

PERTINENCIA DE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE MÉDICOS EN NUESTRA HISTORIA CONTEMPORÁNEA

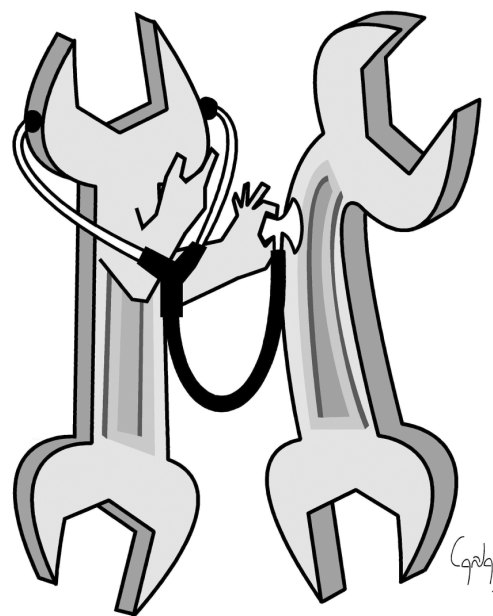


RELEVANCE OF UNIVERSITY MEDICAL
EDUCATION IN THE CONTEMPORARY HISTORY

RELEVÂNCIA DO ENSINO UNIVERSITÁRIO
DOS MÉDICOS EM NOSSA HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA

LUIS FUENMAYOR TORO
lft3003@yahoo.com
Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Caracas, Venezuela.

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



Resumen

Se efectuó un examen general de los cambios de la educación universitaria, en especial de la formación de médicos, inducidos por el desarrollo del capitalismo, incluidas sus fases neoliberal y estatal bolivariana. Durante la presidencia de López Contreras, los programas de salud, el entrenamiento de los trabajadores del sector y las actividades realizadas correspondieron con la necesidad de hacer habitable al país y darle entrada a la contemporaneidad. Así se mantuvo hasta los setenta, cuando los intereses de las industrias muy relacionadas con el sector terminaron por imponer la atención especializada-hospitalaria, costosa y excluyente, en detrimento de la atención primaria de salud (APS), a pesar de la resistencia de sectores académicos y asistenciales patrióticos. Desde 1999, se ejecuta una propuesta de APS con la formación masiva de médicos integrales, pero en condiciones que aparentemente descuidan la calidad, lo que seguramente afectará los resultados.

Palabras clave: atención primaria de salud, atención hospitalaria, medicina general integral, médicos comunitarios.

Abstract

This paper deals with a study applied to the changes in university regarding medical education during the development of capitalism, including the phases of neoliberal capitalism and Bolivarian government. Under the Venezuelan presidency of López Contreras, health programs and medical education programs had the objectives of settling the country and introducing it to modern times. During the 1970s, private interests prevailed and the model of liberal practice of medicine was included. This meant high costs for population and social exclusion. Therefore, primary health care was diminished considerably, in spite of the efforts from academic and public health institutions. Since 1999, a new approach for primary health care has been under action through the mass implementation of the educational program of community medical doctors. This is apparently applied following poor quality standards which, in turn, may affect the results.

Keywords: Primary Health Care, hospital care, integral community medicine, community medical doctor, Arnoldo Gabaldón.

Resumo

Uma revisão geral das mudanças do ensino universitário, especialmente a formação dos médicos, induzida pelo desenvolvimento do capitalismo, incluindo seu estado Bolivariana e fases neoliberais teve lugar. Durante a Presidência de López Contreras, programas de saúde, a formação dos trabalhadores do sector e as actividades desenvolvidas, correspondem-se com a necessidade de fazer a vida no país e dar entrada para a contemporaneidade. Assim permaneceu até a década de 1970, quando os interesses das indústrias muito sectoriais acabaram impondo especializada-hospitalaria, atenção cara e exclusiva, em detrimento dos cuidados de saúde primários (CSP), apesar da resistência dos sectores académicos e saúde patrióticas. Desde 1999, é executado uma proposta de APS com a formação maciça de condições médicas abrangentes que aparentemente negligenciar a qualidade, o que certamente afetará os resultados.

Palavras-chave: cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, abrangente medicina geral, médicos da Comunidade, Gabaldon.



1. ANTECEDENTES



asta el gobierno de Juan Vicente Gómez, inclusive, el ejercicio de las profesiones en Venezuela servía sólo para satisfacer las necesidades de atención médica de los sectores dominantes, es decir de aquellos grupos de personas privilegiadas económicamente, capaces de pagar por este tipo de servicios. Se trataba entonces de un número muy pequeño de individuos, pues la mayoría de la población se encontraba totalmente marginada de servirse de esta posibilidad. La atención pública era incipiente. Para cumplir estos objetivos bastaba el reducido número de profesiones existentes y de graduados en nuestras pocas universidades.

En el caso de la salud, el país se encontraba azotado por un sinnúmero de enfermedades: “La tuberculosis diezmaba la Nación (...) El paludismo hacía inhabitable a Venezuela (...) Los niños perecían a millaradas” (Grases, 1998: XV-XVI) que no eran atendidas por el Estado. A partir del gobierno de López Contreras, los cambios económicos y sociales presionados por la insurgencia del petróleo reducen el poder de los latifundistas, impulsan el desarrollo de las ciudades y terminan por implantar el sistema capitalista (Fuenmayor, 1986a). En 1936 se promulga la Ley del Trabajo, la cual establece la creación del seguro social obligatorio.

La salud pública venezolana aparece con el primer gran esfuerzo realizado en el país para mejorar la salud de sus pobladores y reducir los efectos de las múltiples enfermedades endémicas y epidémicas existentes. Fue iniciado por el gobierno de Eleazar López Contreras con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y la decisión del ministro Tejera de enfrentar la malaria, para lo que designa, a partir de 1936, en la Dirección Especial

de Malariología, creada para tal fin, al médico entomólogo e investigador venezolano Arnoldo Gabaldón (Fundación Polar, 1997; Pulido, 1998; UCV, 1999).

La necesidad de expansión del capitalismo mundial y del venezolano requerían de la explotación petrolera en todo el territorio nacional, lo que exigía la existencia de un territorio sin enfermedades endémicas y principalmente sin malaria, afección que impedía la explotación del crudo al enfermar y matar a los trabajadores al servicio de las empresas petroleras extranjeras. Esta necesidad lleva a que, en 1943, se firme un convenio para el enfrentamiento de la epidemia, en el que el gobierno de EE.UU. aportaba un financiamiento de 95 mil dólares y el gobierno de Venezuela añadía 2 bolívares por cada dólar recibido (UCV, 1999).

El sistema capitalista naciente impulsó, a través de las actividades del MSAS y el trabajo de Arnoldo Gabaldón, la habitabilidad de Venezuela, al erradicarse la malaria en menos de una década, mediante el uso intensivo de la fumigación con un nuevo insecticida, el DDT, la administración preventiva de quinina a las personas susceptibles y la formación de un equipo de trabajo permanente, integrado por trabajadores en los oficios afines: obreros especializados, secretarías, técnicos de laboratorio, administradores, ingenieros y médicos especializados en enfermedades tropicales, capaces de lidiar con el paludismo, que afectaba a un millón de los tres millones de habitantes existentes en el país y que producía una muerte cada dos horas (Grases, 1998; UCV, 1999).

Este formidable equipo humano sirvió también para enfrentar un sinnúmero de patologías tropicales transmisibles, que infectaban e infestaban a los venezolanos de muy diversas maneras. La educación apropiada y el entrenamiento pertinente fueron vitales en el éxito obtenido durante todas estas décadas. Las acciones las inicia y dirige Arnoldo Gabaldón, formado primero como médico en Venezuela y luego como especialista en Patología Tropical y Doctor en Ciencias mención Higiene, en Hamburgo y Baltimore, respectivamente (Pulido, 1998).

Los médicos e ingenieros líderes del proyecto visitan, en 1936, las zonas palúdicas de Costa Rica y Panamá, para conocer directamente las acciones antipalúdicas que se desarrollaban en las mismas. Gabaldón crea manuales para las secretarías y los inspectores de malariología, así como el boletín informativo mensual *Tijeretazos sobre Malaria* en 1938, en los cuales incluye normas y procedimientos, normas para la elaboración de informes, capacitación técnica del personal, planes de acción, las actividades realizadas y la evaluación del trabajo efectuado (UCV, 1999). Eran compendios de conocimientos al alcance de todos.

A través de la Escuela de Malariología se forma el personal nacional a incorporarse en la lucha antimalárica

y más tarde también los malariólogos de toda Latinoamérica y otras partes del mundo. La investigación nacional también se convirtió en una herramienta fundamental en la erradicación de la malaria y otras enfermedades parasitarias y bacterianas, pues Gabaldón sabía que para ser exitoso en este tipo de compromisos había que conocer muy bien la epidemiología de las enfermedades (UCV, 1999), por lo que debían estudiar larvas y mosquitos y conocer el ambiente y la geografía de la zona, así como examinar a los pobladores e investigar muestras de sangre y producir los informes correspondientes.

La malaria afectaba las dos terceras partes del territorio nacional con el consiguiente letargo en la actividad productiva. La labor de Gabaldón no sólo hizo habitable todo el territorio venezolano, sino que lo abrió a la técnica, las ciencias, la cultura, los servicios, el estudio, en una palabra la contemporaneidad, así como al inicio exitoso de las políticas sanitarias, la salud pública, la medicina social, la ingeniería sanitaria y la formación médica y en higiene de calidad y con gran pertinencia social. El desarrollo de este proyecto nacional se realizó sin tropiezos mayores, gracias a la conjunción de una serie de factores, importante entre ellos la presencia protagónica de profesionales médicos dedicados y de una muy elevada calidad científica, humana y patriótica.

Hombres como Enrique Tejera, ministro de Sanidad y cabeza de aquella batalla, Jesús Rafael Rísquez y Luis Razetti, mentores de Gabaldón, y el acompañamiento de otros insignes de la medicina: José Ignacio Baldó en el enfrentamiento de la tuberculosis, Pastor Oropeza en la lucha contra la gastroenteritis, Martín Vegas en el desafío de la lepra, Leopoldo García Maldonado y Armando Castillo Plaza lidiando con las enfermedades venéreas y Alberto J. Fernández en la dirección de la Escuela de Malariología (Velásquez, 1998; UCV, 1999). En una segunda línea, por su juventud, encontramos los nombres de Félix Pifano, Ceferino Alegría, Jacinto Convit, Juan Di Prisco, Manuel V. Méndez Gimón, entre otros. López Contreras no tuvo ningún temor de rodearse de los mejores.

A partir de 1946, sin embargo, las presiones de las industrias de la construcción y tecno médica transnacional se hacen sentir en las políticas de salud y el MSAS inicia la edificación de grandes hospitales, lo que a la larga llevará a una orientación del presupuesto hacia el área curativa e influirá en modelar el ejercicio profesional hacia las especialidades médicas, en detrimento del médico general y comunitario. Esta alineación del modelo asistencial influirá en las escuelas de medicina, que deben desarrollar postgrados de especialidades médicas para satisfacer las necesidades de especialistas. Así, entre 1949 y 1960, el número de camas hospitalarias aumentó en más de 21 mil unidades (López Grillo, 1984).

El problema no fue la construcción en sí de hospitales, pues el país no disponía de estos servicios y tenía que proveérselos; el error posterior consistió en enfrentar los problemas de salud sólo con hospitales y no proceder a la construcción de la infraestructura de los dos primeros niveles de atención médica, lo cual hubiera significado una mayor y menos costosa cobertura y hubiera disminuido las necesidades de grandes hospitales. La creación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), que se adscribe al Ministerio del Trabajo, y del Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, permite a su vez el desarrollo de servicios asistenciales selectivos, lo que contradujo la doctrina integralista del MSAS.

2. UNIVERSIDAD LIBERAL POPULISTA Y FORMACIÓN MÉDICA

La educación universitaria se ve directamente afectada por la explotación petrolera, aunque sus ajustes a las nuevas realidades se producen sólo a partir de 1958, luego de la caída de Pérez Jiménez. Las necesidades de cuadros profesionales requeridos por la urbanización creciente del país, la industria petrolera, la sustitución de importaciones y el crecimiento del aparato estatal se resuelven mediante la expansión de todo el aparato educativo (Fuenmayor, 1986a). Se abre así la universidad a nuevos sectores sociales, crece la matrícula exponencialmente, se crean nuevas carreras, nuevas universidades, aumenta el número de docentes, nacen programas de formación de investigadores en el exterior, crecen los postgrados, lo que da origen a la universidad liberal populista, basada en la formación profesional (Fuenmayor, 1986a, 2002).

“Coinciden para ese momento los intereses de la producción capitalista con los de la sociedad en cuanto a democratizar la enseñanza” (Fuenmayor, 1986a: 1), por lo que los cambios se dan sin mayores dificultades. Las cinco escuelas de medicina existentes participaron de este proceso, pues crecieron en matrícula, capacidad docente, presupuesto e infraestructura. La importancia de la salud pública y de la medicina preventiva y social, derivada sin duda de las acciones de Arnoldo Gabaldón y de su presencia como ministro de Sanidad durante los cinco años del gobierno de Rómulo Betancourt, se hizo sentir en los programas de medicina y otras disciplinas de la salud.

Estimulado por el MSAS, que incluso tuvo personal académico asignado a las escuelas de medicina, la enseñanza médica tuvo como eje curricular inicial la salud pública y como norma la priorización de la prevención sobre la actividad curativa. Se crea la Escuela de Salud Pública en 1958 y se la adscribe a la Facultad de Medicina de la UCV. Los estudios de medicina tropical ocupan de 2 a 3 años del plan de estudios. Estas adaptaciones responden a



las necesidades de un país donde las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias seguían afectando en forma importante a la población campesina y a los habitantes pobres de los nacientes barrios marginales de las ciudades.

La Ley de Universidades de 1959, producto del trabajo de la Comisión Universitaria presidida por Francisco De Venanzi, investigador formado en el país y en el exterior, incorpora la búsqueda de conocimientos como actividad esencial de las universidades, junto con la docencia y la extensión. Se ajusta legalmente la universidad venezolana a los cambios producidos en el siglo XIX y que tuvieron su génesis en las universidades alemanas. El regreso al país de los primeros cuadros académicos formados en centros de excelencia mundiales hizo posible el desarrollo de líneas de investigación y la constitución de grupos y equipos de investigadores en diversas disciplinas.

Se puede afirmar que la actividad investigativa dejó la clandestinidad que tenía en el país para hacerse legal y legítima, aunque nunca pasó de ser una actividad marginal y no planificada institucionalmente (Fuenmayor, 1986b). Sin embargo, varios de los equipos de investigación que se formaron en las décadas siguientes llegaron a alcanzar niveles de calidad muy elevados, similares a los existentes en los países desarrollados, y muchos terminaron dedicándose al estudio de los problemas nacionales más importantes.

3. PRESIÓN TECNOCRÁTICA, CRISIS ECONÓMICA Y DETERIORO

Los elevados precios petroleros de mediados y finales de los setenta crean la base material para la ampliación del modelo de sustitución de importaciones a bienes intermedios y de capital, lo cual presiona nuevamente al sistema universitario, pues ahora requiere de técnicos diversos, administradores, gerentes, en lugar de los profesionales formados en carreras tradicionales. Se necesitaba que la universidad liberal populista diera paso a instituciones que constituyeran un instrumento tecnocrático de reproducción social del sistema (Fuenmayor, 1986a, 2002). Se crean así las llamadas universidades experimentales para el desarrollo regional y los institutos tecnológicos, destinados a proveer una educación de habilidades y destrezas en estudios cortos.

Se limita el crecimiento de las universidades tradicionales (autónomas), mediante el congelamiento de sus infraestructuras y la imposición de limitaciones presupuestarias, y se pretende despolitizarlas y hacerlas neutras ideológicamente. Crece también el número de universidades, tecnológicos y colegios universitarios privados, que complementaban las actividades de formación del Estado

(Fuenmayor, 1986a, 2002). Se crean organismos como la Oficina de Planificación del Sector Universitario (OPSU) con miras a orientar y distribuir la demanda de bachilleres aspirantes hacia las nuevas carreras e instituciones.

Este proceso de crecimiento educativo se ve abortado con la aparición de la quiebra económica del país, luego que los inmensos recursos recibidos fueran dilapidados y nada se hubiera invertido en el necesario proceso de industrialización, comenzando con el desarrollo aguas abajo de la industria petrolera. El sistema político se cimentó en una ilusión de armonía. La renta petrolera fue consumida en gasto improductivo, al ser utilizada en la importación de bienes y servicios, muchos de ellos de carácter suntuario (economía de puertos), para satisfacer el incremento de la capacidad de consumo de la población originada por el reparto de la renta petrolera (Fuenmayor, 1986a, 2002) y generar dividendos que enriquezcan a la nueva élite política, a través de mecanismos como la corrupción que exige sus pagos directamente en divisas y en el exterior.

El pleno empleo se logró a través de puestos de trabajo precario y de cargos en el aparato gubernamental. Se recurre al endeudamiento interno y externo, para poder mantener los compromisos adquiridos, además de producirse la emisión de dinero inorgánico que acarrea elevadas cifras inflacionarias. Una situación parecida se ha vivido en la última década, tanto en lo relativo a la gigantesca renta recibida por el aumento de los precios petroleros en los mercados, como en el endeudamiento externo e interno producido y en el desencadenamiento de una crisis al caer los precios del crudo en el mercado internacional. Hoy, el ingreso petrolero ya no alcanza, según confiesa un diputado gubernamental de la Asamblea Nacional (Faría, 2012).

Todo lo anterior, unido a la migración especulativa de capitales al exterior y la corrupción que genera pérdidas al Estado llevan al quiebre económico del país, que ya no puede mantener la antes mencionada “ilusión de armonía”. El 18 de febrero de 1983, el llamado viernes negro, se produce una devaluación monetaria y se crean las presiones monetarias que llevarán a una inflación todavía sin control, pues los ingresos nacionales responsables de la demanda, al ser producto de la renta petrolera, no tienen ninguna contraprestación en bienes y servicios producidos, que se traduzcan en oferta (Otero, 2012). Para enfrentar la crisis se recurre al grave expediente de recortar los gastos sociales, entre ellos los educativos, especialmente los universitarios (Fuenmayor, 2004b), y los de salud.

A partir de 1981, el sistema universitario recibe el mismo monto de presupuesto todos los años (Fuenmayor, 2004b; UCV, 1992, 2006), a pesar de que la inflación y la devaluación crecientes reducen los montos reales recibidos (Tabla 1) afectando el funcionamiento

de bibliotecas y laboratorios, el cuidado de la infraestructura, el otorgamiento de becas, las actividades de los servicios estudiantiles, los programas de previsión social de los trabajadores y los sueldos de todo el personal (Fuenmayor, 2002, 2004b). Los cargos vacantes por jubilaciones y pensiones no pueden ser cubiertos, lo que produce, principalmente en el sector docente, una merma importante de recursos, que afecta la calidad de la enseñanza y de las otras funciones académicas.

La continuación de la crisis económica impide recuperar a las instituciones universitarias de los serios deterioros producidos al inicio de la misma, razón por la cual el menoscabo académico general progresa, a pesar de los esfuerzos hechos por algunas instituciones y del impacto positivo del triunfo de la huelga general universitaria de 1988, que produce una recuperación de los niveles presupuestarios (Tabla 1). La política neoliberal de los años noventa no hace sino empeorar la situación, pues al restringir los recursos profundiza el deterioro de las instituciones oficiales educativas y de salud, con la aparición de la indigencia en salud y el fortalecimiento de la medicina privada y de las aseguradoras.

Adicionalmente, el ambiente general de deterioro generado por la crisis, tanto en las instituciones universitarias como en las condiciones de vida del personal académico, conspira fuertemente contra quienes se mantienen firmes en la defensa y sostén de los establecimientos

oficiales de salud y universitarios de calidad y al servicio de la nación venezolana. Se reduce la combatividad del personal y se extiende el desencanto, lo que deja aún más desprotegidos a los centros asistenciales y educativos.

El modelo de atención de salud estadounidense, basado en el uso masivo de alta tecnología en grandes centros diagnósticos y hospitalarios, que encarece enormemente la prestación de los servicios, dilapida recursos, olvida humanamente al paciente y excluye a una mayoría de la cobertura de salud, pero que sirve a los intereses de la industria de la construcción, las transnacionales tecnológicas y la industria química farmacéutica (PCV, 1983), termina por imponerse. Paulatinamente, las escuelas de medicina de las universidades venezolanas siguen esta dirección y la enseñanza se orienta hacia la formación de un profesional para trabajar en el tercer nivel de atención y en el ejercicio privado de la profesión.

Las importantes ejecutorias universitarias del presidente Chávez en sus primeros seis años, a través de la OPSU y del ministerio educativo del sector (Fuenmayor, 2004b; García Guadilla, 2005, 2006), fueron tristemente discontinuadas y no han sido retomadas en todo su alcance y significación por ninguna de las gestiones siguientes. Las universidades quedaron entonces totalmente abandonadas a los efectos de la partidización, el clientelismo político y el dominio ejercido por verdaderas mafias heredadas de los partidos venidos a menos, que

Tabla 1. Presupuesto anual en millones de US dólares de la educación superior y de las universidades nacionales e índices de inflación en los años señalados.

Año	Educación superior	Educación universitaria	Inflación (%)	Devaluación (Bs por \$)
1964	45,54	43,29	1,5	4,50
1967	74,09	70,07	0,0	4,50
1972	160,28	144,79	2,9	4,30
1977	649,91	559,35	8,0	4,30
1981	1.189,77	1.050,47	10,4	4,30
1983*	569,38	477,37	7,0	7,50
1988**	273,33	273,33	35,5	38,90
1993	987,00	890,00	45,9	87,55
1999	1.550,00	1.172,00	103,2	576,00

* Inicio de la crisis económica: devaluación monetaria y congelación presupuestaria.

** La huelga nacional universitaria enero-mayo termina con la congelación presupuestaria.

Fuente: UCV, Dirección de Programación y Presupuesto, y Banco Central de Venezuela.



han creado claustros profesoriales mediocres (Fuenmayor, 2002, 2004b) que impiden el rescate de las instituciones.

A lo anterior se une la perniciosa práctica del facilismo en una institución que depende de esfuerzos y estudios sostenidos, la muy mala preparación de los estudiantes que ingresan, el crecimiento de una burocracia administrativa parásita, la ausencia absoluta de meritocracia, la corrupción académica y administrativa y la falta de financiamiento, que les imposibilitan salir del subdesarrollo académico e institucional por sus propios medios. El Estado, por su parte, no ha tenido interés en disponer de universidades de calidad, pues no parece realmente interesado en el desarrollo del país, ni en tener una población altamente calificada, con empleo formal de calidad, bien remunerado y sostenible. Se carece de un proyecto nacional en este sentido (Fuenmayor, 4 de diciembre de 2011).

4. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, MEDICINA GENERAL Y MEDICINA FAMILIAR

Es potestad de las diferentes naciones la definición de las formas organizativas de enfrentar sus problemas de salud, así como las estrategias de formación del personal requerido por las políticas diseñadas. Los chinos, en un momento particular de su historia, decidieron la formación de los “médicos descalzos”, personal de salud entrenado en las cuestiones más básicas de la medicina, preferiblemente de carácter preventivo y terapéutico de las enfermedades más comunes, para poder asistir a centenas de millones de pobladores campesinos, extremadamente pobres, en áreas geográficas muy apartadas, con problemas severos de comunicación y sin acceso a profesionales de la medicina.

Este tipo de decisiones no tiene generalmente un carácter permanente, sino que se ejecutan mientras se producen nuevas y mucho mejores condiciones económicas y sociales, que permitan un salto cualitativo en la atención de salud de la población. La revolución cubana escogió una forma particular de enfrentar sus retos en salud distinta a la de China, pues sus características y problemas eran diferentes. Nuestro país, por su parte, en un momento particular de su historia, acogió la propuesta de José Ignacio Baldó, médico sanitarista e investigador, especialista en el tratamiento individual y colectivo de la tuberculosis, de crear un programa que él mismo denominó de Medicina Simplificada, para la atención de salud de las poblaciones de áreas rurales apartadas (López Moreno, 2008). Algo parecido a los médicos descalzos de la República Popular China.

El sistema chino de “médicos descalzos” influyó en forma importante en las discusiones y resoluciones

de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se realizaron en Alma Ata, Kazajistán, en 1978, cuando se planteó la política de la atención primaria de salud (APS) y la necesidad de priorizar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención médica de los principales y más frecuentes padecimientos, a través de personal de salud capacitado para atender a la mayoría de la población (OMS-OPS, 1978).

La OMS definió la APS como una serie de concepciones y valores rectores para lograr el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para organizar los servicios de salud y una diversidad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud (OMS-OPS, 1978). En el aspecto operativo requiere de un primer nivel de atención médica con profesionales formados con competencias para este nivel. Este tipo de decisiones, de distintos foros mundiales especializados, constituyen orientaciones generales y nunca pueden substituir al desarrollo de políticas concretas, adaptadas a las situaciones reales existentes en las distintas sociedades.

Venezuela asumió formalmente la propuesta de APS y, a pesar de existir intereses contrarios a la misma, trabajó en su instrumentación, tanto en la organización del sector salud como en el área educativa de formación del recurso humano necesario. En el país siempre existió una preocupación que se reflejó en actividades dirigidas a la construcción de un sistema nacional de salud integrado, eficaz y eficiente, solidario, de carácter público, así como a la formación de un profesional acorde con la estructura y funciones de dicho sistema.

El discurso actual del gobierno, sin embargo, parece suponer que en el país nunca nadie reflexionó ni trabajó al respecto, sino que los esfuerzos de nuestras universidades estuvieron sólo dirigidos a la preparación de médicos para la medicina privada y al impulso de una atención médica basada en el trabajo de especialistas, cuyo campo de acción dejaba fuera al 70 por ciento de la población venezolana. Aunque ya hemos hecho algunos señalamientos al respecto, dedicaremos un espacio a recopilar este tipo de iniciativas, según las describe López Grillo (1984).

Entre 1960 y 1969, los seminarios de educación médica, con participación del MSAS, las facultades de medicina del país y la Federación Médica Venezolana (FMV), definen al médico general como la figura fundamental del sistema de salud y plantean la posibilidad de completar su formación con estudios de postgrado. En 1975, en el Primer Congreso Venezolano de Medicina Interna se recomienda la creación de cursos de postgrado en medicina general. La misma recomendación surge en 1978 de la Asociación Venezolana de Facultades de Medicina. En 1979, la Asamblea Anual de la

Asociación Médica Mundial, reunida en Caraballeda, tiene como ponencia oficial la práctica de la medicina general de familia.

Ese mismo año, en reunión efectuada en Maracaibo, se concluye que se debe formar en el pregrado al médico general familiar y preparar los especialistas en medicina general familiar en el postgrado. En 1980, luego de las visitas de funcionarios del MSAS, el IVSS, la UCV y la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, a las unidades de medicina de familia que venían funcionando en México y EEUU, se recomienda la adaptación a Venezuela del modelo mexicano, pues se consideró que ayudaría más y más fácilmente al adelanto de la disciplina en el país.

En 1980, se crean unidades de medicina familiar en el Hospital General del Sur en Maracaibo y en el Centro Ambulatorio de Caricuao en Caracas, el primero del MSAS y el segundo del IVSS. En 1981, el MSAS firma un convenio para formar médicos familiares en Canadá y discute con la Universidad de Los Andes el inicio de un postgrado en medicina general familiar para enero de 1982. En el Congreso Venezolano de Salud Pública de 1981, se presenta la ponencia “Atención Integral de Salud a la Comunidad. El Médico Familiar”, que da origen a fuertes discusiones sobre si la formación de este médico familiar debería efectuarse en el pregrado o en el postgrado o en ambos.

En 1982, la FMV fija su posición sobre la atención primaria de salud, la medicina general y la medicina familiar, y se inicia la residencia de postgrado de medicina de familia en Caracas (IVSS) y en Maracaibo (Universidad del Zulia), que genera sus primeros egresados a finales de 1983, luego de dos años de formación. En marzo de 1983, se realizan en Maracaibo las I Jornadas Internacionales de Medicina Familiar de las Américas, España y Portugal.

Esta enumeración no constituye una excusa para las insuficientes realizaciones en la materia. Las facultades de medicina, por su parte, si bien demostraron una tendencia positiva en sus avances en las primeras décadas a partir de 1958, no lograron concretar la formación de un egresado con los conocimientos, actitudes y destrezas necesarias para la atención médica integral (López Grillo, 1984). La rigidez de las estructuras académicas y administrativas, la falta de adaptación de los recursos existentes a los objetivos planteados, la insuficiencia financiera, la resistencia natural al cambio, la incoherencia entre las políticas educativas y las de salud y las dificultades de la integración docente asistencial, constituyeron las principales causas de esta situación.

Hubo, sin embargo, intentos serios de instrumentación de los cambios necesarios en la formación del egresado médico y de otras disciplinas, para adaptarlo a

la política de APS. En el caso de la Facultad de Medicina de la UCV, incluyeron la propuesta de modificación del título de Médico Cirujano por el de Médico General (Lecuna, 1984: 35), la incorporación de los estudiantes en los módulos de servicio de las áreas populares pobres de Caracas, la actualización del juramento de los médicos recién graduados basado en la figura de Luis Razetti, la creación de la Cátedra de Medicina del Trabajo, la definición de las características del egresado de medicina y de las funciones del médico general y la adaptación de los estudios médicos a la estrategia de atención primaria de salud (Lecuna, 1984).

Más adelante se instrumentó el inicio de la carrera directamente al ciclo profesional, mediante la eliminación del ciclo básico y la integración de sus disciplinas a las del área preclínica de los estudios; se ejecutó la incorporación temprana de los estudiantes en los centros del primer nivel de atención médica y en el trabajo con las comunidades, se instrumentó el régimen anual de estudios, se adoptó la línea curricular APS - Medicina Preventiva y Social (APS-MPS) y se integraron las asignaturas de salud pública (López Grillo, 1991).

Se modificaron de los planes de estudio de las dos escuelas de medicina, se trabajó intensamente en la integración docente asistencial, se efectuó la firma de convenios con los municipios Libertador y Sucre, para el uso de sus ambulatorios en la enseñanza médica; se procedió a la formación de docentes para trabajar en la línea APS-MPS, así como la realización de investigaciones socioepidemiológicas y el establecimiento de diagnósticos de salud de las comunidades a cargo de los estudiantes (López Grillo, 1991). Otras escuelas de medicina del país también hicieron lo propio en este sentido.

Uno de los desarrollos tempranos importantes de los estudios médicos y de las disciplinas de salud en general fue la realización de ejercicio profesional supervisado en el pregrado, insertando a los estudiantes en el sistema de salud público existente, como requisito para la obtención del título correspondiente. Se inició con la realización del internado rotatorio de pregrado de los estudiantes de medicina de la Escuela José M. Vargas, instrumentado en el último año de sus estudios, luego de haber aprobado todas las asignaturas del plan curricular y con una duración de un año calendario, bajo la supervisión de los residentes de postgrado y de los adjuntos asistenciales. Esta modalidad de formación, que se extiende de inmediato al resto de las escuelas de medicina, se lleva adelante en pasantías hospitalarias en las cuatro clínicas madres (medicina, cirugía, obstetricia y pediatría) y una pasantía en ambulatorios rurales, por períodos iguales de unas 10 a 10,4 semanas de duración.

Este sistema coloca al estudiante próximo a graduarse en contacto con pacientes afectados por las principales



causas de morbilidad en el país, las cuales tenían que ser atendidas y tratadas por los cursantes como si ya tuvieran el título correspondiente. El horario de trabajo era el horario asistencial y no el universitario, de manera que laboraban fines de semana, días de fiesta, noches y períodos vacacionales como los de semana santa, carnavales, agosto y navidades, en la misma forma que los médicos asistenciales. El desempeño de un internado rotatorio en el pregrado hace la diferencia entre los egresados médicos venezolanos y los de países desarrollados. Este sistema se extendió luego los estudios de odontología, bioanálisis, nutrición y dietética y la licenciatura en enfermería.

5. EL PROYECTO BOLIVARIANO, LA SALUD Y LA FORMACIÓN MÉDICA

La llegada de Chávez a la Presidencia de la república abre una serie de esperanzas en relación con la posibilidad de tener un sistema nacional público de salud que garantizara una atención de calidad para todos los venezolanos y no sólo para los pobres, así como un verdadero sistema de seguridad social, que terminara por superar las limitaciones, fallas y distorsiones del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Lamentablemente, las autoridades sanitarias designadas por el nuevo gobierno no tomaron en cuenta el trabajo realizado, entre 1985 y 1987, por el MSAS a través del “Proyecto Salud”, programa con financiamiento multilateral que avanzó una propuesta de reforma completa del sector salud en Venezuela y propuso el desarrollo del Programa de Atención Integral a la Salud (PAIS) (Jaén y colaboradores, 1997; MSAS, 1997).

A través de una Ley Habilitante, se otorga facultades al presidente para decidir, entre otros aspectos, lo relativo al sistema nacional de salud, para lo cual se nombra una comisión presidencial que recabara todas las opiniones y proposiciones sobre la materia de parte de los actores involucrados. La comisión, luego de meses de trabajo, presentó una propuesta de Ley Orgánica de Salud, en la que se establecían como bases del nuevo sistema su carácter único, es decir, bajo una sola rectoría: la del MSAS; descentralizado, intersectorial, participativo, con provisión de servicios y financiamiento públicos, a fin de garantizar la equidad, la solidaridad y la prestación de servicios sin pago directo por parte del paciente (Díaz Polanco, 2008).

5.1. Colaboración cubana y acciones iniciales en salud y educación médica

Los intereses existentes en el sector salud, incluyendo los del seguro social, el IPASME y otros organismos prestadores de servicios, impidieron que se alcanzara el acuerdo necesario para seguir adelante, de manera que la propuesta fue diferida y, hasta ahora, doce años después,

constituye un asunto pendiente, un mandato constitucional incumplido y una deuda importante con todos los venezolanos. A finales del año 2000, se firma un convenio de Cooperación Integral con Cuba, mediante el cual nuestro país recibe atención médica cubana en localidades nacionales donde no existiera disponibilidad de personal a cambio del suministro de petróleo a la isla.

En el convenio también se incorpora el entrenamiento de personal venezolano en el país, a cargo de los médicos, especialistas y técnicos en salud de Cuba, además de iniciar el tratamiento masivo de pacientes venezolanos en Cuba, programa que se llamó luego Misión Milagro, la compra por parte de Venezuela de equipos y productos médicos producidos en la isla y de iniciar la formación de médicos venezolanos como especialistas en medicina general integral en la isla caribeña (Díaz Polanco, 2008).

En ningún momento, por lo menos entre 1999 y 2004, ambos años inclusive, el Gobierno se planteó reunir a las universidades que dictaban la carrera de medicina, para proponerles algún plan especial dirigido a satisfacer las necesidades de médicos y otros profesionales de la salud del Plan Barrio Adentro, del Municipio Libertador, ni de la Misión Barrio Adentro y su posterior expansión a niveles de atención de mayor complejidad. Esta afirmación la puedo hacer con total propiedad, pues en ese período me desempeñaba como Director de la OPSU y estuve encargado de seleccionar y enviar los primeros bachilleres venezolanos a Cuba, para capacitarse y graduarse de médicos en la Escuela Latinoamericana de Medicina de La Habana.

Se trataba de una formación médica ortodoxa, de buena calidad, exigente, similar a la existente en otros centros académicos de la isla, con una duración de 6 años y una adecuada preparación en ciencias básicas. La Escuela recibía alrededor de 100 estudiantes por año, quienes cursaban como internos y eran seleccionados de acuerdo con sus índices académicos y el estrato social del aspirante, comenzando con el llamado nivel “E”, luego el “D” y así sucesivamente hasta llenar el número de plazas existente, lo que hacía predominar en las cohortes a los estudiantes de los estratos más bajos, sin descartar a estudiantes de las capas medias acomodadas e incluso de clase alta.

El programa pretendía disminuir la exclusión de los aspirantes de los sectores pobres de los estudios de medicina, los cuales se habían hecho muy competitivos al tener una gran demanda, razón por la cual uno de los criterios de escogencia favorecía a los grupos sociales más pobres. El otro criterio era académico y se basaba en el índice académico de los aspirantes, según los resultados de la prueba de aptitud académica de la OPSU y el promedio de notas de los estudios de bachillerato, en forma similar al procedimiento de selección rutinario. Después de terminar el

proceso usual de selección, se procedía a escoger a los estudiantes dispuestos a viajar a La Habana.

Cuba se comprometía a recibir y alojar en la propia universidad a los cursantes, mantener y garantizar la enseñanza y entrenamiento de los mismos hasta su graduación, momento en que regresarían al país y tramitarían su reválida ante cualquiera de las universidades oficiales existentes con carreras de medicina. En la Escuela Latinoamericana transcurrirían los primeros dos años de estudios, para su formación en disciplinas básicas: Anatomía, histología, bioquímica, fisiología, estadística, fundamentalmente, para luego ser enviados a centros universitarios de formación médica con sus hospitales en toda la geografía cubana, a cumplir la enseñanza clínica y la práctica comunitaria.

Los estudiantes recibían un pequeño estipendio, a través de la Embajada de Venezuela, para sus gastos diarios de bolsillo. La formación era rigurosa, pues se efectuaba conforme a los patrones de la educación médica cubana, la cual es de buena calidad. De hecho, del primer grupo de estudiantes enviado, un 40 por ciento tuvo que regresar al cabo del primer año, por bajo rendimiento estudiantil. Para el período señalado (1999-2004) se enviaron a La Habana más de 400 estudiantes, de los cuales vimos regresar, pues su recibimiento se efectuó en acto público con el Presidente de la república en el Teatro Teresa Carreño, a los graduados de la primera corte. No se conoce información sobre el resultado del resto de las cortes estudiantiles enviadas.

Aparte de las actividades descritas, es poco lo que se puede decir de la obra del gobierno bolivariano en el sector salud en sus primeros cinco años. Nada tampoco se hizo en relación a la educación médica o de salud en general, como no sea el impacto que pudieran haber tenido las actividades de la OPSU en las universidades venezolanas, durante el período 1999-2004, con el Proyecto “Alma Mater” y los programas de infraestructura y equipamiento y de publicaciones. Las acciones del gubernamentales se circunscribieron a las rutinarias de mantenimiento del trabajo del ministerio, a la realización del Plan Bolívar 2000, que podría considerarse la primera misión del Gobierno, creado en 1999, para realizar un programa de vacunaciones masivas, entre otro tipo de actividades.

La otra acción importante fue la presencia de las brigadas médicas cubanas en el estado Vargas y otros estados del país, que fueron afectados en forma importante por un desastre natural producido por lluvias muy intensas y prolongadas a finales de 1999 y que ameritó la emergencia en estas regiones. El resto de las actividades de salud desarrolladas se circunscribieron a la elaboración de lineamientos y propuestas¹, algunas de las cuales se concretaron más adelante en realizaciones particulares importantes sobre el funcionamiento del sector salud.

El Gobierno recibió muchas críticas en relación con la actuación de los médicos internacionalistas cubanos de parte de la oposición política venezolana; organismos como la Federación Médica Venezolana se pronunciaron contra su presencia, con el argumento de no haber sido acreditados según las leyes nacionales. La mayor parte de estos obstáculos, por lo menos en sus inicios, tenían una motivación política, pues no era la primera vez que profesionales cubanos actuaban en el país, traídos no precisamente por el gobierno bolivariano de Chávez sino por gobiernos anteriores, pertenecientes a la etapa bipartidista adeco-copeyana.

5.2. Barrio Adentro, Misión Sucre y Universidad Bolivariana

El año 2003 marca el inicio de la atención directa del presidente Chávez a los sectores de salud y educación superior. Los años anteriores desde su toma de posesión los había tenido que dedicar, prácticamente a dedicación exclusiva, a estabilizar su gobierno, lo que estuvo dirigido al control de la industria petrolera, a la consolidación de su liderazgo en la Fuerza Armada, a la construcción del aparato político partidista del régimen, al desarrollo de la política internacional, incluido el fortalecimiento de la Organización de Países Exportadores de Petróleo, y a enfrentar las conspiraciones antidemocráticas de la oposición.

Éstas alcanzaron niveles muy elevados, con grandes y numerosas movilizaciones sociales, el cerramiento de vías y urbanizaciones, la producción de dos huelgas generales nacionales, en 2001 y 2002-2003; la realización del un golpe de Estado en abril de 2002 y el sabotaje del funcionamiento de la empresa petrolera estatal, Petróleos de Venezuela, a finales de ese mismo año y comienzos del siguiente. El Gobierno logró superar todos estos embates debido al mayoritario apoyo popular de que dispuso y a la lealtad de la Fuerza Armada Nacional.

En julio de 2003, luego de su aprobación unánime en el Consejo Nacional de Universidades (CNU), se crea la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV, 2004: 7), la cual se convertirá en una institución fundamental para la ejecución de las decisiones presidenciales en materia de educación universitaria. El 8 de septiembre de ese mismo año, se publica en Gaceta Oficial el decreto de creación del Plan Extraordinario Mariscal Antonio José de Sucre, conocido como Misión Sucre, de carácter transitorio, cuyo objetivo inicial era eliminar la exclusión estudiantil de los estudios universitarios venezolanos, tanto pasada como presente para aquel momento (MES, 2004).

El plan es distorsionado deliberadamente desde su inicio y durante el proceso de su ejecución, se lo hace permanente y se lo transforma, primero, en un mecanismo de ingreso universitario, sin el requisito de presentación de



la prueba de aptitud académica del CNU y, luego, en un parasistema educativo (Fuenmayor, 2007). A través de la Misión Sucre se dictan hoy numerosos planes de formación de pregrado, mediante la utilización de las instalaciones académicas de varias universidades experimentales y el uso de edificaciones precarias y sin mayor dotación, a las que se denominó aldeas universitarias, nombre copiado del dado a la Aldea Universitaria Bolivariana del Proyecto Alma Mater “Gran Sabana” de la OPSU. Esas aldeas fueron una caricatura de la instrumentada por la OPSU (Fuenmayor, 2004a).

A finales de 2003, el presidente Chávez decide transformar el Plan Barrio Adentro, iniciado por la Alcaldía del Municipio Libertador en marzo de 2003, en la “Misión Barrio Adentro”, con lo que se extiende la cobertura de este programa a todo el territorio nacional y pasa a depender formalmente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (Díaz Polanco, 2008), aunque en la práctica es la Misión Médica cubana la responsable real del programa. Ambos programas se propusieron el desarrollo de un nuevo modelo de APS, basado en la estrategia de promoción de la salud y participación comunitaria.

Todo ello requería de adaptaciones de la infraestructura física existente, la construcción de nueva infraestructura y la existencia de personal médico preparado y dispuesto a asumir el trabajo en los consultorios populares, lo cual, según el Gobierno, no pudo realizarse con médicos venezolanos, pues no acudieron supuestamente a la convocatoria pública efectuada por el ministerio. Continúa entonces el traslado de médicos cubanos al país (Díaz Polanco, 2008), la formación de galenos en Cuba y más adelante se inicia la preparación masiva de médicos integrales comunitarios en el país.

Como pasos necesarios para la instrumentación de estos planes, se crea la carrera de medicina en la UBV, pero el programa de estudios inicialmente sometido a consideración del CNU, el cual había sido preparado por una comisión calificada de especialistas universitarios y había recibido la casi total aprobación de la OPSU, fue retirado sin explicación ninguna en 2004, para ser substituido años después por otro, que estuviera en sintonía con los planes educativos médicos que se estaban llevando adelante en forma simultánea.

Al mismo tiempo, y con la participación protagónica de especialistas cubanos, se comienza a elaborar el programa de lo que posteriormente sería la carrera de Medicina Integral Comunitaria (MIC), el cual debía garantizar la masificación de la formación de un tipo de galeno supuestamente preparado para servir a la política de APS, laborando en el primer nivel de atención médica, según expresaron claramente las autoridades sanitarias del país. Esta formación profesional sería

asumida por la Misión Sucre y la UBV inicialmente, para luego extenderse a aquellas universidades experimentales en las que el Gobierno controlaba la designación de sus autoridades.

5.3. Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria

Para estructurar un nuevo sistema educativo superior, el gobierno del presidente Chávez asumió la vía de la construcción de un sistema paralelo universitario, el cual está basado en la Misión Sucre, los programas nacionales de formación y la utilización de aquellas universidades oficiales experimentales que controlaba políticamente, entre ellas las de reciente creación. Al mismo tiempo que desarrolla este sistema paralelo, reduce los recursos otorgados al sistema tradicional, de manera de evitar su crecimiento y funcionamiento adecuado, pero sin llegar a producir su total deterioro, cosa de poder utilizarlo también en el futuro.

No se trata de un mecanismo nuevo, producto de la creación de mentes brillantes, pues había sido puesto en práctica, desde la década de los setenta, por los gobiernos de Acción Democrática y Copei con la creación de las conocidas como universidades experimentales. Se trataba también de un parasistema, construido en muy malas condiciones, sin planta física, sin laboratorios ni bibliotecas, con gran cantidad de estudiantes, con profesores improvisados, sin ninguna preparación ni formación, y controlado partidistamente mediante la selección de docentes y trabajadores de acuerdo con sus “lealtades” políticas.

La UBV y la Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada se constituyen en la punta de lanza de las acciones educativas universitarias del actual gobierno, las cuales se inician con los programas nacionales de formación de medicina integral comunitaria y de educación, en los que cursaban varias decenas de miles de estudiantes. Varias características de la ejecución del programa médico conducen a crear resquemores en relación con su calidad y la capacitación de sus egresados en la atención de salud de la población y el manejo adecuado de los pacientes.

La primera es que el programa se inicia sin conocimiento ni autorización del CNU, lo que además de irregular e ilegal habla de la inexistencia de un proyecto acabado, técnicamente elaborado, con programas de estudio detallados, antes de su inicio y durante mucho tiempo de su funcionamiento. Dicho de otra manera, la formación de estos profesionales arranca en forma totalmente improvisada, sin una evaluación de la formación de los médicos cubanos que fungirían como docentes, ni un conocimiento de las facilidades existentes en los distintos consultorios populares a ser utilizados.

La segunda característica es el secreto, la falta de información oficial, la ausencia de transparencia de todo lo referido a los estudios de medicina integral comunitaria. Los programas de estudios se desconocen; se supo, luego de mucho tiempo, las asignaturas que serían cursadas en cada lapso académico, aparentemente de duración anual, pero no se conocen los temas que constituyen cada asignatura, ni el desglose de los mismos, ni la carga horaria necesaria para su estudio. Este tipo de información está disponible en cualquier escuela tradicional de medicina del país, donde se pueden conocer los programas de estudio de la carrera en forma detallada, incluso con las unidades créditos de cada disciplina.

¿Cuál es la razón para la existencia del secreto, pues alguna debe haber? No se trata de información militar, ni de una materia de carácter estratégico para la seguridad nacional venezolana. ¿Qué es entonces lo que se quiere esconder o lo que no se quiere que se sepa? Son preguntas sin ninguna respuesta. Y el secreto existe desde el principio, pues el programa fue planificado como un programa de carácter secreto, dirigido totalmente por los médicos cubanos, para lo cual tiene que haber habido más de una razón. Esta forma de trabajo, que se extiende a otras áreas de la acción gubernamental, ha conspirado enormemente en contra del gobierno.

Este secreto bien guardado, más la presencia de docentes cubanos como responsables absolutos del programa, unidos a la confrontación política venezolana, han significado un obstáculo para la comprensión y aceptación del programa, además del sectarismo que existe en la asignación de los cargos asistenciales y en la determinación de los sueldos, aspectos en los que se discrimina a los médicos cirujanos tradicionales. Pareciera que el interés ha estado puesto en que el programa no fuera aceptado sino todo lo contrario. Se hizo de esta materia otro caso más de enfrentamiento político polarizador, para lo cual, como siempre, hubo una cooperación de la oposición, tan beneficiaria como el Gobierno de esta práctica universal, descubierta e impulsada desde hace muchísimo tiempo por el sistema capitalista internacional.

No se conoce el número de los médicos cubanos que actúan como docentes, ni la relación alumno/profesor del programa. Mucho menos se conocen sus calificaciones profesionales y académicas ni sus nombres. De hecho, un estudio reciente de investigadores cubanos, en un municipio del estado Nueva Esparta, descubre que los médicos cubanos profesores del programa tienen poca experiencia docente y sus conocimientos y habilidades académicas son defectuosos (Zayas Fernández y col., 2011). Este reporte le echa más leña al fuego de esta discusión, que pareciera no importar mucho en relación con su fondo, sino con el provecho electoral que pueda sacársele.

Tampoco se tiene claridad sobre el sistema de enseñanza utilizado, ni de las actividades formativas y de entrenamiento que los estudiantes realizan en el curso de sus estudios, la duración de las mismas, las destrezas que adquieren, ni el sistema de evaluación utilizado. No se conocen datos sobre la prosecución estudiantil. Las condiciones académicas son totalmente desconocidas: La existencia y el uso de bibliotecas, de salas de computación con acceso a Internet, de laboratorios o salas de usos múltiples. No se conocen las actividades comunitarias que realizan, ni los trabajos que dependen de estas acciones, ni las presentaciones individuales o colectivas y seminarios que desarrollan.

Muy poco se conoce de las características de los consultorios populares donde estudian y trabajan, del personal de salud con el que se relacionan, del número y tipo de consultas que efectúan, los informes que presentan, el tipo de supervisión que reciben. Si tienen entrenamiento en hospitales: ¿Qué tipo de hospitales utilizan y en qué momento de la carrera? ¿A cuáles servicios hospitalarios asisten? ¿Qué relación tienen con los pacientes? ¿Realizan alguna actividad similar al internado rotatorio de pregrado del resto de las carreras de medicina del país?

Y la pregunta crucial: ¿Han sido preparados sólo para actuar en el primer nivel de atención médica, como se dijo cuando se inició el programa, o pueden trabajar también como internos en hospitales tipo IV? Como señalamos antes, todo gobierno tiene la potestad de enfrentar sus problemas sanitarios en la forma que mejor le parezca, de acuerdo a las condiciones del país y su población. Si el gobierno del presidente Chávez consideró que la forma de enfrentar la desatención de salud existente era a través de la formación de personal médico para actuar en el primer nivel de atención, pues estaba en todo su derecho.

El problema aparece cuando, al comenzar a graduarse este tipo de personal, el gobierno decide incorporar a una buena parte de los mismos en el nivel de atención médica hospitalaria, sin que el número de graduados justifique una acción de este tipo. Esta decisión es totalmente contradictoria con el discurso oficial, no solo inicial del momento en que se decide arrancar el programa de formación en cuestión, sino permanente, en relación con el predominio de la atención hospitalaria sobre la APS. Algo que se perseguía con la preparación de estos médicos era, precisamente, instaurar una relación más operativa en favor de la APS, lo cual es negado con la incorporación de estos egresados en hospitales tipo IV.

Las evaluaciones de competencias hechas a los médicos integrales comunitarios son muy pocas como para conocer realmente sobre su preparación. El director del Hospital Vargas, de Caracas, quien también es profesor de la Escuela de Medicina Vargas de la UCV, ha dicho que



estos profesionales están bien preparados para el ejercicio ambulatorio y hospitalario. Esta apreciación está en contradicción con la opinión expresada por unas comisiones evaluadoras del mismo hospital, del Hospital de Niños J. M. de Los Ríos y de la Maternidad Concepción Palacios, las cuales señalaron la existencia de graves deficiencias en la formación médica del 80 por ciento de estos profesionales (Fuenmayor, 6 de noviembre de 2011, 13 de noviembre de 2011).

¿Por qué estas diferencias tan extremas de opinión? ¿El juicio del director del hospital está dirigido acaso por su lealtad al gobierno que lo designó en un cargo directivo de confianza? ¿Se dejaron llevar los miembros de las comisiones evaluadoras por un sentimiento antigubernamental presente en el sector médico venezolano? Pareciera que hemos perdido entonces la posibilidad de ser objetivos en nuestros juicios (Fuenmayor, 13 de noviembre de 2011). Informaciones obtenidas por el autor, a partir de conversaciones con médicos investigadores serios, quienes por su trabajo tienen que entrar en contacto profesional con estos jóvenes galenos, sugieren una deficiente formación incluso en destrezas necesarias para operar en el primer nivel de atención médica. Con el tiempo se sabrá definitivamente sobre las deficiencias existentes, por los errores cometidos en la atención médica de los venezolanos pobres.

6. RESULTADOS DE LAS ACCIONES EN SALUD DEL GOBIERNO BOLIVARIANO

Formar médicos generales integrales ha sido una propuesta de años en el país, por lo que se podría afirmar que es la estrategia gubernamental correcta para lograr una cobertura universal de la atención, independientemente que su instrumentación pudiera no haber sido conducida en forma exitosa y responsable. Cuando revisamos las habilidades y destrezas que deberían tener los médicos generales integrales, señaladas por la Facultad de Medicina de la UCV, y revisamos los programas de estudios aprobados para los mismos (Lecuna, 1984; López Grillo, 1991), podemos afirmar que estos egresados deberían satisfacer las demandas del primer nivel de atención, así como las de su incorporación en los niveles hospitalarios de atención, en el entendido que sus labores serían supervisadas por residentes de postgrado y adjuntos.

No tenemos la posibilidad de hacer esta revisión con los médicos generales comunitarios, pues no disponemos de esta información. Conocer los resultados obtenidos de las acciones en salud emprendidas por el Gobierno, así como su aceptación por parte de la población, permitiría sin embargo una aproximación a predecir el papel que jugará el contingente de médicos generales comunitarios formados por el actual gobierno, una vez insertados en el

actual sistema de salud o en el que termine por construirse. No podemos tener, en estos momentos, otra forma de pronosticar el papel y la importancia de los médicos integrales comunitarios venezolanos actuales en el futuro, ni de evaluar si se trató de una estrategia instrumentada exitosamente.

En la primera etapa de Barrio Adentro I se instalaron 8.500 consultorios en locales provisionales (Díaz Polanco, 2008), lo que significaría que existe en principio ese número de plazas para ser ocupadas por los médicos integrales comunitarios. Como el número de graduados hasta ahora está muy por debajo de esa cifra, no se entiende por qué se los está incorporando en niveles de atención médica distintos del primer nivel. Para el segundo nivel, en el cual el gobierno decidió crear una red de centros diagnósticos integrales, salas de rehabilitación integral y centros de alta tecnología, se requeriría un total de 5.000 médicos adicionales (Díaz Polanco, 2008), que tampoco podría ser cubierto con los médicos generales comunitarios existentes y seguiría siendo manejado por médicos cubanos.

Los resultados de las acciones gubernamentales no parecen coincidir con el deber ser de las ejecutorias (Díaz Polanco, 2008). Así, los estados más pobres del país son los que tienen peor cobertura de Barrio Adentro I, entendida como oferta de servicios, cuando se esperaría lo contrario si nos atenemos a los objetivos de la misión. Si analizamos la demanda nacional de servicios por la población nos encontraremos con otra sorpresa: El uso de la red convencional, es decir la del MSAS, supera ampliamente al uso de la nueva red, es decir la de la Misión Barrio Adentro. Y esta diferencia es apreciable en todos los niveles socioeconómicos, por lo que incluso los grupos pobres “D” y “E” prefieren la red tradicional unas tres veces más que la red de Barrio Adentro.

Pero más llamativo aún es el hecho que la demanda de atención en la red privada es mayor que la que se produce en los módulos de Barrio Adentro I. Incluso el grupo “D” utiliza los servicios privados un 30 por ciento más que los servicios gratuitos de Barrio Adentro. La situación es bastante parecida en los casos del estado Miranda y del Distrito Capital. Se podría perfectamente argüir que los datos no son recientes, lo cual es totalmente cierto, pero son los únicos datos que se tienen, y habría que exigir la presentación anual de datos con este tipo de información, que dice mucho más que los “cientos de millones” de consultas con las que el Gobierno nos manipula usualmente.

Cuando se analiza la mortalidad materna nos encontramos que su tasa ha aumentado desde 1998, cuando era de 50 muertes por cien mil nacidos vivos registrados, hasta alcanzar alrededor de 68 muertes por cien mil nvr en los años 2004, 2005, 2006 y 2007 (Díaz Polanco, 2008). Estos resultados contrastan claramente con datos que señalan un aumento de la cobertura prenatal de

25 por ciento en 1997 a 57 por ciento en 2003, lo que hace dudar de la veracidad de los datos o de la calidad de la atención prenatal en el país (Díaz Polanco, 2008). La tasa de reducción de la mortalidad infantil ha disminuido, permaneciendo estancado dicho indicador en los mismos años señalados anteriormente.

Si nos vamos al caso de las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias tampoco se observan resultados de las acciones e inversiones efectuadas. Son tan evidentes los crecimientos habidos en dengue, paludismo y Chagas, que no requieren de la utilización de referencias. El paludismo crece en un 40 por ciento por año y el Chagas se adueña de las ciudades, incluso de las urbanizaciones de capas medias acomodadas. La infección por vía oral es hoy común y los cuadros agudos se ven fácilmente en nuestros hospitales. Ha habido también un repunte del sarampión, la parotiditis y la tuberculosis, posiblemente por una clara disminución de la cobertura de las vacunaciones (Díaz Polanco, 2008).

Vistas así las cosas, y tomando en consideración que todos los sectores socioeconómicos, con excepción del nivel alto, se percibe como desprotegido en salud, a pesar de las acciones tomadas por el Gobierno (Díaz Polanco, 2008), la substitución paulatina de los médicos cubanos por los médicos integrales comunitarios no

parece ser fundamental en la producción de un cambio positivo de la atención de salud de la población, mucho menos si entendemos que sobre sus capacidades se han creado incertidumbres con bases ciertas, que harán que la población demandante de servicio siga acudiendo a la red tradicional y a la privada, mientras aquéllos con capacidad de presión seguirán exigiendo cobertura a través de las aseguradoras.

De hecho, la actitud del Gobierno en este sentido ha sido más que contradictoria, pues mientras su discurso impulsa la medicina comunitaria y ataca la medicina privada, su práctica va en sentido contrario, al no construir un sistema nacional de salud de calidad y en cambio organizar una empresa aseguradora oficial para el sector público. Mientras nos alejamos cada vez más de las enseñanzas y los ejemplos de Luis Razetti, Arnoldo Gabaldón, José Ignacio Baldó, Enrique Tejera, Jesús Rafael Rísquez, Pastor Oropeza, Martín Vegas y muchos otros eminentes sabios, que se dedicaron con patriotismo a sanear el país, estaremos perdidos en materia de salud.

Mientras la política sea el desdén por el conocimiento, el estudio y el esfuerzo, y la premiación de lealtades y simpatías electorales, el país se hundirá más y más en el pantano de la dependencia y la miseria moral, mucho más grave y tenebrosa que la pobreza material. ©

Luis Fuenmayor Toro

Médico cirujano. Doctor en Filosofía. Profesor titular de la Universidad Central de Venezuela. Ph. D., Universidad de Cambridge, Inglaterra. Investigador Nivel III, PPI, 2006. Ex-rector de la Universidad Central de Venezuela.

NOTAS

1. a) Propuesta del Sistema Público de Salud (2002); b) Lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud integral de las y los adolescentes en Venezuela, tomo I (2003); c) Plan Sectorial de Prevención y Atención de Emergencias y Desastres del Sector Salud (2004).
-

BIBLIOGRAFÍA

- Díaz Polanco, Jorge. (2008). *Salud y hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, continente afuera*. Caracas (Venezuela): Universidad Central de Venezuela, CENDES, Editorial Torino.
- Faría, Jesús. (18 de marzo de 2012). Precio del petróleo no alcanza. *La Razón*, Caracas (Venezuela), p. A-8.
- Fuenmayor Toro, Luis. (1986a). Hacia la definición de una política universitaria. *Gaceta APUCV/IIPP*, 7 (47), pp. 1-2.
- Fuenmayor Toro, Luis. (1986b). Conocer la universidad que tenemos. Una tarea de primer orden. *Gaceta APUCV/IIPP*, 7 (48), p. 1.
- Fuenmayor toro, Luis. (2002). Historia, desarrollo y perspectivas del sector universitario venezolano. *Cuadernos OPSU*, 5, pp. 1-36.
-



BIBLIOGRAFÍA

- Fuenmayor Toro, Luis. (2004a). Presentación. Proyecto Alma Mater "Gran Sabana". La Aldea Universitaria Bolivariana. *Cuadernos OPSU*, 9, pp. v-vii.
- Fuenmayor Toro, Luis. (2004b). El financiamiento universitario. *Educere*, 8 (26), pp. 385-395.
- Fuenmayor Toro, Luis. (2007). Misión Sucre: Concepción inicial y distorsión posterior. *Educere*, 11 (37), pp. 246 y 256.
- Fuenmayor Toro, Luis. (6 de noviembre de 2011). Peligra la salud de los venezolanos. *La Razón*, Caracas (Venezuela), p. A-6.
- Fuenmayor Toro, Luis. (13 de noviembre de 2011). Más sobre la Medicina Integral Comunitaria. *La Razón*, Caracas (Venezuela), p. A-3.
- Fuenmayor Toro, Luis. (4 de diciembre de 2011). Se busca el interés nacional. *La Razón*, Caracas (Venezuela), p. A-3.
- Fundación Polar. (1997). *Diccionario de Historia de Venezuela*, 2.^a Edición, Caracas (Venezuela).
- García Guadilla, Carmen. (2005). Logros y tensiones en las políticas públicas de educación superior en Venezuela (1999-2004). En: CENDES, *Venezuela Visión Plural. Una mirada desde el CENDES*, Caracas (Venezuela): Bid & Co., tomo 1.
- García Guadilla, Carmen; Montilva, Leonardo; Acedo, María de Lourdes; Lepage, Beatriz; y Otero, Sergio. (2006). Informe de Venezuela (Diciembre 2006). *Proyecto CINDA. Educación Superior en Iberoamérica 2006*, Caracas (Venezuela).
- Grases, Pedro. (1998). Una obra singular. En: Arnoldo Gabaldón. *Malaria aviaria en un país de la región neotropical Venezuela*, Caracas (Venezuela), pp. XV-XVII.
- Jaén, María Helena; Salvato, Silvia; Briceño, Ángela; Díaz Polanco, Jorge; Padrón, Gerardo; Gómez Cova, David; Venot, Carola; Guzmán, Bernardo; Aparicio, José; Castillo, Luisa; Aguirre, Virginia, y Fuenmayor Toro, Luis. (1997). La reforma de salud en Venezuela. *Cuadernos para la Reforma del Sector Salud*, 1 (1), pp. 5-62.
- Lecuna Torres, Vicente. (1984). *Informe que presenta el Decano, Dr. Vicente Lecuna Torres, ante la Asamblea de la Facultad. Gestión 18 de junio de 1981 al 15 de junio de 1984*. Caracas (Venezuela): Universidad Central de Venezuela.
- López Grillo, Luis. (1984). Informe de la Comisión para el estudio sobre la Medicina de Familia. En: Vicente Lecuna. *Informe que presenta el Decano, Dr. Vicente Lecuna Torres, ante la Asamblea de la Facultad. Gestión 18 de junio de 1981 al 15 de junio de 1984*, Caracas (Venezuela): Universidad Central de Venezuela, pp. 193-219.
- López Grillo, Luis. (1991). *Facultad de Medicina. Informe de Gestión 1987-1990*, Caracas (Venezuela): Universidad Central de Venezuela.
- López Moreno, Berardo Jesús. (2008). Salud Pública: Dr. José Ignacio Baldó. *Rev. Soc. Venez. Hist. Med.*, 57 (1-2), pp. 28-43.
- Ministerio de Educación Superior. (2004). *Fundamentos conceptuales de la Misión Sucre*. Mimeografiado. Caracas (Venezuela): Fundación Misión Sucre.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Proyecto Salud. (1997). Programa de Atención Integral a la Salud. *Cuadernos para la reforma del sector salud*, 1 (1), pp. 63-96.
- Organización Mundial de la Salud-Oficina Panamericana de la Salud. (1978). *Estrategia de Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata*. Washington (Estados Unidos).
- Otero Castro, Sergio. (2012). El presupuesto público antes y ahora. *Continuidad y Cambio*, 1 (2), pp. 3-7, publicación electrónica.
- Partido Comunista de Venezuela. (1983). *Análisis y propuestas del sector salud en la coyuntura de crisis fiscal venezolana, material para la discusión*. Mimeografiado, Barquisimeto (Venezuela): Secretariado Regional del estado Lara.
- Pulido, Pablo. (1998). Por qué Arnoldo Gabaldón... Pasión venezolanista malaria, educación y políticas de salud. En: Arnoldo Gabaldón. *Malaria aviaria en un país de la región neotropical Venezuela*, Caracas (Venezuela), pp. XI-XIII.
- Universidad Bolivariana de Venezuela. (2004). *Documento Rector*. Caracas (Venezuela): Dirección General Académica.
- Universidad Central de Venezuela. (1992). *30 años del presupuesto de la Universidad Central de Venezuela 1960-1990*. Caracas (Venezuela): Vicerrectorado Administrativo, Imprenta Universitaria.
- Universidad Central de Venezuela. (2006). *30 años del presupuesto de la Universidad Central de Venezuela 1975-2004*. Caracas (Venezuela): Ediciones del Rectorado.
- Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. (1999). *VITAE, Academia Biomédica Digital*, 1.
- Velásquez, Ramón J. (1998). Misión de una labor. En: Arnoldo Gabaldón. *Malaria aviaria en un país de la región neotropical Venezuela*, Caracas (Venezuela): pp. XIX-XXI.
- Zayas Fernández, Majolys; Lachicott Frías, Ernesto; Hidalgo León, Niosvel; y González Fera, Ana Isel. (2011). Caracterización del desempeño docente del núcleo de profesores de Barrio Adentro del Municipio Marcano. *Rev. Hum. Med.*, 11 (1).
-



CUENTO BREVÍSIMO

José Manuel Rodríguez
jmrr44@hotmail.com

Diario VEA
Caracas, sábado 16 de febrero de 2008 / p.398

Oí a Miguel Márquez decir –y se me alegró el espíritu– todo lo que hemos caminado en la construcción de las bases de la Revolución Bolivariana: se politizó la sociedad venezolana, se derrotó el bipartidismo cuartorepublicano y se levantó la dignificación de los más ofendidos; también el orgullo por lo nuestro, la reapropiación del pueblo de sus momentos fundacionales y el estímulo al despertar de un conocimiento emancipador; se rediseño el papel de los militares en la vida social, el Gobierno actuó como Estado docente, asumió el paradigma de la inclusión como norte indeclinable, incorporó a Venezuela a un amplio mapa de países latinoamericanos identificados con la izquierda, en oposición al Gobierno omnívoro de los Estados Unidos y sus socios.

Así que creo lo que dijo, y, sin embargo, todo esto, que es mucho, no logra librarme de un mal sueño que, con 50 palabras, me atormenta constantemente.

Hace tiempo, cuando comenzaba
el siglo XXI,
una revolución señaló el camino,
el pueblo ilusionado echó a andar.

Reflexionando marchaba.
La feroz derecha no gusta de la
reflexión, contraría sus intereses,
y conspiraba.

La burocracia de la revolución,
incompetente, frenó
su avance.

Así inmovilizada, la burguesía
logró asesinar la reflexión.

