

EDUCACION EN CIENCIAS DE LA SALUD, APROXIMACIÓN DESDE UNA NUEVA MIRADA DE LA SALUD PÚBLICA.

EDUCATION IN HEALTH SCIENCES, AN APPROACH FROM A NEW LOOK OF PUBLIC HEALTH.

Johny Sarcolira Parodi¹

ABSTRACT

This paper presents a literature review of links between Education of Health Sciences and the new looks from the public health in context of paradigmatic rupture processes. It is a result of the literature review carried out from the process of the skills-based curriculum transformation at the University of Carabobo, in its Faculty of Health Sciences and Public Health Department - Aragua campus. It assumes a chronological sequence and context analysis of power relations hegemony - against hegemony. The argumentative debate context of the biomedical model - hegemonic Cartesian, with its dialectical complementarity: Clinic - Preventivist Model and the emergence of alternative looks from the public health and social medicine - collective health, among others. The reader is confronted against paradigmatic rupture processes, the human civilization crisis, their alternative and social rises that are presented.

KEY WORDS: Education in Health Sciences, Biomedical Model, Public Health, Human civilization crisis, paradigmatic rupture.

RESUMEN

El presente artículo expone una revisión documental de los nexos de la Educación en las Ciencias de la Salud y de las nuevas miradas desde la Salud Pública en contexto de procesos de ruptura paradigmática. Es producto de parte de la revisión de la literatura efectuada, desde el proceso de transformación curricular por competencias en la Universidad de Carabobo, en su Facultad de Ciencias de la Salud y su Departamento de Salud Pública de la Sede Aragua. Asume una secuencia cronológica y análisis de contexto de las relaciones de poder hegemonía - contra hegemonía. El debate argumentativo de contexto del modelo biomédico - cartesiano hegemónico, con su complementariedad dialéctica: Clínica - Modelo Preventivista y la emergencia de miradas alternas desde la Salud Pública como la Medicina Social - la Salud Colectiva, entre otras. Confronta al lector desde los procesos de ruptura paradigmática ante la crisis civilizatoria humana, las emergencias sociales y alternas que se hacen presentes.

PALABRAS CLAVE: Educación en Ciencias de la Salud, Modelo Biomédico; Salud Pública, Salud Colectiva, crisis civilizatoria humana, ruptura paradigmática.

INTRODUCCIÓN

Educación en Ciencias de la Salud, entraña una enorme responsabilidad, pues trata esencialmente del reto ante la formación profesional, de seres humanos quienes, deben servir a otros que padecen y requieren por tanto de ser forjados con conocimientos, habilidades y abundante sensibilidad humana para que esos otros ya no padezcan y se los acompañe en sus

eventos de vida (nacimiento, crecimiento y desarrollo, reproducción y muerte). Ser educador en Ciencias de la Salud, también implica un gran compromiso. Los formadores no son generalmente educadores de carrera y la mayor parte de las veces, se apela en ellos a través de cursos de formación docente, desde una pretensión niveladora generalmente exigente. La esencia, trans e intradisciplinar en la formación médica y en el resto de los equipos de salud, complican el rol y la misión, más aún, cuando se asume inicialmente que deben también desempeñar competencias de formador de formadores, tanto en el contexto de las demandas de sus usuarios de atención de su salud - enfermedad, (promoción y educación), como del propio equipo de salud en sus labores habituales de intervención y los procesos de reproducción del conocimiento, que los conectan con las universidades como expresión institucional de la educación formal en las ciencias de la salud y del

Recibido: Febrero, 2016 Aprobado: Agosto, 2016

¹Unidad de Investigación y Estudios en Salud Pública. Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba". Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo- Núcleo Aragua.

Correspondencia: jsarcolirap@gmail.com

encuentro de saberes, que parte del hecho de reconocer que quien sabe más de su vida y sus padecimientos, es el propio paciente al lograr ser visibilizado como sujeto social.^{1,2,3,4,5,6}

Desde el momento originario, en que el ser humano se hizo consciente de lo efímero de su vida y que puede transitarla con grandes desequilibrios, sufrimiento y enfermedad, dirigió su mirada a la creación de un sujeto social destinado al rol de la acumulación de tales conocimientos, habilidades y sensibilidades para atender a sus demandas y de que en él se hilvanaran competencias que pudieran ser socialmente reproducidas y socializadas.⁷ Si bien la vida, la muerte y su transitar en momentos alternos de equilibrio - desequilibrio, bienestar - infelicidad permiten, el reconocer una naturaleza onto-epistemológica compleja.

En los albores de la civilización humana, la sociedad originaria, primitiva o tribal, requirió del constructo de un intermediario entre el ser humano necesitado y de un Dios o Dioses omnipresentes y omnipotentes, que conferían el restablecimiento de la vida o al menos de un mejor estado de equilibrio. Las sociedades fueron históricamente evolucionando y transformándose según categorías socio-antropológicas conocidas: tribal, esclavista, feudal, capitalista, etc. donde se puede identificar ejemplos de tales actores o sujetos sociales destinados a lo que se denominaría la atención de la salud y la enfermedad y que van desde la caracterización del Piache ancestral y llegan al profesional de la Medicina, en este siglo XXI.⁸

Esta premisa introductoria es necesaria, para visibilizar que esta necesidad humana de enfrentar la muerte y la enfermedad requería de procesos de creación, recreación, acumulación y socialización del conocimiento, que pudiesen ser reproducidos y socializados y fue desde un principio objetivizada (transformada en objeto) para así ser más fácilmente apropiada; un objeto denominado Salud con su contrapartida dialéctica, la enfermedad hizo este ejercicio de la praxis una forma más manejable, aunque finalmente constituyó todo un reduccionismo, un determinismo, que le permitiría a este nuevo sujeto social hacer uso propio de una praxis signada desde las relaciones del poder de la intermediación.⁹

Importa esta breve reflexión ontoepistemológica, para clarificar los orígenes de estos actores sociales, que más tarde pasaron desde un oficio a la ocupación profesional, y que si bien surgieron de una necesidad social humana, lo acometieron desde el contexto de la desigualdad de relación entre el que sufre y padece y del que tiene o asume las facultades o competencias de ayudarlo. Definió todo esto, la instauración de una relación

natural de poder en desigualdad, comprendida desde la aproximación dialéctica poder - sumisión. Esta parte visible ha sido frecuentemente tratada en la literatura, pero en mucha menor proporción la argumentación explicativa de la salud como una entelequia, ocasionada por un reduccionismo, un determinismo que finalmente transfiguró un instrumento de poder, que apreciado desde esta perspectiva, si harían más visible y comprensibles los orígenes de los procesos de desnaturalización o deshumanización que a lo largo de la historia prevalecerían en la praxis médica hegemónica.¹⁰

El sufrir, el padecer es parte de la emoción humana y el hecho de conectarte, involucrarte con otro ser que padece y sufre, muy probablemente le hará también sufrir.¹⁰ Aproximarnos desde aquí, hace más fácil la comprensión de cómo este actor, generó casi instintivamente este mecanismo primitivo de defensa y supervivencia. Se permitió para sí, el derecho de que sus competencias y/o conocimientos, las redujera a un objeto o a un proceso (salud -enfermedad), barrera de autoprotección que le permitiría a este sujeto social, apropiarse de su rol sin impregnarse del padecer ajeno. Es necesaria esta aproximación para comprender los procesos de construcción y desconstrucción del denominado modelo biomédico.^{9-12,13,14,15,16} cartesiano, racional, cientificista y mecanicista, que primariamente emerge de este hecho de desnaturalización, de deshumanización donde se escindió o se fracturó la razón de la emoción. Esta es una de las más simples explicaciones o argumentaciones del por qué, una profesión que naturalmente surgía de la emoción y de la espiritualidad ante el sufrimiento, fue artificialmente fracturada, escindida y desnaturalizada.

Las competencias resolutivas a los padecimientos, fueron centradas originariamente en el médico, como actor social protagónico, lo que lo conduciría a la medicalización de los servicios de la atención a la salud - enfermedad (medicalización de la atención), Paulatinamente, se irían agregando al conocimiento médico la bio-tecnologías y de la Internet,^{17,18} lo que estimularía la marcha con vida propia de las tecnologías y de la ciencia en un paralelismo y que finalmente conducirían y a auparían el mito de la Sociedad de la Información o del Conocimiento, como estado superior de la Sociedad Capitalista o del Consumo, hecho que más tarde permitirá caracterizarla como la brecha social y bio-tecnológica, más distante, brutal y difícil de superar en la atención de los eventos de vida, la salud y la enfermedad. Esto además permite, una oportunidad, arribó a la ciencia y los adelantos científicos y más tarde tecnológicos. Desde la microbiología para reflexionar en todas sus

consecuencias asociadas a las diferencias sociales de accesibilidad, equidad, universalidad y justicia social de una sociedad que se centra en la acumulación del capital y del conocimiento como plus valor y signada por la explotación del hombre por el hombre, la exclusión y la injusticia social. Se consolidó de esta forma, un bucle de retroalimentación en el que se potenciaban el poderío médico, el imperio industrial farmacológico y de los modelos de producción de bienes y servicios en salud, para una sociedad que por primera vez enfrentaría al hombre ante su primera crisis civilizatoria.

En el trenzado de este relato histórico se revela durante el Ilustrismo y la Revolución Industrial, el momento en que la humanidad, expandió la validación de las tesis etiologicistas de los contagionistas del siglo XIX, que adversaban a otros autores que exponían a las condiciones de vida y de trabajo, a los determinantes sociales y sus procesos, como argumentos explicativos significantes del proceso salud-enfermedad. Así desde el cientificismo de los grandes avances en las ciencias básicas, fue potenciada la hegemonía del Método Clínico,¹⁹ como práctica médica restauradora, reivindicada exitosa de las intervenciones en salud, que se hicieron cada vez más hegemónicas desde un enfoque biologicista, mercantilista y mecanicista que llegó hasta permitirse definir un modelo propio conocido como la Medicina Basada en Evidencias.²⁰

Esta focalización de reproducción de poder, fue concentrada espacial o territorialmente en el Hospital²¹ como Icono de la medicina occidental de la atención médica en cama y centro institucional de acumulación y reproducción del conocimiento y de las biotecnologías. Representación simbólica con una acumulación de significantes perfectamente coherentes a la Sociedad del Libre Mercado. Esto sumado a los avances tecnológicos que determinaron la transfiguración del paradigma analógico al digital, en la sociedad humana con el papel protagónico de la Internet hace aproximadamente ya seis décadas, de sus avances y sus aplicaciones, como la cirugía robótica, la telemedicina, impresión 3D entre muchos otros, son argumentos que complementan el análisis de contextualización de profundización acentuada de la brecha socio - tecnológica previamente señalada. De esta forma primariamente esbozada a trazo grueso, lo hegemónico, se prosigue con la contextualización de la sumisión en el modelo biomédico: La Salud Pública.^{22,23}

La Salud Pública como asunto de Estado en los siglos XVIII y XIX.

Al incorporarse el interés colectivo, de la comunidad, como asunto de Estado, enraizada desde

los contextos de la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, las cuales jugaron un papel relevante en su proceso de conformación, ya para el siglo XIX se posicionaba la Salud Pública como política de Estado, como bien público, como conjunto de intervenciones estatales justificadas y legitimadas socialmente en nombre del interés colectivo, de toda la población. Su origen trastoca con el de la medicina occidental eurocéntrica, desde la emergencia de la Europa de los Estados republicanos, donde se reconocen los derechos de los ciudadanos "libres e iguales", y se asigna al Estado la responsabilidad de velar por dichos derechos.

Destaca en este contexto, fue una de sus disciplinas raíces, la epidemiología, que a finales del siglo XVIII y del siglo XIX consolidaba grandes logros. Si bien nunca dejara de reconocerse, las referencias de Hipócrates en la antigüedad, quien había empleado los términos de epidemia y endemia. Ejemplos a mencionar, fueron la reforma sanitaria de Inglaterra y las contribuciones de Chadwick (dio origen a la primera ley de salud pública británica en 1848), Snow, R. Virchow (medicina social europea), el informe Black, también sobre desigualdades en la salud de Inglaterra y Gales, desigualdades entre clases sociales (fundamentalmente estas), género y grupos raciales entre otras.²⁴ Así la epidemiología originariamente positivista, dura, fáctica y científica, se impregno de lo social a través de la acción del Estado y con ella, la Salud Pública, para más tarde, nuevamente fracturarse y expresarse como epidemiología clínica (forma de cohesionarse de forma más coherente con el poder imperante). Corresponde ahora apreciar las contribuciones de Bernardino Ramazzini, médico italiano del siglo XVII, considerado el fundador de la Medicina del Trabajo,²⁵ la cual se agregaría en su accionar en la Salud Pública.

Otro fueron los aportes de la Salud Ambiental, al incorporar relaciones entre determinantes sociales, el ambiente y los efectos de las sociedades humanas para el planeta y restos de los seres vivos que en él cohabitan. Se expresaría en la línea del tiempo en dos vertientes, la "verde", preocupada por los efectos de la actividad humana sobre el ambiente natural y con aspectos como el desarrollo sostenible, la pobreza, la dinámica demográfica, el efecto de invernadero, el deterioro de la capa de ozono, el ordenamiento territorial, la deforestación, la desertización y sequía, las zonas de montaña, la biodiversidad, la biotecnología, la protección de océanos, mares y costas y otros. Esta propuesta fue estelarmente promovida desde el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Por otro lado, la vertiente "azul", preocupada por los efectos del ambiente sobre la salud y bienestar de la humanidad conducida a través

de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS) 26. Asimismo, otra arista de gran impacto en América, lo constituyó el enfoque ecosistémico, emprendido desde el programa de Enfoques Ecosistémicos en Salud Humana, del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (IDRC).^{27,28} Sir MacFarlane Burnet, en 1940 introdujo el concepto de la "Historia Natural de la Enfermedad" para las enfermedades infecciosas.²⁹ Recordemos En 1920, Winslow³⁰ definió la salud pública como la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud". Más tarde, Winslow cambió el término "salud física" por el de "salud física y mental".

Ya para 1958, Leavell y Clark propusieron el uso de este modelo para cualquier tipo de enfermedad, estructurando un sistema de prevención (niveles de prevención), conceptualizado como un proceso de fenómenos que se inicia en un individuo al exponerse a una serie de factores de riesgo (período prepatogénico), que puede desencadenar la aparición de la enfermedad subclínica y clínica. Se dividió en un período prepatogénico y patogénico que impulsaría el modelo de atención medicalizado preventivista de la salud pública (la destinada a los sujetos sociales excluidos o sin recursos para sufragar la atención de su salud y que correspondía en responsabilidad del Estado) que se articularía perfectamente con la clínica y el icono hospitalario, con fuertes relaciones con el ejercicio libre de la profesión, la tercerización de la salud a través de intermediarios financieros (transnacionales financieras y/o aseguradoras). Se había estructurado toda una institucionalidad validada desde la ciencia y los organismos multilaterales, que respondía a las leyes del mercado que regían este tipo de sociedad. Cabe destacar la existencia de otros referentes no menos importantes, como el informe Lalonde, de Canadá, desde un abordaje para la atención de la salud de los canadienses, que propuso una visión sobre la prevención médica. Se catalogó como un informe de salud pública orientado a las políticas públicas y que se convierte en un hito en los intentos de una nueva mirada a la salud pública.

Desde los principales organismos multilaterales de la salud, resaltó la primera Conferencia Internacional

sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa 1986,³¹ donde se emitió una carta dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que agobian a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

La Estrategia de Salud para Todos del año 2000 (OMS), refrendada en 1981 por la 34.ª Asamblea Mundial de la Salud, también marcó un paso importante en la salud pública global. Más tarde, la Organización Panamericana de la Salud, por medio de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas",³² en Marzo 2001, definió once Funciones Esenciales de la Salud Pública, al desarrollar un instrumento para medir su desempeño, lo que permitía a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública y de esta forma homogenizar y expandir con éxito este modelo. Fueron estas: 1. El monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población, 2. La vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública, 3. La promoción de la salud, 4. El aseguramiento de la participación social en la salud, 5. La formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública, 6. El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública, 7. La evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, 8. La capacitación y desarrollo de los recursos humanos, 9. La seguridad de la calidad en los servicios de salud, 10. La investigación en la salud pública. 11. La reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde esta aproximación, aportó una definición de salud pública como: "El esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio actuaciones del alcance colectivo".

La definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha permanecido incólume desde 1946, la cual señalaba que "*salud no es*

solamente la ausencia de enfermedad, sino el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo". Constituyo toda una objetivación de una utopía, de un reduccionismo del determinismo científico, intangible e invisibilizador que validó y certificó la dualidad hegemónica: Clínica y Modelo Preventivista, de y para esta sociedad de consumo, e igualmente permite acceder a la comprensión de la transformación de Facultades Médicas a Facultades en Ciencias de la Salud ante los requerimientos de la desmedicalización y de asumir la intra y transdisciplinariedad y de las transformaciones de los departamentos de medicina preventiva y social en estas facultades a departamentos de Salud Pública, que más adelante, enfrentaran otros desafíos de transformación que más tarde serán expuestas. Es importante referir desde la acción invisible de la mano del mercado, en este contexto social del impacto significativo de los organismos mundiales financieros multilaterales, de integración y las estrategias de tratados de libre comercio: Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Mercado Común Europeo; MERCOSUR; ALBA; OPEP, PETROCARIBE, UNASUR, BRICS, CELAC, CAN, que constituyen actores importantes del juego del poder mundial y con significativo impacto en las políticas públicas de salud y pudiese expresarse del estado de bienestar de los pueblos y las naciones desde la aproximación reflexiva e histórica de la confrontación dialéctica del poder imperial y la luchas emancipadoras de las colonias y de los pueblos. Argumentado el contexto hegemónico, corresponde ahora abordar las manifestaciones contra-hegemónicas.

Manifestaciones Contra-hegemónicas de salud pública.

En América, la corriente latinoamericana^{33,34,35,36} para el último tercio del siglo XX, venía realizando sus contribuciones al pensamiento epidemiológico, pero desde su contexto de la América Latina, plena de sol, colorido, trópico y pobreza, se empieza a crear conciencia política de sus males, y gesta en las corrientes progresistas el concepto de la producción social de la enfermedad que tendría arraigo y armonía con los movimientos sociales organizados en defensa de la salud como derecho social. Así se genera una epidemiología contextualizada y con mejor contenido, que reconoce los mecanismos de reproducción social, las clases sociales y sus luchas, la división social del trabajo lo que determino una innegable influencia marxista en su posicionamiento. Asume ante la vida, una posición crítica a través de la epidemiología pero que busca una complementariedad desde la sensibilidad de la Medicina Social.

Llegaron a ser especiales referentes: Juan Samaja, Enrique Dussel (Argentina), Jaime Breilh y Edmundo Granda (Ecuador), Naomar de Almeida Filho (Brasil), Asa Cristina Laurell (México) entre muchos otros. Son innegables desde cualquier perspectiva, las contribuciones de esta corriente latinoamericana por presentarse contextualizada desde un paradigma contra-hegemónico, quienes asumen un posicionamiento político explícito, en los matices que van desde la impregnación marxista que recibió las críticas del socialismo real a una gran diversidad de matices y tonalidades, pero que al final articularon en la búsqueda de la sensibilidad suprimida. Su expansión y crecimiento institucional cristalizó en La Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).³⁷ Esta nueva aproximación, merece la cita de Álvaro Franco²¹ sobre la propuesta de Breilh "desde la dimensión ontológica (una forma de recorte del objeto salud y su interpretación), la dimensión epistemológica (formas de relación sujeto-objeto y su cosmovisión) y la dimensión praxiológica (una concepción de la práctica y el posicionamiento frente a la estructura de poder), dimensión novedosa pero cercana al concepto de Foucault sobre el poder y la salud". Según Breilh,³⁸ "los temas en salud pública debe referirse a una teoría de la necesidad, a los derechos humanos relacionados, las formas de interpretar la calidad de vida y sus determinantes, los preceptos y los mecanismos de la seguridad humana, cuestiones étnicas, raciales, de género y sociales de inequidad y poder". Emerge desde esta propuesta la Salud Colectiva, Edmundo Granda, la reseñó como una mirada alterna ante el modelo hegemónico de la Salud Pública.

De una simple aproximación semántica y si se quiere hermenéutica, esta coexistencia de significantes como Medicina Social y Salud Colectiva, al menos llama la atención en la posible presencia, una vez más, de un proceso de disyunción íntimamente relacionado con el determinismo científico académico de sus escenarios, siendo no menos cierto el interrogante de ¿Si algún día la medicina social se deslazará del significante semántico de medicalización que originariamente posee? Queda abierta la interrogante e implícitamente el debate. Muy probablemente tocará abordar el término polisemia e inicialmente se encontraran unas primeras aproximaciones. El contraste de mayor relevancia, lo constituirán los debates de la aparente disyunción medicina social y salud colectiva y que asemeja al menos en su apariencia, el transitar de una hegemonía descrita al principio de esta disertación. Es posible que el solo devenir del tiempo permita resolver este enigma.

La República Bolivariana de Venezuela, realizo un hito histórico el 25 de abril de 1995, por el llamado al

Referéndum Constituyente o Consultivo el cual condujo finalmente por vía constitucional, electoral, pacífica y democrática de consulta popular a una nueva Constitución Nacional.^{39,40,41,42,43} Aprobada también por el pueblo de Venezuela, mediante referendo constituyente a los quince días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y nueve, y proclamada por la Asamblea Nacional Constituyente en Caracas, a los veinte días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y nueve. Año 189° de la Independencia y 140° de la Federación. Se compone de un Preámbulo, 350 artículos, divididos en 9 Títulos, Capítulos, las Disposiciones Derogatorias, Transitorias y Finales. En ella, se definió un proceso de refundación de la República, desde la ruptura con la democracia representativa y se hace esencia constitucional la Democracia Directa, objetivizada como Democracia, Participativa y Protagónica. Si bien esta nueva república se consolida en el ejercicio del poder, con alrededor de 18 de 19 contiendas electorales victoriosas (una sola derrota electoral y de estrecho margen en el 2007, en el referéndum de consulta solicitado por el presidente para una reforma constitucional), su estabilidad contrasta con múltiples procesos de desestabilización que desencadenaron para ser contrarrestados el desarrollo de una nueva institucionalidad en el contexto de este proceso originario y hasta hoy irrepetible: Barrio Adentro y las Misiones Sociales a partir del Convenio Integral Cuba-Venezuela en salud.

El legado del Plan de la Patria y su expresión en el sector salud a través del Plan Nacional de Salud 2013 - 2019,⁴¹ se hace explícito, que la salud en Venezuela, es un derecho constitucional y corresponde al Estado la responsabilidad de asegurar el acceso de toda la ciudadanía a las intervenciones y recursos necesarios, para la promoción, la defensa y la recuperación de la salud a nivel individual y colectivo. Esto implica asumir la universalidad, al mismo tiempo que la adecuación a las necesidades específicas de la población de acuerdo al género, la interculturalidad, ciclo de vida, ciclo de vida y territorio social para la construcción del Socialismo del Vivir bien. Se concibe la salud- enfermedad como un proceso histórico y socialmente determinado por el modo de vida el cual deviene de la interacción entre el modo de producción, el grado de desarrollo de las fuerzas

productivas, la distribución y el ejercicio del poder y los patrones culturales de producción y consumo que se derivan de ellas con las condiciones naturales de existencia incluyendo las características bioclimáticas del territorio de asentamiento que generan la exposición a las condiciones favorables y desfavorables que se expresan en el perfil de salud de la población y su patrón de morbilidad.

El Plan Nacional de Salud asume a la Red Integrada de Salud como la estrategia de construcción de la nueva organización en salud y al mismo tiempo eje articulador y de desarrollo del Sistema Público Nacional de salud a partir de las necesidades de la población y que se articula con el desarrollo del Poder Popular en coherencia con los mandatos constitucionales y del Plan de la Patria 2013 - 2019. El Sistema Público Nacional de Salud ejecuta las políticas dirigidas a promover el Vivir Bien y la Salud de la población en coordinación con otros sectores y niveles de gobierno, implantando el Modelo de Atención Integral y la Estrategia de Atención Primaria en Salud en todos los establecimientos de salud que funcionan en red en los ámbitos locales, municipales, estatales y nacional.

Los avances y el impacto social alcanzados con la Misión Barrio Adentro sentaron las bases para la conformación de las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC), como la unidad básica organizativa y operativa de la construcción y de gestión del Sistema Público Nacional de Salud en el marco de un nuevo modelo de organización como lo es la Red Integrada de Salud. Las ASIC, son el espacio para la formación del talento humano para la salud con alta calidad académica y compromiso social. El territorio social donde se articulan la red de servicios primarios de salud, con las redes sociales comunitarias y todas las Misiones Sociales. El Modelo de Atención Integral, establece la organización de los servicios en función de las necesidades y el Vivir bien de las personas, de las familias y de la comunidad con el enfoque de determinación social de la salud, ciclo de vida, interculturalidad y género. Resaltan aquí la presentación del modelo de atención integral como respuesta a la disyunción y una concepción de la salud muy diferente a la tradicionalmente acogida por la OMS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Delors J & Colaboradores. La educación encierra un tesoro. Comisión internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Madrid: Santillana (1996) Consulta online: 06-02-2013. Disponible en: [http://ceups.educacion.unmsm.edu.pe/proyeccion_archivos/educacion-encierra-un-tesoro.pdf].
- 2) Sarco Lira J. Pertinencia de la Educación en Salud Pública. Trabajo de Ascenso. Universidad de Carabobo, Venezuela. No publicado. 2007.
- 3) Sánchez G. Bases Ético - Filosóficas de una propuesta alternativa de formación médica para una praxis socio-sanitaria oportuna en Venezuela. Revista Comunidad y Salud (Supl) 2008; 6(1): 1-14. Disponible en: [http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv6sup1/2008-sup-1.pdf].
- 4) Guevara M, Terán I, Sarco Lira J. Crónica Sanitaria: Doctorado en Salud Pública. Revista Comunidad y Salud (Supl) 2007; 5(1): 42-45. Disponible en: [http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/index1.htm].
- 5) Sánchez, R; Mesa D. Editorial: El currículo por competencias. Revista Comunidad y Salud (Supl) 2007; 5(1): 1-3. Disponible en: [http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/index1.htm].
- 6) Durant M; Naveda O. Transformación Curricular por competencias en la educación universitaria bajo el enfoque ecosistémico formativo. Universidad de Carabobo. Fundacelac. Primera Edición. Valencia, Venezuela 2012.
- 7) Castrillo B. Interfase epistemológica entre Salud y Reproducción Social. 2008. Disponible en: [http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/4-300-4599cgs.pdf].
- 8) Casca P. Historia de la sociedad Humana. Editorial Ágora. Argentina. 2011. Disponible en: [http://www.pcr.org.ar/file/pub/historia.pdf].
- 9) Ideología, Hegemonía y Poder. Táctica y estrategia en la práctica política revolucionaria. Programa Nacional de Formación de Formadores UBV XXI. 2008. Disponible en: [http://www.google.co.ve/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fgestion-social-ubv-lara.jimdo.com%2Fapp%2Fdownload%2F5571981813%2Fideologia.pdf%3Ft%3D1320019895&ei=WpJmVYWeAtDvggT5j0H0CA&usq=AFQjCNG0NeapCerpTvdRnXnKw4CSsJ4yg].
- 10) González María C. Sosa G. Aspectos epistemológicos de la salud pública. Aproximaciones para el debate. Salud online: 14-1 Abril. Epistemología de la salud pública. P. 76 2010. Publicación disponible online en: [http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/asp_epis_salud_publica.pdf].
- 11) Angellucci L. Emoción y Salud un modelo Causal. Tesis Doctoral. UCV. Facultad de Humanidades y Educación. Psicología. 2011. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/5182/1/Tesis%20doctoral%20Angellucci%202011 completa.pdf].
- 12) Lázaro J; Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. [citado 2013 Mayo 27]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002&lng=es.].
- 13) Madariaga C. La crisis del modelo biomédico y los desafíos actuales. Interculturalidad, salud, y derechos humanos: Hacia un cambio epistemológico. Revista Reflexión N° 36, ediciones CINTRAS. Santiago, diciembre 2008, Disponible en: [http://www.cintras.org/textos/reflexion/r36/interculturalidad.pdf].
- 14) Sosa G. Un médico más cercano al hombre y la salud. La formación para la praxis desde una perspectiva socio-crítica. Clemente Editores Valencia. Venezuela. 2006.
- 15) Terán, I. González, María C. El saber y la práctica médica desde el discurso de los residentes del postgrado en Medicina General Integral de dos municipios del estado Aragua. Revista Comunidad y Salud, 2008; 6(1): 14-22. Disponible en: [http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932008000100004&lng=es&nrn=iso]. accedido en 16 feb. 2012].
- 16) Sarco Lira J. Editorial. Impregnar a la Universidad de Tecnología, ¿A cuál Universidad? ¿Para cual Sociedad? .Revista Comunidad y Salud. 2008; 6(2): 1-3.
- 17) Sarco Lira J; Vivas D; Rolo M; Guevara M; Terán I; Dorta L; Osorio L. Competencias en las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Su innovación y desarrollo en las Facultades de Ciencias de la Salud para la construcción del Sistema Público Nacional de Salud. Revista Comunidad y Salud. 2010; 8(1): 65-72.
- 18) Corona L. Reformulación teórica del método clínico: el método clínico diagnóstico-terapéutico. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN: 1727-897X Medisur 2010; 8(5) Suplemento "El método clínico".
- 19) Junquera L.M., Baladrón J., Albertos J.M. Olay S. Medicina basada en la evidencia (MBE): Ventajas. Rev. Esp. Cirug. Oral y Maxilofac. [revista en la Internet]. 2003 Oct. [citado 2015 Mayo 27]; 25(5): 265-272. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582003000500003&lng=es].
- 20) Expósito R; Rubio J; Hospitales sus orígenes. Historia de la enfermería. 2012. Publicación disponible online en: [http://enfeps.blogspot.com/2012/03/hospitales-sus-origenes.html]
- 21) Franco G. Á. Tendencias y teorías en salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2006; 4(2): 119-130. Disponible en: [http://www.redalyc.org/pdf/120/12024212.pdf].
- 22) Rojas F. Salud Pública Medicina Social. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. Cuba. 2009. Disponible en: [http://www.alames.org/documentos/saludpubmedsocial.pdf].
- 23) Castellano P. L. Epidemiología, Situación de Salud, Salud Pública y Condiciones de Vida, Consideraciones Conceptuales.

- Seminario Latinoamericano sobre Condiciones de Vida, y Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Santa Casa. Sao Paulo. 10 - 13 de diciembre 1995. Disponible en: [http://ecaths1.s3.amazonaws.com/doctoradodontologiacreditadount/974570701.3-Epidemiolog%C3%ADa%20en%20salud%20publica.pdf].
- 24) MESS - INSHT. España. "De Morbus Artificum Diatriba". Tratado sobre las enfermedades de los Trabajadores. Traducción, comentada. 2012. Publicación disponible online en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/VIGILANCIA%20DE%20LA%20SALUD/Tratado%20sobre%20las%20enfermedades%20de%20los%20trabajadores/tratado%20enfermedades.pdf].
- 25) Martínez J; Iglesias M; Pérez A; Curbeira E; Sánchez O. Salud ambiental, evolución histórica conceptual y principales áreas básicas. Rev. Cubana de Salud Pública. 2014; 40(4):403-411. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400014].
- 26) Lebel J. Salud. Un enfoque ecosistémico. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Enero 2005. Disponible en: [idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/33537/13/121253.pdf] accedido en 22 marzo. 2012.]
- 27) Henry M. Ecohealth en gobernanza Iniciativa sobre Liderazgo y Desarrollo del Campo de Ecosalud y Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETVs) en América Latina y el Caribe. IDRC. Presentación. ISAGS. Rio, Septiembre 2012. Disponible en: [http://es.slideshare.net/isagsunatur/presentacion-mario-henry-rodriguez-taller-isags-idrc].
- 28) Universidad CLEA. Educación online. Historia Natural de la Enfermedad. Publicación disponible en: [http://www.cleaedu.com/pdf/diplomados/aulas/salud/mdt/paginas/mdt020-5-hist-nat-de-la-enf.pdf].
- 29) Universidad Católica de Chile. EPI-Centro. Salud pública ¿Qué es y qué hace? Publicación disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios1.htm].
- 30) OMS/OPS. Carta de Otawa. 1986. Publicación disponible en: [http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf].
- 31) OPS/OMS. La Salud Pública en las Américas. Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. 2002. Disponible en: [http://mispas.gob.gt/decap/files/descargas/bibliotecaVirtual/Documentos%20de%20salud/Salud%20p%C3%BAblica%20en%20las%20am%C3%A9ricas.pdf].
- 32) Pereyra Z H. Epidemiología Social. Presentación. PDF. Disponible en: [http://www.epiredperu.net/epired/cursos/epidemiologia_bas-mh/epibas_ppt19_11I.pdf].
- 33) Iriart C; Walztkin H; Breilh J; Esgrada A. Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health 12(2), 2002. Disponible en: [http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11619.pdf].
- 34) Barrera A, Breilh J; Santana V; Alfonso A; Martínez C, Spinelli H; Menéndez, E; Escudero J. C.; Rodríguez M; Castillo A, Hernández, M; Feo O; Tambellini A, Fleury S.; Rojas O, Torres M, Laurel C; López O. ALAMES. México. Conferencias PES 2012. Disponible en: [http://alamesuy.blogspot.com/2008/12/taller-latinoamericano-sobre.html].
- 35) Hernández L. Boletín del Observatorio en Salud. Opinión y Debate en Salud. Que crítica la epidemiología crítica. Una aproximación a la mirada de Neomar Almeida Filho. Vol.2, No. 4. 2009. Disponible en: [http://www.bdigital.unal.edu.co/15752/1/10453-19813-1-PB.pdf].
- 36) ALAMES. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Disponible en: [http://www.alames.org].
- 37) D'Elia Y. Las Misiones Sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis. Caracas. Venezuela. ILDIS. 2006. Publicación disponible online en: [http://library.fes.de/pdf-files/bueros/caracas/50458.pdf].
- 38) Breilh J. Nuevos paradigmas en Salud Pública. En: Programas de Naciones Unidas para el ambiente/OPS/ Reunión Internacional. Un enfoque de ecosistemas para la salud humana. Enfermedades transmisibles y emergentes. Río de Janeiro: Escuela Nacional de Salud Pública. Fiocruz, 1999.
- 39) Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, jueves 30 de diciembre de 1999. Publicación disponible online en: [http://www.mppp.gob.ve/wp-content/uploads/2014/01/LeyesOrganicas/GO-36860_constitucion.pdf].
- 40) Ministerio del Poder Popular para la Salud. República Bolivariana de Venezuela. Plan Nacional de Salud 2013 -2019, Documento para el debate público. 2013. Publicación disponible en: [http://www.mpps.gob.ve/images/stories/pdf/salud2014.pdf].
- 41) Ley del Plan de la Patria 2013-2019. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No 6.118 Extraordinario, 4 de diciembre de 2013. Publicación disponible en: [http://www.onapre.gob.ve/index.php/publicaciones/descargas/finish/36-ley-del-plan-de-la-patria-2013-2019/209-ley-del-plan-de-la-patria-2013-2019].
- 42) B. Rodríguez y P. Francés. Filosofía Política II. Apuntes de clase (B. Rodríguez y P. Francés) Tema 1. La democracia. [www.ugr.es/~pfg/001Tema1.pdf].
- 43) Rojas A; Alvarado C. Promover la cohesión social: Las experiencias de la Unión Europea y América Latina y el Caribe. La Inclusión en Venezuela: Fuente fundamental de cohesión social. Disponible en: [http://eeas.europa.eu/lac/vienna/speeches/rojas.pdf].