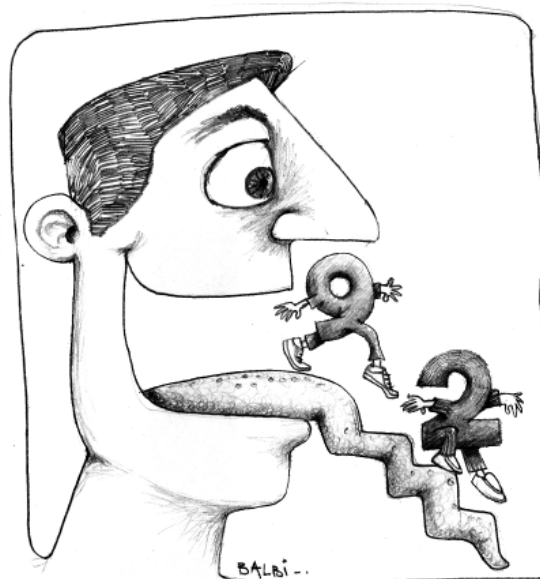


EDUCACIÓN MÉDICA EN VENEZUELA Y MEDICINA INTEGRAL COMUNITARIA: COMPONENTE SOCIAL DEL MÉDICO

MEDICAL TEACHING IN VENEZUELA AND
INTEGRAL COMMUNITY MEDICINE:
THE SOCIAL SIDE OF THE PHYSICIAN

EDUCAÇÃO MÉDICA NA VENEZUELA E
MEDICINA INTEGRAL COMUNITÁRIA:
COMPONENTE SOCIAL DO MÉDICO

GUSTAVO ALCÁNTARA MORENO
galcantara@ula.ve
Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Mérida, edo. Mérida, Venezuela.



Fecha de recepción: 28 de abril de 2012
Fecha de aceptación: 15 de mayo de 2012

Resumen

Desde la perspectiva metodológica del nuevo institucionalismo, la presente investigación, de tipo documental, aborda la diatriba generada entre el perfil de los médicos egresados de las Facultades de Medicina de las universidades autónomas venezolanas y las características de los estudiantes del Programa de Medicina Integral Comunitaria, formados para laborar en la Misión Barrio Adentro, que fue creada para garantizar la atención primaria en salud. Se concluye que es maniquea la postura que intenta escindir a los médicos nacionales en dos bandos: por una parte, los mercantilistas burgueses, egresados de las universidades autónomas, y, por otra, los luchadores sociales y revolucionarios socialistas, graduados en la Misión Sucre.

Palabras clave: Misión Barrio Adentro, educación médica, Medicina Integral Comunitaria, Venezuela.

Abstract

Based on the new institutionalism approach, this documentary based research deals with the discussion about the professional profile of physicians graduated from the Venezuelan autonomous universities versus the students from the government-supported program named Integral Community Medicine. These students are trained for future work in Misión Barrio Adentro, a community health program. The results show that the position of dividing future Venezuelan physicians into two opposite sides is manichean: liberal medical doctors from autonomous universities vs. socialist and revolutionary workers from Misión Sucre (university program supported by the government).

Keywords: Mission Barrio Adentro, medical education, integral community medicine, Venezuela.

Resumo

Desde a perspectiva metodológica do novo institucionalismo, a presente pesquisa, de tipo documental, aborda a polêmica gerada entre o perfil dos médicos formados nas Faculdades de Medicina das universidades autônomas venezuelanas e as características dos estudantes do Programa de Medicina Integral Comunitária, formados para trabalhar na "Misión Barrio Adentro", que foi criada para garantir a atenção primária em saúde. Conclui-se que é uma postura maniqueísta que pretende separar aos médicos nacionais em dois bandos: por um lado, os mercantilistas burgueses, formados nas universidades autônomas e, por outro, os lutadores sociais e revolucionários socialistas, graduados na "Misión Sucre".

Palavras-chave: "Misión Barrio Adentro", educação médica, Medicina Integral Comunitária, Venezuela.



INTRODUCCIÓN¹



Una de las debilidades institucionales en la gestación de la Misión Barrio Adentro² (MBA) en Venezuela a partir del 2003 fue la escasa participación *a priori* de personal médico venezolano egresado de las universidades autónomas (Universidad Central de Venezuela, Universidad de Carabobo, Universidad del Zulia, Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado, Universidad de Oriente y Universidad de Los Andes) en dicha misión.

Entre los factores asociados a esta situación se tiene que los médicos egresados de las universidades nacionales recibieron pocos incentivos para trabajar en los barrios, lo que produjo una exigua asistencia al llamado a concursos que en 2003 realizó la Alcaldía del Libertador, conjuntamente con el apoyo del Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas, para ocupar las plazas ofrecidas por la Misión.

En tal sentido, a pesar de que se prometió que un año de servicio en la MBA sería equivalente a la rural contemplada en el artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina, apenas se presentaron 50 médicos, de los cuales desertaron 30. Luego de transcurrido año y medio, el presidente “Chávez lamentaba que hubiera sólo 29 profesionales criollos en la misión de salud, en contraposición a los 13.084 cubanos que había en aquel momento” (Hoyer y Clarembaux, 2009: 14).

Esto podría estar motivado a que no resulta un aliciente el contexto mismo de los barrios, en los cuales cotidianamente se padece el problema de la violencia y la inseguridad. En tal escenario, los médicos se niegan a vivir en

dichas comunidades, las cuales en algunos casos cuentan con servicios públicos deficientes en materia de luz, acceso a agua potable y correcta disposición de excretas. Además, a los médicos nacionales les resulta atractivo migrar a otros países con alta demanda de galenos y buena oferta en cuanto a beneficios laborales, como es el caso de España.

Por otra parte, el personal de salud venezolano de la MBA ha tenido en su contra el hecho de no cobrar su sueldo de manera periódica, tal y como lo demuestran las protestas que a las puertas del otrora Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) realizaron los(as) enfermeros(as) en noviembre de 2004, por el retraso de cuatro meses en el pago (Hoyer y Clarembaux, 2009). Entre las principales quejas del personal figuraba el hecho de que ni siquiera habían firmado un contrato de trabajo con institución alguna, pues las pretensiones del gobierno a través del ministro del momento eran las de pagarles un estipendio, negándose a incluir en nómina a los trabajadores.

Dicha situación revela un claro descontento, pues el no contar con una contratación que proporcione estabilidad laboral es un factor que compromete la satisfacción laboral de los trabajadores, repercutiendo negativamente en la prestación del servicio de salud.

Está claro que una de las tendencias de la globalización en su faceta económica es la desregulación laboral y la cada vez más escasa garantía de los trabajadores a contar con un empleo estable. Dicha situación no sólo es auspiciada por las empresas multinacionales y el capital privado, sino que los Estados nacionales también han incurrido en este tipo de prácticas que podrían definirse como neoliberales. De manera que, en Venezuela el Estado al brindarles a los trabajadores un estipendio en detrimento de un salario, demuestra haber sido arrastrado por esta corriente de la globalización neoliberal y corporativa.

La anterior circunstancia contrasta con el estatus del personal de la MBA proveniente de la misión cubana, quienes cobran con puntualidad, recibiendo su pago directamente de PDVSA, gracias al Convenio Cuba-Venezuela. De manera que no existe un trato equitativo entre los trabajadores de ambos países, pues los cubanos tienen mejores beneficios gracias a la cooperación internacional bilateral en materia de salud, la cual es al igual que la desregulación laboral, paradójicamente, un producto de la globalización pero que en este caso no puede ser etiquetado como neoliberal.

De cualquier modo, preocupa que la masificación de la MBA se haya podido lograr con personal médico de nacionalidad cubana, que, de acuerdo con lo argumentado por el Gobierno, tiene la preparación para trabajar en zonas populares. Esta condicionalidad hace difícil sustituirlos por profesionales venezolanos en el corto plazo.

De hecho, el presidente de la república reconoció que la MBA estaba en crisis, al declarar a mediados de 2009 que contabilizaron dos mil módulos de Barrio Adentro abandonados, por lo cual apuntó que “En lo social tenemos una emergencia: la salud. Declarémonos en emergencia todos” (Theis, 2009). Se planteó así el “relanzamiento” de la MBA.

Del mismo modo, según PROVEA (2009), a partir de los años 2007 y 2008 la MBA empezó a mostrar síntomas de deterioro, se cerraron módulos, algunas edificaciones empezaban a revelar defectos y, más recientemente, se presentaron problemas de déficit de profesionales de la salud.

Así pues, el retiro de parte de los médicos cubanos de los módulos que fueron construidos y el cierre de puestos de salud, pone en evidencia el debilitamiento progresivo del modelo con el cual los consultorios fueron concebidos.

Adicionalmente, 7.800 médicos graduados en las universidades autónomas renunciaron a sus cargos para emigrar al exterior (42%), para trabajar en clínicas privadas (25%) o para cambiar de ramo económico (33%) (López, 9 de agosto de 2009).

Todo lo anterior da pie para argumentar que los estudiantes de medicina formados en las tradicionales escuelas de las universidades autónomas carecen del perfil idóneo para laborar en el primer nivel de atención en salud y, por tanto, en la MBA, la cual en palabras de Roses (2006), directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es esencialmente “Atención Primaria en Salud... es una estrategia de estructuración y transformación de todo el sistema de salud, es la APS que lo entiende gente como Halfdan-Mahler y David Tejada, grandes responsables de la Conferencia de Alma Ata. Barrio Adentro se inicia exactamente al cumplirse los 25 años de esa reunión trascendental” (s.p).

1. LA MEDICINA INTEGRAL COMUNITARIA

Ante la vicisitud de cómo incorporar a médicos profesionales a la MBA, se optó por crear una nueva carrera en la novel Universidad Bolivariana de Venezuela, que educara a los jóvenes desde un principio, los cuales vivirían en los barrios sin dudar en prestar sus servicios a la comunidad. Fue así como nació el Programa Nacional de Medicina Integral Comunitaria (MIC), como parte de la Misión Sucre. Asimismo, se implementó el posgrado de Medicina General Integral, en julio de 2004, coordinado por la dirección de Investigación y Educación del efímero MSDS.

El MIC se llevó a cabo en seis universidades: Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV), Universidad

Experimental Francisco de Miranda (UNEFM), Universidad Experimental Rómulo Gallegos (UNERG), Universidad Experimental Rafael María Baralt (URMB), Universidad Experimental Ezequiel Zamora (UNELLEZ) y Universidad Experimental de las Fuerzas Armadas (UNEFA). Hasta el mes de junio de 2010 contaba con una matrícula de 27.511 estudiantes, de los cuales 300 eran extranjeros (PROVEA, 2010).

Además, en el marco de la Misión Sucre se optó por capacitar como técnicos superiores en Enfermería a los(as) enfermeros(as) no profesionales del país para desempeñarse en la MBA, con lo que se intentó resolver la debilidad de los equipos de profesionales a cargo de la atención dentro de los consultorios.

De hecho, los médicos trabajaban generalmente con el apoyo de voluntarios de la comunidad organizados en Comités de Salud, formados por los mismos médicos como promotores. Existía escasez de auxiliares de enfermería y de enfermeras graduadas, que era suplida con este personal voluntario. Debido a las intensas jornadas, la mayoría de los voluntarios fueron desertando de los comités, lo cual dejaba la atención prácticamente en las solas manos del médico.

En tal sentido, la solución emprendida al respecto por la Misión Sucre, fue complementada por el Programa de Profesionalización de Enfermería de la Universidad de Los Andes, la cual acogió en sus seis extensiones (Mérida, Táchira, Trujillo, Guanare, Barinas y Barquisimeto) a los T.S.U. formados en la Universidad Rómulo Gallegos para licenciarlos como enfermeros(as).

Por su parte, el MIC posee en su pènsum las siguientes materias que podrían ser catalogadas en el componente social y, por tanto, humanizar a los estudiantes proporcionándoles conocimientos cónsonos con la filosofía de Atención Primaria en Salud (APS) y de servicio a la comunidad: Educando en ciudadanía, Proyecto comunitario I, Salud comunitaria y familia, La psiquis en el proceso salud-enfermedad, Proyecto comunitario II y Pensamiento político latinoamericano.

Por otra parte, entre las críticas que se le han hecho al MIC en su estructuración institucional, cabe destacar que el 26 de junio de 2010 profesores de la UCV emitieron un comunicado público en desacuerdo con las pasantías docentes de estudiantes del MIC, considerando la opinión difundida en julio de 2007 por 350 profesores de las Facultades de Medicina, Farmacia y Odontología de las universidades nacionales, en el cual expresaron: a) el MIC fue abierto por el Ejecutivo como una carrera de estudios paralelos en medicina sin haber hecho la consulta a las universidades nacionales como lo establece el artículo 85 de la Constitución Nacional; b) los profesores del MIC



no forman parte del personal docente de las universidades nacionales y se desconocen sus credenciales académicas; y c) el diseño curricular de la carrera copia las carreras impartidas en Cuba y tienen un alto contenido ideológico (PROVEA, 2010).

Posteriormente, según argumentó el ex ministro de salud José Félix Oletta, las instituciones que prepararán a los médicos integrales cuentan con seis mil profesores, de los cuales sólo el 1,86% logró reconocimientos profesionales (¿Médicos a la altura?, 2 de noviembre de 2011). Esta grave debilidad, causada por omisión o negligencia en la concepción de la estructura y organización académica, contrasta con las exigencias que se les hace a los profesores universitarios de las tradicionales escuelas de medicina, quienes por ley están en la obligación de hacer carrera como profesores, ingresando por concursos de oposición o credenciales, elaborando trabajos de ascenso en un tiempo estipulado y sometidos a evaluaciones rigurosas.

Adicionalmente, en el MIC ingresaron una gran cantidad de bachilleres, demostrando una clara política de inclusión y puertas abiertas a la educación universitaria. Sin embargo, sólo un porcentaje muy bajo pudo culminar el programa. De 35 mil personas que se inscribieron sólo se graduaron 8.152, lo que representa un 76,1% de deserción.

2. EL MIC: ¿MÉDICOS CON FORMACIÓN SOCIAL O IDEOLOGIZADOS?

En este punto cabe destacar el trasfondo ideológico que subyace tras los nuevos programas educativos de salud. Así, el gobierno nacional declara profesar como corriente ideológica el ambiguo e inacabado socialismo del siglo XXI, una suerte de socialismo vernáculo de nuevo cuño, en el cual deben adoctrinarse los nuevos profesionales de salud. Esto con la finalidad de contrarrestar la ideología capitalista dominante que ha predominado en las Facultades de Medicina y de Salud de las universidades autónomas.

Ciertamente, a los médicos venezolanos se les ha acusado de practicar el mercantilismo y profesar valores individualistas, pues se supone que han sido socializados en un sistema capitalista excluyente que considera a la salud como una mercancía.

Dicha acusación en algunos casos se sustenta en un análisis marxista o neomarxista descontextualizado. Es innegable que en sus inicios el marxismo aportó elementos para justificar el derecho a la salud. Marx y Engels estuvieron preocupados por los daños que la explotación capitalista ocasionaba a la salud de la clase trabajadora en la Inglaterra

del siglo XIX. Al plantear el materialismo histórico como el instrumento metodológico idóneo para el análisis de la sociedad, se pudieron socializar las causas de la enfermedad y se señaló la necesidad de actuar sobre las causas primeras: distribución de la riqueza, acceso a los bienes y servicios básicos como la educación, el empleo, la vivienda, la ropa, la alimentación, el abrigo, la paz y la seguridad ciudadana. Así, la concepción de la salud rebasó lo biológico, lo personal, lo mecanicista y lo aislado, vinculándose a lo económico y político (Rojas Soriano, 2000).

Ya en los años 1970, el neomarxismo hizo aportes pertinentes para la época, centrando sus críticas en el funcionalismo, modelo teórico-metodológico imperante para aquellos años, el cual se concibió como un marco con una concepción estática de los problemas de salud (OPS, 1974). Así, el funcionalismo inclinaba la educación médica hacia un modelo curativista, pues se concebía al médico como el profesional cuyo rol era definir quién estaba enfermo o sano, además de curar o sanar. En esta perspectiva estaba ausente la promoción de la salud, reduciendo el nivel de actuación del médico al individuo considerado como un mecanismo descompuesto que hay que reparar, soslayando una visión más amplia que tomara en cuenta el ámbito grupal, comunal o social.

Sin embargo, inclusive las actuales perspectivas neomarxistas utilizan hoy la anacrónica dicotomía entre burguesía y proletariado para explicar la realidad del médico venezolano. Dicha postura es una de las manifestaciones que surgen como antítesis de la globalización neoliberal o corporativa que es patrocinada desde las grandes multinacionales, entre las que se incluyen las farmacéuticas o, más recientemente, autodenominadas “de la vida”.

Es evidente, pues, cómo en torno a la organización, preparación y formación del personal venezolano en el programa de MIC que sustituirá a los cubanos en la MBA se manifiesta el choque entre la globalización desde arriba (neoliberal) y una de las manifestaciones de la globalización desde abajo (socialismo del siglo XXI).

Se hace referencia a la globalización desde abajo, porque la MIC propone abiertamente una ideología anti globalista. Se trata de una concepción de la medicina alternativa a la ideología neoliberal, que propone ir más allá de la utilización de medicamentos y la tecnología biomédica de punta en la solución de los problemas de salud, para proponer una visión social del proceso salud-enfermedad, que denuncia los vínculos entre la pobreza y dicho proceso. Esto en consonancia con la postura de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Declaración de Alma Atá (1976) (Alcántara Moreno, 2011b).

La anterior postura ideológica asumida por el MIC es loable, mas no nueva. La lucha por establecer

un sistema de salud venezolano, con énfasis en la atención primaria en salud, puede ubicarse en la década de 1960, cuando se fundó la medicina preventiva y social en las universidades autónomas.

En tal sentido, el MIC, además de presentar una postura ideológica bien definida, ha desviado la misma hacia fines y características de corte populista y clientelar. Prueba de ello es el hecho de que el 100% de sus estudiantes reciban por parte del Gobierno una beca que no se otorga en la misma proporción a los estudiantes de medicina de las universidades autónomas.

En el mismo orden de ideas, de manera explícita se ha intentado equiparar, desde el Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, a los egresados del MIC con los médicos cirujanos graduados en las universidades autónomas. Prueba de ello fue la reforma parcial de la Ley del Ejercicio de la Medicina para tales efectos, publicada en Gaceta Oficial N°39.823.

Así, la redacción final del ordinal 1 del artículo 4 de la ley vigente concerniente al ejercicio de la profesión de médico en Venezuela planteaba lo siguiente: “Poseer el título de doctor en ciencias médicas, de médico cirujano, o médico integral comunitario, expedido por una universidad venezolana, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia” (Sancionado proyecto de reforma de la Ley de Ejercicio de la Medicina, 1 de noviembre de 2011).

Dicha situación es controversial y contradictoria, pues se supone que los egresados del MIC fueron formados para cubrir el primer nivel de atención en salud. Según Borroto Cruz y Salas Perea(2008), el objetivo del programa es educar y formar a un número adecuado de médicos con las competencias y el compromiso requeridos para garantizar la cobertura de la totalidad de la población venezolana en cuanto a atención primaria a través de la MBA y proveer un número suficiente de egresados para otras especialidades del sistema de salud.

Por tanto, surgen muchas interrogantes con respecto a si dichos egresados poseen las competencias necesarias para desempeñarse en el segundo y tercer nivel de atención en salud respectivamente. Además, parecería una contradicción con el fin inicial del MIC, pues si son competentes por ley para el ejercicio de la medicina, al igual que los médicos cirujanos, nada les obliga ni coacciona a desempeñarse en la atención primaria en salud, pudiendo sin restricción alguna emigrar hacia la práctica de especialidades médicas con fines mercantilistas ya saturadas en un país como Venezuela. Esto, lejos de resolver el problema, agudizaría la visión de la salud centrada en la atención hospitalaria.

Adicionalmente, según el ex ministro de Salud Oletta, entre los egresados del MIC “el desempeño es deficiente en cuanto a farmacología, realización del examen físico del paciente, creación de historia clínica, entre otros aspectos. Estos aspirantes a médico integral no conocían el esquema de vacunación en Venezuela” (*¿Médicos a la altura?*, 2 de noviembre de 2011).

3. EL SISTEMA SOCIOECONÓMICO VENEZOLANO Y LA EDUCACIÓN MÉDICA EN LAS UNIVERSIDADES AUTÓNOMAS

Es de destacar que la crítica hecha a los profesionales venezolanos formados en las universidades autónomas desde el socialismo del siglo XXI no toma en cuenta el hecho de que Venezuela no es un país capitalista de economía avanzada, sino que se trata de un país petrolero que ingresó al sistema capitalista mundial bajo el modelo *sui generis* de capitalismo rentístico (Baptista, 1997). Es por ello que conceptos como el de burguesía y proletariado son inadecuados para explicar una realidad como la venezolana, en la cual el Estado es el dueño monopólico del petróleo, en torno a cuya actividad productiva se generó en 2010 el 90% de los ingresos por exportaciones para el país.

De cualquier modo, el capitalismo rentístico generó en el interior de la sociedad venezolana un sistema de estratificación social que se asemeja en cierta medida al de una sociedad capitalista. De manera que es obvia la existencia de clases sociales, las cuales según el Instituto Nacional de Estadística (INE) se clasifican en 5 estratos socioeconómicos que van desde el “A”, más pudiente, hasta el “E”, que vive prácticamente en condiciones de pobreza extrema.

En tal sentido, la sociedad venezolana y su sistema económico generaron un modo particular de concebir la salud y su manera de distribución en la población. Fue así como se creó un sistema de salud fragmentado y desintegrado, tendiente a la inequidad. De este modo, desde la década de 1960 las políticas de salud en Venezuela se orientaron en gran magnitud hacia la medicina curativa con un modelo centrado en el hospital, en detrimento de la medicina preventiva basada en la promoción de la salud. Esto influyó “negativamente en la orientación de las políticas de promoción, educación y participación social en el contexto sanitario” (Briceño León, García, Rodríguez y Tovar, 2003: 68).

Así, pues, ante tales antecedentes los estudiantes de medicina no se encuentran exentos a responder a las demandas de salud que la propia sociedad genera. Y en un sistema de salud inequitativo, que concede privilegios a los estratos socioeconómicos de la población más pudientes, la



demanda de la práctica médica se orienta más hacia las especialidades clínicas.

Se genera entonces una contradicción, pues las universidades autónomas tienen como propósito formar médicos generales. En tal contexto, además, “los profesores son generalmente especialistas cuya enseñanza entra en contradicción con las metas trazadas. Por otra parte, los estudiantes, presionados por el mercado de trabajo, se inclinan prematuramente hacia una especialidad” (García, 2008: 9).

De cualquier modo, las universidades autónomas cuentan en sus pênsums de estudios con programas académicos orientados a inculcar valores de solidaridad y servicio a la comunidad, así como herramientas de análisis óptimas para criticar y cuestionar al sistema capitalista dominante. Por ejemplo, la Universidad de Los Andes cuenta para sus estudios de la carrera de Medicina con los programas de: Aprendiendo con la Comunidad, Salud Pública, Epidemiología, Demografía, Sociología Médica, Psicología Social en Salud, Medicina Comunitaria y, como electiva, Historia del Pensamiento Occidental. Dichos programas sustentan el componente social de la formación de médicos venezolanos.

En Venezuela, en 1960 se celebró el primer Seminario Nacional de Educación Médica. Por aplicación de las recomendaciones hechas en dicho Seminario se estableció un nuevo currículum, se organizaron las diversas cátedras en departamentos y se dio lugar a la creación de uno nuevo: el Departamento de Medicina Preventiva y Social. En la Universidad de Los Andes, como relató el Dr. Sequera Palencia (1992) en su semblanza: “Me tocó crearlo en febrero de 1961 y organizarlo como el primer Departamento de las universidades de Venezuela; se creó con la colaboración del SAS y como parte de una política de integración docente-asistencial creada por este despacho” (p. 175). Esta es una prueba fehaciente de la longevidad que el componente social tiene en los estudios de medicina del país.

Tanto el número de materias del eje social insertadas en los pênsums de estudios, como la existencia desde hace 51 años de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social en las Facultades de Medicina venezolanas, contradicen con creces el argumento de que “Los estudiantes pasaban poco o ningún tiempo en comunidades pobres y el desarrollo de un sentido de responsabilidad social no era un objetivo del plan de estudios” (Borroto Cruz y Salas Perea, 2008: 287).

Adicionalmente, si se toma en cuenta que, según Gaceta Oficial N° 38.272 del 14 de septiembre de 2005, entró en vigencia la Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior, que establece que el

mismo es un requisito para la obtención del título universitario, y en su artículo 8 se instituye que el mismo tendrá una duración mínima de 120 horas académicas, resulta aún mayor el exabrupto de aseverar que los estudiantes de medicina de las universidades autónomas pasan poco tiempo en las comunidades.

Es prudente acotar que, desde mediados del siglo XX, a nivel mundial se ha ido tomando paulatinamente la conciencia de que el proceso salud-enfermedad no es un fenómeno exclusivamente médico, por lo que resultaría reduccionista y limitado abordar dicho proceso desde un paradigma centrado sólo en los factores biológicos. Con el fin de superar esta visión mecanicista del ser humano apareció el paradigma holístico de la medicina, el cual se propone conocer y analizar el proceso salud-enfermedad considerándolo como un sistema en el cual intervienen múltiples variables, tales como la biológica, la psicológica, la ecológica, la política, la económica y la social.

La enseñanza de la medicina bajo la concepción holística implica, según Molina y González (2000), la valorización de los ejes psicológico y social, la visión integral del ser humano, la vinculación estrecha con la comunidad y el conocimiento de sus hábitos y creencias, la atención fundamentalmente extrahospitalaria, el énfasis en la enseñanza de los mecanismos de autocuración, la formación del médico como facilitador del procesogestionario con el usuario, el entrenamiento en el manejo existencial del sufrimiento y la muerte, la promoción de hábitos saludables entre los profesores y los estudiantes, la adecuación de la enseñanza médica a las patologías más frecuentes y demandantes actuales, la investigación en los procesos de toxicidad crónica subclínica producto de los cambios en el medio, y el estudio de patologías derivadas del estilo de vida, del estrés y de aspectos como el sedentarismo.

En este orden de ideas, en el *Plan de estudios de la carrera de Medicina* (Oficina de Educación Médica, 1990), de la Universidad de Los Andes, se comenzó a considerar la salud como un hecho que trascendía la esfera biológica limitada a un enfoque reduccionista y mecanicista. La salud se comprendió entonces “como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurren diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí” (Alcántara Moreno, 2008: 101).

Teniendo presente, pues, que el ser humano es una unidad biopsicosocial, que sólo puede vivir y desarrollarse en sociedad (por lo que Aristóteles lo denominó *zoonpolitikón* ‘animal político’), surgió la necesidad perentoria de desarrollar las diversas disciplinas de las

ciencias sociales vinculadas al estudio de la salud, puesto que la misma es un hecho social.

De aquí la importancia de impartir la docencia y promover la investigación en el área de la Sociología Médica o Sociología de la Salud y los demás programas académicos con contenido social.

Sólo a través de los elementos teórico-metodológicos aportados por la Sociología de la Salud y las demás ciencias sociales de la salud, los estudiantes de medicina pueden apropiarse de las herramientas básicas para abordar la salud como hecho social, ya que el ser humano es un ser sociable cuyo vivir es un convivir con sus semejantes, en una constante realidad dialógica y relacional, en el cual surge y persiste la salud como fenómeno.

La Sociología es, además, una disciplina eminentemente crítica, que se propone el estudio de la cultura, la estructura social y el cambio social, develando muchas veces las injusticias e inequidades que persisten en la sociedad y que producen un acceso desigual de grandes cantidades de la población a un nivel de vida digno y saludable.

De esta manera el estudiante de medicina cuenta con la posibilidad de desarrollar un espíritu crítico ante la realidad, que le permita superar la alienación en su trabajo y así pasar a ser un profesional activo y transformador, con sensibilidad social y comprometido con los cambios sustanciales y profundos que requiere el sector salud no sólo en nuestra Venezuela, sino a nivel latinoamericano e incluso global.

4. CONCLUSIÓN

Se concluye que resulta maniquea aquella postura que intenta escindir a los médicos nacionales en dos bandos, a saber: los mercantilistas burgueses egresados de las universidades autónomas, por una parte, y los luchadores sociales y revolucionarios socialistas graduados en la Misión Sucre. De manera que establecer tal dicotomía es caer en un reduccionismo teórico de corte marxista, que es muy limitado e inadecuado para analizar la complejidad de la formación universitaria de los médicos en Venezuela, configurando más un discurso político que un análisis académico, pues la humanización y reforzamiento del componente social en la formación de los profesionales de la salud es una meta común de los actores involucrados en el proceso educativo.

Por otra parte, es perentorio establecer un diálogo cooperativo y coordinado entre las autoridades del MIC y las de las Facultades de Medicina de las universidades autónomas, en aras de presentar propuestas concretas para la educación y formación social en las diversas ciencias de la salud. Dichas propuestas necesariamente deben anteponer criterios técnicos y teórico-metodológicos, tanto educativos como sociopolíticos, antes que intereses netamente orientados a la consecución y mantenimiento del poder mediante artificios populistas.

En tal sentido, las ideologías siempre estarán presentes, eso es lo más idóneo en una sociedad democrática. Pero esto jamás debe conllevar a extremismos y sesgos en una educación que, ante todo, tiene que ser democrática y plural, con apertura y cabida a todas las corrientes del pensamiento social. ©

El presente artículo forma parte de una investigación más amplia, contó con el financiamiento del Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y Artístico de la Universidad de Los Andes (CDCHTA-ULA), bajo el código M-1016-11-09-B

Gustavo Alcántara Moreno

Politólogo (Magna Cum Laude), Abogado y Magister Scientiae en Ciencias Políticas, todos los títulos obtenidos en la Universidad de Los Andes (ULA). Doctorando en Ciencias Humanas por la ULA. Profesor Agregado a dedicación exclusiva de la Facultad de Medicina de la ULA.

NOTAS

1. El presente artículo forma parte de una investigación más amplia que contó con el financiamiento del Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y Artístico de la Universidad de Los Andes, bajo el código M-1016-11-09-B.
 2. Esta Misión se concibe institucionalmente con el Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela (2000). Se trata de una cooperación en salud de tipo bilateral, en la que una parte de este convenio lo constituye un acuerdo energético, donde se estipula, entre otros aspectos, que Venezuela venderá a Cuba hasta 53.000 barriles de petróleo al año bajo un régimen preferencial de precios. Por su parte, Cuba se compromete a ofrecer, en formagratis, es decir, sin ningún tipo de cobro a los usuarios, los servicios médicos de especialistas y técnicos en salud que serían trasladados a las zonas más desatendidas de Venezuela (Alcántara Moreno, 2011a).
-



BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara Moreno, Gustavo (2008). La definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens* 9 (1). Recuperado el 15 de febrero de 2012 en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2781925&orden=0
- Alcántara Moreno, Gustavo (2011a). Integración regional, cooperación internacional y políticas de salud en Venezuela (1999-2009). *Revista Electrónica de Portales Médicos.com*, 6 (1). Recuperado el 15 de febrero de 2012 en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2724/1/Integracion-regional-cooperacion-internacional-y-politicas-de-salud-en-Venezuela-1999-2009.html>.
- Alcántara Moreno, Gustavo (2011b). *La globalización y sus implicaciones para el proceso salud-enfermedad. Una aproximación interdisciplinaria*. Saarbrücken (Alemania): Editorial Académica Española.
- Asamblea Nacional. (2005). Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior. *Gaceta Oficial*, 38.272, del 14 de septiembre de 2005. Caracas (Venezuela).
- Asamblea Nacional (2011). Reforma Parcial de la Ley del Ejercicio de la Medicina. *Gaceta Oficial*, 39.823, del 19 de diciembre de 2011. Caracas (Venezuela).
- Baptista, Asdrúbal (1997). *Teoría económica del capitalismo rentístico*. Caracas (Venezuela): IESA.
- Borroto Cruz, Eugenio; y Salas Perea, Ramón (2008). Programa nacional de formación en medicina integral comunitaria, Venezuela. *Medicina Social*, 3(4). Recuperado el 12 de marzo de 2012 en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewArticle/261>.
- Briceño León, Roberto; García, Bailde; Rodríguez, Virginia; y Tovar, Lya (2003). Las ciencias sociales y la salud en la modernización de Venezuela. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), págs. 63-77.
- Engels, Friedrich (1965). *La situación de la clase obrera en Inglaterra (1845)*. Buenos Aires (Argentina): Editorial Futuro.
- García, Juan César (2008). Las ciencias sociales en medicina. *Revista Cubana Salud Pública*, 34(4). Recuperado el 9 de marzo de 2012 en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400018&lng=es.
- Hoyer, Mariela; y Clarembaux, Patricia (2009). *Barrio Adentro. Historias de una misión*. Caracas (Venezuela): El Nacional.
- López, Luis (9 de agosto de 2009). La agonía del sistema de salud. *El Nacional*, Siete días, Caracas (Venezuela), pág. 3.
- ¿**Médicos a la altura? (2 de noviembre de 2011)**. *Tal Cual*, Caracas (Venezuela). Recuperado el 18 de febrero de 2012 en: <http://www.talcualdigital.com/Nota/visor.aspx?id=61132&tipo=AVA>.
- Molina, Tibisay; y González, Heriberto (2000). *Medicina holística. Un enfoque de la medicina acorde con el paradigma emergente de la ciencia*. Mérida (Venezuela): Universidad de Los Andes.
- Oficina de Educación Médica (1990). *Plan de estudios de la carrera de medicina, 1990*. Mérida (Venezuela): Universidad de Los Andes.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1974). Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina. *Educación Médica y Salud*, 4 (8), págs. 354-359.
- PROVEA (2009). *Situación de los Derechos Humanos en Venezuela, Informe Anual octubre 2008 / Septiembre 2009*. Caracas (Venezuela): Autor.

BIBLIOGRAFÍA

- PROVEA (2010). *Situación de los Derechos Humanos en Venezuela, Informe Anual octubre 2009 / Septiembre 2010*. Caracas(Venezuela): Autor.
- Rojas Soriano, Raúl (2000). *Crisis, salud, enfermedad y práctica médica*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Roses, Mirta (2006). Presentación, en Organización Panamericana de la Salud. *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas(Venezuela): OPS.
- Sequera Palencia, Héctor (Diciembre 1992). Semblanza. Dr. Héctor Sequera Palencia. Breve autobiografía. *MedULA*,1(4).Recuperado el 20 de febrero de 2012 en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21715/1/articulo7.pdf>.
- Sancionado proyecto de reforma de la Ley de Ejercicio de la Medicina. (1 de noviembre de 2011). *El Nacional*. Caracas (Venezuela). Recuperado el 21 de febrero de 2012 en:<http://www.el-nacional.com/noticia/7765/16/Sancionado-proyecto-de-reforma-de-la-Ley-de-Ejercicio-de-la-Medicina.html>.
- Theis, R. (20 de septiembre de 2009). Chávez declaró en emergencia la salud en Venezuela. *El Universal*, Caracas (Venezuela). Recuperado el 2 de febrero de 2012 en: http://www.eluniversal.com/2009/09/20/pol_art_chavez-declaro-en-em_1574464.shtml.

viene de la pág. 68

Se disfraza con distinción

Hoy, en nuestro tembloroso mundo, la situación general aporta condiciones para el surgimiento de este tipo de reacciones descontroladas, reflejas. Vivimos largos, interminables momentos de caídas, de naufragios repentinos. Y en consecuencia, padecemos y convivimos con un terrorismo mucho más calificado, pulido y sofisticado, pero igualmente letal. Destinado, como su nombre lo indica, a cultivar y distribuir con eficiencia, el terror, el miedo y la confusión doquiera se precipite. Una estudiada reproducción de la muerte. Para colmo se suele metamorfosear de manera elegante, con flux, corbata y camisa de lino. Suele perfumarse y adoptar ademanes finos, esmerados. Suele portar apellidos altisonantes, reconocidos, asociados coherentemente al pasado. Al debido linaje.

¿SIP? ¡Nop!

Ayer lo decíamos, hasta un rey se colgó de tren. Y acá no hay contradicción. Este señor, con su asumido papel de monarca en el siglo XXI, se pliega al equipo, lo defiende y se pone a formar parte



Continúa
en la pág. 78



viene de la pág. 77

del pelotón agresor. Pasa que hay valores antiquísimos en juego y se impone que un rey ponga su firma y su cara para asegurar la validez del plan.

¡No sigas hablando!

Organizados y alineados como los supremos jueces de la actividad periodística y comunicacional, los agresores metemiedo, se han arrogado la potestad de certificar o desertificar a los buenos y a los malos.

¿Y quiénes son los malos? ¡Aquí sí te quiero ver! Son aquellos que no se quieren callar, que desconocen las ventajas de vivir bajo la influencia de este sistema de orden monárquico. Como nosotros, por ejemplo. Como Cuba, como Bolivia, como pronto será toda Indoamérica. Todos ellos serán pasibles de castigos, sustos, difamaciones y sanciones. Y tendrán que aguantar nuestra artillería de exageraciones, tergiversaciones, manipulaciones, amenazas, censuras, y difamaciones de las que somos capaces.

Esa es nuestra misión. Todo será válido, mientras sirva para la continuación de nuestro poder económico y político.

Y esta declaración no la firma Enrique Santos, pero la comparte.

Ni siquiera imaginan

No saben que esta voz no puede ser acallada porque no se comprime con miedos. Porque hay un pueblo que tiene un alma consciente de sí. Y contra eso no hay terrorismo que valga aunque se vista con elegancia.