

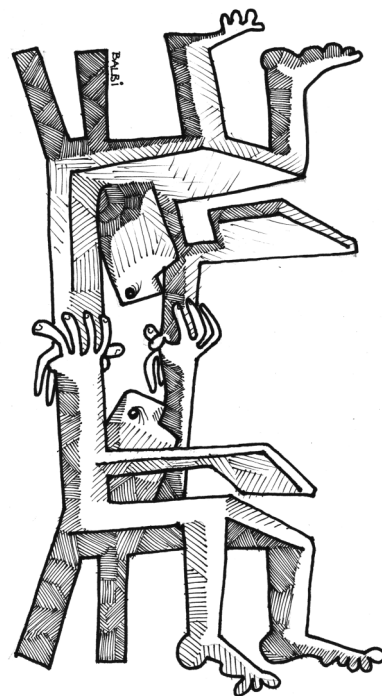
LA FORMACIÓN MÉDICA EN VENEZUELA: ¿PROFESIONALES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD O DE LA ENFERMEDAD?

TRAINING MEDICAL DOCTORS IN VENEZUELA, ARE THEY PREPARED FOR PREVENTIVE MEDICINE OR FOR CURATIVE MEDICINE?

A FORMAÇÃO MÉDICA NA VENEZUELA: PROFISSIONAIS PARA A ATENÇÃO DA SAÚDE OU DA DOENÇA?

YAJAIRA C. ROMERO UZCÁTEGUI
yaruzcategui@hotmail.com
Universidad de Los Andes
Facultad de Odontología
Mérida, edo. Mérida, Venezuela.

Fecha de recepción: 28 de abril de 2012
Fecha de aceptación: 29 de mayo de 2012



Resumen

La salud es un tema con vigencia permanente. Pese a ello, poco se discute en los ámbitos académicos venezolanos. El debate ha sido estimulado por la participación de los médicos cubanos en nuestro país y el Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria, sobre el cual creo que es necesario realizar un debate crítico, como sujetos sociales corresponsables de la situación de la salud en nuestra población. El presente ensayo comienza con una breve reseña histórica del perfil epidemiológico de la población venezolana. Luego explica desde qué perspectiva teórica se viene abordando el binomio salud-enfermedad en los pênsums de estudios de las diferentes carreras de ciencias de la salud en nuestras universidades, y la pertinencia o no de lo que se conoce como medicina comunitaria.

Palabras clave: epistemología en la práctica médica, salud-enfermedad, medicina comunitaria, formación médica.

Abstract

Health is a permanent topic. However, it is barely discussed in Venezuelan professional settings. A debate around it has been recently taken by the presence of the Cuban mission in Venezuela and the creation of the program in Integral Community Medicine. A critical discussion around these topics should be carried out due to the social implications they have in our society. Thus, a brief account of the epidemiological profile of the Venezuelan population is first considered in this essay. Then, an analysis of the main theoretical approaches used by the Venezuelan university programs of health sciences considering health-illness duality has been done. Finally, the concept of community medicine and its relevance is considered.

Keywords: medical epistemology, health and illness, community medicine, medical training.

Resumo

A saúde é um tema com vigência permanente. No que pese a isso, pouco se discute nos âmbitos acadêmicos venezuelanos. O debate tem sido estimulado pela participação dos médicos cubanos em nosso país e o Programa Nacional de Formação em Medicina Integral Comunitária, sobre o qual acho necessário realizar um debate crítico, como sujeitos sociais co-responsáveis da situação da saúde em nossa população. O presente ensaio começa com uma breve resenha histórica do perfil epidemiológico da população venezuelana. Depois, explica desde qual perspectiva teórica vem-se abordando o binômio saúde-doença nos programas de estudos das diferentes carreiras de ciências da saúde em nossas universidades, e a pertinência ou não do que é conhecido como medicina comunitária.

Palavras-chave: epistemologia na prática médica, saúde-doença, medicina comunitária, formação médica.



INTRODUCCIÓN

“La población latinoamericana sobrelleva desde hace cinco siglos una vida subalterna, marcada por formas destructivas de trabajo, privaciones extremas en el consumo, acceso muy limitado a los bienes que distribuye el Estado y una imposibilidad impuesta para desencadenar a plenitud su capacidad creativa y ejercer los derechos políticos y humanos consignados teóricamente en los textos constitucionales. Es decir, la crisis de la vida y la salud son parte constitutiva del escenario regional”

Jaime Breilh
(1994: 65).



Reflexionar sobre la formación de los profesionales de la salud en Venezuela sin duda resulta un tema apasionante y controvertido.

Sin embargo, poco se discute al respecto en los ámbitos académicos. Por ello, quiero comenzar estas reflexiones saludando la iniciativa del cuerpo editorial de *EDUCERE*, al abrir este espacio para el debate desde el ámbito educativo, tan necesario y pertinente para la sociedad planetaria en tiempos de crisis.

Pocas políticas sociales han generado en nuestro país un debate tan polémico como la presencia de los médicos cubanos y su participación en lo que muchos consideramos un sistema paralelo de atención a la salud, y sobre el cual creo que es necesario realizar un debate crítico, no como espectadores en un escenario al cual hemos sido invitados a emitir opinión, sino como sujetos sociales corresponsables de la situación de salud de nuestra población y que, al asumir el compromiso de participar en la discusión, indefectiblemente debemos partir de la autocritica que debe caracterizar toda discusión académica y universitaria.

Desde la universidad suele señalarse a los gobiernos nacionales, regionales y locales como los responsables de todas las deficiencias y carencias de las cuales adolece el sistema público de salud. Sin embargo, cabe preguntarse:

¿Quiénes dirigen y participan de ese sistema? ¿Quiénes son los ministros, los directores de hospitales y los cuadros de gerencia de la salud en el sistema público? Pues no son otros que los mismos que han estado sentados en las aulas de clase de nuestras universidades. Es decir, son nuestras universidades las que forman y preparan los recursos humanos para dirigir la salud pública y privada de la sociedad venezolana. Por lo tanto, existe una estrecha relación en el desempeño de estos profesionales en la conducción del sistema nacional de salud y la formación académica que imparten nuestras facultades y escuelas de ciencias de la salud. Pero además de ello, las universidades tienen una participación directa en la prestación de servicios, tanto en el nivel de pregrado como en los postgrados y por medio de las actividades de extensión y de investigación. Por lo cual la cuota de responsabilidad que tenemos los integrantes de la comunidad universitaria en la orientación, acertada o no, de las políticas de salud en Venezuela es muy alta. No podemos comportarnos entonces como invitados de piedra en este debate, participamos directamente en el sistema de salud y con la responsabilidad histórica de formar y orientar la constitución de los sujetos sociales que conforman ese colectivo.

Hagamos entonces una breve reseña histórica del perfil epidemiológico de la población venezolana y desde qué perspectiva teórica se viene abordando el binomio salud-enfermedad en los pñsums de estudios en las diferentes carreras de las ciencias de la salud en nuestras universidades, para poder avanzar en la reconstrucción del modelo de atención predominante y la pertinencia o no de lo que se conoce como medicina comunitaria.

1. ALGUNOS REFERENTES HISTÓRICOS, POLÍTICOS Y SOCIALES SOBRE LA SALUD EN VENEZUELA

La reconstrucción histórica de las condiciones de vida de la población en nuestro país a comienzos del siglo XX es un ejercicio necesario, porque solo conociendo nuestra historia, podremos direccionar nuestras acciones en el presente y construir el futuro. Y en este ejercicio de conmemoración la biografía del venezolano Jesús Fariás (2007) resulta muy ilustrativa, porque da a conocer una parte de nuestra historia que la mayoría de los jóvenes universitarios desconocen. La narrativa con la que el autor describe su infancia y sus años como trabajador de los campos petroleros, la descripción del agua con la que preparaban los alimentos, las chozas donde vivan, el hambre y las reiteradas ocasiones en las que sufrían de paludismo, forman parte de la cadena de miserias en las que vivían las grandes mayorías de la población campesina venezolana, un tema que lamentablemente los historiadores y las instituciones educativas no se han ocupado por investigar y difundir. Poco conocen nuestros jóvenes acerca de cómo surgió la industria petrolera, principal fuente

de riqueza de nuestro país, y la estrecha relación que existe con la institucionalización del sistema público de salud. Por otra parte muchas de las dificultades que se enfrentan en la actualidad, en el esfuerzo por transformar el sistema de salud, tuvieron sus orígenes en ese tiempo histórico, por lo tanto es necesario su permanente análisis y revisión, ya que “la historia debe ser concebida no solo como una forma de evaluar el pasado, como un dato curioso o erudito, como una materia estática, muerta, sino como una disciplina viva, que deja entrever las fuerzas que se mueven en la sociedad” (Sigerist, citado en Beldarrain 2002).

En el transcurrir del siglo XX ocurrieron importantes cambios en el perfil epidemiológico de la población venezolana, como consecuencia directa de los procesos políticos, económicos y sociales que vivió la nación en ese convulsionado periodo de tiempo. En febrero de 1936 el presidente Eleazar López Contreras divide el despacho que se ocupaba conjuntamente de la salud y de la actividad agropecuaria, creando el Ministerio Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y el Ministerio de Agricultura y Cría, entre otras instituciones. Para ese momento la población venezolana, que era predominantemente rural, exhibía características inherentes a la pobreza: analfabetismo, un perfil epidemiológico conformado por enfermedades infecciosas y una carencia generalizada de los servicios básicos indispensables para las tres primeras décadas del siglo XX en Venezuela reinaba la pobreza, el hambre, la ignorancia, el paludismo y la muerte a temprana edad. La esperanza de vida del venezolano se ubicaba en 35 años.

Resulta un lugar común señalar que los cambios que ocurren a partir de la presidencia de Eleazar López Contreras se deben a una nueva voluntad política que emerge con el fin de la dictadura más larga y tiránica vivida por los venezolanos. Sin embargo, ocurren dos hechos que definieron la orientación de la política social, del desarrollo institucional y del crecimiento económico que se vivió durante las primeras décadas del siglo XX. El primero de ellos es el inicio en el territorio nacional de la explotación y expropiación petrolera. El capital transnacional necesitaba instalar en suelo venezolano sus industrias, pero estos eran unos territorios diezmados por la malaria. Se necesitaba, además, de obreros que asumieran la titánica tarea de abrir picas por los lugares más inhóspitos, sin ningún tipo de seguridad industrial y por supuesto sin atención médica, única forma de obtener “mano de obra barata”.

Posteriormente, la necesidad de los EE.UU. de expandir su mercado hacia América Latina después de la segunda guerra mundial, que hasta ese momento solo había servido para la extracción de materias primas baratas. En estos países rurales era necesario no solo crear las condiciones de infraestructura indispensables para la circulación del capital, sino mejorar el poder adquisitivo de la población y generar nuevas necesidades,

para convertirla entonces en una sociedad consumidora de la industria transnacional. Por estas razones es que los Estados Unidos brindaron su respaldo para el desarrollo de las políticas sanitarias, como es el caso de la participación de la Fundación Rockefeller en la erradicación de la malaria en Venezuela. Si bien es cierto que en buena parte de los jóvenes políticos y profesionales venezolanos de la época había genuinos intereses nacionalistas, los oscuros intereses de los grupos oligopólicos fueron los que direccionaron la política nacional.

El reciente creado MSAS tiene entonces como principal tarea erradicar la malaria, que, según Salcedo (1990), llegó a ocasionar 10.000 muertos por año. Desde la Dirección Nacional de Malariología el Dr. Arnoldo Gabaldón dirige la campaña nacional antimalárica, siendo la estrategia principal el mejoramiento de las condiciones de vida por medio de obras de infraestructura, como la construcción de drenajes y acueductos, la aplicación en las viviendas del DDT, que conjuntamente a otras medidas, significó un aumento de 20 años en la esperanza de vida del venezolano.

La seguridad social es promocionada con la promulgación de la Ley del Trabajo, que establecía nuevos beneficios sociales para la naciente clase obrera: cesantía, antigüedad, preaviso y reparto de utilidades, y para 1940 fue promulgada la Ley del Seguro Social Obligatorio.

De esta manera se da inicio en el país al nacimiento de instituciones que en adelante van a tener la responsabilidad de atender los asuntos inherentes a la salud, la educación y el bienestar social de toda la población. Para la organización interna del MSAS se adoptó la estructura de las *unidades sanitarias*, programa iniciado por la fundación Rockefeller y concebido en forma similar a los *health centers* de Inglaterra. En estas unidades predominaba el personal médico y de enfermería. También destaca en el gobierno de Eleazar López Contreras el emprendimiento de una intensa campaña de educación sanitaria.

Entre los años 1940 y 1948 se lograron en el país importantes cambios políticos, económicos y sociales, entre los cuales destacan: la legalización de los partidos políticos, la realización de los primeros comicios electorales, libres y universales, y la redacción y aprobación de la constitución de 1947, entre otros, proceso mediante el cual se va conformando una nueva cultura ciudadana de participación social, no como sujetos creadores y transformadores de la realidad social, sino como receptores de las “bondades” de las políticas públicas, siendo la salud el componente social en el cual este hecho se refleja más notoriamente.

Se acentúa el proceso migratorio desde las zonas rurales hacia los centros urbanos en busca de mejores



condiciones de vida. A partir de 1945 el Estado comienza a participar directamente en la producción económica. La economía interna disfruta de una significativa expansión, gracias a la inversión pública, producto de la renta petrolera, lo cual genera un importante incremento en el poder adquisitivo de la población, todo lo cual se traduce en una brusca elevación del consumo.

Desde el inicio de la campaña antimalárica en nuestro país y el combate de otras enfermedades que azotaban la población, como la tuberculosis y la gastroenteritis, hasta los años 60, el avance fue bastante significativo. La expectativa de vida del venezolano pasó de 36 años en 1930 a 60,9 años en 1961 (Salcedo, 1990). Se construyeron hospitales y dispensarios, se incorporaron nuevos medicamentos y tecnología médica, mejorando la atención a los problemas de salud tanto en el sistema público como en el privado. Se realizaron obras de saneamiento ambiental como la vivienda rural, que a pesar de las críticas que puedan hacerse, significó la única posibilidad de acceder a una vivienda higiénica para muchas familias campesinas. “Se evidencia el interés por parte del Estado-Nación por la atención preventiva y, en menor proporción, por la curativa, la cual descansaba mayoritariamente en manos de instituciones de carácter privado” (Rincón y Rodríguez, 2004). Todas estas medidas, sin lugar a dudas, se tradujeron en la disminución de la mortalidad y, en términos generales, en el mejoramiento de la calidad de vida del venezolano. Es innegable que frente a los terribles indicadores de mortalidad que azotaban al pueblo venezolano tenían que generarse acciones contundentes para combatir las enfermedades, y Venezuela logra un reconocimiento internacional importante, al modificar en tan corto tiempo el perfil epidemiológico de la población, erradicando la malaria e incrementando la esperanza de vida al nacer. Pero no solo cambió el perfil epidemiológico; cambió la estructura social, económica y cultural de la población venezolana, y no tardaron en aparecer nuevas patologías.

Con el cambio demográfico, las nuevas modalidades de empleos y el aumento de las importaciones de alimentos a los que buena parte de la población no tenía acceso en el pasado reciente, el perfil epidemiológico de los venezolanos comienza a transformarse. Disminuyen las enfermedades infecciosas pero comienzan a aparecer las enfermedades crónico-degenerativas, para lo cual el modelo de atención que comienza a consolidarse en el país no tiene capacidad de respuesta.

El naciente modelo de atención a la salud en Venezuela emerge con unas características que, a pesar de los cambios que han ocurrido desde ese momento hasta la actualidad, constituyen en el presente una rémora para la transformación del perfil epidemiológico de la población y del modelo de atención dominante en salud:

En la fase inicial del proceso de institucionalización de los servicios de atención a la salud, hubo un marcado predominio de los programas preventivos, orientados a mejorar la calidad de vida de la población, fomentándose además la educación sanitaria, proceso en el cual no se estimuló la organización de la población para la participación social en estas políticas públicas. El Estado dirigía directamente sus acciones hacia los beneficiarios de las mismas.

A partir de 1954 hay una fuerte inversión en la infraestructura sanitaria y comienza un creciente proceso del predominio de la atención curativa, frente a lo educativo preventivo, que fue declinando progresivamente como prioridad de las políticas de salud. El paradigma que sustenta la acción médica es la atención individualizada a la enfermedad y la respuesta se centra en el uso de fármacos y de una tecnología netamente importada. El moderno Estado que comienza a conformarse participa ahora como consumidor con las ganancias de la producción petrolera, en el mercado internacional de los fármacos y de la tecnología biomédica.

En la atención a la enfermedad como un hecho individual, el paciente es un receptor pasivo de las acciones del médico, generando una relación de poder en la que el médico que es la figura que ostenta el conocimiento y el único que puede crear soluciones. En consecuencia, el colectivo, es decir, la familia y la comunidad no tienen participación alguna porque su presencia se limita a las estadísticas sanitarias.

En el año 1948 es derrocado el presidente Rómulo Gallegos y comienza la dictadura del general Marcos Pérez Jiménez, que se oficializa el 2 de diciembre de 1952 con la disolución de la Junta de Gobierno y el fraude electoral. Se continuó con el proceso de cambio en las estructuras tradicionales. Se acentúa el proceso de urbanismo, se impulsan las obras de infraestructura, transformando al país en forma anárquica. El dictador pierde apoyo de los grupos de poder y en 1959 es derrocado.

Se inicia el reacomodo de las fuerzas políticas del país, sin lograr consolidar un modelo de desarrollo nacionalista que, invirtiendo la riqueza petrolera en el impulso de un aparato económico fuerte, pudiera enfrentar la inequidad y la pobreza. Por el contrario, la estructura política, social y económica del país durante lo que se conoce como el período democrático continuó estando en función de los intereses del capital internacional y, en consecuencia, las políticas neoliberales que se aplicaron a finales de la década del 70 impactaron de manera negativa el desarrollo económico y social del país.

A la población venezolana se le introduce en su léxico cotidiano la expresión *crisis económica*, que desde que

comienza a ser utilizado en los discursos oficiales a comienzo de la década de los 80, nadie ha anunciado que en algún momento haya finalizado o que esté por hacerlo; por el contrario, cada periodo de crisis económica es sucedido por otro, condición propia de un modelo de acumulación que, fundamentado en la propiedad privada, la acumulación de capital y el consumo irracional, no puede generar condiciones de igualdad para una distribución de la riqueza con justicia social y la equidad en las posibilidades de bienestar y de desarrollo social.

Para los países latinoamericanos en general la crisis económica ha significado el incremento de la pobreza en la población. Los avances alcanzados en salud y educación durante los años 60 y parte de los 70 comienzan a disminuir. Los trabajadores de los sectores medios que habían conseguido salir de la pobreza estructural, teniendo acceso a un mercado de bienes y servicios más amplio, son los que soportan el mayor peso de la crisis, significando un grave retroceso económico y agudizando las desigualdades sociales. La caída del producto interno bruto, de las remuneraciones reales, el aumento del desempleo y el subempleo son algunas de las características de la crisis económica en los países de América Latina, originando pérdidas significativas en el nivel de vida de la población.

Bustelo (1992: 93) señala que para la década de los noventa las economías de los países latinoamericanos presentan tres características básicas: “Son las de más alto endeudamiento, las de más desigual distribución en el ingreso en el mundo y las de más alta inflación”.

El endeudamiento externo es el factor más limitante para el crecimiento de los países de la región, ya que continúan siendo exportadores netos de capital a los países desarrollados. El mismo autor señala que entre 1983 y 1990 la transferencia neta de recursos superó los EE.UU. \$ 200.000 millones y en los últimos años América Latina ha experimentado una transferencia negativa de recursos globales entre EE.UU. \$ 2.000 y 3.000 millones por año a los organismos financieros multilaterales, es decir, al Fondo Monetario Internacional, al Banco Mundial y al Banco Interamericano de Desarrollo.

El endeudamiento externo y las políticas de ajuste desaceleraron el crecimiento. Se precarizan las condiciones de trabajo, aumentó el desempleo y el subempleo y la inflación creció de manera desmedida. Todo ello condujo inevitablemente al aumento de la pobreza y de la indigencia en números absolutos y relativos tanto en las áreas urbanas como en las rurales.

La situación en Venezuela presenta similares condiciones, las cifras gubernamentales (Cordiplan, 1995) señalan que entre un 70 y 80% de la población se encontraba en condiciones de pobreza; esto significa que cerca

del 80% de la población no tenía acceso a los bienes materiales y a los servicios básicos indispensables para el desarrollo integral. El incremento de la pobreza y el deterioro de las condiciones de vida se expresan dramáticamente en el perfil de salud-enfermedad de la población. Se incrementó la mortalidad infantil, las enfermedades diarreicas y de la desnutrición, la reaparición de las enfermedades que se habían logrado erradicar, como el paludismo. Además de ello, las enfermedades crónico-degenerativas, los accidentes de tránsito, el alcoholismo, la drogadicción, las enfermedades de transmisión sexual, la violencia y la delincuencia son las patologías que caracterizan el perfil epidemiológico de la población venezolana al finalizar el siglo XX, con un sistema nacional de salud desfinanciado y sin capacidad de respuesta, al disminuir su cobertura y orientar sus acciones de manera casi exclusiva a la atención de la población enferma.

Al ser asumida la salud desde la perspectiva neoliberal como una mercancía con valor de uso, se inicia un creciente proceso de privatización de la salud con el vertiginoso crecimiento de clínicas, consultorios y hospitales de tipo empresarial, organizados bajo el modelo de atención individual curativa, de elevados costos por el consumo de tecnología importada. Paralelamente a este proceso de privatización, el MSAS sufre recortes consecutivos en su presupuesto, y la educación y prevención como política y estrategia de atención a la salud resulta prácticamente eliminada, aunque se mantenga en los discursos oficiales. Se gesta de esta manera un modelo de atención profundamente inequitativo, excluyente y de carácter clasista, en el cual los grupos sociales con mayor poder adquisitivo tienen acceso a una atención de mayor calidad y cobertura en los centros asistenciales privados, mientras que el sistema público subsiste para brindar “servicios de salud parapobres”, con una precaria cobertura de los servicios ofertados, con insumos de baja calidad y escasos en relación con la demanda.

El MSAS padece, además, de dos grandes calamidades: el clientelismo partidista, que lo convierte en un aparato burocrático hipertrofiado e ineficiente, y la corrupción administrativa, que marca la compra de medicamentos y equipos médicos. Por su parte, los equipos médicos de alto costo adquiridos por el Estado eran sustraídos indebidamente para ser instalados en los centros asistenciales privados. Y en paralelo a este proceso de desmantelamiento de la institución rectora de la salud en Venezuela, “se impone el discurso privatizador, debido a que se gesta en los hospitales y ambulatorios del país un modelo de gestión de coparticipación financiera, basado en la recuperación de fondos, cobros y colaboraciones, para dar respuesta a las demandas de los servicios asistenciales. Se registró la creación de fundaciones y asociaciones en los hospitales y ambulatorios del país, que todavía existen, bajo el auspicio de los gobiernos regionales” (Rincón y Rodríguez 2004:517).

En este contexto de crisis económica y social, y de predominio de un modelo de atención a la salud dirigido a la curación del individuo enfermo, en el que la prevención resulta “insuficiente, aislada y de baja intensidad” (Breilh 1994:64), no se les brinda atención a aquellas personas que, a pesar de no estar diagnosticadas como enfermas, se encuentran inmersas en procesos destructores de la salud, por sus condiciones de pobreza material y/o por falta de información. Todo ello determina el continuo incremento de la población enferma. Por lo tanto, los servicios públicos y privados continúan colapsados y no logran satisfacer la demanda de atención. Carecemos entonces de un sistema de atención a la salud, y lo que tenemos en realidad es un sistema de atención a la enfermedad.

Existe otro elemento que resulta necesario incorporar en el análisis, y es la participación de las empresas aseguradoras y el crecimiento de las iniciativas privadas para la atención y la prestación de los servicios de salud. Por una parte, los gobiernos disminuyen el financiamiento al sistema público de salud, pero continúan financiándose los seguros privados para todos los empleados públicos. En ello se gastan sumas millonarias, cuyo destino final es el financiamiento de los consorcios de las clínicas privadas. Se trata de las políticas de mercado que transversalizan la inversión social y asumen la salud o, mejor dicho, la enfermedad como una mercancía que además genera sendas ganancias a la industria farmacológica transnacional. En consecuencia, la enfermedad es una mercancía con valor de uso y la salud es un bien que no genera ganancias al mercado.

“En este contexto de crisis económica la crisis del modelo sociopolítico venezolano no se hizo esperar. Se genera un proceso político-social reactivo y orgánico, que reivindicaba la necesidad de un cambio profundo, por una mayor justicia e inclusión social. En 1998, por la vía electoral arriba al poder una propuesta alternativa, liderada por Hugo Chávez, que contó con el apoyo de diferentes sectores de la sociedad venezolana, especialmente de los sectores populares más deprimidos. Se convoca el proceso constituyente, y en enero del año 2000 Venezuela entra al siglo XXI con una nueva constitución” (Romero, Ramírez y Sánchez 2010: 147).

Nuevamente los cambios políticos en la sociedad venezolana inciden en la atención a la salud de la población. Se fortalece el derecho constitucional a la salud, al reconocer el deber que tiene el Estado de asegurar la atención de la salud a toda la población y al incorporar como un deber y un derecho la participación de la comunidad en el cuidado y la protección de la salud.

Durante los últimos 10 años se ha incrementado el financiamiento del sector salud y ha habido un esfuerzo importante por satisfacer la demanda de atención. Se han

incrementado los servicios asistenciales. El gobierno creó un conjunto de misiones sociales para resolver las necesidades acumuladas de atención. En estas misiones comienza la participación directa del personal de salud cubano en Venezuela. La evaluación del trabajo que vienen realizando, así como del impacto que pudieran tener estos programas en la salud de los venezolanos, escapa a los objetivos del presente análisis; sin embargo, resulta evidente que ha habido un aumento de la cobertura en la atención médica de la población, poniéndose a disposición servicios que anteriormente tenían un acceso muy limitado, como es el caso de los servicios de rehabilitación física, oftalmología, tomografías y resonancias magnéticas, Rx y exámenes de laboratorio, entre otros.

Una de las propuestas introducidas en el marco de la misión Barrio Adentro es la formación de médicos comunitarios, con un plan de estudios diferente a los tradicionalmente implementados por las escuelas y facultades de medicina.

2. ALGUNOS HECHOS DESTACADOS EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

En el contexto internacional resulta pertinente destacar algunos hechos: la política de “combate a la pobreza” adelantada por la administración de Kennedy en los EE.UU., país donde Jainirsol (2009) ubica los orígenes de la medicina comunitaria durante la década de los 60, con el propósito de hacer frente a las contradicciones sociales generadas por un modelo de atención a la salud predominantemente privado y con un sistema público ineficiente y de cobertura limitada, por tanto, la estrategia de la medicina comunitaria estuvo dirigido a los guetos y a los sectores más pobres de la sociedad norteamericana.

Por su parte, en Cuba, después del triunfo de la revolución, el país se dispone a superar las profundas desigualdades sociales dejadas por la dictadura, siendo la salud y la educación dos de las áreas priorizadas por las políticas del nuevo estado socialista. Cuba desarrolla un sistema público de salud que le permite rápidamente ubicarse en los niveles más altos, en lo que a indicadores de salud se refiere, lo cual convierte a este país en un referente mundial por lo contradictorio que resulta que un país pobre, que no cuenta con las “bondades” de petróleo y víctima de bloqueo económico más inhumano conocido en los últimos tiempos, alcanzara en un periodo corto de tiempo unos indicadores de salud equiparables a los países industrializados, superiores incluso a los exhibidos por los EE.UU.

Por otra parte, en septiembre de 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) convoca en Alma Ata,

Kazajistán (URSS), la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, a la cual asistieron 134 países y 67 organizaciones internacionales, planteándose la conocida meta de “salud para todos en el año 2000”. Esta conferencia, a pesar de haberse planteado una meta bastante ambiciosa y fuera del contexto social y político en el cual se estaba formulando, como ha sido reconocido posteriormente, introdujo ante las instituciones importantes elementos de análisis para la discusión de la organización de la atención a la salud en medio de la crisis, como son la atención primaria y la participación social.

3. ACERCA DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN VENEZUELA

El examen crítico sobre el modelo tradicional de enseñanza de la medicina pone en evidencia una de sus principales limitaciones: su carácter biologicista, ya que se encuentra sustentado en la explicación biológica, cuya racionalidad epistemológica se expresa directamente en los diseños curriculares de la medicina tradicional. La realidad sobre la cual se interviene desde las ciencias de la salud como desde la práctica médica es el enfermo, y por lo tanto el saber debe referirse entonces a la enfermedad, todo lo cual conduce a definirla como el objeto de estudio de manera expresa o tácita. La lógica que predomina en la formación del médico, así como en la de otros profesionales de la salud, es el estudio de hechos singulares, parcelando el conocimiento a expensas de la conformación de las especialidades, para profundizar la comprensión sobre la enfermedad. En este sentido la estructura teórica de la medicina se encuentra conformada por un conjunto de asignaturas denominadas Ciencias Básicas, definidas por Lorenzano (1994: 45) como “los conocimientos presupuestos de las teorías médicas, sin los cuales no existirían ni los Síndromes Clínicos, ni la Anatomía Patológica, ni la Fisiopatología”. Además, “la Semiología, que describe los signos y síntomas de las enfermedades que recoge el médico en su examen e interrogatorio del paciente; la Anatomía Patológica, que describe los cambios de los órganos del paciente, casi siempre de acceso imposible para la inspección directa; la Fisiopatología, que narra las alteraciones profundas en el funcionamiento de los órganos; y, finalmente, la Clínica Médica, que unifica estos elementos, justifica que llamemos a las teorías médicas *teorías clínicas* y brinda las herramientas para elaborar el pronóstico, son la llave maestra del conocimiento médico y de un diseño curricular racional”. Esta estructura era la que prevalecía en el hospital Johns Hopkins para el momento en que Abraham Flexner realizó el estudio de la enseñanza de la medicina en Estados Unidos, y como propuesta para superar los problemas y las deficiencias identificadas propuso la unificación de los diseños curriculares siguiendo este modelo.

La aparición del informe Flexner en 1910 en los EE.UU. impactó las instituciones responsables de la formación del personal de salud en América Latina. Fue el punto de partida para impulsar la institucionalización de las escuelas y facultades de medicina y en consecuencia de las demás áreas de las ciencias de la salud. El modelo propuesto por Flexner se fundamentó en el diagnóstico-tratamiento y en el paradigma de la investigación biomédica. Enfatizaba la calidad de la educación médica en la investigación científica y en el contacto del estudiante con el paciente enfermo en los centros hospitalarios. Sin dudas que este informe contribuyó en su momento con el mejoramiento de la calidad en la formación del personal médico y de salud en general. Sin embargo, durante los más de 100 años que tiene la difusión del mismo, muchos cambios han ocurrido en la sociedad y se hace necesario transformar esa estructura departamental y fragmentaria de la integralidad del ser humano en órganos y sistemas. En la búsqueda por superar el paradigma biológico-curativista, además de las materias básicas y clínicas se han incorporado algunas asignaturas de las ciencias sociales: Epidemiología, Demografía, Sociología Médica, Salud Pública, Medicina Comunitaria, entre otras, pero su incorporación separada de las demás áreas de conocimiento no ha significado cambios en el paradigma dominante. A las ya conocidas materias básicas y materias clínicas se les anexan ahora de manera periférica y con una valoración inferior las materias sociales. Lo que ha ocurrido es una yuxtaposición de asignaturas, sin lograr superar el enfoque fragmentario, que desarticula la realidad y que solo permite establecer relaciones externas y artificiosas entre los procesos. Para Breilh (1994), el problema radica en la hegemonía positivista, que reemplaza la construcción de una unidad esencial por los nexos externos de los fenómenos que resultan asociables empíricamente. Ello genera como consecuencia que no se logre vincular lo clínico-individual con lo epidemiológico-colectivo. Por otra parte, no se ha logrado una interpretación que, sin llegar a ser unitaria y uniforme, logre establecer la relación jerárquica entre los procesos generales y específicos, entre lo social y lo biológico. Esta carencia de profundidad en el debate epistemológico de las ciencias de la salud constituye el principal obstáculo para construir una mirada multidisciplinaria del complejo proceso salud-enfermedad y su definitiva configuración como objeto de estudio, trabajo y transformación de las ciencias médicas y de la práctica médica.

Ahora bien, ¿nos hemos detenido a reflexionar y evaluar si ese modelo propuesto en Estados Unidos en 1910 continúa teniendo vigencia en los actuales momentos? ¿Continúa siendo la enfermedad el objeto de estudio de la práctica médica? ¿Qué papel juega la salud en nuestros planes de estudio? ¿Qué conocimientos debe tener un médico formado en Venezuela para mantener la salud de nuestra sociedad? Estas son algunas de las interrogantes



que, a mi modo de ver, deben orientar el análisis crítico y constructivo de la práctica médica en Venezuela, por cuyo tamiz debemos hacer pasar en primera instancia a las facultades de Medicina y de todas las ciencias de la salud, para luego hacer extensiva la crítica al programa de Medicina Integral Comunitaria.

Por otra parte, en los primeros niveles de formación al estudiante se le pone en contacto con la muerte y con la enfermedad, a través de la manipulación de cadáveres para el estudio de la anatomía humana, área de conocimiento fundamental en la formación del personal de salud, así como la temprana incorporación a los centros hospitalarios. Pero no se le enfrenta al otro componente que continúa desdibujado de los currículos: la salud.

El cuidado y mantenimiento de la salud y de la vida no constituye un componente integrado en los pênsums de estudios en la formación del personal de salud. De la misma manera en que resulta indispensable la incorporación de los estudiantes en hospitales y las diferentes unidades de atención del sistema de salud, también es necesario que participe en las comunidades y en los espacios laborales, ámbitos estos donde se encuentran las causas esenciales de las enfermedades. Desde los primeros niveles de estudio el estudiante debe comprender la salud como el objeto de estudio y de transformación de la práctica médica. Se hace necesario entonces plantear qué médico se necesita formar, qué odontólogo, qué personal de enfermería, es decir, qué profesionales de la salud debemos formar en el contexto actual en el que se desenvuelve el proceso salud-enfermedad, cargado de complejidades y sobre el cual se ciernen las amenazas de un modelo de desarrollo económico planetario deshumanizante, fundamentado en el consumo irracional, que atenta contratodas las formas de vida en el planeta. Otro aspecto de este debate que es importante aclarar es que no se trata de una confrontación desde lo social contrapuesto a la clínica y a la curación. Sin lugar a dudas, un médico debe estar capacitado para atender al paciente enfermo, tanto en el contexto individual como en el colectivo, pero también debe saber cómo planificar y realizar la atención al paciente sano, para mantener y potenciar su salud.

Existen suficientes aportes teóricos desde el movimiento latinoamericano de la medicina social, la epidemiología crítica y la salud colectiva durante las últimas décadas, para la renovación de las ciencias de la salud y para desbancar la enfermedad como única razón de la práctica médica. Sin embargo, este debate no es nuevo. El tres veces postulado a premio Nobel de medicina y padre de la anatomía patológica, Rudolf Virchow (1848), en su conocido informe sobre la epidemia de tifo en la Alta Silesia, no solo dejó claras las premisas del movimiento de la medicina social progresista, al identificar como las causas esenciales de la epidemia la pobreza y

la ignorancia, sino que en dicho informe se dejan sentadas las bases operativas para un modelo de atención a los problemas de salud con la participación de los vecinos de la comunidad, en un trabajo conjunto con las instituciones responsables de las políticas de salud. Más recientes son los aportes de Henry Sigerist, médico suizo radicado en Estados Unidos, docente e investigador de la Universidad Johns Hopkins, a quien, además de trabajar exhaustivamente sobre la historia de la medicina, sus viajes e investigaciones le permitieron conocer el sistema de salud soviético, sobre el cual publicó el libro *Medicine and health in the Soviet Union*. Se dedicó a difundir en diferentes medios de comunicación las bondades de la medicina socializada, como último eslabón y a la vez el más desarrollado de la evolución de los sistemas de salud y de la atención médica. Para Sigerist (citado en Beldarrain 2002: 66):

Un sistema ideal de atención médica debe ser organizado alrededor de centros de salud, cada uno con un hospital y un departamento de salud pública, conectado con pequeñas estaciones locales de salud, atendidas por médicos generales, enfermeras y técnicos. Los médicos de las estaciones locales de salud deben organizar comités de ciudadanos para realizar encuestas de salud, tareas de educación para la salud y realizar una variedad de actividades sociales y de salud.

Si nos detenemos a analizar la propuesta de Sigerist en el contexto actual venezolano, encontraremos mucha similitud con la estructura desplegada con el convenio Cuba-Venezuela. Veamos, entonces, los Centros de Diagnóstico Médico Integral (CDI), los Centros de Rehabilitación Integral y los Centros Médicos de Alta Tecnología, entorno a los cuales se organizan y funcionan los consultorios populares, que cuentan con un médico y una enfermera, quienes, además de atender la consulta médica, realizan visitas domiciliarias y a su vez trabajan con los comités de salud de los consejos comunales en las respectivas comunidades, para captar pacientes para la misión Milagro, entre otras; y desarrollan actividades de educación para la salud. Es una estructura muy similar a la propuesta por Sigerist. En el contexto de esta estructura sanitaria está funcionando el Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria.

Es probable que las dificultades epistemológicas señaladas en los párrafos anteriores y referidas a la yuxtaposición de disciplinas y contenidos de las ciencias básicas, las clínicas y las sociales persistan en este novedoso programa para la formación de médicos comunitarios; sin embargo, el hecho de que el principal contexto para la implementación de este plan de estudios sea la comunidad, ya constituye un cambio sustantivo para impulsar un nuevo modelo de atención que supere el carácter biologicista-curativo y para que a partir de las demandas y propuestas

de las organizaciones populares se impulsen los cambios necesarios dentro de los planes de estudio tradicionales en las universidades venezolanas.

4. CONSIDERACIONES PARA CONTINUAR EL DEBATE

Profundas transformaciones ha sufrido la ciencia durante las últimas décadas, expresadas en los cambios de paradigmas, que al perder su poder explicativo han sido sustituidos por otros. Mención especial merece el desarrollo tecnológico, que, con todo lo inequitativo que es, ha invadido todas las áreas del conocimiento y de la vida económica y social en general. El mundo es ahora un espacio interconectado en tiempo real, tenemos una sociedad más informada y pacientes con mayor información sobre sus derechos. Sin embargo, el modelo epistemológico en las ciencias de la salud, la práctica médica y la formación del personal de salud continúa anclado en postulados que tuvieron vigencia en 1910, pero que en la actualidad han perdido su poder explicativo al no tener aplicación práctica más allá de las unidades hospitalarias, lugar en el que las personas se encuentran enfermas.

Existen condiciones sociales y políticas para impulsar los cambios que demanda la sociedad en el sector salud. Pero además existen los fundamentos teóricos y metodológicos para impulsar estas transformaciones, que han sido propuestas por hombres de ciencia como Rudolf Virchow en 1848, Henry Sigerist en 1939, y Jaime Breilh en nuestro tiempo. Es decir que las voces que demandan un cambio hacia la medicina social se vienen escuchando desde hace varios siglos, en diferentes contextos políticos y sociales.

Es una demanda de la humanidad que propugna y pide a gritos una visión conservadora de la vida, humanizante, solidaria y libre. Valores humanos que en el modelo de desarrollo económico neoliberal no tienen cabida.

Los médicos y todos los profesionales de la salud no solo deben estar capacitados para recuperar la salud de las personas que se encuentran enfermas, sino para evitar que quienes no están enfermos se mantengan sanos, y para ello es necesario trascender el conocimiento biológico y abordar los determinantes sociales en los ámbitos familiar, comunitario, laboral y en la preservación del medio ambiente.

En esta fase inicial del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria seguramente se tendrán que solventar muchas dificultades y deficiencias, pero esta iniciativa no puede ser descalificada, rechazada y condenada al fracaso por la diatriba político-partidista. Los estudiantes que están allí formándose son venezolanos que se preparan en escenarios comunitarios donde se expresan la inequidad social y sus indefectibles consecuencias en la salud de los pueblos. Analicemos nuestro contexto con la visión aguda del científico que indaga sobre la realidad y generemos críticas constructivas a partir de las cuales podamos superar colectivamente las dificultades y deficiencias del sistema nacional de salud, del cual formamos parte las universidades nacionales, en función de asegurarle mejores condiciones de vida y de salud a la población.

Finalmente, este es un tema que no podemos concluir y espero que esta oportuna iniciativa de *EDUCERE* estimule el debate abierto y sistemático sobre la salud, en este momento histórico que reclama la construcción de utopías para alcanzar un mundo con mayor justicia social. ©

Yajaira C. Romero Uzcátegui

Profesora Asociada del Departamento de Investigación. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Mérida- Venezuela.

BIBLIOGRAFÍA

- Beldarrain Chaple, Enrique (2002). Henry Sigerits y la medicina social occidental. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28 (1), págs. 62-70.
- Breilh, Jaime (1994). Las ciencias de la salud pública en la prevención profunda: determinantes y proyecciones. En: *Lo biológico y lo social*. Washington (Estados Unidos): Organización Panamericana de la salud- Organización Mundial de la Salud, págs. 63-100.
- Bustelo, Eduardo (1992). La producción del estado de malestar. Ajuste y política social en América Latina. En: *La Salud. Un debate Norte-Sur*. Washington (Estados Unidos): Organización Panamericana de la salud- Organización Mundial de la Salud.
- CORDIPLAN (1995). *Un proyecto de país. Documentos del IX Plan de la Nación*. Caracas (Venezuela).
- Farías, Jesús (2007). *Mi línea no cambia, es hasta la muerte*. Caracas (Venezuela): Cromotip.



BIBLIOGRAFÍA

- Lorenzano, César (1994). La estructura teórica de la medicina y las ciencias sociales. En: *Lo biológico y lo social*. Washington (Estados Unidos): Organización Panamericana de la salud- Organización Mundial de la Salud, págs. 35-61.
- Rincón Becerra, María Teresa; y Rodríguez Colmenares, Isabel (2004). Consideraciones generales sobre la política y gestión de la salud en Venezuela, 1900-2003. *Fermentun*, 41, págs. 503-532.
- Romero, Yajaira; Ramírez, Emy; y Sánchez, Carlos (2010). La participación comunitaria en la construcción de un modelo de salud contrahegemónico. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, 16 (2), págs. 135-153.
- Salcedo Bastardo, J.L. (1990). *Historia fundamental de Venezuela*. (10.ª ed.) Caracas (Venezuela): Universidad Central de Venezuela.
- Silva Paim, Jairnilson (2009). Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico. *Salud Colectiva*, 5. Recuperado el 5 de mayo de 2012. Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73111117008>>.
- Virchow, Rudolf (2008). Reporte sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia. *Medicina Social*, 3 (1) p. 5-20.



¿EL TERRORISMO DUELE? ¡SIP!

Caracas.- Por qué no te callas, por qué no desapareces,
para que todo siga como antes.

Una pluma con filo

El terrorismo hiede, hierde, duele. Como toda acción desesperada, despojada de razones hábiles, ataca desde lo irracional desde el fondo de lo primitivo. Irrumpe ciego y cruel desde una situación extrema, el terrorismo surge de la oscuridad de la cenestesia en peligro, asociada con situaciones de sobrevivencia. O de algún profundo circuito que ha sido cincelado en las neuronas motrices de la médula espinal. Como cuando un mastín, con duras dentellas, logra matar a un niño pequeño. Simplemente porque así le enseñaron. Y produce daño.

Continúa
en la pág. 77