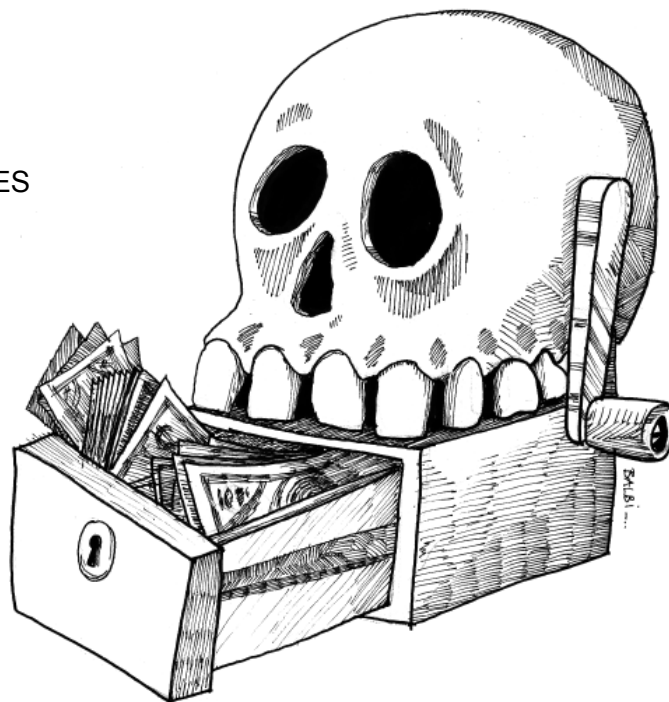


# LA RESPONSABILIDAD DE LAS UNIVERSIDADES EN LA SALUD PÚBLICA VENEZOLANA

THE RESPONSIBILITY OF UNIVERSITIES  
IN THE VENEZUELAN PUBLIC HEALTH

A RESPONSABILIDADE DAS UNIVERSIDADES  
NA SAÚDE PÚBLICA VENEZUELANA

JOSÉ IVO OSCAR CONTRERAS BRICEÑO\*  
ivojosebrice@gmail.com  
ANGEKA MARÍA QUINTERO\*\*  
mariangelcoqui@gmail.com  
Universidad de Los Andes  
Facultad de Medicina  
Mérida, estado Mérida, Venezuela.



Fecha de recepción: 28 de abril de 2012  
Fecha de aceptación: 5 de mayo de 2012

## Resumen

El siguiente documento es una revisión crítica, conceptual y de políticas públicas, que discute la educación universitaria y su engranaje en la salud pública en Venezuela, como dos áreas de importancia vital para el desarrollo social del país. En primera instancia, se describen las corrientes filosóficas y epistemológicas más recientes sobre la salud y específicamente la salud pública. A continuación, se investigan los principales axiomas propuestos para la educación universitaria contemporánea del mundo y el marco legal que rige esa materia en Venezuela.

**Palabras clave:** universidad, salud pública, responsabilidad social.

## Abstract

*This is a critical review of public policies for public health and university education in Venezuela. First, epistemic and philosophical elements regarding health and public health are considered. Second, an analysis of the main propositions for contemporary university education around the world is made together with the legal framework established in Venezuela for university education in public health.*

**Keywords:** university, public health, social responsibility.

## Resumo

*O seguinte documento é uma revisão crítica, conceitual e de políticas públicas, que discute a educação universitária e sua engrenagem na saúde pública na Venezuela, como duas áreas de importância vital para o desenvolvimento social do país. Em primeira instância, são descritas as tendências filosóficas e epistemológicas mais recentes sobre a saúde e, especificamente, a saúde pública. A continuação, se investigam os principais axiomas propostos para a educação universitária contemporânea do mundo, e o marco legal que rege essa matéria na Venezuela.*

**Palavras-chave:** universidade, saúde pública, responsabilidade social.



## 1. LA CONCEPCIÓN DE LA SALUD Y SU INFLUENCIA SOBRE LA SALUD PÚBLICA



El abordaje de la salud pública en cada país depende fundamentalmente de las orientaciones ideológicas de sus gobernantes. En lo relativo a la salud, su conceptualización es el punto de partida para la estructuración normativa y operativa de las políticas en la materia.

Desde hace más de 60 años se cuenta con un concepto de salud aceptado universalmente de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), que en su carta fundacional la establece como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia” (p. 1).

Con el avance científico y tecnológico, esta definición ha sido sometida a escrutinio, porque se considera que no expresa a plenitud la complejidad del ser humano y su interacción con su medio ambiente social y natural. Al respecto, Guerrero y León (2008) consideran, a la luz de eventos mundiales y del aporte de otros autores, que un concepto contemporáneo de salud debería inscribirse en propuestas más avanzadas, tomando en consideración nuevos campos del saber, tales como: las neurociencias, de la física cuántica, de una visión transpersonal de la salud, la vida y la enfermedad; además debe reflejar las declaraciones de la OMS (2001), en Alma-Ata (1978) y Yakarta (1997), y las Cartas de Ottawa (1986), México (2000) y Bangkok (2005), que recogen los últimos avances de la ciencia en la promoción de la salud, y que tendría que contener un enfoque holístico y consensuado de expertos en el área.

Inscritos en el propósito de evaluar y desarrollar estrategias adecuadas a cada época, se han desarrollado

eventos regionales en el continente americano para integrar la universidad a la promoción de la salud (Argentina, 2010, y México, 2012), en el área de educación para la salud (Colombia, 2010, y España, 2010), además de eventos en Costa Rica y Ecuador, la más reciente, la Conferencia Global de Determinantes de Salud (Brasil, 2011).

La mayoría de estos encuentros del saber recomiendan cambios a las formas actuales de ejercer las políticas de salud en el mundo, entre ellas: la mayor participación social, la equidad de género, la mayor atención del medio ambiente, la creación y el fortalecimiento de habilidades personales para el incremento de la calidad de vida, la re-dirección de los servicios de salud y la migración hacia políticas saludables. Así mismo y de manera reiterativa, estos y otros eventos instan a las universidades, a revisar y adoptar posturas académicas a tono con las recomendaciones de organismos de rango mundial, americano y nacional, que deben ser incorporadas en la docencia, la extensión y la investigación.

La práctica de la salud pública ha estado dominada por un paradigma denominado enfoque reduccionista biomédico, cuya explicación de salud humana queda reducida a un único aspecto dominante: el factor biológico. En su sentido más físico, el ser humano es visto como una máquina que opera siempre que no tenga desperfectos, esta visión mecanicista supone que cada cosa en la naturaleza tiene una causa y que en cada caso la causa precede al efecto. En términos de la atención de salud, cuando el cuerpo falla hay que repararlo mediante terapéuticas que apuntan al efecto. En este enfoque, los servicios de salud son creados no para procurar la salud, ya que ella es imperceptible y subjetiva; lo relevante es la enfermedad, que sí tiene cabida en el mundo real porque se expresa en signos y síntomas que se pueden medir (morbicentrismo) y por los cuales cada disciplina que compone las ciencias de la salud puede tratar a la máquina de manera aislada e independiente.

Desde la perspectiva de la filosofía contemporánea, apreciamos que esta manera de entender la salud está cambiando. Ramis (2007) argumenta que en la concepción de salud en particular, las teorías de la complejidad tienen un efecto demoledor, pues uno de sus axiomas lo representa el hecho de que no hay posibilidad de alcanzar nuevos conocimientos de forma fraccionada, por lo que las disciplinas científicas en adelante deben trabajar de forma transdisciplinar: estudiar un problema conjuntamente, desde varias ciencias relacionadas y desde cada una de ellas. Sin embargo, la práctica cotidiana nos muestra un ejercicio monodisciplinar y sin conexión con otras áreas del conocimiento.

La complejidad, como propuesta filosófica, rebate muchos preceptos que han sido aceptados sin vacilaciones

hasta hoy. Su principal exponente, Morin (1996), identifica tres teorías que cuestionan, desde el punto de vista epistemológico, la visión morbicéntrica: la información, la cibernética y la teoría de sistemas.

La teoría de la información permite entrar en un universo donde a la vez hay redundancia (orden) y ruido (desorden). La cibernética es una teoría de las máquinas autónomas, la idea de la retroacción (*feed back*) rompe con el principio de la causalidad lineal (mejor conocida como modelo unicausal de la enfermedad), al introducir la curva de causalidad. La causa actúa sobre el efecto y el efecto actúa sobre la causa. Por último, la teoría de sistemas, con su primera lección, “el todo es más que la suma de las partes”, pero, por otra parte, “el todo es menos que la suma de las partes”, pues estas pueden tener cualidades inhibidas por la organización del conjunto.

De acuerdo con lo expuesto, se está gestando un cambio de óptica, inspirado además por los aportes desde diversas áreas del saber, como las neurociencias, la psicología social, la fenomenología y el constructivismo, que abren la posibilidad de ampliar la idea en el imaginario colectivo sobre la salud entorno a la idea del abordaje integrador e integral de la salud.

En consecuencia y como ser interactuante con ese saber reciente, suscribo la definición de *salud integral* establecida por el Ministerio de Salud, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003), porque pienso que incluyen muchos de los elementos que no consideró la OMS en 1948, y que además son citados frecuentemente por estudiosos del tema, que la consideran como:

Expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar. Comprende el conjunto de condiciones biológicas, psicológicas, materiales, sociales y culturales; que tienen como determinantes, entre otros, la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, el transporte y el acceso a bienes y servicios esenciales. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida (p. 89).

En esta definición se refleja muy bien la teoría de la complejidad, pues lista una serie de elementos circundantes de las esferas personal, familiar, comunitaria, nacional y mundial, que influyen en alguna medida, para que cada uno tenga un grado de salud. Como puede evidenciarse, muchos elementos vinculados con la conceptualización de la salud están en permanente revisión, y en los últimos años van tomando rumbos muy contrastantes a los que guían, aún hoy, las políticas de salud,

con preceptos del siglo pasado que ya han sido, en su esencia, modificados y actualizados.

## 2. LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA ACTUAL

En este punto de la lectura es importante preguntarse: ¿para qué le sirve a una persona la educación universitaria? Sobre el tema, coincido con Delors et al. (1996), quien concibe la educación, a lo largo de la vida del ser humano y con mayor énfasis en la educación universitaria, dirigida hacia cuatro propósitos fundamentales: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser. Los planteamientos hechos por el autor fueron considerados por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) como principios orientadores para el siglo XXI.

Aprender a conocer, combinando una cultura general suficientemente amplia con la posibilidad de profundizar los saberes en un pequeño número de materias. Lo que supone, además: aprender a aprender para poder aprovechar las posibilidades que ofrece la educación a lo largo de la vida. Aprender a hacer, a fin de adquirir, no sólo una calificación profesional, sino más generalmente, una competencia que capacite a cada persona para hacer frente a un gran número de situaciones y a trabajar en equipo, pero también, aprender a hacer en el marco de las distintas experiencias propias de un contexto social concreto nacional.

Continúa el autor en lo referido a aprender a vivir juntos, desarrollando paulatinamente la comprensión del otro y la percepción de las formas de interdependencia social, respetando los valores de pluralismo, comprensión mutua y la paz entre los humanos. Por último, aprender a ser, para optimizar la propia personalidad, y se esté en condiciones de obrar con creciente capacidad de autonomía, de juicio y de responsabilidad personal y con el mundo.

Más allá de lo personal, la formación universitaria tiene una misión social que cumplir, en consonancia con las características de un contexto específico. En el caso venezolano, el artículo 2 de la Ley de Universidades (1970), establece que las mismas son instituciones al servicio de la Nación y que les corresponde aportar en la orientación de la vida del país, mediante su contribución doctrinaria en el esclarecimiento de los problemas nacionales. A partir de la interpretación de este artículo, se entiende que la universidad venezolana, debe dar respuestas a la problemática nacional porque ese es su legado a nuestra sociedad. Por analogía, en el campo específico de la salud pública, la universidad, debe abordar los problemas de salud y enfermedad desde las perspectivas



actuales, es decir, a partir de la dinámica social que se gesta y consolida en cada ciudadano y su comunidad.

Desde este punto de vista, Pichardo (1997) y Graffe (2005) defienden la idea que la universidad que acrisola su esfuerzo en el desarrollo de políticas públicas, con especial énfasis en el área de la educación, exige el logro del consenso de los diferentes actores sociales (Estado, sociedad civil y sectores académicos y estudiantiles universitarios) en la formulación de un proyecto político que genere el desarrollo integral de la sociedad venezolana en su conjunto, y que guíe a la planificación educativa en el diseño y puesta en ejecución de planes, programas y proyectos concretos.

Ante el compromiso que la universidad tiene con un país, la educación universitaria la define como un bien público social, un derecho humano y universal y un deber del Estado, tal y como lo refrendó el Instituto Internacional de la UNESCO para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (IESALC-UNESCO, 2008), en el marco de la Conferencia Regional de Educación Superior de América Latina y el Caribe (CRES), celebrada del 4 al 6 de junio de 2008, en la ciudad de Cartagena de Indias.

Asimismo, determina que son los Estados, las sociedades nacionales y las comunidades académicas las que definen los principios básicos en los cuales se fundamenta la formación de los ciudadanos y ciudadanas, velando por que ella sea pertinente y de calidad. Uno de los objetivos de dicha conferencia fue revisar los postulados de la denominada Reforma de Córdoba, con vigencia de 90 años y cuyos principios constituyen en la actualidad orientaciones fundamentales en materia de autonomía universitaria, cogobierno, acceso universal y compromiso con la sociedad.

Dentro de las conclusiones generadas en dicha conferencia, en cuanto a la cobertura y modelos educativos, insta a las universidades a garantizar un crecimiento más acelerado de la cobertura educacional requerida para las próximas décadas, además de estructuras institucionales y propuestas académicas que garanticen el derecho a ella y la formación del mayor número posible de personas competentes, destinadas a mejorar sustancialmente el soporte sociocultural, técnico, científico y artístico que requieren los países de la región. No menos importante es la exhortación a hacer cambios profundos en las formas de acceder, construir, producir, transmitir, distribuir y utilizar el conocimiento, dado el carácter humanista de la Educación Superior.

### 3. LA EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA SALUD PÚBLICA EN VENEZUELA

La salud como responsabilidad del Estado data de la década de los años 30 del siglo pasado, cuando se crean

el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) en 1936 y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales en 1944; sin embargo, se presenta su evaluación en los últimos 20 años, para poder destacar el papel contemporáneo de las universidades.

La política del Estado venezolano ha variado en sus años recientes en cuanto a su orientación política y sus estrategias de acción. A continuación se describen de manera sucinta algunos de los hechos más resaltantes que revelan tales cambios: la promulgación por el Congreso de la República de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (1987), que preveía el trabajo coordinado con las universidades, los institutos universitarios para la formulación de políticas y la capacitación del talento humano. Otro de los elementos contenidos en la ley que aún genera opiniones diversas es el referido a la recuperación de costos (artículo 21).

Entre los fundamentos de la ley se establecía un plazo de 10 años (artículo 34) para hacer las transferencias o descentralización de los establecimientos dependientes del gobierno nacional, a los niveles de poder estatal o municipal. Dos años más tarde se promulga la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (1989), que establece la profundización de la desconcentración y descentralización de los servicios. Las consecuencias inmediatas de estas leyes fueron la creación de municipios piloto en ocho estados, mediante la plataforma operativa de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y la creación de fundaciones en hospitales y ambulatorios que se generalizaron en todo el país, justificado por el supuesto de las insuficiencias presupuestarias que tenían los servicios de salud.

Al finalizar ese decenio se observó, más allá de lo previsto en las leyes, una atomización de los servicios con una grave pérdida del papel rector asesor, técnico y administrativo del MSAS y cobros sin mayor regulación ni control, en muchos servicios públicos de la salud. Por otro lado, algunos hospitales empezaron a ser descentralizados a municipios y entes de diversa índole que no cumplían con las pautas normativas del ente rector. Ambas leyes, especialmente la del Sistema Nacional de Salud, no pudo materializarse, entre otras razones, por la falta de continuidad administrativa.

Estas características de la atención de salud eran posibles, bajo el mandato constitucional del artículo 76 de la Constitución de la República, vigente para la época (1961), en la que a pesar que se garantizaba el derecho a la salud, también determinaba que el Estado velaba por el mantenimiento de la salud pública y los medios de prevención y asistencia a quienes carecieron de ellos. A juicio de expertos en la materia, esta frase generó la brecha necesaria para la privatización solapada, mediante el cobro a

los usuarios por la vía de la recuperación de costos, lo que significó desembolsos de los usuarios por concepto de tratamiento farmacológico, insumo, cirugías, alimentación, entre otros.

Al mirar la causa de tales cobros, en términos de la inversión social que el Estado aportó, en la década de los 70 se mantuvo una tendencia ascendente, pero a partir de 1981 y hasta 1999 el gasto fue menor al crecimiento demográfico en la mayor parte del período, salvo algunos pequeños repuntes como el bienio 1991-1992 o en el año 1997. La caída de la inversión en salud creó un deterioro del bienestar social, entre otras causas, por la disminución en la operatividad de muchas instituciones ambulatorias y hospitalarias, el aumento de la demanda de servicios y el rezago en el uso de tecnologías de diagnóstico y terapéuticos disponibles en el mercado internacional, acompañado del gran auge de las ofertas de servicio de carácter privado.

Un viraje experimentado en todos los componentes de la vida nacional y que comienzan en 1999 cambia de forma trascendente la visión sobre la salud pública mediante transformaciones profundas desde el punto de vista filosófico, epistemológico, político y social: a partir de ese momento histórico, el modelo de gestión en salud sigue los postulados de la nueva Constitución Nacional (1999), la cual en su artículo 83 reza que “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida” (p. 23). Por su parte, el artículo 84 de la constitución citada establece que la garantía de la salud se llevará a cabo a través de un Sistema Público Nacional de Salud, bajo los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Según estas premisas, se pretende dar unidad organizacional a la salud pública y se cierra toda posibilidad de privatizar cualquier servicio de salud, por su carácter gratuito y universal, proclamado en la constitución que entró en vigencia.

Entre los primeros cambios en la política de salud, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS, 2002) se replanteó el concepto tradicional de Atención Primaria de Salud (APS) propuesto en 1998, porque consideró que había gran desarticulación entre la práctica y la teoría existente, pues el mismo nació y se desarrolló bajo los postulados de la economía neoliberal. Por tal razón, la define como:

La asistencia esencial que pone al alcance de todos los individuos, familias y comunidades la atención de salud, de forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con su plena participación para el alcance de una mejor salud y calidad de vida. Constituye la función principal y el núcleo central del Sistema

Público Nacional de Salud, así como del desarrollo social y económico global de la comunidad” (s./p.).

La redefinición de ese concepto coincide de manera radical en la orientación de las políticas de salud en el país, en esencia, porque establece elementos propios de nuestra cultura y realiza el papel preponderante del Estado, mediante el Sistema Público Nacional de Salud, además que enfatiza el carácter participativo de la sociedad y le coloca como norte la calidad de vida.

La estrategia definida para hacer efectiva la APS es denominada “Barrio Adentro” que, de acuerdo con la Coordinación Nacional de Atención Primaria (2004), es la concreción de la APS como prioridad de la política de salud para responder a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida, cuyos principios rectores serán la equidad, la universalidad, la accesibilidad, la gratuidad, la transectorialidad, la pertenencia cultural, la participación, la justicia y la corresponsabilidad social, contribuyendo a mejorar la calidad de salud y vida.

El MSDS (2004) asume este modelo de gestión ampliando el acceso a la salud para los sectores más pobres del país y se convierte en el gran acontecimiento para la construcción del nuevo modelo de atención y gestión en salud, teniendo como fundamento la democracia participativa y protagónica, y estableciéndolo como el eje articulador de todas las políticas sociales.

Como uno de los elementos más importantes para el desarrollo de la iniciativa de Barrio Adentro, se crean: la Especialización en Medicina General Integral, la Especialización en Odontología General Integral y el Programa Nacional de Enfermería Integral (Álvarez, 2004). Ambas iniciativas de formación fueron desarrolladas siguiendo las etapas del desarrollo de los diseños curriculares, en cuanto al diagnóstico de las necesidades de formación, formulación de los objetivos, selección y organización de los contenidos, selección y organización de las actividades de aprendizaje y sistema de evaluación.

Así mismo, se crea el Programa de Formación de Medicina Integral Comunitaria (PFMIC) en el año 2005, con un régimen de seis años de formación, y tiene entre sus características distintivas integrar los conocimientos científicos con los saberes populares en un solo conocimiento, respetando la diversidad multicultural y pluriétnica, orientadas por una estrategia de Promoción de la Salud y Calidad de Vida (Borroto y Salas, 2008).

Las estrategias de aprendizaje y enseñanza de estos programas de formación resultan innovadoras en varios sentidos: el funcionamiento como aldeas universitarias, con lo que se aprovechan los espacios de instituciones educativas de primer, segundo y tercer nivel educativo, se le da



mayor utilidad a esos espacios y se cambia la visión de la universidad en cuanto a la accesibilidad física a los centros educativos, que está muchos más vinculados con su realidad y su dinámica social concreta. Por supuesto, de esta manera se nota una gran diferencia con la universidad tradicional, que actúa bajo los preceptos medievales de campus y claustro y en la que las aulas de clase son el contexto por excelencia.

Otro rasgo determinante lo constituye la masificación y democratización de la matrícula estudiantil, de tal forma que el ingreso y permanencia en un programa específico depende principalmente del discente. Aquí se marca otra diferencia con la tendencia de los últimos años en las universidades autónomas, en las cuales, por los escasos cupos ofertados (con alta demanda por parte de la población egresada de las instituciones del segundo nivel), se requiere obtener los mayores puntajes en las pruebas de admisión en cada carrera. Si el interesado en realizar estudios universitarios no logra obtener un cupo, debe intentarlo de nuevo seis meses o un año después, en la misma carrera o en otra (en la que, probablemente, no tendrá mayor inclinación vocacional y motivación personal).

Adicionalmente, los nuevos programas de formación vienen a revertir una tendencia mercantilista muy propia de las áreas de la salud, en la que el núcleo de los pénsums de estudios es la capacitación para responder a las necesidades de un mercado laboral privado, independiente, especializado y eminentemente curativo. En contraposición, la orientación académica de esos programas privilegia o prioriza la salud colectiva e individual y la humanización del servicio de salud.

La novedad, quizá *más contrastante de este modelo de gestión educativa* con lo usual, lo representa la intervención directa de los estudiantes en y con las comunidades, desde la formación y el desarrollo de las experiencias teóricas y prácticas en escenarios de aprendizaje reales como la comunidad, los consultorios populares, las escuelas, los espacios laborales y los centros de integración docente –asistencial como los ambulatorios y los hospitales. Es bueno destacar que la mayoría en las universidades de corte convencional, las carreras de la salud que ofertan el diseño curricular y, por ende, las asignaturas o unidades curriculares, están definidas para el estudio de la enfermedad (farmacología, epidemiología, fisiopatología, cirugía, medicina interna, pediatría, entre otras) y las experiencias prácticas, también llamadas pasantías, son realizadas en los servicios hospitalarios.

Otro aporte importante mucho menos convencional, desde el punto de vista de formación universitaria, lo representa la capacitación de los Agentes Comunitarios de Atención Primaria en Salud (ACAPS), iniciada en el año 2006, pues los agentes son personas previamente

postuladas por los habitantes de sus comunidades de origen y capacitadas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), con el fin de extender servicios de atención primaria en salud en los territorios de difícil acceso geográfico. Estos agentes de salud son formados para la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, con un carácter endógeno en su comunidad, dentro de una jerarquización de servicios que asegure la supervisión, referencia y contra-referencia con otros centros de atención de salud de mayor complejidad.

Hay que recalcar que este modelo de educación no es nuevo, fue desarrollado en Venezuela en 1962, como una iniciativa de ampliación de la cobertura de servicios de salud a la población rural menor de mil habitantes, denominada por su creador Arnoldo Gabaldón como Medicina Simplificada y que arrojó logros importantes por más de 29 años. El rescate de esta actividad, representa la renovación de una experiencia que fue exitosa a nivel internacional y que velaba por la salud de una población desasistida, dada la dispersión demográfica y el escaso desarrollo de la infraestructura de centros de atención de salud en las áreas rurales del país.

En la puesta en marcha de la visión de la salud pública venezolana se aprecia mayor arraigo por enfoque más integrales que los ejecutados en el pasado. Es así como se enfoca en los determinantes sociales, mediante la evidencia empírica disponible. La ruta emprendida es definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008) la define como:

El enfoque propone enfocarse en acciones de salud orientadas a incrementar las capacidades del Estado al nivel nacional, y local, empoderar a la población dándole voz y rol en la preparación de las políticas públicas, y cultivar un enfoque intersectorial de consenso y acciones sinérgicas, entre los gobiernos, el sector privado, y la sociedad civil (p. 4).

Los logros obtenidos con esta nueva orientación han mostrado sus frutos y son descritos a profundidad en el informe de la Presidencia de la República (2010). La relevancia de estos resultados tiene resonancia internacional pues hacen parte de un compromiso asumido desde el año 2000 por Venezuela, conjuntamente con los demás países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, definido como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En este momento la intervención sobre los determinantes sociales revelan que el país ha logrado la mayoría de esas metas, al ubicar en 7,2% el porcentaje de personas en pobreza extrema, el desempleo había disminuido a 7,5%, 3,7% la cantidad de niños y niñas menores de cinco años con bajo peso, de cada 100 alumnos 84 culminan el

sexto grado, la tasa de mortalidad infantil bajó a 13,9 por cada 1000 nacimientos vivos registrados, ha aumentado el número de personas con VIH/SIDA con tratamiento gratuito, se registró una disminución de la malaria y la tuberculosis, y se incrementó a 94,04% de cobertura de la población con agua potable. A pesar de estos logros aún quedan por mejorar algunas metas referidas a cubrir la demanda de medicamentos, la superficie cubierta por bosques y la mortalidad materna.

Todo esto se ha logrado con el desarrollo de un número considerable de iniciativas entre las que se encuentran las misiones dirigidas a problemas educativos, de vivienda, empleo productivo, protección social de grupos vulnerables, salud y leyes que van dirigidas al disfrute de la máxima felicidad posible.

Las falencias evidenciadas en los logros presentadas determinan retos en los determinantes biológicos, psicológicos, socioeconómicos y ambientales del proceso salud-enfermedad y en la articulación entre los diferentes sectores y actores que deben involucrarse para abordar el problema multifactorial.

En todas y cada una de las áreas descritas, la universidad ha dado su tributo al país. Pero no solo en el desarrollo de políticas tiene mucho que aportar, sino que cuenta con el talento humano y otras fortalezas para desplegar acciones concretas que optimicen la calidad de vida del país.

#### **4. LA AUTONOMÍA VERSUS LA RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA**

A propósito de la necesidad de transformación que, con los argumentos esgrimidos en las secciones previas, se apremia en la formación universitaria pública del país, presentamos a continuación algunos elementos para su análisis: De la Cuesta (2011) afirma que las universidades deberán buscar un triple compromiso: con la mejora de las capacidades y competencias de las personas, con la búsqueda de eficiencia y competitividad de las empresas que permitan la prosperidad económica y el progreso social de las localidades y regiones, así como con los objetivos de desarrollo humano y social en su sentido más amplio.

En ese mismo sentido, el Global Compact de Naciones Unidas (2007) generó seis principios para una Educación Responsable en Gestión que pueden servir de marco para ampliar la discusión sobre la participación de las universidades bajo una concepción humanística: 1.- Propósito: que implica desarrollar capacidades de los estudiantes para que sean futuros generadores de valor sostenible para

los negocios y la sociedad en su conjunto, y para trabajar por una economía global incluyente y sostenible. 2.- Valores: que incorpora a las actividades académicas y programas de estudio, los valores de la responsabilidad social global. 3.- Método: mediante marcos educativos, materiales, procesos y entornos pedagógicos que hagan posible experiencias efectivas de aprendizaje para un liderazgo responsable. 4.- Investigación: conceptual y empírica que permita mejorar nuestra comprensión acerca del papel, la dinámica y el impacto de las corporaciones en la creación de valor sostenible social, ambiental y económico. 5.- Partenariado (asociaciones estratégicas): al interactuar con los gestores de las corporaciones empresariales, para ampliar nuestro conocimiento de sus desafíos a la hora de cumplir con sus responsabilidades sociales y ambientales y para explorar conjuntamente los modos efectivos de enfrentar tales desafíos. Y 6.- Diálogo: que facilite y apoye el debate entre educadores, empresas, el gobierno, consumidores, medios, de comunicación, organizaciones de la sociedad civil y los demás grupos interesados, en temas críticos relacionados con la responsabilidad social global y la sostenibilidad.

En ese sentido, Escalante (2011) explica que las instituciones de educación superior, en el ámbito de sus tres funciones básicas (docencia, investigación y extensión), juegan un papel trascendental de cara a los retos que tiene la Venezuela del Siglo XXI, entre otras razones porque es uno de los sectores que debe asumir el rol de liderazgo para poder dar respuesta a la búsqueda del desarrollo sostenible, desde una perspectiva integral, al considerar todos los campos que este lleva implícito.

Sin embargo, y a la luz de los principios señalados, Domínguez (2009) considera que las universidades en América Latina y por ende en Venezuela, en vez de asumir la extensión como una expresión de la vocación de servicio y compromiso de acción social y ser el nexo con la sociedad como expresión de su compromiso ideológico, cultural y científico, se reorientó hacia el público estudiantil, se encerró en los campus, se politizó y se enclaustró en un sistema de prestación de servicios para los estudiantes y la comunidad académica, en tanto se internalizó y se constituyó en uno de los ejes de la gestión de las universidades para mantener la cohesión interna y la legitimación de la gestión en el sector estudiantil. Por otro lado, reafirmó además el enfoque cultural (cine, arte, museos, medios de comunicación, etc.), con protagonistas estudiantiles y de cursos acreditados por los docentes.

Una de las áreas de actuación de las universidades que ha vuelto a la opinión pública a partir de las intenciones de la Asamblea Nacional en la modificación de la Ley de Universidades es la referida a la extensión, la cual tiene repercusión en la definición de políticas de salud. Frecuentemente,



autoridades y miembros de la comunidad universitaria han izado la bandera de la pertinencia social de las universidades para defender su derecho a la autonomía. En el ámbito de las universidades de América Latina y de algunas instituciones, los términos de *extensión universitaria* y *proyección social* o *pertinencia social* se usan indistintamente, siendo el de *extensión universitaria* el más utilizado en documentos conceptuales, eventos, debates académicos; sin embargo, ellos difieren en cuanto a su naturaleza, propósito y orientación epistémica y praxeológica.

Para Narváez (2008), hay consenso en cuanto la extensión es una función sustantiva que tiene que ver con la interacción de la institución con el entorno y su misión de contribuir al progreso de la sociedad; sin embargo, se expresa en los predios académicos, políticos y sociales, pero pocas veces se gestiona tal función en términos de interacción de doble vía, de forma recíproca, hacia adentro y hacia afuera. Es decir, desde, para con y por la comunidad local, regional o nacional.

A ese respecto, una modalidad educativa de integración teórica y práctica del saber y que tiene presencia en los pénsums de estudios de las disciplinas de ciencias de la salud es la pasantía, que no es más que la práctica profesional específica por áreas de trabajo de cada profesión. En algunos casos se le adjudica un valor como aporte social, cuando en realidad su naturaleza es eminentemente académica, con un sistema de evaluación educativa, no diseñada o ejecutada con miras a generar impacto social.

Adicionalmente, en los últimos tiempos, y como producto de la promulgación de la Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior (2005), se ha incrementado la necesidad de deslindar a la extensión como parte de la misión de la universidad venezolana y el servicio comunitario. A los fines de la ley y específicamente en el artículo 4, se establece que el último es la actividad que deben desarrollar en las comunidades los estudiantes de educación superior que cursen estudios de formación profesional, aplicando los conocimientos científicos, técnicos, culturales, deportivos y humanísticos adquiridos durante su formación académica en beneficio de la comunidad, para cooperar con su participación al cumplimiento de los fines del bienestar social. Se entiende de esta manera que el servicio comunitario es un requisito obligatorio para culminar los estudios de tercer nivel mientras que la extensión se ha desarrollado mediante voluntariado.

Asimismo, el desarrollo del servicio implica la intervención de los estudiantes, según su perfil profesional, en problemas de índole comunitaria, a partir de la identificación de los actores sociales, y fomentar en el estudiante la solidaridad y el compromiso con la

comunidad como norma ética y ciudadana, que debe mejorar algún aspecto de la calidad de vida. Es decir que el estudiante ejecuta sus acciones con lo aprehendido en su formación específica, en contraste con la extensión, que se relaciona con actividades extracurriculares deportivas y artísticas.

## 5. CONCLUSIONES

En los últimos 20 años, el concepto de salud ha sufrido muchas acepciones y se han establecido conceptos vinculados a él, como la promoción de salud, que integra estrategias, principios y características para conformar una visión más global de ese fenómeno.

Desde 1978 se han llevado a cabo muchos eventos mundiales y regionales que redefinen y amplían los elementos constituyentes del concepto de salud. Las recomendaciones emanadas de la mayoría de los eventos relativos a la salud apuntan a una revisión de las políticas en la materia, tendientes a elementos de la dinámica social como la participación individual y social, para el desarrollo de la calidad de vida.

La salud pública tiene mucha influencia del modelo biomédico; sin embargo, hay una orientación emergente hacia el paradigma de la complejidad y su visión sistémica.

A pesar de que la ciencia avanza en la formulación de teorías de la educación universitaria hacia modelos de mayor formación en las áreas personales y colectivas, es necesario revisar la manera de construir, producir, transmitir, distribuir y utilizar el conocimiento.

En el siglo pasado el modelo de atención de salud respondía en su mayoría a intereses capitalistas; a partir de siglo presente, la formación universitaria en las misiones educativas evoluciona a un modelo más humanista y de mayor impacto social.

Los resultados del nuevo modelo de gestión de salud, acompañado de la formación universitaria en las misiones, ha demostrado un impacto importante en los Objetivos del Milenio (ODM), a pesar de que es necesario mejorar algunos de sus indicadores.

La universidad venezolana en su conjunto está llamada, desde la base de la investigación, la docencia y la extensión, a asumir un rol protagónico a los fines de su propia ética, entendida como la responsabilidad universitaria y, así, sumarse como parte del Estado venezolano a contribuir con el progreso del país. ©



---

**José Ivo Oscar Contreras Briceño**

Profesor Asociado de la Universidad de Los Andes. Facultad de Medicina. Avenida Tulio Febres Cordero Edificio B. Licenciado en Enfermería. Magister of Public Health. Doctor en Enfermería: Salud y Cuidado Humano. Premio Estimulo al Investigador Nivel B (PEI, 2011).

**Angela María Quintero**

Enfermera II, Hospital Tulio Carnevali Salvatierra. Avenida Las Américas. Magister en Enfermería en Salud Sexual y Reproductiva. Premio Estimulo al Investigador Nivel C (PEI, 2011)

---

**BIBLIOGRAFÍA**

- Álvarez Sintés, Roberto (editor) (2004). *Una interpretación de la misión Barrio Adentro: salud, medicina general integral y formación de talento humano desde la perspectiva de un trabajador de la salud, y otros*. Recuperado el 15 de abril del 2012 en: <http://libreronline.com/venezuela/libros/4806/lvarez-sintes-roberto/una-interpretacion-de-la-mision-barrio-adentro-salud-medicina-general-integral-y-formacion-de-ta.html>
- Asamblea Nacional (1999). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Caracas (Venezuela): Distribuidora Escolar.
- Asamblea Nacional (2005). *Ley del servicio comunitario del estudiante de educación superior*. Recuperado el 2 de abril del 2012 en: <http://www.usb.ve/proyectar/pdf/isceu.pdf>
- Borroto Cruz, Eugenio Radamés; Salas Perea, Ramón Syr (2008). *Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria, Venezuela*. Recuperado el 15 de abril del 2012 en: <http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewArticle/261>
- Congreso de la República (1987). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado el 8 de abril del 2012 en: <http://www.defiendete.org/html/de-interes/LEYES%20DE%20VENEZUELA/LEYES%20DE%20VENEZUELA%20II/LEY%20ORGANICA%20DEL%20SISTEMA%20NACIONAL%20DE%20SALUD.htm>
- Congreso de la República (1989). *Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público*. Recuperado el 15 de abril del 2012 en: <http://www.mipunto.com/venezuelavirtual/leyesdevenezuela/leyesorganicas/LEYORGANICADEDESCENTRALIZACION.pdf>
- Congreso Nacional (1961). *Constitución de la República de Venezuela*. Recuperado el 15 de abril del 2012 en: <http://www.tsj.gov.ve/legislacion/constitucion1961.pdf>
- Congreso Nacional (1970). *Ley de Universidades*. Recuperado el 25 de marzo del 2012 en: <http://www.poz.unexpo.edu.ve/web/pdf/Leyvigente.pdf>
- Coordinación Nacional de Atención Primaria (2004). *Una Misión. Un Plan. Una Idea: "Barrio Adentro"*. Caracas (Venezuela): Ediciones MSDS.
- De la Cuesta, Marta (2011). *Responsabilidad Social Universitaria*. Recuperado el 5 de abril del 2012 en: <http://www.fundacioncarolina.es/es-ES/nombrespropios/Documents/NPDelaCuesta1105.pdf>
- Delors, Jacques (1996). *La educación encierra un tesoro*. París (Francia): Ediciones UNESCO.
- Domínguez Pachón, María Jesús (2009). Responsabilidad social universitaria: *Humanismo y Trabajo Social*, págs. 37-67. Recuperado el 12 de abril del 2012 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/678/67812869001.pdf>
- Escalante Moreno, Ana Beatriz (2011). Políticas públicas de educación universitaria para el desarrollo integral de Venezuela: hacia una aproximación conceptual. *Docencia Universitaria*, 12 (1). Recuperado el 1 de abril del 2012 en: [http://www.ucv.ve/fileadmin/user\\_upload/sadpro/Documentos/docencia\\_vol12\\_n1\\_2011/9\\_art\\_5\\_ana\\_beatriz\\_y\\_graffed.pdf](http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/sadpro/Documentos/docencia_vol12_n1_2011/9_art_5_ana_beatriz_y_graffed.pdf)
-



## BIBLIOGRAFÍA

- Global Compact de Naciones Unidas (2007). *Principios para una educación responsable en gestión*. Recuperado el 1 de abril del 2012 en: <http://www.unprme.org/resource-docs/EDUCACIONRESPONSABLEPRMEencastellano.pdf>
- Graffe, Gilberto (2007). Las políticas públicas para el desarrollo de la educación superior venezolana 1989-2004. *Revista Docencia Universitaria*, 8 (1), págs. 9-41.
- Guerrero, Luis; y León, Aníbal (2007). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum*, 18(53). 610-633. Recuperado el 20 de marzo del 2012 en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/28660/1/articulo8.pdf>
- Instituto Internacional de la UNESCO para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (2008). *Declaración de la conferencia regional de educación superior en américa latina y el caribe*. Recuperado el 15 de abril del 2012 en: <http://www.udual.org/Anuncios/DeclaracionCRES2008.pdf>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2002). *Plan Estratégico Social. (PES 2002 – 20007)*. Caracas (Venezuela): MSDS.
- Ministerio de Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud(2003). *Lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva*. Caracas (Venezuela): La Galaxia, tomo 2.
- Morin, Edgar (1996). Por una reforma del pensamiento. *Revista Correos de la UNESCO*, 10 (4).
- Narváez, Eleazar (2008). Universidad autónoma y rendición de cuentas. *Educere*, 12(42), págs. 515-522. Recuperado el 2 de abril del 2012 en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-49102008000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-49102008000300012&script=sci_arttext)
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 10 de febrero del 2012 en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Primer Foro de Salud Urbana Regional*. México. Recuperado el 15 de abril del 2012 en: [http://www.laciudadviva.org/export/sites/laciudadviva/recursos/documentos/Otros\\_Documentos/Textos/Textos\\_de\\_Salud/Org\\_Panamericana\\_de\\_Salud-Caminando\\_hacia\\_un\\_marco\\_conceptual\\_de\\_salud\\_urbana-2007.pdf](http://www.laciudadviva.org/export/sites/laciudadviva/recursos/documentos/Otros_Documentos/Textos/Textos_de_Salud/Org_Panamericana_de_Salud-Caminando_hacia_un_marco_conceptual_de_salud_urbana-2007.pdf)
- Pichardo Muñiz, Arlette (1997). *Planificación y programación social. Bases para el diagnóstico y la formulación de programas y proyectos sociales*. Buenos Aires (Argentina): Editorial Hvmantas.
- Presidencia de la República de Venezuela (2010). *Cumpliendo las metas del milenio*. Recuperado el 15 de abril del 2012 en: [http://www.pnud.org.ve/INFORMEOBJETIVOS\\_MILENIO\\_2010\\_INE.pdf](http://www.pnud.org.ve/INFORMEOBJETIVOS_MILENIO_2010_INE.pdf)
- Ramis Andalia, Rina (2007). Complejidad y salud en el siglo XXI. *Rev. Cubana Salud Pública*, 33 (4). Recuperado el 20 de marzo del 2012 en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33\\_4\\_07/spu11407.html](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_4_07/spu11407.html)
- República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Barrio Adentro (2004). *¿Qué es la Misión Barrio Adentro?* Caracas (Venezuela): Ediciones MSDS.