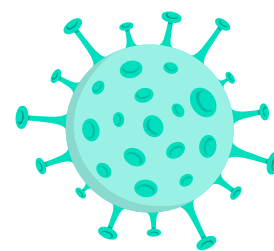


# El Covid-19 destapó una crisis mundial. No la provocó



*The Covid-19 did not cause the crisis, instead, uncovered it.*

**Roberto Rondón Morales**

[rrondonmorales@gmail.com](mailto:rrondonmorales@gmail.com)

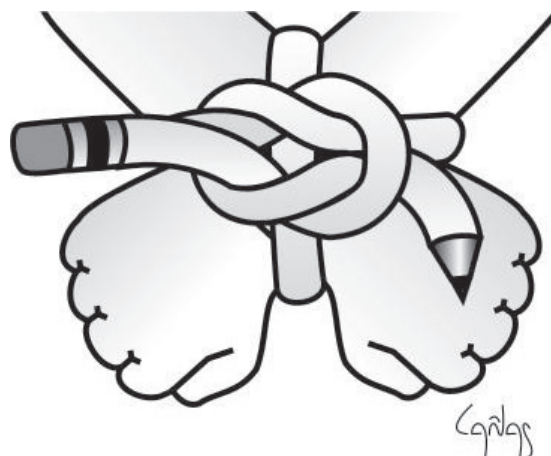
Teléfono de contacto: + 58 414 1794012

Escuela de Medicina

Facultad de Medicina

Universidad de Los Andes

Mérida - Venezuela



Artículo recibido: 20/05/2020  
Aceptado para publicación: 05/06/2020

## Resumen

La pandemia del COVID19 no generó una crisis al menos en la salud, sino que la puso al descubierto, ya que hasta ahora y durante siglos, y en todos los países ricos y pobres, la crisis se había sido mantenida compensada en un equilibrio crítico entre la salud de la gente, los sistema de salud que la atienden y la formación médica, lo que se rompió por la sobrecarga y saturación de exigencias de la pandemia a la dirigencia nacional, a los organismos internacionales y nacionales de la salud, al sistema de salud y a los profesionales que la atienden, que ofrecieron respuestas escasas, tardías e in coordinadas. Las causas de la desarticulación y tentativas soluciones para el futuro serán analizadas.

**Palabras claves:** pandemia, COVID-19, crisis, salud, desarticulación, soluciones

## Abstract

The COVID-19 pandemic did not generate a crisis at least in health, but rather exposed it, since until now and for centuries, and in all rich and poor countries, the crisis had remained balanced in a critical balance between people's health, the health system that serves them and medical training, which was broken by the overload and saturation of the demands of the pandemic to the national leadership, to international and national health organizations, to the system of health and professionals, who offer few, late and uncoordinated responses. The causes of disarticulation and tentative solutions for the future will be analyzed.

**Keywords:** pandemic, COVID-19, crisis, health, disarticulation, solutions

Author's translation.

## Preámbulo

---

La pandemia Covid-19, sin precisión aún de su cuantía, duración y consecuencias, hizo que los Presidentes y Jefes de Estado declararan y decidieran de manera incoherente. Los sistemas de salud de todos los países ricos y pobres y los organismos internacionales respondieron todos de manera tardía, insuficiente y sin coordinación.

Reconocidos médicos e investigadores ofrecían enjundiosas explicaciones clínicas contradictorias. Los epidemiólogos graficaban las cifras de personas contagiadas y fallecidas, y esperaban angustiosamente la asíntota de una curva que aliviara el problema; los sanitarios recomendaban indistintamente mascarillas, guantes, distancia física, limpieza, cuarentenas, algún medicamento conocido, negado por otros; esperar vacunas que no llegaran u otras soluciones. Las funerarias atiborradas.

Las grandes empresas y los comerciantes de la salud hacían grandes negocios y ganancias.

En general, demostró que la salud poblacional no es prioritaria en las instituciones de la salud ni en la formación médica, que andan caminos paralelos, aun cuando al final, solidarios en la tragedia. Además, que las ofertas de los servicios dependen más de decisiones e intereses políticos y económicos que de las demandas de la población.

Señaló la obvia y urgente necesidad de hacer **prevalecer las decisiones técnicas** sobre las políticas para evitar o atenuar la globalización de la pandemia y sus nefastas consecuencias, el requerimiento de **una nueva conducta ciudadana y sanitaria** para convivir en una era de virus contagiosos y mortales y **la obligación de una coalición básica entre la salud, los sistemas de salud y la formación médica** para enfrentar estas pandemias, indistintamente de los desarrollos y fines particulares de cada una de estas instituciones.

La pandemia mostró que esta coalición básica no ocurre, y que los problemas de la salud surgen, crecen, desaparecen y luego resurgen de manera diferente, en **“una relación permanente entre las condiciones de vida y las de la salud, cambiantes pero inexorables”**.

## Antecedentes

---

Galeno escribió que al cuerpo humano se le agredía por vía extrínseca o accidental **cuando las personas son amenazadas permanentemente por el ambiente. Recomendaba una ampliación de la higiene personal a una social.**

Según Rudolf Virchow, “las epidemias son naturales o artificiales, estas debido al modo de vivir... y **son efectos producidos por la organización política y social**, que afectan a aquellas clases que no participan de las ventajas de la cultura”. Según Johan Peter French (1779-1818) y Louis René Villerme (1782- 1863), **hay una injerencia profunda de la economía y la política en la salud.**

Desde la antigua civilización griega se aportaron dos figuras míticas: Higia y Esculapio. La primera era una diosa de la salud, **figura abstracta**. Esculapio, figura de la curación **tenía carácter humano**. Este predominó con la curación antes que la higiene, y la construcción de hospitales en vez del mantenimiento del ambiente físico, social y laboral, del saneamiento, y las condiciones políticas, económicas y sociales determinantes de la salud pública poblacional e individual, tal como se indicó desde entonces.

Así, una epidemia de tifo en la Alta Silesia a mediados de 1800, ratificó: **“1.- La salud de la población es de interés social directo. 2.- Las condiciones socioeconómicas tienen importante efecto en la salud y enfermedad y 3.- Se debe promover la salud y combatir la enfermedad con medios tanto sociales como médicos”**.

## Las demandas de la salud, su solución y la educación médica tomaron caminos diferentes.

- I. En la época premicrobiana de la etapa agrícola, se aceptó que el **ambiente físico y social con la presencia de “miasmas” eran determinantes de la enfermedad** por ignorarse las causas biológicas. Se describe una primera fase de enfermedades infecciosas bacterianas y parasitarias según John Evans, por mala nutrición, condiciones de la vivienda y del ambiente, tratadas con mejoramiento socio económico y medidas de **SALUD PUBLICA**, denominación que en la segunda mitad del siglo XIX sustituyó a la higiene, aquella con una etapa luminosa cuando la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades epidémicas y endémicas eran los problemas urgentes.

### La caridad cristiana como beneficencia

En América Latina desde el siglo XVI, la atención médica y quirúrgica fue individual y privada, prestada en el domicilio por médicos y cirujanos autorizados por el Protomedicato. A pesar de la patología microbiana y parasitaria prevalente, la atención pública fue preferentemente hospitalaria, y sin medidas higiénicas, sociales ni ambientales. Los hospitales, anexos a conventos y con fines proselitistas, regidos por Constituciones Obispaes eran financiados por la caridad cristiana. No eran para curar sino redimir y ayudar al buen morir, atendidos por personas caritativas. Aislaban a infestados contaminantes, enfermos sociales como alcohólicos y prostitutas; y desposeídos como ancianos, viudas y huérfanos, según Ricardo Archila.

### La educación médica durante la Colonia

Hasta mediados del siglo XIX, se inspiró en las Universidades de Salamanca, pública y Alcalá de Henares, religiosa, influida por el escolasticismo, dogmatismo, aristotelismo, galenismo, a pesar de los adelantos científicos de William Harvey en el resto de Europa, y mediante Cátedras de Prima de Medicina con anatomía y fisiología y Cátedras de Vísperas de Medicina con medicina clínica, cirugía, y sus métodos prácticos. El entrenamiento de los estudiantes eran las visitas domiciliarias con los médicos autorizados.

- II. En la época microbiana de Pasteur, Koch y Behring en el siglo XIX, apareció la bacteria como causa de las enfermedades y se buscó “la bala que las matara”, con gran adelanto científico y tecnológico **de la microbiología y la patología, concentradas en los microorganismos como agentes de la enfermedad y en la prevención con inmunizaciones y antisepsia, sin valorar el ambiente político, económico, físico y social**, a pesar que desde el siglo XVIII, John Peter Frank, planteó una acción colectiva gubernamental para atenuar las condiciones insalubres de la vida de la gente. Apareció entonces la **HIGIENE** dedicada al abastecimiento de agua, disposición de desechos humanos, vivienda, política sanitaria y medidas legislativas.

### La medicalización de los hospitales

En los siglos XVIII y XIX siguió el predominio del hospital a pesar de la prevalencia aun de enfermedades infecciosas, pero cambió hacia un instituto terapéutico y curativo, ahora dirigido por médicos. Esto ocurrió por nuevas relaciones que el hospital estableció con el mercantilismo y la aplicación de una tecnología política como la disciplina; también por las reestructuraciones y modernizaciones de los hospitales en Europa, utilizados para someter a cuarentena a soldados que regresaban enfermos de las colonias por su alto costo en formación y mantenimiento, y a contrabandistas que fingían estar enfermos, y surgió así una administración y fiscalización públicas de los hospitales marítimos y militares, según Michell Foucault.

Cambió la ubicación de sus edificios y la distribución espacial de las personas y servicios, ahora similares a un hotel, para evitar el aislamiento, y produjo información que se confrontaba y comunicaba. La finalidad interna del hospital se orientó a partir de entonces para **tratar al enfermo individualizado que debía ser curado.**

## La filantropía como beneficencia

Este nuevo modelo hospitalario manejado por médicos, se financió por la filantropía, transformación de la caridad cristiana, ofrecida ahora por laicos a partir de mediados del siglo XIX, que construyó hospitales, y creó Ligas, actuales Fundaciones, para la lucha contra enfermedades. El liberalismo adoptado en la primera etapa republicana, “preconizó que ni al Estado ni a los patronos correspondía mejorar la suerte de los obreros, responsables de su miseria, y correspondía a la filantropía privada su remedio”. En el mismo sentido, el positivismo y la oligarquía asociaron el discurso popular a la barbarie, por lo que al pueblo no le correspondía el otorgamiento de derechos políticos, según Roberto Rondón.

## La educación médica en la primera etapa republicana

A finales del siglo XIX comenzó también la influencia de la medicina francesa, con un plan de estudios de ciencias física y química, antropología, anatomía y fisiología, **bacteriología, patología general y externa**, obstetricia, ginecología y pediatría, materia médica, **higiene pública y privada**, medicina legal, historia de la medicina, para perfeccionar **el arte de la medicina en el templo hospitalario**, que continuó hasta la Segunda Guerra Mundial en las cuarenta escuelas de medicina de América Latina.

III. En la época post microbiana, aparecieron enfermedades crónicas degenerativas y mentales, aun sin resolverse el problema de las enfermedades infecciosas no explicables solo por componentes biológicos, en una etapa postindustrial con una gran producción de tecnologías, según Fernando Mora y Paul Hersch. Esta etapa coincide con la segunda fase de Evans, con predominio de enfermedades crónicas, cardíacas, cerebrales, cáncer, metabólicas, reumáticas y otras, y de un gran desarrollo científico y tecnológico para su diagnóstico y tratamiento, una especialización progresiva de la práctica médica y **la transferencia de los servicios que antes se realizaban en el domicilio y en consultorios particulares de médicos, a hospitales especializados** y muy costosos por las tecnologías, medicamentos, insumos, personal y hotelería en el siglo XX.

Al controlarse los problemas infecciosos y parasitarios, los servicios de salud pública o poblacional quedaron relegados a registros de información vital y atención a personas con problemas como las enfermedades contagiosas, especialmente TBC y venéreas. La salud pública o poblacional recibió el reto inalcanzable de racionalizar los servicios de salud entre zonas rurales y urbanas, ricos y pobres en medio de una gran crisis; y sus costos y calidad sin una regulación política y estratégica por el Estado. Además, la afectó el hecho de que las enfermedades crónicas son consecuencias del ambiente, los estilos de vida y el consumo, y la prevención de estas enfermedades, asunto de salud pública, depende de decisiones políticas que los gobiernos no adoptan sobre consumo, costumbres y ambiente.

## La educación médica actual

---

### La medicina social

La salud pública fue desplazada desde mediados del siglo XX por la **MEDICINA PREVENTIVA**. A finales de la Segunda Guerra Mundial hubo un movimiento para transformar la educación médica en Gran Bretaña por el profesor John Ryle. “Manifestaba que la medicina preventiva tenía una limitación y que era necesario buscar unas nuevas alternativas para que el estudiante conociera mejor **las relaciones entre salud, enfermedad y sociedad**”, en especial porque la reducción de muertes por enfermedades degenerativas trajo una tercera fase de patología social y ambiental según Evans, con problemas por la exposición ambiental y por las condiciones sociales en la familia, la comunidad, el trabajo, la violencia, el abuso de alcohol, drogas, tránsito, delincuencia juvenil. Así nació el término **MEDICINA SOCIAL**. Como consecuencia, a la enseñanza biológica y clínica tradicional se agregaron la epidemiología, bioestadística y ciencias sociales, proceso que se completó en los 1960, luego de los Seminarios de Viña del Mar y Tehuacán convocados por la OPS, a mediados de 1950 sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en América Latina, con resultados precarios hasta ahora.

## La medicina científica

Después de la Segunda Guerra Mundial llegó también el Informe de Abraham Flexner de 1910, que creó el paradigma de la **EDUCACION MEDICA CIENTIFICA** que perdura aun, con “un predominio de la ciencia y la tecnología e inspirado en un país desarrollado donde los servicios no personales o poblacionales estaban relativamente resueltos, y del hospital que estimularon una industria química y farmacéutica y de tecnologías para el diagnóstico y tratamiento, con importante participación en el Producto Interno Bruto”.

Pretendió que los desarrollos científicos y tecnológicos resolverían todos los problemas de salud, incluidos los sociales, que tendrían soluciones científicas y no políticas, sociales ni económicas como se declaraba desde la antigüedad. “Desconoció las condicionantes sociales e históricas de la enfermedad y las influencias ambientales, sociales y psicológicas de la salud, aun cuando expresó preocupaciones por los problemas de la salud pública o de las poblaciones, ahora “medicina social”, pero no la incorporó a la formación médica. La propuesta científica hizo girar el rol de la medicina, concentrada sólo en torno al tratamiento de la enfermedad, y llegó incluso a plantear que si no existiese la enfermedad no tenía razón de ser el médico”, según María I, Rodríguez.

Este modelo biomédico clínico, individual y curativo servía al poderoso complejo científico y tecnológico industrial de la salud, en el cual, los médicos tienen un control total de la calidad y de las reglas económicas de su trabajo. Permitió al médico maximizar su ingreso y minimizar la demanda de su tiempo. Tom Hall afirmó “que la medicina privada se caracteriza por tener una baja productividad y un alto costo para el paciente”. Ahora, se discute sobre la pérdida de esta autonomía del médico debido a la intervención de los intermediarios financieros como los seguros, fondos administrados y otros.

En América Latina, el 90% del tiempo curricular es ocupado por el eje biológico clínico médico y el 10% restante lo constituye la salud pública, poblacional o social, sin ninguna o muy poca influencia o impacto en la educación médica.

## Las orientaciones futuras del modelo científico

**La biomedicina** su fundamento, presenta las siguientes tendencias: nuevas formas de medicina y de terapéutica con la **medicina predictiva, preventiva y participativa con la terapia génica**, sin descontar las repercusiones morales y éticas; **medicina molecular** con la **fármaco genómica**; **medicina regenerativa** con la terapia celular; **la medicina de reemplazo de órganos** con órganos artificiales y prótesis; **medicina de mejoramiento o perfeccionamiento** con los bioships; **medicina antienvjecimiento**.

Hay un reforzamiento de las tendencias de los sistemas de salud y educación médica hacia la resonancia, tomografía, radioterapia, bioinformática, robótica, biónica, nanotecnología enfocadas a una alta especialización para la inteligencia aumentada, el cerebro artificial, los biosensores y dispensadores de drogas abdominales, según Alexis Bello.

**La base de la docencia será la simulación** para entrenamiento de los estudiantes en cualquier parte del mundo con procedimientos médicos y quirúrgicos con valor, seguridad y ahorro de tiempo.

## La creación de los Ministerios de Salud y de los Institutos de los Seguros Sociales en la primera mitad de siglo XX no logró la integración de la Socio Medicina y de la Biomedicina

Antes de fundarse estos Ministerios, los gobiernos establecieron a finales del siglo XIX, Oficinas de Higiene y Salud Pública para reglamentar estas actividades, adscritas al Ministerio del Interior. En las VII y VIII Conferencias Sanitarias Panamericanas de La Habana en 1924 y Lima en 1927, se recomendó la creación de los Ministerios de Salud Pública según la OPS.

Los Ministerios asumirían la Sanidad o Salud Pública de la población y la Asistencia Social para la curación individual, y liderar el proceso de promoción de la salud y prevención de enfermedades de un lado; y de otro, la curación y rehabilitación de todos los ciudadanos. Los Institutos de Seguridad Social, creados en la misma época, sólo se ocuparían de la salud laboral y las prestaciones dinerarias. Pero los Ministerios al principio, no tenían hospitales por ser los existentes privados, caritativos y filantrópicos. La presión de trabajadores, sindicalistas y empresarios, y su dirección por financistas y políticos, hicieron que los Seguros Sociales prestaran servicios de curación, y no de prevención, rompiendo la universalidad de la atención por los Ministerios.

Se inició una diferenciación entre la Sanidad o Salud Pública, acción colectiva financiada por recursos fiscales y responsabilidad de estos Ministerios, y la Seguridad Social con una acción curativa personal e individual. Al lograr esta separación la seguridad social, se crearon decenas de servicios de salud curativa para grupos de empleados de la administración pública, que no se afiliaron a la seguridad social porque ésta al nacer, era únicamente para obreros. Hubo una diferenciación también de inversiones con un rango muy alto, 90% para servicios curativos y 10% para servicios colectivos preventivos.

### **Los Ministerios de Salud o Sanidad se restringieron inicialmente a ser Ministerios de la Prevención**

Los Ministerios al ser fundados, asumieron preferentemente los servicios preventivos debido a que se conformaron al principio con las viejas Oficinas de Sanidad e Higiene del siglo XIX y sus funcionarios; predominaron los médicos que se dedicaron a la lucha contra endemias y epidemias que era el problema principal de salud de las áreas rurales con un 85% de población, y con afectación principal de madres y niños. También porque desde 1920, la Fundación Rockefeller financió programas de salud pública para combatir la fiebre amarilla, malaria y anquilostomiasis, para saneamiento ambiental e ingeniería sanitaria para protección de sus trabajadores petroleros, a cuyo efecto, otorgó becas para estos adiestramientos. De otro lado, las Conferencias Panamericanas de Directores de Salud Pública insistieron en la formación de personal en salud pública para estos Ministerios, según la OPS.

### **Los Ministerios de Salud o Sanidad decidieron asumir también la Asistencia Social para la curación a mediados de 1940, e integrar la Socio Medicina y la Biomedicina**

Para ello, analizaron el modelo de seguridad social universal propuesto por Lord William Beveridge del Reino Unido en 1942, que contenía un servicio de salud igualmente universal. La beneficencia tradicional tomó un sentido científico y social, y no caritativo cristiano ni filantrópico laico, y la asumió el Estado como asistencia social para insolventes no contribuyentes y con financiamiento fiscal; y como seguridad social con financiamiento compartido entre patronos y trabajadores. Así, la asistencia social atribuida a los Ministerios se orientaría como seguridad social universal, **para librar al hombre del estado de necesidad**, determinar las causas de ella y la posibilidad de solución; la influencia del ambiente sobre el problema social del necesitado, y estudios de las causas de la decadencia, según Rafael Acosta.

La seguridad social acordada entre el estado y el individuo, sería única y “tendría la finalidad de garantizar la renta y el ataque a la necesidad, uno de sus problemas junto con la enfermedad, la ignorancia, la sordidez y la ociosidad”. “Esta seguridad social no sería sólo la lucha contra la necesidad por la renta insuficiente o faltante, sino el desarrollo de una política social que agregue los cuidados de la familia, de la salud, de la vivienda, de la educación de todos los ciudadanos y la política económica de pleno empleo”. “Dentro de la seguridad social universal, habría un Servicio Médico ofrecido a todos los ciudadanos y proporcionaría promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y adaptación para el empleo mediante tratamiento médico y post médico”. “Tendería a la corrección de los problemas derivados de la renta faltante o insuficiente y a toda una política social con cuidados a la familia, la salud, vivienda, educación de todos los ciudadanos

y la política de pleno empleo, en el entendido que habría cuatro grupos productivos contributivos y dos no productivos, los ancianos y niños”, según Miguel Zúñiga.

El nuevo enfoque del Informe Beveridge, sobre el rol de los Ministerios implicaba asumir la llamada “doctrina integralista”: promoción de salud, prevención de enfermedad, curación y rehabilitación para todos los ciudadanos, uniendo la medicina social y la medicina científica, sugerencia de la Conferencia del Trabajo de Filadelfia de 1944, el Plan Beveridge de la Asociación Médica Británica de 1942 y la Fundación Rockefeller. Para reforzar la “doctrina integralista”, de salud total para todos los ciudadanos, los Ministerios elaboraron Planes Nacionales de Hospitales nacionalizando y remodelando los caritativos y filantrópicos y construyendo nuevos, y creando institutos para prestar servicios sociales como la nutrición, la atención a la tercera edad, y a la infancia.

## **El fracaso parcial de la doctrina integralista**

Esta “doctrina integralista” no fue exitosa porque los Institutos de Seguros Sociales siguieron el desarrollo de la curación en sus propios hospitales, y emergió con fuerza el sub sector privado después de 1960 por una crisis fiscal en los países que debilitó el área social, en especial la salud pública. Los gobiernos recurrieron al sector privado para prestar servicios de salud, que los concentró en los hospitales. Hubo una gran migración de población del área rural a la periurbana, con problemas de salud por las malas condiciones socioeconómicas y del ambiente antes que biológicas. Eso obligó a los países a adoptar el “Plan Decenal de Salud de la Américas, OPS. 1973”, que estipuló la necesidad de prestación de servicios de salud integrales, simplificados, de amplia cobertura y bajos costos, papel que le correspondió dirigir y cumplir a los Ministerios en medio de una debilidad institucional y financiera, que afectó tanto la atención hospitalaria como ambulatoria, y que obligó a su desconcentración, descentralización y transferencia a los gobiernos regionales, o la creación de Sistemas Unicos Públicos o Nacionales de Salud para integrar la gran dispersión de servicios.

En esta situación, los Ministerios convocaron a las Facultades de Medicina para formar “el médico que el país necesita” para estos nuevos requerimientos, pero sin definición precisa. Esto amplió la diferencia entre la medicina social, general, ambulatoria, comunitaria simplificada y de bajos costos requerida por los Ministerios, incluidos ahora los Seguros Sociales por razones de costos, de la medicina biológica, científica y hospitalaria solicitada por una parte de la población con medios económicos, preferentemente privada.

También se planteó la integración de los servicios de salud y la educación médica, difícil por normas legales, técnicas, administrativas y financieras distintas, y por discusiones sobre el papel de las universidades de formar médicos competentes y no prestar servicios. La OPS propició estos enfoques en los países con resultados precarios, tesis que reforzó la Organización Mundial de la Salud desde 1978 con la Declaración de Alma Ata sobre “Salud para Todos en el año 2000” y la Atención Primaria de la Salud, suscrita por todos los gobiernos del mundo, que se ha reformulado para el siglo XXI en vista de sus resultados escasos hasta ahora.

Esta controversia social pobre-biológica rica, llevó a los gobiernos de Brasil y Venezuela a crear programas para formar masivamente médicos integrales comunitarios en universidades bajo su control, para atender los ambulatorios y comunidades.

## **Las debilidades de la Salud Pública**

La debilidad de los dirigentes de la salud pública ha afectado a la medicina social, ya que su formación, con poca rigurosidad, se separó de la formación médica, exclusivamente para administración de programas sanitarios, incluidos hospitales públicos, con crisis financieras crónicas y sin conocimientos modernos de ciencias como economía y la gestión, y sin reconocer que la salud y la política sanitaria dependen de una serie de decisiones que involucran además a la agricultura, la industria, el trabajo, la energía, el transporte, la educación. Por ello, no han tenido influencia en la política general y de salud, además interferida por intereses políticos y económicos. Al no poder contener los costos y el desmedido crecimiento de la industria hospitalaria los

sustituyeron economistas, administradores y financistas, y al no asumir el manejo de los problemas del medio ambiente y social, los han suplido sociólogos, biólogos, ecólogos y otros. No han superado la barrera de la lucha contra las enfermedades transmisibles, estadísticas médicas y sanitarias, principios de administración sanitaria, epidemiología y demografía, lo que no resulta atractivo para la realización personal y profesional de médicos y estudiantes.

## **Compromisos políticos de las naciones del mundo para acoplar la salud de la gente, los sistemas de salud y la formación médica en el siglo XXI**

La pandemia Covid-19 también demostró el incumplimiento de compromisos internacionales de los gobiernos del mundo.

En 1978, las naciones del mundo firmaron la Declaración de Alma Ata sobre **“Salud para todos en el año 2000”**, con la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, para garantizar el acceso, la cobertura, la equidad y la calidad de los servicios, distintos por diferentes desarrollos de los países.

Dada la precariedad de los resultados logrados, en la sesión 70ª del Comité Regional de la OMS para las Américas, en septiembre 23 a 27 de 2018, se aprobó **la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de la Salud**, dentro de la cual, se incluyó una estrategia para los recursos humanos.

En Quito, en 2017 y 2019, se realizó el foro regional: **Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma Ata. Agenda Sostenible de Salud 2018 – 2030** (OMS. OPS.2018)

El cumplimiento de los compromisos políticos de las naciones del mundo para acoplar la salud, los sistemas de salud y la formación médica para garantizar la Salud para Todos en el año 2000, o ahora la Salud Universal en el Siglo XXI, ha tropezado sistemáticamente con un error estratégico por parte de los organismos internacionales de la salud y los gobiernos nacionales, al plantear como contradictorias la formación médica biológica y social. Esto empezó desde 1960, cuando se afirmó que la inmigración de las poblaciones rurales a las ciudades traía problemas de salud sociales y ambientales y no biológicos, que se atenderían con medios simplificados y de bajos costos en ambulatorios desprovistos de recursos idóneos y con un médico general integral desvalido.

Frente a este requerimiento, las Facultades y Escuelas de Medicina desde 1978, han acogido la tesis de este compromiso social, han firmado compromisos y declaraciones, con resultados escasos, por lo que hay que pasar de las declaraciones solemnes a las estrategias correctas en el siglo XXI.

En ese sentido, debe entenderse que las Universidades y las Facultades y Escuelas de Medicina tienen sede en países con desarrollos políticos, sociales y económicos diferentes, tienen historias distintas, ubicadas en regiones geopolíticas disímiles y cuentan con recursos físicos, humanos, financieros, académicos, procesos diferenciados, por lo que sus resultados no serán iguales, a pesar de su acreditación nacional o internacional.

Por ello, el cumplimiento de este compromiso político y social debe llevarse a cabo dentro de un abanico flexible de posibilidades reales de las Facultades y Escuelas Médicas y no someterlas a un discurso rígido y sin alternativas. En ese sentido debe contemplarse:

1. la reelaboración de un concepto unitario o un arquetipo de la Atención Primaria de la Salud, flexible, por educadores médicos y dirigentes de servicios de salud, adaptado a cada realidad nacional y hasta local, que a su vez, garantice la modernidad, el desarrollo científico biológico, psíquico y social de la formación y práctica médica en ese nivel, así como su reconocimiento social y económico para la realización personal y profesional de los médicos y otros profesionales.
2. La estrategia de la Atención Primaria de la Salud será única, pero su modalidad de ejecución variara según los países, y en ese sentido, las Facultades y Escuelas de Medicina abordaran este compromiso tanto en pregrado, postgrado o desarrollo profesional continuo, según sus visiones y misiones, procesos y recursos, y no exigirles hacerlo todo sólo el pregrado.



3. La elaboración de un currículo nuclear universal para la formación en Atención Primaria de Salud, en pregrado, postgrado o desarrollo profesional continuo según el caso, que contenga una adecuada proporción de ciencias biológicas, sociales y psicológicas, uso de tecnologías diagnósticas y terapéuticas modernas y entrenamiento en los tres niveles de atención y en los tres niveles de prevención, con un mecanismo de referencias y contra referencias y una relación permanente con los niveles segundo y tercero de atención, y prácticas de profesionalismo médico.

Este compromiso de Salud Universal para el Siglo XXI, debe revisarse en relación con las experiencias dejadas por la pandemia del Covid-19, que no creó la crisis del sistema de salud, sino que la destapó.

## El escenario actual derivado de la pandemia Covid-19

El desarrollo científico y tecnológico conectado con el modelo biomédico y el hospital especializado continuará con su poca cobertura y altos costos, que se satura y desborda fácilmente como se apreció. Se mostró también la debilidad y desorientación del modelo socio médico, ambulatorio, sin prestigio y con escasa capacidad de resolución y confianza de la población. Este diseño y funcionamiento del sistema de salud va en desmedro de la salud poblacional demostrado por decisiones incoherentes, insuficientes y desorientadas durante la epidemia del Covid-19, que rebasó los servicios de salud de países que se vanagloriaban de tenerlos en amplia cantidad y calidad.

## Temas para conversar en tiempos de pandemia de Covid-19

- I. Determinar si la Covid-19 es una simple regresión epidemiológica hacia la primera etapa de enfermedades infecciosas que afectaban sólo a poblaciones desfavorecidas y que requerían para su tratamiento desarrollo socio económico principalmente; o es una cuarta etapa, añadida a las tres de John Evans, caracterizada por la sistemática reemergencia de enfermedades contagiosas antes controladas, y la emergencia de nuevas que afectan ahora a toda la humanidad sin distinción geográfica, política, social o económica, con diagnósticos y tratamientos conocidos no efectivos. Esto es particularmente importante debido a que destacados virólogos, desde hace años han llamado la atención sobre decenas de virus salvajes o progenitores, capaces de generar nuevas cepas virales con propiedades diferentes y con alteraciones de antigenicidad o patogenicidad que pueden generar epidemias o pandemias imprevistas que conmocionan a toda la humanidad, sin formas ni recursos precisos para afrontarla como ocurrió con la gripe aviaria, la fiebre porcina y Covid-19. Las improvisaciones demostraron palpablemente la necesidad de este estudio para elaborar protocolos de orientación de las conductas y decisiones de los dirigentes nacionales, de los sistemas de salud, profesionales sanitarios y de la propia sociedad alarmada y desorientada.
- II. Es urgente un acoplamiento del modelo de atención a las personas en relación con su salud, que es muy variado. De acuerdo al esquema de Kerr L. White, demostrado en Estados Unidos, Inglaterra y Colombia, de cada 1000 habitantes de una población tipo y en un determinado lapso, 250 no sienten ninguna molestia; 750 presentan algún malestar, accidente o problema de salud, atendible en ambulatorios que tienen capacidad resolutive hasta del 85% de estos problemas de salud, de los cuales, **100 requieren atención en un hospital general; de ellos, diez necesitan interconsultas especializadas, y sólo 1 es internado en un hospital universitario.**

El modelo actual de atención a la salud de las personas no obedece al anterior esquema de demanda de salud. Predomina el hospital con grandes limitaciones funcionales y físicas demostradas en la reciente Covid-19, obligando a la improvisación y construcción urgente de hospitales y unidades de cuidados intensivos. La atención ambulatoria basada en la Atención Primaria de la Salud tiene gran capacidad resolutive de hasta 85% de los problemas de salud, de forma que las enfermedades en su prevención, diagnóstico temprano y prevención de sus secuelas, pueden atenderse a nivel ambulatorio sin la plétora caótica que se provocó en los hospitales por el hecho de que todas estas fases se realizan en el hospital, de poca cobertura

y muy altos costos, que es la punta y no la base del sistema de salud. La experiencia demostró que parte de los problemas del Covid-19 se tratan con cuidados de apoyo ambulatorio sin necesidad de acudir al hospital.

- III. Para prestigiar y hacer eficiente a la Atención Primaria de Salud y a los ambulatorios, el reto más importante es una conciliación entre los modelos biomédico científico y hospitalario y el socio médico, general y ambulatorio. No debe haber más un médico que disponga de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas modernas para tratar las enfermedades en el hospital especializado, y un médico misionero y su compromiso, con sólo una mesa y un estetoscopio en el ambulatorio.

El esplendor de la medicina debe llegar a la Atención Primaria de la Salud “porque el desarrollo tecnológico es un fenómeno dinámico de la civilización, que abarca integralmente las actividades del hombre, y que produce capacidad para tratar enfermedades y para su promoción y rehabilitación”. La conciliación entre la biomedicina y socio medicina es con “un modelo humanista y universalista donde las ciencias sociales sean tan básicas como las biológicas, con énfasis en la dimensión humana y en los aspectos biopsicosociales de la práctica médica”, “con una nueva perspectiva de la medicina concomitante con una nueva física que visualiza a los organismos vivos como sistemas con una interdependencia entre la totalidad de sus funciones físicas, biológicas, espirituales y culturales, lo que de acuerdo a las causantes primarias de enfermedad, la hay que afecta a los animales, fundamentalmente de tipo biológico que se enfrenta con el modelo biomédico, y la de tipo biopsicosocial que afecta al hombre y que requiere para su tratamiento un modelo infomédico. Este relaciona al hombre con su influencia genética a la vez que con su sistema psicosocial en un mundo que es la biosfera, por lo que la enfermedad requiere medios y decisiones sociales, biomédicas y médicas tanto para las enfermedades bacterianas, virales y micóticas con dimensiones epidémicas y pandémicas como también las enfermedades derivadas de conductas y consumos como cigarrillos, drogas, alcohol, contaminación ambiental e industrial, transporte automotor, violencia callejera, todas las cuales tienen y derivan de condiciones sociales antes que biológicas.

Las ciencias biomédicas a pesar de los avances en la física, físico química, bioquímica, biología molecular, nanotecnología no explican suficientemente las funciones de la salud y de la enfermedad, y por ello, debe pensarse en un patrón más amplio de las causas de la enfermedad por la participación de componentes psicosociales, factores ambientales y biológicos que la determinan. El concepto biológico debe integrarse con los sociales ya que ambos determinan la salud de las poblaciones y derivan de condiciones socioeconómicas, culturales y regulaciones de tipo administrativo gubernamental, según José F. Patiño.

En resumen, el médico general será responsabilizado con una formación biológica y de compromiso social, del “proceso generador de salud” en sus tres dimensiones: “**El individuo** con su sistema biológico con fases sucesivas de su ciclo vital condicionadas por las anteriores, y con una fase inicial que recibe la influencia del potencial genético contenido en el huevo”. “**El ambiente total, físico y social**, o el ecosistema dentro del cual vive”. “**El estilo de vida** o el modo particular como el individuo interactúa con su ambiente físico y se relaciona con sus semejantes, y factores humanos como el descuido y la desesperanza”, según Mario Chaves.

- IV. Además del modelo infomédico, la medicina general debe responder claramente a los cambios de la práctica médica. Competente para el tratamiento de enfermedades infecto contagiosas y parasitarias del subdesarrollo y de enfermedades degenerativas, crónicas y asociadas con otras del desarrollo, y con gran intervención de la información y las tecnologías de la comunicación. La práctica racional, basada en evidencias, competencias y con criterios de costos sustituirá a la intuitiva basada en la experiencia, en figuras de prestancia con entrenamiento de los sentidos. La relación hipocrática tradicional paternalista y autoritaria cambiará por una relación contractual entre proveedor y usuario con el riesgo de conductas impropias, negligencias, violación de la confidencialidad, conductas inmorales, actos médicos incompetentes, cobros indebidos. Para evitar esto, la medicina general debe guiarse por el profesionalismo, y su formación transversal en Comunicación y Relación con el Paciente, Ética y Bioética de la Práctica Médica, Gerencia de la Práctica Médica, Sistemas de Salud, Evidencia Clínica, según el Proyecto GEHI.

## Conclusión

---

Redefinir si las pandemias son o no la regresión epidemiológica de una primera etapa de enfermedades infecciosas, o una nueva fase de ellas; correlacionar la estructura de los servicios con las demandas de salud de las personas; conciliar los modelos biomédico y socio médico mediante el modelo infomédico y el profesionalismo para prestigiar y hacer eficiente y atractiva a la Atención Primaria de la Salud, tanto para pacientes como para los profesionales, son los retos en tiempos de pandemia. ©

---

**Roberto A Rondón Morales.** Médico, Doctor en Medicina, Profesor Jubilado de la Universidad de Los Andes. Ex Director y Ex Decano de la Facultad de Medicina. Fundador de la Dirección de Relaciones Institucionales y de la Residencia Universitaria de Medicina Familiar de la ULA. Director de Programas de la Federación Panamericana de Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina. Asesor temporal de la Organización Panamericana de la Salud. Director General de Secretaría y Vice Ministro del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Ministro encargado en varias oportunidades. Miembro del Grupo de Reforma del MSAS auspiciado por el gobierno nacional y el Banco Mundial e Interamericano de Desarrollo. Asesor del Proyecto Salud y Director Técnico de la Oficina de Reforma de la Seguridad Social del gobierno nacional y el Banco Interamericano de Desarrollo. Ex de la Academia de Mérida. Vice Presidente el Instituto de Acreditación Internacional de Facultades de Medicina de América Latina. Ha escrito diez libros, capítulos de libros y artículos en revistas sobre la universidad, salud y seguridad social.

---

## Referencias bibliográficas

---

- Virchow, R. What is social medicine. From medical policeto social medicine. Ensayos sobre la Historia de la Atención a la Salud. Science History Publication. Nueva York. 1974.
- Mora C, Fernando y Hersch M, Paul. Introducción a la medicina social y salud pública. Editorial Trillas. México. 1990.
- Archila, Ricardo. La historia de la sanidad en Venezuela, Tomo I. Imprenta Nacional. Caracas. 1956.
- Rondón Morales, Roberto. La salud y sus tiempos en Venezuela. Rectorado de la Universidad de Los Andes. Fundación Universidad Metropolitana. Talleres Gráficos Universitarios, Mérida. 2007.
- Foucault, Michel. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. Educación Médica y Salud. Vol. 12. No 1. 1978.
- Ambrosi, Christian. Europa de 1789 a 1848. Nueva historia del mundo. Imprenta Fareso. Madrid. 1974.
- Sarmiento, Domingo Faustino. Facundo. Biblioteca Clásica y Contemporánea. Editorial Losada. S.A. Buenos Aires. 1976.
- Evans, John R. Medición y Gestión de los Servicios Médicos y Sanitarios. Fundación Rockefeller. Ne York. 1982

- González, Carlos Luis. La Medicina Comunitaria. Memorias VI Conferencia Panamericana de Educación Médica. Río de Janeiro. 1976.
- Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social: 20 años de experiencia en América Latina. Publicación Científica No 324. Washington. 1976
- Rodríguez, María I. Toma de posición frente a las experiencias evaluativas en Educación Médica. Encuentro Continental de Educación Médica. Punta del Este. Uruguay 1994. Impreso en los Talleres Gráficos de la Comunidad del Sur. Uruguay. 1997.
- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de medicina. IV Congreso Nacional de Educación Médica. Foro Acreditación Internacional. Puerto Vallarta. 2019.
- Bello, Alexis. La transformación científica y tecnológica en las ciencias de la salud. El siglo XXI. Balance de la primera década. Observatorio de la Globalización CELAUP. Universidad Metropolitana. Informe No 4. Caracas. 2013.
- Bello, Alexis. La transformación científica y tecnológica en las ciencias de la salud. El siglo XXI. Balance de la primera década. Observatorio de la Globalización CELAUP. Universidad Metropolitana. Informe No 4. Caracas. 2013.
- Bello, Alexis. La transformación científica y tecnológica en las ciencias de la salud. El siglo XXI. Balance de la primera década. Observatorio de la Globalización CELAUP. Universidad Metropolitana. Informe No 4. Caracas. 2013.
- Organización Panamericana de la Salud. Origen y evolución de la salud pública en Venezuela. Litho Henrog C.A. Caracas. 2003
- OPS. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. David Gómez Cova. Editor. Políticas de Salud en América Latina. Aspectos Institucionales de su formulación, implementación y evaluación. Washington. 1988.
- Beveridge, William. Social Insurance and Allied Services. Report by Sir William Beveridge. November. 1942.
- Acosta S, Manuel. La seguridad social, medicina social y otros temas. Imprenta Nacional. Caracas. 1968.
- Zúñiga, Cisneros, Miguel. Seguridad Social y su historia. Edime. Caracas. 1963
- Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud para Las Américas. Documento Oficial No 118. Washington. 1973.
- OMS-OPS. Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Documento Oficial No 179. Ginebra. 1979.
- Organización Panamericana de la Salud. VIII Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina. Educación Médica y Salud. Vol. 8 No 3. 1974
- OMS- OPS. 2018. Salud universal en el siglo XXI. 40 años de Alma Ata. Agenda Sustentable de Salud. 2018-2030. Washington. 2018.
- Laevell, H. R y Clark, E.G. Preventing Medicine for the doctor in his community: An epidemiological approach. Mac Graw-Hill. New York. 1966.
- Murray R, Patrick, Rosenthal, Ken S y Pfaller, Michael. Microbiología Médica. Editorial ELSEVIER. Barcelona. España. 2014.
- White, Kerr L. Life and Death and Medicine. Scientific American, 229, 23-33. 1973
- Irby D.M. Shifting paradigms of research in medical education. Acad. Med. 65: 622 - 1990
- Patiño, José F y Pinzón, A. Informe sobre el Estado de Desarrollo e Inserción Social de las Ciencias Clínicas en Colombia. FONADE. Misión Ciencia y Tecnología. Bogotá. 1990.
- Patiño, José F. Formación del Médico General Integral: Balance entre áreas básicas, clínicas y salud pública. Memorias de la XIII Conferencia Panamericana de Educación Médica. San José de Costa Rica. 1991.

- Lalondé. Marc. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. Ottawa. 1974. En Chaves Mario M. Salud una estrategia de cambio. Fondo Editorial FEPAFEM No 2. Editorial Arte. Caracas. 1982.
- Lalondé. Marc. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. Ottawa. 1974. En Chaves Mario M. Salud una estrategia de cambio. Fondo Editorial FEPAFEM No 2. Editorial Arte. Caracas. 1982.
- Chaves, Mario. Salud. Una estrategia de cambio. Fondo Editorial FEPAFEM 2. Editorial Arte. Caracas. 1982
- Lifshitz G, Alberto. La medicina en el siglo XXI en México. Profesionalismo Calidad. Seminario Internacional sobre el Futuro del Profesionalismo Médico. México. 2008.
- FEPAFEM. Iniciativa en Salud (GEHI). Caracas. 2006-2007.