

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA LUIS RAZETTI  
DEPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL  
CATEDRA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL

CIENCIAS SOCIALES, MEDICINA PREVENTIVA Y FORMACION MEDICA EN  
LA ESCUELA DE MEDICINA LUIS RAZETTI. (U.C.V.): SITUACION  
ACTUAL.

RESUMEN\*

MARIA HELENA JAEN

TIRIS QUEZADA

CARACAS, MARZO 1985.

\*Resumen de trabajo "Ciencias Sociales, Medicina Preventiva y Formación Médica en la Escuela de Medicina Luis Razetti. (U.C.V.): Situación Actual", presentado como proyecto libre de investigación del curso de Doctorado, Centro de Estudios del Desarrollo. CENDES U.C.V., Feb. 1985.

## RESUMEN

El objetivo inicial del trabajo cuyo resumen aquí presentamos, era la realización del diagnóstico de la situación de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social y de la enseñanza de las asignaturas con contenido social dentro de la Escuela de Medicina Luis Razetti.

Con la realización de dicho diagnóstico creímos podíamos encontrar algo "novedoso" que nos permitiría proponer cambios en la Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Pero al revisar la bibliografía sobre el problema, nos encontramos que el diagnóstico estaba hecho; que se ha venido realizando desde hace aproximadamente 15 años, y más significativo aún, las conclusiones son similares.

Nos dimos cuenta de nuestra "ingenuidad", el problema no es de diagnóstico, sino de estrategia, de acción y de eficacia. Decidimos entonces profundizar en el análisis; se nos planteó la necesidad de redimensionar las categorías utilizadas y de buscar otras nuevas.

A partir del uso de dichas categorías, concluimos que es necesario comenzar a definir líneas alternas de estrategias de cambio que superen los "discursos". Creemos que es necesario abrir vías de trabajo que tiendan a la consolidación de las disciplinas del área de la Medicina Preventiva y Social como disciplinas científicas, con objeto propio de estudio y líneas definidas de investigación. Pensamos que en este mismo sentido, las acciones de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social, aunque en estrecha interrelación con la realidad asistencial, deben trascenderla, a través de la producción de conocimiento útil a las necesidades del país.

## ANTECEDENTES

La descripción de los antecedentes(\*1) del problema que nos ocupa pasa por la consideración de los eventos sociales, políticos y económicos que han ocurrido en la América Latina en los últimos treinta años y su repercusión en todos los ámbitos del campo de la salud. Las implicaciones de tales sucesos se ponen de manifiesto entre otras cosas en: 1) las características del perfil salud-enfermedad (S-E) de los países de América Latina; 2) los cambios en la enseñanza de la medicina y 3) la conceptualización del proceso S-E. Se han considerado también el conjunto de actividades (reuniones, seminarios, etc.) producto de la situación antes señalada que, ha llevado a la revisión de la enseñanza de la medicina y en particular de la medicina preventiva y social y del papel jugado por las ciencias sociales en la educación médica (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16 y 17).

**En este resumen solo nos interesa destacar que producto de la situación anterior, de la discusión de las reuniones, seminarios y otras actividades de educación médica, se derivan conclusiones muy similares en cuanto ejes de análisis, definición de problemas, conclusiones y resultados. Se propone la necesidad de formar un médico general, con formación integral y con énfasis en los problemas de salud predominantes en el país; es decir, "el médico que el país necesita", y con una formación tal que le permita insertarse en los servicios de salud vigentes. El impacto de estos eventos ha sido también similar, ha normado y de alguna manera estandarizado el desarrollo "formal" (planteamiento de objetivos, definición del currículo y de asignaturas, etc.) de la educación médica en América Latina y el Caribe, y ha tenido cierta incidencia en los programas de las universidades.**

En la Universidad Central de Venezuela el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Escuela de Medicina Luis Razetti, es creado en el año 1964 y además se incorporan en el ciclo básico las ciencias sociales como asignaturas en la carrera del médico. Previo a esto, la enseñanza de la medicina preventiva se limitaba en 1827, a una asignatura denominada "Higiene Particular y Pública". En 1896, continúa el sistema de una sola asignatura relativa al tema, denominada "Higiene Pública y Privada", que luego (en 1936) se llamó "Higiene y Medicina Social". Para 1967, el régimen de estudios todavía era anual pero la situación en cuanto a la medicina preventiva cambia y se incorporan tres medicinas preventiva y social en el transcurso de la carrera. Para 1978, luego del proceso de semestralización y de la creación

del ciclo básico, se dictan dos "ciencias sociales y de la conducta" en éste, y a nivel profesional cinco "medicinas preventiva y social", distribuidas a lo largo del ciclo profesional (10).

Los avances de estas últimas décadas en lo que respecta a la relación salud-sociedad, han sido teóricamente incorporados a la enseñanza de la medicina en la Escuela Luis Razetti a través de la creación del Departamento de Medicina Preventiva y Social antes mencionado y por algunas formas de "prácticas" en la comunidad. Ahora bien, significa esto que en la práctica:

1) ¿Corresponde el marco conceptual de la Facultad de Medicina con la política nacional y la situación de salud en Venezuela?

2) ¿La creación del Departamento y Cátedra de Medicina Preventiva y Social surge como parte de una reconceptualización del proceso de salud y por ende del papel del médico en formación?

3) ¿El modelo de currículo vigente es coherente con esta reconceptualización?

Dar respuestas a estas interrogantes en un momento en que las Facultades de Medicina del país y en particular, la Facultad de Medicina de la U.C.V., están inmersas en un proceso de revisión y rediseño curricular, creemos constituiría un aporte importante tanto en lo que es la propia definición del médico a formar, como del papel que juegan las ciencias sociales y la medicina preventiva y social en la educación del médico.

## CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

La situación descrita en los antecedentes, y muy particularmente nuestras preguntas, que creemos son comunes a otros Departamentos de Medicina Preventiva y Social, nos obliga a repensar en forma crítica, el esquema analítico predominante hasta el momento en el análisis del papel de la Medicina Preventiva y Social en la formación médica, así como las variables que median entre el marco general, (común a casi todos los trabajos revisados) y los aspectos propiamente "operativos" de la enseñanza de la medicina preventiva y social y de las ciencias sociales en las escuelas de medicina.

En cada formación social concreta, la educación (en este caso la educación médica) cumple con el papel de reproductor de la organización social establecida, y ello se plasma en la transmisión y preservación de las prácticas específicas dominantes. Es por ello que consideramos que la práctica médica imperante producto de la forma particular de organización del estado venezolano, condiciona el tipo de saber vigente a ser reproducido en la formación de recursos humanos en salud, y muy particularmente en el caso de la formación médica.

Entendemos sin embargo, que la relación entre organización social y educación es contradictoria, y que el campo de la educación es un espacio donde juegan procesos particulares que abren la posibilidad de construir nuevas alternativas. Todos los trabajos revisados aceptan, de una u otra forma el planteamiento, las diferencias están tanto en la interpretación del proceso, como en las alternativas propuestas.

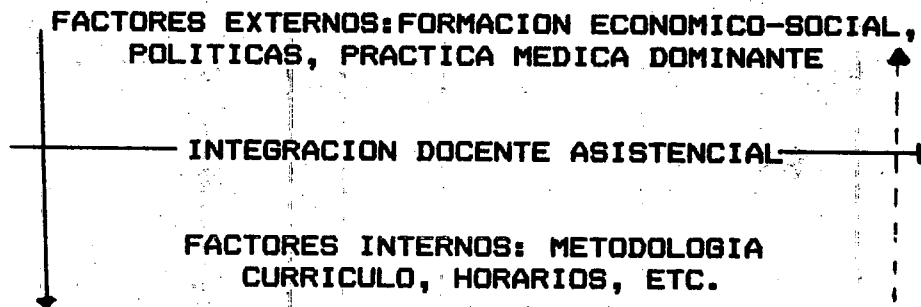
En la interpretación de este proceso, una de las líneas de análisis recogida por gran parte de los trabajos revisados, es la necesidad de coherencia entre la enseñanza de la medicina y las políticas de salud de los países; esta coherencia debe reflejarse además en la formación del médico que requiere las necesidades del país, quien debe ser capaz al egresar de insertarse en los servicios de salud del estado (9 y 12).

Otra línea de pensamiento es la que dirige sus acciones a la transformación del contenido curricular en función de propuestas internacionales o nacionales, retomando algunos elementos de políticas nacionales pero concentrándose en el propio diseño curricular (8).

Finalmente, hemos identificado una tercera línea, quizás la más sistemática y trabajada, tanto por organismos internacionales (O.F.S.) como por asociaciones (FEPAFEM-AVEFAM) y Escuelas de Medicina, que podríamos resumir a "grosso modo" como el esfuerzo por vincular los aspectos externos (políticas, necesidades del país, etc.) con los aspectos internos de la formación médica (currículo), por medio de la estrategia de integración docente asistencial. Es decir, el proceso de docencia realizado a través de los servicios (del estado) lo cual permitiría:

- a) que el estudiante de medicina se "ponga en contacto" con la realidad nacional.
- b) que se "vincule" con los servicios, por tanto con lo que son las políticas del país expresadas a través de ellos.
- c) "resolver" parcialmente a las universidades las condiciones de docencia y de explosión de la matrícula estudiantil.
- d) enseñar a través del trabajo como alternativa pedagógica.

Implícitas en las tres grandes líneas de análisis que hemos descrito están las categorías: estructura económico-social; políticas; estado; poder, etc..... De alguna manera podríamos representar el conjunto de trabajos en el siguiente esquema:



Donde los factores externos determinan los internos y se admite una interrelación entre ellos que no queda casi nunca explicada.

Como señalamos al principio, al realizar la revisión de los documentos de los cuales extraeríamos las categorías para el marco teórico, que nos permitirían analizar y diagnosticar la situación actual de la enseñanza de la medicina preventiva y social, encontramos que el diagnóstico ya ha sido realizado tanto a nivel internacional (13) como nacional (10).

El problema ha sido suficientemente debatido, y más aún se han definido líneas internacionales para mejorar la situación. Lo que nos ha llamado la atención de manera significativa es que de acuerdo con los estudios realizados, hoy en 1985, nos encontramos prácticamente en la misma situación de 1972, cuando García publica "La Educación Médica en América Latina" (13), coincidiendo por lo menos en los siguientes aspectos:

- a) respecto de la determinación social de la práctica médica y del condicionamiento del saber por la práctica.
- b) respecto de la necesidad de coherencia entre la formación médica y las políticas nacionales, y entre la formación médica y las necesidades del país
- c) respecto de la necesidad de "incorporar" las ciencias sociales y la medicina preventiva y social a la enseñanza de la medicina y su desvinculación con las demás asignaturas del currículo .
- d) respecto de la necesidad de la integración docente asistencial como forma de vincular al estudiante con la realidad y los servicios.
- e) finalmente, la coincidencia mayor del conjunto de esfuerzos realizados, es que no se ha llegado a grandes resultados.

La situación de la medicina preventiva y social y las ciencias sociales es la misma que dió origen 15 años atrás a las evaluaciones diagnósticas, reuniones, recomendaciones, etc. que ya hemos mencionado. Y lo que es peor, se siguen generando las mismas necesidades de discusión y de transformación que en aquella época. ¿Donde están las dificultades para la acción?

A nuestro juicio, hay varios aspectos no contemplados (o contemplados tangencialmente) en los trabajos revisados, que si se considerasen, permitirían dar un giro al **análisis de la situación, y a las propuestas de transformación.**

En primer lugar creemos es válido promover la necesidad de **coherencia** entre la formación médica y las políticas nacionales. Pero, a los fines de nuestro análisis, entendemos política como una "propuesta de distribución del poder" (18), que se expresa en la estrategia con que se llevará a cabo ("estrategia como "forma de implementación de una política") (18), y eso constituiría el marco más general de nuestro trabajo.

En segundo lugar, si partimos de la base que **la relación entre los factores externos de la formación médica y los factores internos de la misma (12) no es mecánica** y por tanto, existe la posibilidad de construir viabilidad a la incidencia de la medicina preventiva y social en el conjunto del saber y de la práctica médica. Y, si además entendemos el **poder en salud** como lo definen Testa y col. (18) como tres tipos de poder (técnico, administrativo y político), donde el primero se entiende como "la capacidad de generar, acceder y manejar información de distintas características", entonces la discusión de la medicina preventiva y social, su coherencia y su papel, **analizado a través de la categoría poder técnico**, podría adquirir nuevas dimensiones.

Finalmente nos interesa introducir la consideración del **papel del estudiante de medicina en su proceso de formación**, en un momento de la práctica médica en Venezuela que está cada vez más restringida al egresado, al ofrecerle un número menor de posibilidades de inserción laboral. Esta situación se hará cada vez más difícil de sostener, y el estudiante podría convertirse en un apoyo importante de la construcción de la viabilidad de cambios al interior de la formación médica, que sin ignorar los aspectos externos, consoliden un espacio de poder que abra nuevas puertas en la discusión del proceso S-E, y por ende, del papel de la medicina preventiva y social en la formación médica.



## ANALISIS

### 1) POLITICAS DE SALUD, PRACTICA Y FORMACION MEDICA

#### 1.1. ANALISIS DE COHERENCIA

Para iniciar el análisis de la relación (coherencia) entre las políticas de salud del estado y la formación médica, revisamos los lineamientos del VI Plan de la Nación en el sector salud, como expresión de las políticas; así como, el estado de los servicios, fundamentalmente de los privados como la estrategia de implantación de dicha política.

En el caso de la formación médica, tomaremos como marco conceptual (políticas) sus objetivos; y su estrategia será la estrategia curricular que siguen (programa, contenido, Nº de créditos por asignatura, etc.). Veamos:

**La política general de salud** para el quinquenio 81-85, se define como:

"la modificación significativa de la magnitud y estructura de la morbilidad y mortalidad del país"... con el propósito de contribuir sustancialmente al mejoramiento efectivo de la condición socioeconómica de la población, y, en consecuencia, al desarrollo de la nación" (19).

El diagnóstico de la salud del país que sustenta formalmente a la definición de estas políticas, se basó en: indicadores demográficos, patologías más frecuentes, organización y funcionamiento de los servicios y gasto en salud. Los principales objetivos (19) planteados para el quinquenio señalado son, entre otros:

1. Proporcionar a la población una prestación de servicios de salud accesible, integral, con énfasis preventivo, de alta calidad y sensiblemente igual para todos.
2. Promover, desde su concepción, una población cualitativamente mejor y disminuir la incidencia de la mortalidad perinatal e infantil.
3. Actualizar y profundizar el conocimiento epidemiológico de la salud de la población.
4. Desarrollo adecuado y mantenimiento eficiente de una infraestructura física que responda a los objetivos...del sector.
- 5.- Aumentar la eficacia y eficiencia del gasto estatal en salud

Ahora, si bien las políticas "explícitas" del VI Plan dirigen sus acciones a los objetivos antes mencionados, la realidad de las acciones contradicen totalmente dichas intenciones. Parecería pues que, las políticas del VI Plan no son más que un discurso tendiente al necesario consenso de la democracia, y que la verdadera política (como forma de distribución del poder) se evidencia en las estrategias de acción, siendo estas las que consolidan el poder de los diversos actores sociales.

Este proceso tiene manifestaciones concretas en la realidad; en la práctica la situación de salud de la población se ha seguido deteriorando progresivamente: existe un repunte significativo de la malaria; aumento leve de la mortalidad infantil en el período 1980-1983; la enteritis y otras enfermedades diarreicas siguen siendo problemas prioritarios de salud, etc. (20). En relación a los servicios, además de un claro desmejoramiento en la calidad de la atención (21 y 22), el presupuesto per capita destinado a ellos ha seguido su tendencia a la disminución, así como el número de camas que también muestra la misma dirección (Cuadros 1,2,3,4, y 5) (11); incluso, los hospitales se han visto en la necesidad de cobrar por un servicio estipulado como gratuito para la población.

En lo que respecta a la **formación médica**, los documentos más recientes de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (14) definen los objetivos generales de dicha facultad, que resumimos de la siguiente manera:

1. Formar al personal necesario, ... para la integración y eficiencia del equipo de salud, indispensable para el eficiente funcionamiento del Sistema de Salud.
2. Promover, formular y realizar investigación básica, clínica, epidemiológica y biomédica y en sus aspectos sociales.... identificar problemas de salud de la comunidad.
3. Participar en la planificación, coordinación y desarrollo de las políticas de salud, para garantizar integración entre los organismos planificadores, dispensadores y formadores de recursos.
4. Formar personal docente y de investigación de alta sensibilidad social....
5. Mejorar la formación científica, técnica y social de los egresados a través de educación continua, post-gradados y labores de extensión.
6. Promover el análisis de los problemas educativos.... para formular alternativas a la formación del personal... y evaluar el cumplimiento de los objetivos.
7. Velar por los valores éticos y morales de la Facultad.

CUADRO N° 1

CAMAS DE HOSPITALIZACION POR CADA MIL HABITANTES  
VENÉZUELA, 1963 Y 1973.

CAMAS POR MIL HABITANTES			
AÑO	TOTAL	PÚBLICAS	PRIVADAS
1963	3,46	3,03	0,43
1973	3,06	2,60	0,46

Fuente: Castellanos, P.L. Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela (11).

CUADRO N° 2

CAMAS DE HOSPITALIZACION EN VENEZUELA

AÑO	TOTAL	PUBLICAS	PRIVADAS
1963	28.484	24.954 (87,6%)	3.530 (12,4%)
1973	34.530	29.268 (84,8%)	5.262 (15 %)
1976	36.163	30.133 (83,3%)	6.030 (16,7%)
1981*	42.031	32.016 (76,2%)	10.015 (23,8%)

Fuente: Castellanos, P.L. Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela (11).

\* Datos actualizados.

CUADRO N° 3

INCREMENTO DE CAMAS POR SECTOR PUBLICO Y PRIVADO  
DE VENEZUELA, 1963-1981.

PERIODO	INCREMENTO TOTAL	INCREMENTO PRIVADAS	INCREMENTO PUBLICAS
1963-1973	6.046	1.732 (28,7%)	4.314 (71,3%)
1973-1976	1.633	768 (47,0%)	865 (53,0%)
1976-1981*	5.868	3.985 (67,9%)	1.883 (32,1%)

Fuente: Castellanos, P.L. Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela (11).

\* Datos actualizados.

CUADRO N° 4

CAMAS DE HOSPITALIZACION POR CADA MIL HABITANTES  
VENEZUELA 1963-1981

CAMAS POR MIL HABITANTES			
AÑO	PUBLICAS	PRIVADAS	TOTALES
1963	3,03	0,43	3,46
1973	2,60	0,46	3,06
1976	2,44	0,48	2,92
1981*	2,0	0,6	2,7

Fuente: Castellanos, P.L. Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela (11).

\* Datos actualizados.

CUADRO N° 5

CAMAS HOSPITALARIAS DEL INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGUROS  
SOCIALES. SEGUN TIPO DE ADMINISTRACIÓN. VENEZUELA, 1974.

TIPO DE ADMINISTRACION	NUMERO	%
CAMAS PROPIAS	2.593	35,2
CAMAS CONTRATADAS		
SECTOR PUBLICO	1.602	33,5
SECTOR PRIVADO	3.177	66,5
SUBTOTAL	4.779	100 64,8
TOTAL DE CAMAS	7.372	100

Fuente: Castellanos, P.L. Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela (11).

Por otra parte, en lo que respecta de forma más específica al médico egresado, las características de este (15), "necesarias para la eficiencia del sistema de salud", son las siguientes:

1. Incorporarse a grupos interdisciplinarios... para lograr una atención integral.
2. Estar dotado de sólidos principios
3. ..efectuar actos médicos al individuo, la familia y la comunidad...en sus aspectos bio-psico-sociales.
4. Prestar atención de primer nivel...
- 5..... dominar los procedimientos de diagnóstico, prevención y rehabilitación de las enfermedades más frecuentes en el campo de la salud.
6. Poseer las destrezas para solucionar las emergencias más frecuentes en el campo de la salud.
7. Utilizar los métodos experimentales, clínicos y epidemiológicos para investigar problemas de salud de individuo y de comunidad.
8. Actualizarse permanentemente
9. Conocer los factores sociales, económicos, políticos y culturales que determinan el estado de S-E para enfrentarlos y transformarlos.
10. Conocer la situación de salud y la organización de los sistemas de atención médica, a fin de integrarse a ellos.
11. Conciencia de la responsabilidad social de la profesión...
12. Conciencia de que el logro de los objetivos, planes y programas dependen de la acción coordinada de los organismos de las áreas de investigación, planificación, servicios y formación.

**Quando procedemos a analizar la relación existente (coherencia) entre las políticas de salud del país (representadas en el VI Plan de la Nación), y las políticas de la Facultad de Medicina de la U.C.V., encontramos que dicha relación se dá en varios niveles (Cuadro N° 6):**

a) en un primer nivel, el discurso de salud del VI Plan de la Nación es retomado de forma significativa por lo que son los objetivos generales de la Facultad de Medicina (coordinar las acciones; fortalecer los servicios; centrarse en la prevención, etc.) y podemos decir que existe un alto grado de coherencia entre el "discurso" del Estado y el "Marco Conceptual" de la Facultad .

b) en un segundo nivel podemos identificar también un alto grado de coherencia entre dicho marco conceptual y la situación de salud del país expresada en el "discurso oficial", cuando se señala que el médico debe saber atender los problemas de salud más frecuentes de la población (puntos 5 y 10 de "características del médico egresado").

c) en un tercer nivel encontramos también un notable grado de coherencia entre el marco conceptual y los servicios de salud del estado (puntos 10 y 12, "características del médico egresado").

1.2. ESTRATEGIA DE DISTRIBUCION DEL PODER

Cuando superamos el análisis del Marco Conceptual de la Facultad de Medicina ("las políticas":el discurso) y nos adentramos en el análisis de la "**Estrategia Curricular**", como forma "real" en que se operacionaliza ese marco conceptual, encontramos una situación significativamente distinta a la del discurso. Los tres niveles de coherencia antes descritos se revierten y la estrategia curricular es altamente coherente con el estado de los servicios, caracterizado por un fortalecimiento de los servicios privados. Las relaciones de coherencia antes descritas, quedan expresadas en el Cuadro Nº 6.

CUADRO Nº 6 COHERENCIA ENTRE POLITICAS DE SALUD ,FORMACION Y PRACTICA MEDICA		
UNIVERSIDAD ESTADO	MARCO CONCEPTUAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA "DISCURSO"	ESTRATEGIA CURRICULAR DE LA FACULTAD DE MEDICINA " ESTRATEGIA"
POLITICAS VI PLAN DE LA NACION "DISCURSO"	X X	---
SITUACION DE SALUD "DISCURSO"	X	---
SERVICIOS ESTATALES "ESTRATEGIA"	X X	X*
SERVICIOS PRIVADOS "ESTRATEGIA"	---	X X

XX: muy coherente ; X: contemplado; ----: no contemplado  
\*: Se contempla a través de la integración docente asistencial.

La alta coherencia a nivel de estrategias se explica por la forma en que está organizado el currículo, que establece gran peso al contenido que va dirigido fundamentalmente a la formación de un médico biologicista, individualista, con escaso conocimiento de la realidad de salud y aún de los propios servicios (10).

**Parecería (y de hecho eso hemos encontrado) que si la coherencia discurso-discurso es muy alta, la coherencia estrategia-estrategia lo es más aún.** El egresado es un individuo competente para vincularse a la práctica individualista-privada, y su paso por los servicios se limita al programa de internado rotatorio de pre-grado, donde se pretende lograr la integración docente asistencial. La situación "real" de esta integración en la Escuela de Medicina Luis Razetti, de acuerdo con el análisis de los documentos y de algunas entrevistas sostenidas (\*2) dista mucho de ser un medio de enseñanza a través de los servicios.

Todo lo contrario pese al alto número de acuerdos interinstitucionales, suscritos para la realización de actividades de integración docente-asistencial, y a la no definición de la misma en dichos acuerdos, nos encontramos que la Escuela Razetti no tiene un programa de integración docente-asistencial, un marco conceptual de la misma, ni siquiera una definición específica. De hecho, nos enfrentamos con múltiples interpretaciones de la integración docente-asistencial, pero en la práctica lo que prevalece como definición, y que sirve como indicador para evaluar si ésta se realiza o no, es la participación del personal asistencial en la docencia. Es decir, que el criterio es fundamentalmente docente, y en la realidad, las actividades de integración docente-asistencial, no responden a un proyecto sobre el tema en cuestión, así como tampoco a las necesidades de salud de la población y menos aún, a las acciones necesarias para transformarlas, sino más bien son una expresión de las necesidades de práctica de las diferentes asignaturas. La integración docente-asistencial surge en la Escuela Razetti como respuesta a las necesidades de la misma ante el crecimiento vertiginoso de la matrícula en los últimos 20 años, y por la incapacidad de seguir utilizando el Hospital Universitario para tan alto número de alumnos pero, no responde a un proyecto con una sólida base teórica.

El análisis detallado del "médico" que se forma como producto del currículo vigente, está claramente expuesto por Díaz Polanco (10). No nos interesa reproducir aquí dicho análisis, sino destacar dos asuntos fundamentales: a nuestro juicio si **existe integración docente-asistencial**, en la medida en que el médico que se forma, lo hace en las competencias que



requerirá al insertarse en la práctica médica predominante en el país: la práctica privada (es lo que hemos definido como **alta coherencia estrategia-estrategia**).

Aún más, creemos que **existe una clara coherencia en los discursos oficiales (Estado-Universidad)- con función de "control social" en base al consenso-, y entre las acciones -("estrategias") de ambos-, como formas de distribución de poder.** Donde no hay coherencia es entre discurso y acción al interior de cada uno de ellos, pero el análisis y discusión de este punto no es el objeto del presente trabajo.

## 2) MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL: DINAMICA INTERNA

La discusión hasta ahora planteada sobre la relación entre las políticas de salud y la Universidad (su marco conceptual y estructura curricular) (Cuadro Nº 6) sienta las bases para el análisis de la dinámica interna vigente en la Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Nuestra hipótesis para explicar esta dinámica, es que **la Cátedra reproduce el discurso, es decir la política enunciada a nivel del Estado y de la Universidad, al mismo tiempo que se "aleja" de los problemas "reales" de salud (tomando como problemas el "discurso" del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social-M.S.A.S.-), y por tanto del esfuerzo de profundizar el conocimiento y el método necesario para ello.**

Para realizar el análisis de la dinámica interna de la cátedra revisamos tanto los documentos utilizados, como los que resultaron de las "Jornadas para el proceso de análisis y rediseño del plan de estudios de las escuelas de Medicina, Area Medicina Preventiva y Social" (16), así como los programas de la Cátedra (en los que están definidos los contenidos, Nº de créditos, etc.) (23).

El análisis del documento "Guía de discusión para establecer las competencias del egresado de la Escuela de Medicina, Area Medicina Preventiva y Social", muestra que a pesar del desarrollo teórico alcanzado sobre la concepción del proceso S-E (2,5 y 6), el marco teórico vigente en la cátedra sigue estando fundamentado en un enfoque ecológista del proceso de S-E. Es decir, pareciera no se ha dado la necesaria reconceptualización del proceso S-E, por lo que se sigue analizando fundamentalmente como una historia natural de la enfermedad y no como una historia social de la misma.

Esta situación se expresa en otros apartes del mismo documento; así, cuando se discute la necesidad que el estudiante "conozca y valore la distribución y magnitud de los problemas de salud en Venezuela" se identifican algunas de las categorías de persona (exclusivamente edad y sexo), lugar y tiempo (epidemiología descriptiva), pero se obvia el análisis del perfil epidemiológico en función de categorías de tipo social (por ejemplo: grupos de población; proceso de trabajo; marginalidad; clase social, etc.) Sin embargo, en el documento "relato final" (resultado del taller donde participaron docentes de la Escuela Vargas y Razetti) se mencionan otras categorías tales como indicadores demográficos y de desarrollo y algunos aspectos tales como clase social y salud.

Las limitaciones en la reconceptualización del proceso S-E se ponen en evidencia también, cuando tratamos de encontrar competencias comunes en las cuatro áreas identificadas en el documento (Promoción y Prevención; Administración y Planificación; Diagnóstico de Salud e Investigación). Nos encontramos que el "discurso" no tiene en algunos casos expresiones prácticas ni siquiera a nivel de la propia declaración de competencias. Así, a pesar de que se habla que el egresado debe ser capaz de identificar las variables estructurales, sociales....., cuando se identifican las competencias asociadas a la función de administración, planificación y educación, señalando la necesidad que el egresado maneje la "documentación médica", no se incluyen documentos referidos a datos sobre saneamiento ambiental, educación, nutrición, etc., fundamentales para la "identificación" de las variables antes mencionadas.

Quando cruzamos la información sobre las competencias del egresado en las cuatro áreas ya mencionadas, con los datos que nos ofrecen los programas (contenidos y asignación de créditos por materia) obtenemos algunos hallazgos interesantes. Veamos:

La asignatura que tiene mayor número de créditos "5" es la referida al área de Administración que de hecho se denomina "Administración Sanitaria"; siendo significativo que es la asignatura que reproduce el modelo administrativo del M.S.A.S.. No se pretende negar la necesidad de una integración entre la docencia en Medicina Preventiva y Social y las actividades desarrolladas por el M.S.A.S.. Esta integración es necesaria, pero la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social debe trascenderla. Así por ejemplo, las "acciones de la epidemiología" en los países de América Latina (léase Venezuela) responden fundamentalmente a la vigilancia epidemiológica y vacunación; es decir, "no existe una práctica epidemiológica real y efectiva" (24). Si tenemos

en cuenta que la enseñanza de la epidemiología orienta su práctica por el modelo del M.S.A.S., entendemos que esto limita el desarrollo de sus contenidos como disciplina científica con objeto propio de estudio.

Creemos, parafraseando a Stepan (25) ("la trampa de la ciencia aplicada") que la cátedra de Medicina Preventiva y Social (por las razones recién expuestas) ha caído en la "trampa de los servicios" lo que se ha revertido y se revierte en contra del desarrollo científico del conjunto de disciplinas que la componen. La dinámica señalada nos sugiere que la Cátedra define como propios los problemas de salud que se señalan en el discurso del M.S.A.S. y no los "problemas reales de salud de la población", por lo que reproduce el "discurso del Estado y de la Universidad", limitando la creación y profundización del conocimiento en el campo de la salud pública.

Sin embargo, dentro de la Cátedra se manifiesta interés por el desarrollo de la epidemiología como ciencia. De hecho, en los documentos revisados aparece el Área Investigación y la asignatura "Medicina Preventiva y Social III" (MPS III) que, aunque con un solo crédito, comprende un programa completo, con objetivos generales y específicos, contenidos bien delimitados, sistema de evaluación, etc.. Se impone la necesidad de evaluar con nuevos criterios las demás asignaturas de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social, a fin de promover el desarrollo de "poder técnico" que ejercido desde adentro, permita construirle viabilidad a la posibilidad de cambios en el papel de la medicina preventiva y social en la formación médica.

## CONCLUSIONES: LINEAMIENTOS GENERALES PARA UNA PROPUESTA

Los resultados del análisis del problema, nos mueven a una seria reflexión acerca del destino de la mayoría de las propuestas de los trabajos que se han realizado hasta ahora en el campo de la Educación Médica y la Salud. La tendencia general está enfocada hacia la necesidad de formar un médico coherente con las políticas de salud del país, capaz de insertarse en los servicios de salud del Estado, que por la vía de la integración docente-asistencial se vincule tempranamente a los servicios y conozca los problemas de salud de la población.

Hasta ahora se ha tendido a analizar las relaciones de coherencia creyendo que a través de ellas (por ejemplo: Integración docente-asistencial) se pueden promover la transformación de la educación médica. A nuestro juicio esa coherencia se da, pero entre las características de la enseñanza de la medicina, y una práctica predominantemente orientada por intereses de mercado y de "control social", y no por las necesidades de salud de la población; a ello contribuye además, la enseñanza de una medicina preventiva y social "desenfocada teórica y metodológicamente" (24).

Es por ello que planteamos una **línea alternativa para la propuesta de transformación, definida en base a tres principios generales:** a) las políticas emanadas del gobierno se consideran un "discurso" dirigido a la obtención de consenso social y las estrategias son verdaderas formas de distribución del poder; b) el poder es un "principio organizativo del comportamiento social que puede ser técnico, administrativo y político" (18) y, c) la relación entre los factores externos de la formación médica y los factores internos de la misma no es mecánica, por lo que es posible construirle viabilidad a la incidencia de la "Medicina Preventiva y Social" en el conjunto del saber y de la práctica médica.

Estos principios generales han guiado nuestra discusión y fundamentan nuestros lineamientos generales para una propuesta de transformación. Veamos:

Las consideraciones metodológicas de este trabajo nos muestran como dentro del **sector salud** y en base a las **"estrategias"** implantadas, los servicios del M.S.A.S. representan un sub-sector con una expresión cada vez menor del **"poder político"**, a medida que los otros sub-sectores se han ido fortaleciendo, especialmente el privado. Algo similar sucede a nivel del **"poder administrativo"**, que lo ha ido

perdiendo, a medida que va disminuyendo el peso del gasto en salud dentro del presupuesto nacional.

Si como hemos identificado en la parte del análisis, la **Cátedra de Medicina Preventiva y Social** tiene como principal sustento los servicios de salud del M.S.A.S., entonces incorpora la **falta de poder**, de vigencia, a medida que vincula al médico con una realidad decadente y fundamentada en una práctica epidemiológica limitada a la "vigilancia epidemiológica y vacunación" (24). Si además, existe poco desarrollo científico de sus contenidos (24), entonces hay una **acción desde adentro que refuerza la carencia de poder**.

Por otra parte, si aceptamos que la formación del médico que egresa de la Escuela Razetti se corresponde y es coherente (discurso-discurso; estrategia-estrategia) con las políticas y estrategias a nivel gubernamental, entonces la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social cumple adecuadamente con su papel (con el que se le asigna en esta situación); de hecho, es parte de la estrategia para la reproducción y consolidación del poder.

De ahí que creemos necesario identificar propuestas alternativas que permitan por la **via de los hechos** ir construyendo la viabilidad para que la cátedra "gane espacio" en el proceso de transformación a través del "**ejercicio**" de **un poder fundamentalmente técnico**. El poder político y administrativo es eminentemente externo; el poder técnico puede ganarse desde adentro, en este caso, con el desarrollo de la epidemiología y de la medicina social como disciplinas científicas con líneas propias de investigación.

Se pretende y se busca no la coherencia sino la reconceptualización del proceso S-E que, fundamentada en el fortalecimiento de las diversas disciplinas que integran Medicina Preventiva y Social ("poder técnico"), podría incidir en la enseñanza médica vigente y a largo plazo, en la práctica médica. Creemos que estamos en una situación favorable tanto por los esfuerzos que viene realizando la cátedra por fortalecer la enseñanza de la "Investigación en Epidemiología" a nivel del ciclo profesional (M.P.S. III), como por las condiciones que tienen que afrontar los futuros egresados de las Facultades de Medicina, ante la privatización y corporativización de la salud de la población.

A fin de promover el desarrollo de las asignaturas del área como disciplinas científicas con objeto propio de estudio y líneas específicas de investigación, que respondan no sólo a las necesidades de los servicios sino también a las necesidades propias como disciplinas científicas, proponemos

desarrollar las siguientes actividades:

-21-

1. Reconceitualizar el problema S-E como un proceso intrinsecamente social, donde los social deja de ser una desviación sociologista y economicista que complementa el análisis de salud, para ocupar su papel en la distribución y determinación social del proceso S-E.
2. Plantear el problema de la cátedra definiendo como eje central de la misma, la salud y no la enfermedad.
3. Superar la simple reproducción de los programas del M.S.A.S., para con la investigación fortalecerlos y transformarlos, escapando así de la "trampa de los servicios".
4. actualizar la práctica docente con los avances recientes de la medicina social.
5. promover la discusión científica dentro de la Cátedra a fin de lograr su desarrollo interno.
6. Realizar educación permanente del personal docente con un currículo actualizado en el campo de la medicina social y de la investigación.
7. Promover la realización de investigaciones en el campo de la epidemiología ("producción de conocimiento") y la difusión de las mismas ("logro de "audiencia") (\*4), tanto por parte del personal docente, como por los estudiantes.

Luego de haber esbozado alguna de las líneas que nosotros pensamos podrían estimular la definición de una propuesta de viabilidad a la incidencia de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social en la formación médica en la Escuela Razetti, queremos concluir reforzando la idea que estamos en el momento de la **acción**. Quisimos que este trabajo se ubicara dentro de esa línea; es en sí una propuesta. Pensamos, y así lo hemos expuesto, que es el momento de ser eficaces en base al desarrollo y el ejercicio de un **poder técnico**; creemos que es necesario ser oportunos, tanto para reforzar lo que se está haciendo dentro de la Cátedra, como para movilizar al grupo estudiantil.

Reconocemos la acción de los factores externos, pero creemos y esperamos que a través de una acción sostenida desde adentro, la Cátedra de Medicina Preventiva y Social de la Escuela Razetti, podría ir ganando espacio en el proceso de transformación esperado en relación a su incidencia en el saber y en la práctica médica.

## NOTAS

- \*1. Para una información detallada sobre los antecedentes resumidos en este trabajo remítase al trabajo original "Ciencias Sociales, Medicina Preventiva y Formación Médica en la Escuela de Medicina Luis Razetti. (U.C.V.): Situación Actual". CENDES, Feb., 1985.
- \*2. Entrevista con el Dr. G. Calcaño y la Dra. Marta de González, 1984 y documentos sobre estado actual de la Integración docente-asistencial en cinco Facultades de Ciencias de la Salud en Venezuela, 1984.
- \*3. El escaso desarrollo científico de los contenidos de la Medicina Preventiva y Social puede ser explicado: 1) por una "base teórica" (24) que no responde a los nuevos planteamientos en el campo de la epidemiología (de hecho se sigue conceptualizando la enfermedad bajo un enfoque ecológico) (3) y 2) por "escasa producción y difusión de conocimiento" en el campo de la Medicina Social (26) que trae como consecuencia deficiencias en el proceso de "acumulación de conocimientos" (24). Una adecuada base teórica y un cuerpo de conocimiento acumulado, son dos de las tres condiciones que distinguen a una disciplina científica (24).
- \*4. Es significativo que en el Directorio de Científicos y Tecnólogos del CONICIT (1980) (27) y en el Directorio de Unidades de Investigación CONICIT (1983) (28) no aparece el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Escuela Luis Razetti. Esto cobra sentido cuando nos referimos a la "audiencia"; porque independientemente de la cantidad de producción, no hay audiencia para el conocimiento producido.

## BIBLIOGRAFIA

1.- Rosen, G.. The Evolution of Social Medicine. En: H. Freeman. Handbook of Medical Sociology. Second Edition. Prentice-Hall. 1972. pág. 30-60.

2.- Breilh, J. y Granda, E.. Investigación de la Salud en la Sociedad. Ediciones C.E.A.S. (Centros de Estudios y Asesoría en Salud). Quito 1982.

3.- Leavell y Clark. Preventive Medicine for the doctor in his community. Levels of Application of Preventive Medicine. Segunda Edición. Mc Graw Hill. 1958.

4.- MacMahon, B. y Fugh, T.. Principios y Métodos de la Epidemiología. Segunda Edición. La Prensa Médica Mexicana. México, 1978.

5.- Laurell, A.C.. Acerca de la Reconceptualización de la Epidemiología. En: Salud Problema. No. 8. Junio, 1982. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México.

6.-Cordeiro, H. de A.; Tambellini A., A.; de Costa F., J.L.; Nery G., R.F., y Passos N., R. . Los Determinantes de la Producción y Distribución de la Enfermedad. Cuadernos. Sociedad Venezolana de Planificación. Nos. 156-158. Imprenta Universitaria. Universidad Central de Venezuela, abril, 1982.

7.- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Salud para Todos en el Año 2000. Estrategias. Documento Oficial No. 173. 1980.

8.- Rodríguez de González, M. . Formación del personal docente en la Facultad de Medicina. Publicaciones de la Facultad de Medicina. U.C.V. Caracas, 1982.

9.- Organización Panamericana de la Salud. (O.P.S.). Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. 20 años de experiencia latinoamericana. Publicación científica N° 324. Washington, D.C., 1976.

10.- Díaz Polanco, J. . La Transmisión del Saber. En: Estructura de Poder en el Sector Salud. M. Testa (coord.) Centro de Estudios del Desarrollo. CENDES. Universidad Central de Venezuela. 1984.



- 11.- Castellanos, P.L.: Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela. Cuadernos. Sociedad Venezolana de Planificación. Planificación de Salud. Nos. 156-158. Imprenta Universitaria. Universidad Central de Venezuela, abril, 1982.
- 12.- Organización Panamericana de la Salud. (O.P.S.-O.M.S.). Primera reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y El Caribe. Informe final. Publicación Científica Nº 341. Washington, 1977.
- 13.- García, J.C. . La Educación Médica en la América Latina. Organización Panamericana de la Salud. (O.P.S.-O.M.S.) Publicación Científica Nº 255. 1972.
- 14.- Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Objetivos Generales de la Facultad de Medicina. Documento aprobado por el Consejo de Facultad de Medicina celebrado en sesión extraordinaria del 4/6/82. Caracas.
- 15.- Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Características del médico egresado de la Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Documento aprobado por el Consejo de Facultad de Medicina celebrado en sesión extraordinaria del 4/6/82. Caracas.
- 16.- Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina.- Guión de discusión para establecer las competencias del egresado de las Escuelas de Medicina. Área Medicina Preventiva y Social. - Relato final del Área: Medicina Preventiva y Social. Caracas, octubre 1984.
- 17.- Testa, M. Enseñar Medicina. Mimeo. Caracas, 1985.
- 18.- Testa, M. (coordinador); Díaz Polanco, J.; Golfeld, R.; Vera, S. y col.. Estructura de Poder en el Sector Salud. Centro de Estudios del Desarrollo. CENDES. Universidad Central de Venezuela, 1984.
- 19.- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (M.S.A.S.). VI Plan de la Nación 1981-1985. Sector Salud y Nutrición.
- 20.- Organización Panamericana de la Salud. (O.P.S.-O.M.S.). Narrativo del País. Venezuela. Caracas, febrero 1984. Mimeo borrador.
- 21.-M.S.A.S.; IVEPLAN Y CORDIPLAN. Simposio sobre "Planificación Estratégica en Salud". Coordinadora CORDIPLAN: E. Carnevali. Caracas, octubre 1984.

- 22.- República de Venezuela. Oficina Central de Coordinación y Planificación de la Presidencia de la República. CORDIPLAN. VII Plan de la Nación. 1984-1988. Lineamientos Generales. Presentación al Congreso. Noviembre 1984.
- 23.- Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina.- Escuela Básica: Programas de la Cátedra de Ciencias Sociales y de la Conducta I y II. - Escuela Razetti: Programas de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social. MPS I-II-III-IV y V. Caracas, 1984.
- 24.- Romero, A.; Teruel, J.A.; Castellanos, F.L.; Breihl, J.; Rocha Carvahleiro, J. y Rodriguez, M. Nuevos Enfoques sobre el Concepto y Uso de la Epidemiología. Grupo de Consulta. Soña, República Dominicana. Abril, 1982.
- 25.- Stepan, N. . Beginnings of Brazilian Science. The Oswaldo Cruz Institute at Manguinhos. Science History Publications. New York, 1981.
- 26.- Jaén, M.H. . Una propuesta metodológica para la recolección de información sobre la investigación en salud en Venezuela. Mimeo. CENDES. Caracas, febrero 1985.
- 27.- CONICIT. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. Dirección de Política Científica y Tecnológica. Dirección de Registro y Evaluación. Directorio de Científicos y Tecnólogos. 1980. Caracas, 1983.
- 28.- CONICIT. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. Dirección de Política Científica y Tecnológica. Dirección de Registro y Evaluación. Catálogo de Proyectos de Investigación. VI Encuesta Nacional. Caracas, 1983.