

Artículo

EL SABER Y LA PRÁCTICA MÉDICA DESDE EL DISCURSO DE LOS RESIDENTES DEL POSTGRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL DE DOS MUNICIPIOS DEL ESTADO ARAGUA.

KNOWLEDGE AND MEDICAL PRACTICE FROM THE STANDPOINT OF INTEGRAL GENERAL MEDICINE POSTGRADUATE RESIDENTS, IN TWO MUNICIPALITIES OF ARAGUA STATE, VENEZUELA.

Iris Terán¹
María Cristina González²

RESUMEN

Esta investigación esta enmarcada en el paradigma cualitativo y se centró en identificar las representaciones sociales que están circulando en el imaginario colectivo sobre el saber y la práctica médica, que la Misión “Barrio Adentro” está generando en los médicos y medicas residentes del post-grado de Medicina General Integral en dos Municipios del estado Aragua, durante el año 2006. Identificar las representaciones sociales que circulan sobre la práctica y el saber médico en el programa Barrio Adentro I, permitió develar códigos, símbolos, registros y significaciones sobre la atención médica, que es necesario deconstruir para comprender el marco epistemológico subyacente en el proceso de formación del futuro especialista en Medicina General Integral, quien tendrá la responsabilidad de propiciar y concretar las metas y objetivos de dicha Misión. El análisis cualitativo de los discursos evidencio la existencia de un curriculum oculto, en la implementación del diseño curricular de dicho programa que genera una marcada contradicción epistemológica entre El Ser Y El Deber Ser de la formación del médico requerido para esta Misión de Barrio Adentro, desde la perspectiva de la conformación del Sistema Público Nacional de Salud.

PALABRAS CLAVE: Representaciones Sociales; Medicina General Integral; Visión de Salud; Análisis Discurso Médico; Práctica Médica.

ABSTRACT

The present survey was perforared based on the qualitative paradigm and pointed to the identification of social representations circulating within the collective imaginativeness around the knowledge and medical practice, generated by “Mision Barrio Adentro” among general practitisness and postgraduate residents of “Integral General Medicine” in two Municipalities of Aragua State, during 2006. The identification of the above arentioned social representations allowed the unveiling of codes, symbols, registers and significances around medical care which need to be “ deconstructed” as to understand the epistemological framework supporting the formation process of the future specialists in General Integral Medicine, whom are suppose to propitiate y and make concrete the aims and objectives of the Mission. The qualitative analysis of the reasoning. Demonstrated the existence of a hidden curriculum within the implementation of the official curricular design. This generates an evident epistemological contradiction between being and must be in the formation of the practitioner required by Barrio Adentro Mission; in perspective of the make-up of the National Public Health Service.

KEY WORDS: Social Representations; Integral General Medicine; Health Vision; Medical Reasoning; Medical Practice.

¹Médica, Docente - Investigadora. Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Sede Aragua. Universidad de Carabobo. ²Doctora en Educación. Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Sede Aragua. Venezuela. Correspondencia: iriset1@yahoo.com

REVISANDO EL CONTEXTO

En Venezuela, a partir del proceso constituyente del año 1999, se lleva a cabo una reforma constitucional, que cambia radicalmente la concepción del derecho a la salud en el Estado venezolano, ya que la Salud cambia su carácter jurídico constitucional, pasando a ser un Derecho Social Fundamental, responsabilidad del Estado y vinculado con el derecho a la vida, según lo establece la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999, en contraposición con el carácter de Derecho Social individual, contemplado en la otra Constitución de la República de Venezuela, del año 1961. Es decir, a partir de esta reforma constitucional de 1999, el Estado venezolano asume la responsabilidad de garantizar el Derecho a la Salud de todos y cada uno de los habitantes de nuestro país, sin distinción ni discriminación de ninguna índole y basado en los principios rectores de equidad y justicia social.

Para el año 2001, el gobierno nacional, a través del gabinete social, diseña el Plan de Equilibrio Social 2001-2007 como plan rector de las políticas públicas, que contempla los lineamientos estratégicos de dichas políticas, durante el mencionado periodo.

En atención a ello, para el año 2002, se diseña el Plan Estratégico Social, como instrumento para viabilizar el cumplimiento del mandato constitucional de garantizar, la satisfacción de las Necesidades Sociales de la Población y la implementación de la estrategia de Promoción de Calidad de Vida y Salud, a través de una nueva institucionalidad pública y de un cambio en el Modelo de Atención, que permita organizar acciones transectoriales que logren un verdadero impacto en la calidad de vida de la población, a partir de la participación organizada de las comunidades y la creación de un Sistema Público Nacional de Salud basado en los Principios Fundamentales de universalidad, equidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social.

En tal sentido, es evidente que se ha diseñado un nuevo pensamiento estratégico recogido en el Plan Estratégico Social 2002-2007 (PES), desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, que implica un nuevo ordenamiento del sistema de salud y desarrollo social del país a partir de cuatro grandes directrices ¹:

1.- Orientar la función de las políticas públicas hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud.

2.- Adoptar la estrategia de promoción de calidad de vida y salud con el propósito de desarrollar la autonomía de individuos y colectividades, generando capacidades de autodeterminación y empoderamiento social.

3.- Reorientar el modo de atención a partir de la conformación de redes de atención dentro del ámbito nacional, estatal y municipal como espacios de gestión transectorial vinculantes para el ejercicio de lo público entre autoridades públicas y comunidades organizadas.

4.- Construcción de una nueva institucionalidad pública, descentralizada y participativa orientada fundamentalmente a la transformación de los patrones de calidad de vida y salud de la población Venezolana.

La mirada y los esfuerzos están puestos en transformar las condiciones de calidad de vida y de salud de la población venezolana, conquistando la universalidad de los derechos sociales con equidad. desafío que pasa por un proceso de construcción de ciudadanía. En otras palabras, se trata de otorgarle legitimidad a los actores sociales para que puedan tener una participación protagónica con autonomía y poder en los asuntos públicos. Construcción de ciudadanía para conformar actores sociales conscientes de sus derechos, de sus deberes y empoderados de sus condiciones de vida. De Negri (2002), precisa que “de lo que se trata es de construir un nuevo sujeto de derechos y de espacios de poder para el ejercicio autónomo de esos derechos” ²

Gallardo (1993:29) advierte al respecto, que:

La orientación de las políticas públicas debe fundarse en espacios de encuentro, en un nuevo contrato social donde se compartan responsabilidades en función de la construcción de ciudadanía. Una democracia participativa construida en torno a una comunión cultural de valores de lo cual se derivan sus proyectos y programas. ³

En este sentido, la Misión Barrio Adentro puede considerarse como una aproximación para responder a los principios de universalización y equidad de los derechos sociales consagrados en la Nueva Constitución. Dicha Misión requiere para su implementación la formación del recurso humano en salud, formado y sensibilizado para el cumplimiento de sus objetivos y metas, por tal razón en el año 2004, se crea el Postgrado de Medicina General Integral (MGI), como estrategia para formar a diez mil médicos requeridos para implementar la primera etapa de Barrio Adentro I. Es justamente desde este espacio de intercambio y de

construcción de nuevos saberes y concepciones de la práctica médica, donde surge la necesidad de precisar, las representaciones sociales e imágenes simbólicas presentes en el discurso médico de las y los residentes del Postgrado de Medicina General Integral, específicamente de los Municipios del estado Aragua.

Según precisiones de González (2002):

Las representaciones sociales, son orientadoras de las prácticas sociales que nos permite entrar en el espacio entre el siendo y el ser. Estudiar los mecanismos mediante los cuales la sociedad logra actuar eficazmente sobre los individuos y la forma como los individuos se reproducen constantemente las condiciones para el funcionamiento de la sociedad.⁴

Para Córdova (1998) las representaciones sociales pueden definirse como:

Conjuntos dinámicos, su estatus es el de una producción de comportamientos y relaciones con el medio, el de una acción que modifica a unos y a otros y no el de una reproducción ni el de una reacción a un estímulo exterior determinado.⁵

No obstante, Jodelet (1988), ubica a representaciones sociales, como una “forma de conocimientos socialmente elaborado y compartido orientado hacia la práctica que concurre a la construcción de una realidad común a un conjunto social. Conocimiento que se constituye a partir de las experiencias, de los modelos de pensamiento, de las informaciones que recibimos y transmitimos por diferentes medios.”⁶

Son conocimientos estructurados y estructurantes, no reproducen, representan y se dan en un contexto comunicativo y socialmente definido y se orientan hacia la construcción de un conocimiento común. Suponen la existencia de un conocimiento colectivo establecido, señalando los referenciales del conocimiento cotidiano y del conocimiento instituido. Son portadoras de significaciones sociales, ese mundo instituido de significados del cual tenemos noticia en el lenguaje y por el lenguaje. Ellas son condensadoras de valores, conceptos e ideas a partir del sentido común. Estamos frente a una representación social, cuando poseemos un modelo de interpretación de la realidad, un modelo categorial donde los criterios específicos permiten situar todo objeto en su categoría de pertenencia es decir, cuando poseemos criterios de evaluación de la realidad que nos rodea y los cuales son

eminente ideológicos y específicos de una colectividad dada. A partir de las representaciones sociales podemos precisar las claves que estructuran y legitiman los registros de significación. “Cada totalidad social cada sistema social, supone representaciones que se cristalizan en el lenguaje. Una lectura de ese lenguaje puede equivaler a una lectura de la sociedad que lo produce” (Lanz, 1988).⁷

Por tal motivo el propósito de esta investigación, fue determinar a través del análisis de las representaciones sociales presentes en el discurso de las historias prácticas de vida de los residentes del programa de Postgrado de Medicina General Integral, los aportes y contribuciones del este programa en la formación del recurso humano que se requiere para la implementación del Sistema Público Nacional de Salud.

DEFINIENDO LA ÓPTICA

La metódica de esta investigación se ubica dentro del paradigma cualitativo, donde el enfoque fenomenológico - hermenéutico posibilitó la interpretación y comprensión de lo subjetivo subyacente, en una sinergia entre lo socio simbólico y lo socio estructural.

Ruíz (1989) señala que:

El paradigma cualitativo opera en dos dimensiones, no sólo se observan y graban los datos sino que se entabla un diálogo permanente entre el observador y lo observado, al que acompaña una reflexión analítica permanente entre lo que se capta del exterior y lo que se busca cuando se vuelve.⁸

En consecuencia la mirada cualitativa se realiza en contacto directo con el objeto de estudio y está siempre abierta a nuevos enfoques; permitiendo una gran flexibilidad metodológica. Actor-investigador y actor-informante, están en una relación de interdependencia e interacción permanente. Son sujetos interactivos y comunicativos que comparten significados.

Esta investigación estuvo centrada en precisar las representaciones sociales que están circulando en el imaginario colectivo sobre el saber y la práctica médica que el programa “Barrio Adentro” está generando en los médicos y médicas residentes del post-grado de Medicina General Integral (MGI) involucradas en el programa.

Los actores sociales sujetos de la investigación, fueron 08 profesionales de la salud (06 médicas y 02 médicos venezolanos/as incorporados al post-grado de Medicina General Integral (MGI) y que prestan servicios en la Misión Barrio Adentro I.

Para esta investigación cualitativa se utilizó la técnica de la entrevista focalizada en profundidad, lo cual implicó una auténtica intención de comprender al otro en su propio lenguaje y descubrir su universo subjetivo.

Las entrevistas se planificaron en torno a los siguientes aspectos:

a.- Motivaciones para el trabajo en Barrio Adentro: años de graduado, situación laboral previa al ingreso al MGI, experiencias comunitarias en el pre-grado.

b.- Post-grado de Medicina General Integral: Motivaciones, diseño curricular, saber y práctica médica, actividades de salud, fortalezas y debilidades, participación comunitaria, sugerencias.

c.- La Misión Barrio Adentro: Fortalezas y debilidades como Política de Salud del Estado venezolano.

Una vez realizadas las entrevistas fueron analizados sus contenidos, mediante las sugerencias metodológicas realizadas por Montero (1988) para el análisis de Historias de vida. Una vez depurados, categorizados y analizados los discursos, fueron elaboradas las reflexiones finales, las cuales fueron compartidas con los actores involucrados con esta temática.⁹

TRAS LA BÚSQUEDA DE LAS REPRESENTACIONES:

La estructura básica de la mentalidad occidental ha sido el racionalismo herencia del pensamiento griego. Estamos frente a una crisis de los fundamentos del conocimiento científico, filosófico y del pensamiento en general. Crisis que comienza a plantearse a mediados de este siglo y que no ha sido otra que la crisis del paradigma de la ciencia en cuanto modo de conocer. Estamos en un desafío epistemológico en función de encontrar los mejores caminos que nos permitan captar o aproximarnos a la esencia.

La historia de occidente ha tratado de representar la realidad de dos formas: La atomista-individualista la cual valora la objetividad, el determinismo de los fenómenos, la experiencia, la cuantificación. La relacional sistémica, estructural humanista por su parte privilegia

la red de relaciones como constitutivas de su ser íntimo. Esta forma ha tomado auge desde finales del siglo pasado valorando la conjunción y la integralidad. Era necesario modificar por completo la educación en el mundo hacia un proceso más integrador, más unificador, más totalizante y más holista. Era necesario un sistema más operativo. Hoy nadie puede fundar un proyecto educativo, en un saber definitivamente verificado y edificado sobre las certidumbres. Todo lo contrario de lo que se trata de es de fundar un nuevo modelo educativo basado en el método-camino. Un método-camino que posibilite transitar la experiencia de la pluralidad y la certidumbre en directa relación con la revelación de la multiculturalidad de las sociedades en el seno de la planetarización. Un método que se disuelve en el caminar. Es la posibilidad de encontrar en los detalles de la vida concreta individual y colectiva, la totalidad de su significado abierto y fugaz. Construir desde la realidad local sin recetarios centralizados que marquen el hacer. Esto definitivamente rompe con el espíritu del MGI.

El método-camino del que hacemos referencia, surge como un marco de acción fundamental para salir del pensamiento cartesiano. Se hace urgente romper con el pensamiento positivo de la causalidad lineal y caminar hacia una dinámica auto productiva y auto organizacional. Un pensamiento complejo que se sitúe entre lo uno y lo múltiple.

La complejidad es efectivamente el tejido de evento, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares que constituyen nuestro mundo fenoménico. La complejidad no es complicación es multiplicidad de factores que se cruzan y entrecruzan sin pretender dar explicaciones causalistas o finalistas. Un pensamiento complejo nunca es un pensamiento completo. Es un pensamiento articulante y multidimensional.

Si revisamos los postulados de la Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI no hay contradicción alguna entre los cuatro Principios básicos de todo proceso formativo a cualquier nivel: La educación debe tender hacia el desarrollo del Ser del Hacer, del Conocer y del Convivir y los postulados del MGI.¹⁰

Sin embargo, los discursos de nuestros/as entrevistadas/os nos están diciendo otra cosa. Todo el saber y la práctica que se despliega en la Misión Barrio Adentro es fundamentalmente medicalizada, centrada en la enfermedad y por supuesto mecanicista. Se centra todo este proceso en Hacer y Conocer. Esto evidencia

el fortalecimiento del Modelo Flexneriano, de la Salud Pública (funcionalista) y donde la comunidad es un simple agregado de gentes a las que hay que atender en sus contingencias de enfermedad (enfermología).

“La filosofía del diseño curricular es mas que todo, al inicio es abordar directamente a las comunidades, la familia y al individuo, donde se le hace una historia médica familiar, luego una dispensarización y se dispensarías por grupos a las familias y al individuo ves si corresponde al grupo II, al grupo I, grupo III y grupo IV. Lo otro es intercambiar conocimientos conjuntamente con los cubanos, donde vemos, todo lo que vimos en las universidades venezolanas, como son las diferentes enfermedades: respiratorias, digestivas, cáncer y todo ese tipo de patologías que vemos durante la carrera.” (Médica)

“La filosofía es más promoción, prevención en la salud. o sea medicina familiar abarcada, bueno también se abarca la parte curativa pero más que todo promoción y prevención” (Médico).

“...bueno, Atención Integral. Integrar a la comunidad con la medicina y que las mismas comunidades busquen solucionar sus propios problemas, tanto de salud como incluso algunos problemas sociales, en los que se nos permite participar. (Médica).

Definitivamente, queda evidenciada la crisis del discurso sanitario. Sus raíces las podemos rastrear en las limitaciones conceptuales, metodológicas y técnicas de la salud pública para responder a los desafíos planteados por las nuevas realidades. Observábamos una gran vaguedad en la utilización de los conceptos. La integración comunitaria se fundamenta en el empoderamiento y en democratizar y socializar los saberes y esto aún no está claro en las/los médicos/as entrevistadas.

Pareciera que la mirada integral, por demás compleja, sigue girando en torno a los planteamientos de la Epidemiología Clásica: HOMBRE-MEDIO-AGENTE CAUSAL. (Triada Ecológica). Sin dejar de mirar a esta tríada por demás importante, no podemos desconocer que abordar la mirada desde la integralidad, obliga a tomar en consideración toda una serie de aspectos que tienen que ver con la calidad, modos de vida y condiciones de vida. El enfoque sigue siendo desde la enfermedad, ahistórico e individualista. Se piensa (los/as médicas/os) que se hace medicina integral cuando se visita a las familias y a través de la ambulatorización para detectar y clasificar ENFERMOS/AS, o cuando se sigue utilizando la práctica del charlismo

como estrategia participativa sobre patologías exclusivamente. Esta representación encontrada, evidencia que el modelo asistencial- medicalizado centrado en lo curativo, se mantiene vigente y bien consolidado, constatándose que la Misión Barrio Adentro es expresión de ese paradigma, representándose como pequeños centros curativos - medicalizados.

Los argumentos para explicar tal hallazgo son apenas obvios. El paradigma tecno científico, caracterizado por la medicina moderna como único modelo explicativo de la salud y la enfermedad, es una teorización que plantea esta explicación como un fenómeno biológico de los seres humanos. Paradigma que no contempla otros factores que puedan explicar la determinación social del proceso salud - enfermedad individual y colectiva, aún cuando esos otros factores a considerar están ampliamente desarrollados en el diseño curricular del MGI. Esta reduccionista y miope manera de concebir la acción en salud, ha minimizado por completo el proceso de generación de conocimientos sobre la promoción de la salud. Esto ha impedido desarrollar en la comunidad una mirada que parta de la salud y su conservación y no de la enfermedad. Llama la atención cómo en el diseño curricular del MGI queda bien expresada la siguiente afirmación:

“De nuevo, tal como hemos enfatizado al hablar de sus habilidades en epidemiología, reafirmamos la visión de que el Médico General Integral es un clínico, no un agente de desarrollo comunitario. Pero, de la misma forma que en su consideración de aquella disciplina, debe reconocer la importancia de la organización e implicación de la comunidad en sus problemas, para la mejora de su nivel de salud, y favorecer y organizar la participación comunitaria en los procesos de toma de decisiones que se vayan dando en la dinámica del servicio de atención primaria.”¹¹

“La formación de este médico debe darse en un ámbito integrador multi, inter y transdisciplinario con el concurso de las ciencias básicas, clínicas, sociales, epidemiológicas y humanísticas necesarias; en un escenario de estudio-trabajo, que vincule al educando tempranamente con el individuo sano y enfermo, en todas las etapas del desarrollo de su ciclo vital, y en el contexto de la familia, la comunidad y el ambiente; con dominio de lo epidemiológico y lo ambiental y de los factores de riesgo individuales y

colectivos; con pensamiento crítico; sensibilidad y solidaridad para con sus semejantes y, en general, con la vida y la autonomía del ser humano, de tal manera que, ó resuelva correcta y prontamente los problemas que se le presenten, ó los refiera oportunamente y adecuadamente a aquellos niveles del sistema de salud que corresponda. Debe conocer los principios y relaciones psicodinámicos y psicosomáticos que se dan en las personas y los grupos humanos durante el proceso salud-enfermedad; desarrollar habilidades de psicología de grupos, liderazgo, comunicación y organización comunitaria...¹¹

Dos concepciones totalmente diferentes y contradictorias de lo que significa la medicina general integral y por supuesto, dos visiones en relación al desarrollo de competencias a ojos vista en confrontación epistémica.

Pensamos que las acciones preventivas que se están manejando en la Misión Barrio Adentro, no pueden seguir siendo reducidas a la búsqueda de relaciones causales eminentemente bio-ecológicas. Es necesario trascender hacia una dinámica de análisis de la salud y la enfermedad, como un hecho bio-sico-social donde tengan cabida los aspectos culturales y subjetivos a fin de privilegiar la palabra de los/as otros/as y sus necesidades sociales más sentidas.

Vale decir, identificar los condicionantes que influyen en el perfil epidemiológico de los colectivos humanos/as. Ese amplio e inexplorado mundo experiencial que tanto hace falta indagar para humanizar los saberes y las prácticas en salud. Bajo este nuevo paradigma, debe nacer una atención en salud que se nutra permanentemente del mundo simbólico de los otros/as para ajustar y adoptar las medidas preventivas de educación y fomento de la salud, acordes con la complejidad que encierra la salud individual y colectiva. Transectorialidad que obliga a utilizar todos los recursos de la comunidad en la búsqueda de la equidad y la justicia social; principios que orientan la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Además de una mirada, que conduzca a una planificación estratégica situacional, con el propósito de partir de necesidades sentidas desde las propias comunidades.

Lamentablemente, hay una clara contradicción entre lo que significa transitar por un paradigma centrado en la salud y la declaración que se hace “El Médico General Integral es un clínico, no un agente de desarrollo comunitario”. Queda entonces bien clara la

distancia entre el discurso y la acción. Por un lado se promueve la participación de la comunidad, y contrariamente se define con precisión el rol de Médico/ a General Integral como un clínico y no como un agente de promoción y desarrollo comunitario.

“... mira, uno por ejemplo en el círculo de abuelo, parte del trabajo de uno es todas las mañanas, antes de empezar, es irles a tomar su tensión, para ver si están aptos o no, hacerles su chequeo médico a cada uno de los viejitos. Darles también charlas sobre la alimentación, o como debe bajar el colesterol, porque hay muy malos hábitos dietéticos. Como ellos tienen que estar todos los días bien aseaditos, porque son gente de barrio, que a veces viejitos que se bañan una vez a la semana. En los círculos de las embarazadas toda la parte nutricional de la embarazada, como debe cuidarse su embarazo, porque es importante asistir a la consulta médica, darle charlas de enfermedades de transmisión sexual. En los círculos de adolescentes, igual, nosotros tratamos de que los adolescentes más problemáticos, de que ellos mismos allí hagan como su directiva, saquen su presidente, vicepresidente, su secretario. Entonces, son ellos mismos los que van planificando cuales son las charlas que uno les va ir dando a la semana y que ellos mismos cumplan con el horario preestablecido aparte del deporte, que tenemos un grupo de cubanos que se encargan de la parte deportiva y que son también los que hacen la parte de la bailo terapia y el deporte con los viejitos” (Médica)

“... en la mañana, consultas curativas, desde las 8 de la mañana hasta las 12. cuatro horas, viendo a veces hasta 50 pacientes en una mañana, que me parece que son demasiados pacientes para la atención de 2 médicos que estamos en la mañana realmente pasando la consulta. Porque, por más que tu quieras orientar, por más que uno quiera hacer prevención, promoción de salud en el momento de la consulta, a veces no puedes, sino que entonces, uno más que otro, porque no puedes, son demasiados pacientes que ve uno en la mañana. En la tarde, las visitas a los hogares, en mi caso que estoy haciendo ahorita la dispensarización, porque estoy recién en el módulo de Payita y todo lo que se refiere a la promoción y a la prevención de salud lo hacemos en la tarde, de 2 a 4pm. (Médica)

“Lo realmente novedoso en el Postgrado es la forma de clasificar la población, según el riesgo, llamado por los médicos cubanos: “dispensarización”. Sin embargo, es un trabajo que aquí nosotros lo realizábamos en los NAP, ambulatorios Tipo I, etc. Los

puntos a considerar para cambiar en le MGI: el sistema de evaluación, revisión de contenidos, sincerar la participación de los tutores ¿realmente son docentes?, las estrategias didácticas.” (Médica)

“...lo que le cambiaría al MGI, sería el enfoque, porque nosotros tenemos médicos cubanos como tutores, que es un médico que esta con nosotros todo el día, tratando de enseñarnos estrategias para manejar y controlar situaciones para mejorar las condiciones de la comunidad. Pero esto no depende del médico cubano ni de nosotros, sino del concurso de todos los involucrados: la comunidad y los organismos o entes oficiales, por supuesto que deben estar prestos para la ayuda de este programa. Porque hasta el día de hoy, los consultorios populares, en el estado Aragua no conozco ninguno, deberían estar por lo menos, consolidándose algunos de ellos” (Médica)

“...lo que más me gusta del MGI es la parte preventiva. Como estos cubanos realmente se esmeran en la parte de prevención y como integran la comunidad con el consultorio. Esa parte me gusta mucho. Y como uno comparte con la comunidad, desde todo punto de vista, no solamente desde el punto de vista médico, sino desde el punto de vista personal, desde el punto de vista deportivo, desde el punto de vista de reuniones, de fiestas, pues de todo. Sinceramente hay una buena interacción entre el consultorio y la comunidad” (Médica).

“Me gustaría cambiarle que fuesen más horas para la parte de atención de la comunidad y menos horas en la consulta curativa, que hay demasiadas horas y uno no puede enteramente cumplir con la parte de la comunidad” (Médica).

La palabra de los médicos/as nos confirma una vez más la vaguedad en el manejo de conceptos claves, la cual que viene dada por las contradicciones que se dan en el manejo de los conceptos.

A partir de la noción de que la Salud Pública trata con problemas de salud de poblaciones y que la Epidemiología es una disciplina básica del campo de la Salud Pública, se sustenta la tesis de que el objeto de estudio y de trabajo de la Epidemiología son los fenómenos de salud de poblaciones. Esto conduce a la necesidad de discutir el concepto de poblaciones humanas y, sus consecuencias prácticas para la investigación epidemiológica. La idea central es que lo poblacional constituye un nivel organizativo de la realidad, diferente al individual y que demanda abordajes conceptuales y metodológicos diferentes. No existe la

más mínima idea de lo que significa la arquitectura de la complejidad en la Salud Pública. La vaguedad de la que hemos hecho referencia, no permite a nuestras /os entrevistados tener las aproximaciones puntuales para hacer los deslindes pertinentes entre promoción, prevención, calidad de vida, participación comunitaria, atención integral, etc.

El saber y la práctica médica que se está desplegando en la Misión Barrio Adentro está marcada por una fuerte asociación entre las concepciones mecanicistas, el enfoque y la práctica clínica, el modelo preventivista, la epidemiología como estudio de las enfermedades y riesgos en poblaciones y una Salud Pública que prioriza las intervenciones sobre individuos enfermos o con real o supuesto mayor riesgo de enfermar. Tanto la mirada individual como colectiva no son excluyentes. La una es subsidiaria de la clínica y la otra esta orientada hacia la transformación de las condiciones de vida y los perfiles de salud de las poblaciones con énfasis en la promoción de la salud.

¿Cuál de los enfoques esta predominando? Los textos nos revelan que es el enfoque individual reforzándose la intervención curativa; tales como la atención de enfermos y diagnóstico precoz etc. El saber y la práctica médica aparecen como un conjunto de enfermedades y diagnósticos agrupados según cierta taxonomía.

“...dosifican cápsulas, dosifican tabletas; que para nosotros es una iatrogenia, y la otra cosa es que nosotros manejamos medicamentos, en el examen que tuvimos hace poco, nosotros utilizamos metronidazol para los protozoarios y ellos utilizan quinacrina, que para nosotros es completamente desconocido. Entonces tuvimos ese impase con los médicos cubanos, sin embargo ellos nos dijeron a nosotros que no, que teníamos que guiarnos por el libro texto. Entonces si estamos aquí para aprender o desaprender, no tenemos que utilizar el stock de lo que tenemos en nuestro país” (Médica).

Se hace imperativo resolver la gran contradicción. Por un lado hay una necesidad imperiosa de cumplir con los preceptos Constitucionales y por otro lado, la fuerza del pensamiento médico dominante hace que se legitimen unas representaciones sociales donde la salud y la enfermedad son fruto de acciones eminentemente individuales y altamente medicalizadas.

El discurso médico busca globalizar el concepto de promoción desde una nueva y dinámica relación: equipo de salud-comunidad proponiendo una relación multi-sectorial dirigida a modificar las condiciones de

vida y salud de las comunidades. El saber y la práctica en salud, están en la obligación de considerar cómo los hombres y las mujeres crean el sentido del mundo en que viven. Solamente así, programas como Barrio Adentro, pudieran integrar en su acción la potencialidad del saber que radica en los actores/as y en el conocimiento de la ciencia.

Dentro del modelo conceptual que se intenta consolidar en el MGI, la participación comunitaria ocupa un papel preponderante. El proceso comunicativo se convierte en un pilar fundamental para lograr aproximarse a los procesos participativos en salud.

Sin lugar a dudas en la Misión Adentro, hay una apropiación del saber en salud que se traduce en comunicación perturbada y en relaciones sociales distantes que marcan la exclusión del otro/a. Este desnivel comunicativo, no permite que se concrete la horizontalidad en los procesos interactivos, los cuales son, en última instancia, la condición sine qua non para garantizar no solamente el éxito de programas de este tipo, si no de una acción comunicativa transformadora.

El modelo comunicativo en salud imperante en el MGI, no permite acciones consensuadas. Al ser unidireccional el proceso, no puede haber ningún tipo de acuerdos entre las partes, por lo tanto, no existen criterios procedimentales para la toma de decisiones ni para la negociación cooperativa, ya que todo viene predeterminado por los planificadores/as cubanos/as a nivel central. Sin embargo, en el espíritu del diseño curricular del MGI se plantea otra cosa:

“El egresado, ha de poder comunicarse fluidamente con el individuo, la familia, los grupos sociales organizados y la comunidad, promoviendo la educación en salud de todos (as). Así mismo, este profesional debe saber comunicarse desde el primer nivel de atención con las otras instancias del sistema de salud y diseñará y ejecutará proyectos de investigación cualitativa y formativa, vinculados con su trabajo, con la finalidad de conocerlo mejor y transformarlo positivamente.”¹¹

A MANERA DE REFLEXIÓN:

Al reflexionar sobre los hallazgos más importantes de esta investigación, en relación al saber y la práctica médica desde el discurso de los residentes del Postgrado de Medicina General Integral, los podríamos sintetizar en los siguientes comentarios:

1. Se evidencia la persistencia de un saber y práctica

médica basado en el enfoque biomédico de la salud, es decir reduccionista, mecanicista, biologicista y fraccionado, basado en la visión mecanicista newtoniana de la vida. Es decir, totalmente ubicado en el modelo cartesiano.

2. Se observa, a través del discurso de los residentes del MGI con experiencia previa en la estrategia de Atención Primaria en Salud, que hay un limitado alcance de las estrategias de formación implementadas en los programas de formación (pregrado y ampliación) e implementación de esta estrategia, en lograr la conceptualización ideológica significativa de la Visión Holística e integral de la Salud.

3. No se evidencia que exista algún tipo de intento sistemático por incorporar en la formación de los residentes del postgrado de Medicina General Integral, otros tipos de saberes en salud, sino que la polémica y la discusión se centra exclusivamente en las opciones farmacológicas impuestas en el programa.

4. Se evidencia, reiteradamente, la presencia en un curriculum oculto en la implementación de las estrategias educativas para la formación de los Médicos Generales Integrales, que contradice las bases conceptuales de la Misión Barrio Adentro.

5. No hay evidencias, en la implementación del Programa de Medicina General Integral, de estrategias de formación epistemológica y conceptual, que ubiquen a los médicos y médicas respecto al propósito y la esencia ideológica de la Misión Barrio Adentro. Así como su posicionamiento en relación a su rol histórico, como sujeto social, en la implementación de las políticas sociales y de salud del Estado Venezolano.

6. En la práctica, la implementación del diseño curricular se da desde el enfoque escolástico y pedagógico, donde el proceso de formación del Médico de Medicina General Integral, se reduce a una transmisión ahistórica y apolitizada de conocimientos, que se basa en un entrenamiento no razonado de conductas y destrezas, previamente preconcebidas. (enfoque escolástico-conductivista), en una franca contradicción con el enfoque humanista-andragógico-constructivista, planteado en el Diseño Curricular del Postgrado MGI.

7. La salud, la promoción, la prevención, la participación y la organización comunitaria, son concebidas desde la visión simplificada y descontextualizada del enfoque funcionalista, que considera al colectivo como un conglomerado de

individuos, agrupables y clasificables, según una determinada característica (sexo, edad, presencia o no de una patología determinada, etc.) y no como sujetos sociales en constante interacción e interdependencia con su entorno ecológico socioeconómico y político.

8. No se evidencia una clara identificación de los Médicos/as entrevistados/as con los lineamientos de las políticas de salud de la República Bolivariana de Venezuela.

Finalmente, se recomienda como principal aporte de esta investigación, hacer una revisión sistemática e ideológico política, por parte de los entes rectores y orientadores de las políticas de salud, de las contradicciones epistemológicas e ideológicas que existen entre el curriculum oculto del diseño curricular del MGI y entre el fundamento ideológico de la Misión Barrio Adentro y de los lineamientos políticos que surgen a partir de los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Plan Estratégico Social. Ediciones del MSDS. Caracas. 2001.

2) De Negri, A. y Otros. Desarrollo de un Pensamiento Estratégico en las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y la Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social Caracas, 2002.

3) Gallardo, L. Elementos para una Discusión sobre la Izquierda Política en América Latina. Revista Pasos No 50. 1993.

4) González M. El Discurso Médico a Finales de Milenio. Representaciones Sociales. Tesis Doctoral. Universidad Central de Venezuela. 2002.

5) Córdova, V. Hacia una Sociología de lo Vivido. Caracas. Edit. Tropykos. 1995.

6) Jodelet, D. La Representación Social: Fenómenos, Concepto y Teoría. En: Moscovici, S. Psicología Social II. Argentina. Edit. Paidós. 1988.

7) Lanz, R. Razón y Dominación. Contribución a la Crítica de la Ideología. Ediciones de la UCV. 1988.

8) Ruíz, J. La Decodificación de la Vida Cotidiana. Métodos de Investigación Cualitativa. Universidad de Deusto. Bilbao. 1989.

9) Montero, M. y Otros. De la Historia de Vida al Análisis de Discurso. Reevaluación de la Metodología Cualitativa en el Campo Sociológico. VI Seminario FLACSO. Caracas. 1998.

10) Delors, L. Los cuatro pilares de la Educación. En: La educación encierra un tesoro. El correo de la UNESCO. 1999; pp. 91-103.

11) Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Post grado de Medicina General Integral. Macro Currículum. {Documento} 2003. Caracas.

Recibido: Marzo, 2008 Aprobado: Mayo, 2008
