYO TÉCNICO ADMINISTRATIVO
DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN DEL SECTOR PRIVADO
DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO
ACTUALIZADO AL 06/08/2009
DIVISIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

ANEXO 6

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS ASISTENCIALES

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



Estructura ratificada en Resolución Nº 991, Acta Nº 16 de fecha 01-11-2005

DIVISION DE DESARROLLO INSTITUCIONAL