

LA FORMACIÓN MÉDICA EN LA UCLA REFLEXIONES CRÍTICAS DEL DISCURSO MÉDICO

*Mercedes Franco **Teresa Hernández

RESUMEN

El presente estudio fue realizado para desarrollar una reflexión crítica acerca de la formación médica en la Venezuela del siglo XXI, interpretando realidades y consecuencias desde las voces de médicos expertos y jóvenes graduados formados en la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA). Es un estudio desde el paradigma cualitativo en la modalidad crítica interpretativa, la ruta metodológica fue la hermenéutica crítica y el análisis crítico del discurso. Se utilizó el muestreo intencional y la entrevista para recopilar la narrativa de los actores sociales, categorizándola e interpretándola contrastando voces de actores, teóricos y el autor como instrumento heurístico. Los resultados indican que la formación médica socializa el paradigma biomédico cuantitativo como opción única y válida en la producción de conocimiento y en el mundo académico, con un enfoque evolucionista, organicista, positivista y racional que fragmenta al ser humano. Esta formación académica se cumple en un sistema educativo dual: las universidades autónomas y la universidad bolivariana revolucionaria, con profundas diferencias entre ellas que generan perfiles de egresados contradictorios. La formación del futuro médico implica desarrollar el saber, el saber hacer, saber ser profesional y saber convivir. En conclusión, la formación médica debe cumplirse en centros universitarios calificados y certificados; sus egresados deben ser de alto perfil científico, tecnológico y humanístico los cuales deben dar respuestas pertinentes y oportunas a los problemas de salud de la población venezolana.

Palabras clave: instituciones de enseñanza superior, capacitación profesional, enseñanza, educación, docentes médicos

MEDICAL TRAINING AT UCLA REFLECTIVE CRITIC OF THE MEDICAL DISCOURSE

ABSTRACT

This study was conducted to develop a reflective critic about medical training in Venezuela in the 21st century, interpreting thoughts from the voices of expert doctors and young graduates from the Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA). This is a qualitative sociocritical study using critical hermeneutics and critical analysis of speech. Intentional sampling and interviewing was used to collect the narrative of the medical professionals. The results shows that medical training socializes the quantitative biomedical paradigm as the only valid option in the production of knowledge and in the academic world, with an evolutionist, organicist, rational and positivist approach, which divides the human being in parts. In Venezuela, a dual educational system exists: autonomous universities and the Bolivarian University with deep differences between them, which generate conflicting graduate profiles. Training of the future doctors implies developing medical knowledge, the know-how, learning how to be a professional and coexist with others. In conclusion, medical training must be performed in qualified and certified university centers; their graduates should have high scientific, technological and humanistic profiles which will allow them to provide pertinent and timely answers to the health problems of the Venezuelan population.

Key words: higher education institutions, professional training, teaching, education, faculty, medical

*Departamento de Medicina Preventiva y Social. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Decanato de Ciencias de la Salud, Barquisimeto, Venezuela. [correo electrónico: mercedesfranco@ucla.edu.ve](mailto:mercedesfranco@ucla.edu.ve).

**Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Instituto Pedagógico de Barquisimeto Luis Beltrán Prieto Figueroa, Barquisimeto, Venezuela.

Recibido: 16/06/2020
Aceptado: 16/07/2020



[Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

INTRODUCCIÓN

El proceso de formación médica es largo, complejo, exigente, con gran cantidad de asignaturas que reclaman horas presenciales, investigación y preparación de actividades, así como muchas horas de prácticas clínicas y trabajo en comunidad. Este proceso persigue como fin fomentar la estructura científico-técnica e ideológica de los estudiantes, la cual se fundamenta y reproduce a través de la práctica continua del paradigma biomédico.

Cuando se habla de lo “biomédico” se hace referencia al estilo de intervención científica y de práctica médica caracterizado por la objetividad positivista el cual no es más que un enfoque científico técnico, enfocado en lo biológico, que aborda el fenómeno salud, enfermedad y atención de seres humanos. En los últimos 20 años, la educación médica ha desarrollado grandes cambios, los programas de Medicina incorporaron diversas innovaciones tales como currículo por competencias, programas de educación integrados por ejes, así como desarrollo de modalidades semipresenciales y presenciales al implementar educación a distancia usando las tecnologías disponibles en la actualidad.

En las estrategias educacionales se aplica aprendizaje colaborativo, por proyectos, aprendizaje basado en problemas, aprendizaje de grupos pequeños, educación moral, aprendizaje reflexivo en bioética; todos buscan enfatizar el trabajo con los estudiantes en los procesos de aprendizaje más que en la transferencia pasiva de información basada en el uso de la memoria. Progresivamente se ha generado una mejor integración de conocimientos y programas al reconocer que dicha integración actúa como facilitadora del aprendizaje coherente, continuo y duradero. Por otra parte, el aprendizaje crítico hace que el estudiante sea capaz de avanzar en la toma de decisiones autónomas que desde el inicio de la carrera le van permitiendo desarrollar habilidades de pensamiento clínico.

El interés general en la atención centrada en la calidad del proceso formativo busca que el estudiante obtenga elementos valiosos que le

permitan avanzar en su forma de abordar las realidades vida, salud, enfermedad y muerte, enriqueciendo progresivamente las herramientas adquiridas para atender problemas y situaciones del área de la salud a nivel individual, familiar y colectivo.

Los objetivos del proceso formativo deben responder a las necesidades reales de la sociedad: equidad, calidad, eficiencia y relevancia del proceso formativo. El estudiante debe hacer propios estos objetivos y usarlos de manera sistemática para que su práctica de estudiante y a futuro como profesional sea pertinente y eficiente. El principal objetivo es la formación de profesionales médicos de alto nivel científico, tecnológico y humanístico capaces de analizar, enfrentar, plantear soluciones y resolver los problemas del área de la salud en personas y grupos humanos, de la manera más rápida, eficiente y humana posible. En este proceso de cambio también se busca activamente la integración de las áreas básica, preclínica y clínica. Hay mucho por hacer para lograr esta meta de real integración.

Al final, el conocimiento médico adquirido por el estudiante debe convertirse en herramienta útil que facilite el hacer, evitando la dependencia en el proceso de memorización y permitiendo el desarrollo del hacer sabiendo lo que se hace, así como de las habilidades comunicativas y de relaciones humanas respetuosas tanto como la capacidad de ejecutar los procedimientos médicos de la mejor manera posible con los recursos disponibles. El estudiante ha de mostrar capacidad de buscar y encontrar información valiosa, procesarla, resumirla, criticarla y aplicarla en el abordaje de la realidad que lo ocupa. En su vida de estudiante y como futuro profesional, ha de ser un médico con alto sentido humanista, ético y con capacidad de autocrítica reflexiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio es de tipo cualitativo y su modalidad es crítica interpretativa subjetivista. Se empleó la teoría crítica desde la hermenéutica crítica planteada por Gadamer⁽¹⁾ y Habermas⁽²⁻⁵⁾ en los años sesenta aplicando el análisis crítico del discurso de Van Dijk^(6,7).

El estudio fue realizado en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA) ubicada en la ciudad de Barquisimeto, estado Lara, Venezuela durante el periodo 2015-2016. La UCLA es una universidad autónoma ubicada en la región Centroccidental del país. El Decanato de Ciencias de la Salud tiene como misión la formación de recursos humanos de alto perfil científico, tecnológico y humanístico, con valores éticos, deontológicos y franca disposición al servicio comunitario. Esta institución forma profesionales de enfermería y medicina capaces de entender el proceso salud-enfermedad con una visión multidimensional. Estos profesionales deben ser capaces de generar conocimientos que aporten soluciones a los problemas de la población. Sus acciones están orientadas hacia la promoción, prevención, restitución y rehabilitación de la salud del individuo, la familia y la comunidad.

La selección de los informantes se realizó de manera intencional, al reconocerlos como voces calificadas y sumergidas en la realidad que se pretendía abordar. Sus aportes permitieron constatar la existencia de una problemática en la realidad, que pudo ser estudiada desde el paradigma cualitativo. ¿Quiénes son los actores? Personas que por sus experiencias y relaciones son consideradas fuentes primarias de información: investigadores-docentes y médicos egresados de la UCLA. Su escogencia respondió a rasgos representativos basados en criterios de comprensión, pertinencia y compromiso de participación en el estudio.

Para recoger la información aportada por las voces de los actores se usaron la entrevista preliminar con protocolos de conversación semiestructurados, grabaciones, testimonios focalizados y revisión de documentos. Se trabajó junto a los actores sociales de manera dialógica e intersubjetiva, colocando las voces protagónicas que se revelaron en testimonios y entrevistas que fueron grabadas. La credibilidad del estudio se alcanzó por triangulación y retorno de la evidencia a los actores involucrados. En el estudio se utilizaron tres tipos de triangulación descritos por Martínez Miguélez⁽⁸⁾ (ob cit. p175): a) la triangulación de técnicas: entrevistas, testimonio focalizado; b) revisión de documentos facilitados por los médicos docentes 1 (MD1) y c)

triangulación de evidencias entre actores, entre actores y autores y entre actores, autores y la herencia cultural del investigador. El retorno de la evidencia a los entrevistados les permitió reconocer sus testimonios, aclarar información o profundizarla y conocer los avances en sus interpretaciones. Al triangular la información obtenida de los actores sociales, los teóricos revisados y la herencia cultural del investigador, se alcanzó la credibilidad del estudio.

La interpretación de la información obtenida fue abordada por: el análisis crítico del discurso, explorando los niveles macro y microdiscursivo, codificación, categorización, relación entre categorías y triangulación entre actores sociales, entre actores y autores consultados y el capital cultural del investigador.

En la entrevista preliminar se realizaron preguntas exploratorias; con esas primeras respuestas se construyó el guion de preguntas para explorar el tema con mayor profundidad en entrevistas posteriores. Durante las conversaciones iluminadoras con los actores sociales y en el diálogo que posteriormente se estableció con los entrevistados, autores y percepción del investigador, fueron emergiendo distintas facetas de lo que al inicio eran incidentes cotidianos para los actores. El plan de interpretación y análisis sistemático de la evidencia se puede observar en el cuadro 1.

La categoría y subcategorías generadas a partir de las evidencias se describieron siguiendo el discurso de los entrevistados. Al escuchar repetidamente sus testimonios, se pudo identificar e interpretar aplicando el análisis crítico del discurso. Los entrevistados fueron codificados: Médicos docentes MD1, MD2 y MD3 y Médicos jóvenes M1 y M2. Al triangular todas las voces surgieron una categoría y cuatro subcategorías siendo evidentes las relaciones entre ellas. La síntesis interpretativa final de los hallazgos señaló el curso de pensamiento para esbozar la teoría emergente.

La categoría “Formación Médica” tiene cuatro subcategorías: 1) Atributos: características que delimitan la categoría; 2) Propiedades: las reglas que definen el funcionamiento de la categoría; 3) Objetivos: metas que persigue la categoría y 4)

Variaciones: diferentes tipos de expresión de la categoría. La descripción de la categoría y subcategorías se puede observar en la figura 1.

ETAPAS	TAREAS	CATEGORÍAS
I Codificación Explícita	Descripción de categorías. Comparar incidentes en la evidencia: Triangulación: entre actores, de actores y autores, actores, autores y autora.	1. La Formación Médica.
II Análisis Sistemático del Discurso	Integrar categorías y propiedades. Relacionar categorías. Síntesis interpretativa.	Para cada temática. Capítulo IV de la tesis.
III Elaboración Creativa de la Aproximación Teórica	Delimitar enunciados de la teoría. Construcción mental conjetural.	Enunciados de la Teoría emergente. Capítulo V de la tesis.
IV Teoría Emergente Integradora Obtenida por Crítica Reflexiva	Escribir la teoría, desarrollo de esquema teórico integrador (Componentes y vínculos conceptuales). Consideraciones de cierre.	Capítulo V de la tesis. Capítulo VI de la tesis.

Cuadro 1. Plan de interpretación y análisis sistemático de la evidencia. Decanato de Ciencias de la Salud, UCLA.



Figura 1. Categoría “Formación Médica” desde las voces médicas. Decanato de Ciencias de la Salud, UCLA.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al comparar los testimonios de los cinco actores se encontraron muchas coincidencias y algunas diferencias; los médicos expertos emiten sus opiniones desde la experiencia vivida y los roles como médicos que han ejercido mientras que los médicos jóvenes recuerdan lo vivido como estudiantes y comparan esto con lo que experimentan en su ejercicio como médicos recién graduados. Ambas perspectivas son válidas para construir una idea acerca de lo que ha sido, es y puede ser la formación médica en Venezuela y de la UCLA. Desde la perspectiva del MD1 la formación del médico debe ser científica y actualizada; también debe enseñar a los estudiantes a conocer y comprender al ser humano como unidad física, psicológica y sociocultural. Esta formación debe cambiar para adaptar el perfil de egreso de los graduados a las necesidades, retos y posibilidades del siglo XXI.

El médico no puede iniciar su formación disecando cadáveres; su formación debe comenzar con el desarrollo de una clara visión del hombre sano en su totalidad, sabiendo distinguirlo del hombre enfermo de tal manera que cuando llegue a la etapa diagnóstica, no dirija su atención sólo a el cuerpo sino que el estudiante sea capaz de pensar en ese ser humano en su totalidad, complejo, como unidad biológica, psicológica y sociocultural.

Al revisar el testimonio del MD1, llama la atención el énfasis dado a la necesidad de la formación científica sin olvidar la necesidad de desarrollar el paradigma interpretativo comprensivo, el desarrollo de un sentido crítico que permita al estudiante valorar las bondades de los distintos paradigmas para conocer, comprender, servir al ser humano en su totalidad biológica, psicológica, sociocultural, a las familias y a la comunidad en la salud y en la enfermedad. El MD1 reflexionó al respecto y dijo *“en Venezuela la formación médica es en el paradigma positivista, basada en el método científico. El objeto de estudio es la enfermedad y se basa en la medicina hipocrática, el método predominante es el anatómico-clínico para diagnosticar y tratar las enfermedades. En este sentido, las facultades de medicina sólo ponen apositos en el abordaje de salud al enfocarse sólo en lo biológico, porque el ser humano es un todo, no partes separadas y*

sacadas de contexto. Se han olvidado de la medicina psicológica, medicina social, medicina y cultura. Estamos enseñando una medicina de tiempos pasados, adornada con los recursos tecnológicos de hoy”.

Este experto MD1 señala que las Facultades de medicina cometen un error al enfocarse en la dimensión biológica al abordar al ser humano, porque deja sin atender la totalidad, además de estudiarlo por trozos y fuera del contexto de la vida cotidiana. En su opinión, esto puede explicar porque no se resuelve el fondo del problema que genera la enfermedad; por esto no se atienden las causas reales de la enfermedad y “*sólo ponen apósitos en el abordaje de la salud*”. En palabras sencillas esta frase equivale a decir “*sólo ponen paños de agua tibia que alivian pero no curan al enfermo*”.

Al estudiar al ser humano obviando los factores sociales, culturales y psicológicos que lo afectan, el diagnóstico que realizan los estudiantes y los médicos graduados es limitado e incompleto. Por lo tanto, los esquemas de intervención y tratamiento son insuficientes, incompletos y de efectividad parcial.

Es duro escuchar la frase “*estamos enseñando una medicina de tiempos pasados con recursos tecnológicos de hoy*”. Parece ser cierta tal afirmación ya que muchos médicos actuales son más expertos en hacer diagnósticos usando tecnología que en escuchar a sus pacientes mientras narran los sufrimientos de su vida cotidiana y su enfermedad. El MD1 continúa “*el modelo biomédico actual es reduccionista, su hegemonía explica la tremenda amputación que se ha hecho del ser humano al sacarlo de su contexto para estudiarlo. El ser humano es producto de la biología y cultura siendo que el despliegue de sus posibilidades está y estará subordinado a estos dos factores. Gracias a la biología y cultura, se vive en un mundo de símbolos, valores, aprendizaje y experiencias compartidas, se hace un proyecto de vida y al final se vive aceptando que es mortal. Las instituciones formadoras de médicos siguen este paradigma positivista y reduccionista al estudiar al ser humano; su tendencia es a formar tecnólogos de la enfermedad, ya no forman expertos en salud. En este sentido, la formación de los profesionales de la salud se ha ido deformando, lo cual limita sus respuestas pertinentes a la salud integral de la sociedad*”.

Al escuchar al MD1 se puede reconocer su formación profundamente humanista, sus reflexiones revelan un lenguaje antropológico y filosófico, las grandes implicaciones existenciales que se revelan en la vida, salud, enfermedad y muerte del ser humano. Cuando el testimonio señala “*... la gran amputación que se ha hecho del ser humano al sacarlo de su contexto para estudiarlo*” se recuerda los postulados de la medicina psicosomática⁽⁹⁾, de la medicina antropológica^(10,11) y más recientemente, los hallazgos de la psiconeuroinmunología⁽¹²⁾. Esta última experiencia interdisciplinar en el campo médico reivindica la importancia de la vida, emociones, conflictos, sufrimientos en la estructura y funciones del cuerpo humano.

Sin duda, la amputación de la totalidad del ser humano que hizo el paradigma positivista, ha generado serias dificultades para conocer el proceso salud-enfermedad en toda su extensión. Este hecho ha generado respuestas creativas en el mundo, tratando de corregir el error para reunificar los conocimientos y la ciencia.

Al escuchar el modo de percibir la realidad del humano en vida, salud, enfermedad y muerte que expresa el MD1, y que aplica desde hace más de cincuenta años en su práctica como médico, docente e investigador, se siente un halo de esperanza porque se sigue revelando el potencial de cambio de la medicina. Un cambio que puede ser implementado desde la perspectiva amplia que convoca a otras disciplinas a avanzar en la producción de conocimientos y formación médica, para mejorar la atención de salud y de ese modo servir mejor a la población que anhela mantenerse sana, recuperar su salud perdida y aprender estilos de vida saludables para ellos, sus familias y la comunidad.

El MD1 comenta lo que considera el origen de la crisis de la medicina “*esta crisis de la que hablamos expresa limitaciones del paradigma que sostiene a la medicina actual y no deben ser ignoradas porque es un rasgo fuerte de riesgo, no es suficiente un sólo método como el científico para estudiar al ser humano en salud y enfermedad, se hace necesario incluir un paradigma que valore lo subjetivo de ese ser humano y que permita estudiar el mundo de relaciones donde hace vida el paciente. Es necesario un paradigma que permita abordar la interacción humana. Al unir estos*

paradigmas en la investigación (positivista e interpretativo) en la formación y la práctica médica, se reunificará al paciente, su vida y experiencia en la interpretación del proceso salud-enfermedad, de manera dialógica, dando mayor énfasis al diálogo para hacer el diagnóstico, al decidir tratamientos. El diálogo médico-paciente es el único instrumento de penetración en la intimidad y en la vida del paciente, sus creencias, valores, símbolos y realizaciones. Es en la historia de vida del paciente donde se encuentran los diagnósticos que permiten resolver los problemas de salud de raíz. La formación médica no hace énfasis en estos aspectos. Para reunificar al ser humano, la medicina debe dar un vuelco, un gran salto que no es seguro que se esté dispuesta a hacer”.

Cuando el MD1 profundiza en sus reflexiones acerca de la formación médica puntualiza que *“el modelo biomédico es reduccionista, ha hecho una gran amputación del ser humano. Gracias a la combinación biología y cultura el hombre vive entre símbolos, valores, experiencias y aprendizajes compartidos, vive una serie de ciclos y crisis biológicas y existenciales, algunas reversibles y otras no”*. El MD1 ubica en este terreno el surgimiento de la enfermedad. Este versionante exhorta a los médicos y a la medicina como ciencia a retomar esas reflexiones acerca de la integralidad del ser humano.

Hasta hoy, el MD1 insiste en la necesidad de incluir en el abordaje de la salud y enfermedad humana, un paradigma que permita abordar el importante proceso de interacción humana. Crítica que la formación médica en nuestras universidades no presente disposición a incorporar estos cambios; al cierre de la entrevista con tono pesimista expresó *“para reunificar al ser humano, la medicina debe dar un vuelco grande, un gran salto que no estoy seguro esté dispuesta a hacer”*. Después de tantos años de lucha para introducir cambios en la medicina y sentir que no lo logró, se puede entender su pesimismo.

En otro orden de ideas, es fundamental adentrarse en el terreno de la formación ideológica cultural que se cumple en la universidad venezolana. Es claro que la universidad responde a la ideología de estado y sociedad en sus planes curriculares. En el proceso de formación ideológica cultural, la universidad determina las formas de ver el mundo que trasmite a sus estudiantes y a sus

profesores. Se dice que la institución coloca los lentes con el cristal que aspira sea vista la realidad del eje salud-enfermedad-atención: significados de la vida, qué se considera un ser humano sano, qué importancia tiene el cuerpo en la vida humana, la valoración de la vida-salud, significados de la enfermedad, sufrimiento y muerte y aspectos acerca de la relación médico paciente y médico comunidad que deben ser enfatizados.

La formación ideológica se cumple en un contexto socio cultural, histórico, político y económico determinado. Si en los planes de estudio se sigue replicando el paradigma hegemónico positivista y reduccionista, conociendo las serias limitaciones que plantea para atender las necesidades de salud, el hecho no es casual, digamos que tiene intencionalidad.

Sacar al ser humano de su contexto sociocultural, familiar, educativo, laboral, de convivencia, limita los diagnósticos de su verdadero estado de salud; al no cumplir un diagnóstico integral, los tratamientos son limitados, enfocados en intervenciones biologicistas, farmacológicas, quirúrgicas en su mayoría, por lo cual no se resuelve de fondo el problema de salud.

El sistema lo sabe, las autoridades de salud lo saben y los académicos también. Entonces ¿Por qué no han cambiado los planes de estudio para ajustarlos a la realidad? La perspectiva de Van Dijk^(6,7) (ob. cit.) dice que *“los grupos dominantes son capaces de establecer, mantener y legitimar su poder usando ampliamente sus recursos discursivos, controlando canales de comunicación, recursos, planes de estudio, el contexto donde se movilizan los actores sociales, controlan textos, discursos, lo permitido y lo prohibido, controlan las mentes y las acciones de los subordinados...Es así como los subordinados cumplirán las acciones que más convienen a los poderosos. La ideología es un mecanismo de control y reproducción del modo hegemónico de los grupos dominantes”*(p. 28).

Se puede entender el porqué a pesar de los esfuerzos realizados por académicos, investigadores, estudiantes, filósofos y antropólogos durante décadas en distintas universidades del país, el paradigma biomédico hegemónico sigue adelante, haciéndose ciego y

sordo a las voces que piden cambios; también se entiende porqué la medicina como ciencia no muestra señales de querer dar el salto que representa unir paradigmas que la conduzcan a su reunificación.

Cuando el médico no es capaz de comprender las condiciones de vida que están dando base o sustrato a las enfermedades individuales, familiares y colectivas, no puede pensar en los altos costos de los exámenes que solicita para diagnosticar o el costo real de las medicinas que indica a su paciente, cuando no piensa en las serias dificultades que enfrentan sus pacientes para conseguir alimentos, medicinas, trabajo, vivienda, ese futuro médico no puede ejercer una práctica médica integral mientras duren sus prácticas de pregrado ni al salir al campo laboral ya graduado.

Si no aprende a ver al ser humano en su complejidad y ubicado en el contexto de vida cotidiana, el futuro médico en formación atenderá y diagnosticará lo que alcance a ver, el tratamiento intentará corregir lo que percibió y el paciente sentirá que su problema de salud no se resuelve del todo. En el mejor de los casos, sanará y de no hacerlo, buscará otras opiniones biomédicas o sociomédicas, aún en contra de la opinión del médico que lo ha tratado.

El actor MD2 habló con preocupación acerca de la formación médica en la actualidad *“creo que la universidad tiene la obligación de presentar a los estudiantes diversas posturas, autores, para que pueda hacer una revisión crítica de lo presentado y tomar su postura personal. El paradigma de la educación médica en Venezuela es medicina basada en la clínica y la discusión de casos. Por supuesto, se necesita cambiar esa educación médica en las universidades autónomas: trabajar más con la epidemiología local, nacional y regional. Pero no tenemos acceso a datos epidemiológicos actualizados desde hace 16 años. Es necesario reforzar el despistaje clínico dado que la tecnología de diagnóstico es demasiado costosa; mejorar la red de atención pública de salud, que los jóvenes sean incorporados desde que se gradúan; también es urgente mejorar la producción y distribución de medicamentos a nivel nacional”*.

Esta docente de la UCLA, clínica en ejercicio desde hace más cuatro décadas, reconoció que las condiciones actuales de la universidad, las

condiciones actuales de los centros de salud donde realizan sus prácticas los estudiantes de medicina, se han deteriorado aceleradamente en los últimos dieciséis años. Le preocupa el énfasis curativo de los servicios de salud pública, el abandono de la medicina preventiva, el excesivo número de pacientes que son atendidos en los ambulatorios y hospitales. La MD2 es enfática al responder *“es urgente trabajar más en prevención, hay áreas como cardiología pero, en áreas como accidentes, drogadicción, nuevas enfermedades y nutrición, falta trabajo. En nutrición vemos preocupados cómo las dietas chatarra generan más obesidad en niños y adultos, dislipidemias, diabetes e hipertensión arterial. La mejor forma de aprender a ser médico es trabajar con clínica, con casos reales, discusión conjunta con expertos, reflexión conjunta acerca de la historia de vida del paciente, estudiar mucho: del paciente al libro y del libro al paciente. El objetivo es formar médicos de alto perfil científico, tecnológico y humanístico y que salgan a trabajar avalados por la universidad autónoma. La universidad bolivariana no está dando buena formación. Reiteradamente les pedimos el pensum de estudios desde el colegio médico y nunca lo han entregado”*.

El abandono de la medicina preventiva en Venezuela ha generado situaciones que comprometen la salud poblacional, reaparecieron enfermedades infecciosas que habían sido erradicadas (tuberculosis, difteria, sarampión), aumentando los casos de malaria, mal de Chagas, dengue, así como los casos de desnutrición infantil, muerte perinatal, entre otras. La escasez de insumos médicos y medicinas dificulta la resolución exitosa de los casos que siguen aumentando su frecuencia.

De manera superficial menciona su preocupación acerca de la formación médica que se cumple en la Universidad Bolivariana; en su actividad como gremialista desde el Colegio de Médicos de Lara, ella revisa el pensum de la carrera médica, de postgrados, programas de asignaturas; planteó que en varias oportunidades solicitaron a representantes de gobierno el pensum de estudios de la carrera médica de la Universidad Bolivariana o de la Universidad de la Habana donde estudian jóvenes venezolanos y las autoridades ignoran tal solicitud. Queda claro entonces que el proceso formativo ha dado señales de deterioro en este contexto en el cual

se encuentra inmerso el país, desde hace dieciocho años.

Sin negar las dificultades que en la cuarta república presentaba el ambiente universitario, no se puede hacer vista ciega de la tremenda crisis formativa que se enfrenta hoy en Venezuela, crisis que se ha profundizado durante el proceso revolucionario en la universidad venezolana, especialmente en el campo médico.

La crisis no sólo está en la deficiente formación del personal médico graduado como médicos integrales comunitarios (con improvisación en el diseño curricular, fundamentos de la carrera, elaboración del perfil profesional, desconexión con las necesidades reales de la población venezolana, escasa formación científica, tecnológica y humanística, sin las horas de clínica y práctica hospitalaria necesarias, entre otras). También se agrava ante la renuncia masiva de médicos en hospitales del Estado (por bajos sueldos y obligatoriedad de asumir a los médicos integrales mal entrenados como personal hospitalario cuando fueron entrenados para atender centros de salud en centros rurales y urbanos).

Se evidencia este hecho en la salida de quince mil (15.000) médicos del país⁽¹³⁾, lo que ha dejado desiertos los concursos de postgrado. Ante tal situación, el estado autorizó a los médicos integrales para hacer postgrados sin cumplir los requisitos académicos previos.

Estas distorsiones en la formación y la práctica médica en Venezuela han promovido la atención médica de baja calidad en todo el territorio nacional. Es triste que el Estado en lugar de promover el sistema integrado de salud que tanto necesitamos, se dedica a destruir la red de hospitales universitarios que apoyan la atención de la población y la formación dentro de la red hospitalaria de los médicos jóvenes que forman parte de la generación de relevo.

De acuerdo a lo expresado por el MD3 se percibe cómo el médico caracteriza la formación que se aspira cumplir dentro de la universidad para, seguidamente, resaltar su postura crítica reflexiva acerca de las condiciones actuales de la

formación médica de la UCLA. Su voz es fuerte y reveladora *“cuando hablamos de formación médica nos referimos al largo y complejo proceso educativo que viven los estudiantes para convertirse en profesionales de la medicina aptos para ejercer como médicos en la red de atención primaria en salud. Implica aprender a saber, a saber hacer, aprender a ser persona y a convivir. La carrera es larga (seis años de formación) y permite el desarrollo de un perfil científico, tecnológico y humanístico. Después de vivir ese proceso, los médicos se insertan en la red de atención primaria de salud bien entrenados. Lamentablemente, en la actualidad, este componente comunitario se desarrolla más en el aula porque las salidas de campo se ven limitadas por falta de recursos, falta de transporte o creciente inseguridad. Creo en la tríada universidad, servicios de salud y comunidad como elemento formador de gran influencia en los estudiantes. Nuestros estudiantes conocen las creencias y prácticas de salud populares en quinto año, ya están maduros, conocen la medicina científica y el funcionamiento de los servicios públicos de salud”*.

Al hablar de la carrera médica, el MD3 resalta las características del proceso ideal de formación *“saber, saber hacer, saber ser y saber convivir, expresados en distintos documentos de la UCLA (currículo, fundamentos, currículo por competencias de la carrera médica)”*. Describió el perfil ideal de formación científica, tecnológica y humanística, aunque, de acuerdo a investigaciones previas realizadas en el Decanato de Ciencias de la Salud, la currícula de la carrera médica tiene más del 87% de asignaturas de corte científico tecnológico y sólo 13% de asignaturas de contenido humanístico. Acto seguido, el MD3 reflexiona acerca del serio problema que presenta la formación médica *“tenemos un problema serio en la universidad en la formación médica. En primer lugar existe un desfase teórico-práctico en la educación médica en la UCLA; les enseñamos el ABC de la práctica médica, pero cuando los egresados van a la realidad laboral encuentran que no coincide lo aprendido con lo que tienen que afrontar. Al egresar tienen que adaptarse a las condiciones que encuentren en su medio de trabajo. En segundo lugar, en este Decanato los llevamos a la comunidad en la medida de lo posible, los estudiantes hacen prácticas en centros hospitalarios que trabajan en conjunto con la universidad. Aprenden lo esencial, el Juramento Hipocrático, primero no hacer daño. Pero ese deber ser que aprenden como bachilleres choca muchas veces con la realidad de carencias, incertidumbre y escenarios que cambian rápidamente para trabajar. En realidad, tienen*

que trabajar con lo que tienen a la mano, con lo que hay, ser creativos, manejar lo mejor posible los recursos que pueden conseguir. Y a veces de verdad, no hay recursos. En tercer lugar, antes se entrenaban a los estudiantes para ser líderes en la comunidad, en sus hospitales y ambulatorios. Eso se hacía con las experiencias de cogobierno estudiantil y en los trabajos con docentes líderes. En esas experiencias aprendían a trabajar para obtener no sólo beneficios personales o para el grupo de estudiantes sino que era importante mejorar la institución para beneficio de todos. Eso ha cambiado”.

Esta voz calificada y respetada dentro del mundo académico, reflexiona acerca de los cambios curriculares posibles y las serias deficiencias presupuestarias que obstaculizan el cumplimiento de los cambios necesarios. Por otra parte, gran interés despiertan los testimonios de médicos jóvenes M1 y M2 acerca de su formación. El testimonio del M1 revela la perspectiva del estudiante egresado de la UCLA, *“la formación durante la carrera médica es muy exigente. Entramos a estudiar demasiado jóvenes e inmaduros, no nos conocemos, no sabemos ponernos en los zapatos del otro, la mayoría de los docentes son duros, distantes, dicen que la Medicina es todo, es lo único importante, promueven la competencia entre compañeros. Esos docentes distantes no contemplan la parte humana de los alumnos, no les interesa, Ellos exigen y hay que cumplir, no hay espacio para conversar de los asuntos humanos. Como bachilleres enfrentamos ambientes educativos poco amenos, nos presionan demasiado por la cantidad de tareas a cumplir más que por la calidad de nuestros productos. El pensum es rígido, extenso, todo es importante, no se establecen prioridades. Yo me pregunto: ¿Dónde están los docentes que muestren con su ejemplo la relación médico-paciente ideal? Durante la carrera médica no se habla de los nuevos paradigmas de la ciencia tales como la epigenética, neurociencias, neuroinmunología, medicina psicosomática, ludoterapia, vida y salud espiritual. En el Decanato lo importante es anatomía, fisiología, bioquímica y farmacología. En las historias lo esencial es el diagnóstico biológico y bacteriológico. Lo demás ni se aborda ni se conversa. No hay interés en explorar lo emocional, familiar, psicológico o espiritual”.*

El testimonio del M1 toca un punto fundamental para entender las dificultades que enfrentan muchos estudiantes al comenzar la carrera de medicina. Entrar muy jóvenes a una carrera que desde sus inicios les exige

habilidades más propias de adultos que de adolescentes como por ejemplo la escucha empática, la percepción de complejidad del ser humano, la reflexividad permanente, ser capaz de evaluar las causas y consecuencias de su quehacer en el contacto con sanos y enfermos.

También se exige al estudiante tener una clara percepción de las posibilidades de evolución y pronóstico en los pacientes, ser capaces de ponerse en los zapatos del otro, responder de manera rápida y efectiva, mostrar flexibilidad ante las opiniones contrarias, estudiar materiales de compleja lectura y mostrar habilidades de lenguaje y comunicación.

Los estudiantes de medicina están obligados a estudiar muchas asignaturas, cada docente le insiste que hay asignaturas muy importantes compartiendo tiempo y recursos con las llamadas asignaturas de relleno (ciencias sociales por ejemplo), horarios extendidos, continuas evaluaciones; es frecuente la competencia entre compañeros para alcanzar las mejores notas, muchos docentes les exigen pensar, hablar y reaccionar como adultos cuando apenas tienen 17 a 21 años.

Si a lo que ha sido descrito se le suman los docentes distantes que exigen sin medida, ambientes poco amables, predominio de actividades de aula con métodos tradicionales de enseñanza, evaluaciones permanentes la mayoría memorísticas y las menos, de lectura y procesamiento de alta complejidad y reflexividad, se pueden entender las dificultades que viven muchos estudiantes dentro del Decanato.

Si el estudiante durante seis años percibe que no es importante, relevante y necesario prestar atención a los aspectos emocionales, psicológicos, espirituales y familiares ni de los estudiantes, ni de los pacientes en el ámbito académico, en los hospitales y ambulatorios, no se puede esperar que al egresar de la universidad por arte de magia, comience a valorar estos aspectos tan importantes en la expresión de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. La institución universitaria marca en el estudiante el paradigma científico que socializa. También les

marca el paradigma en el mundo de las relaciones con los otros seres humanos.

La departamentalización dentro del Decanato de Ciencias de la Salud sigue defendiendo territorios de influencia. En esas condiciones es difícil avanzar hacia nuevas propuestas curriculares, trabajo multidisciplinar, ni hablar de la dificultad de generar verdaderas experiencias de trabajo colaborativo multi e interdisciplinar. Aunque se declare en documentos, en el lenguaje académico y se presenten trabajos y ponencias de multi e interdisciplina a la final son aproximaciones más teóricas realizadas desde la aspiración de lograr esas líneas de trabajo de verdadera cooperación, transformación y cambios duraderos, dado que en la práctica no han sido tan expeditos estos desarrollos.

Por su parte el M2 al describir su experiencia inicia su testimonio reconociendo lo idóneo que fue su proceso de formación, reconociendo su formación científico técnica y la califica como muy buena, aunque enfatiza que sólo algunas asignaturas le permitieron realizar reflexiones de corte humanístico (Introducción a la Medicina, Fundamentos Bioéticos, Antropología Médica, Historia de la Medicina). Pero de inmediato cambia su tónica, reflexivamente critica el pensum de la carrera, las prácticas docentes, el exceso de horas en actividades presenciales y la forma tardía de comenzar a ver pacientes. Sus reflexiones afirman de diversos modos las apreciaciones de actores que le precedieron *“yo siento que mi formación de la UCLA fue un proceso idóneo, recibí buena información, hice prácticas en casi todas las áreas, recibí formación científico técnica muy buena, algunas asignaturas me dieron posibilidad de hacer reflexión crítica humanística tales como Introducción a la Medicina, Bioética y Antropología Médica; recibí buenos ejemplos de muchos profesores, no de todos. Mi Decanato es el mejor. Tengo críticas al pensum de medicina, por ejemplo, algunas asignaturas son demasiado extensas y toman mucho tiempo de estudio y atención. Es una carrera muy larga. Tal vez, si se sinceran las asignaturas se pudiera actualizar conocimientos y aprender más de áreas relevantes de alta demanda por la población. Pasamos todo el día en aula o prácticas, nos queda poco tiempo para investigar, leer, discutir, preparar las actividades y desarrollar los temas. Durante la carrera no estudiamos a fondo otras*

medicinas que consultan los pacientes. Sólo en Antropología Médica del noveno semestre, seis horas en seis años de carrera, presentamos los exámenes y listo, no se habla más del asunto. Los pacientes preguntan cosas acerca de esas otras medicinas y uno no sabe cómo responderles. Creo que tardamos mucho en ver pacientes, es en sexto y séptimo semestre que vemos pacientes, en este sentido, los estudiantes de enfermería están mejor porque ellos ven pacientes desde el inicio de su carrera”.

Es notorio el cambio discursivo del M2, cuando pasa del agradecimiento por la buena formación recibida al tono crítico ante las dificultades que vivió como estudiante de medicina; carrera demasiado larga, en la que entran muy jóvenes y enfrentan profesores que exigen de ellos conductas de adultos, algunas asignaturas son muy extensas y le exigen mayor estudio y atención. El M2 expresa el deseo de superar la frondosidad curricular de medicina, sincerar las asignaturas y actualizarlas para aprender temas de gran demanda por la población en el campo de la salud.

La presencialidad exigida por la Universidad se convierte en otro problema para los estudiantes, pasan todo el día en aula y prácticas, esto limita el tiempo que pueden dedicar al estudio, reflexión, discusiones de grupo, investigación y preparación de las actividades de aula. El no dedicar tiempo suficiente a la discusión del tema de medicinas complementarias hace que al salir al campo laboral no puedan responder con propiedad a las dudas y preguntas que plantean los pacientes en relación a este tema, los más interesados estudian por su cuenta o buscan asesoría con expertos.

Los testimonios de los actores sociales MD1, MD2, MD3, M1 y M2 apuntan las características del modelo médico que socializa la universidad venezolana y la UCLA. Las reflexiones y críticas tienen puntos focales diferentes entre el grupo de docentes y los jóvenes egresados. Mientras los docentes se enfocan en las características de la investigación, planificación, currículo, práctica docente, los egresados se enfocan en valoraciones y críticas al proceso formativo vivido de la UCLA, preocupación y asombro al comparar lo aprendido en la universidad desde la teoría y confrontarlo con lo vivido al egresar de las aulas y entrar en el campo laboral.

Las voces médicas jóvenes hacen recomendaciones a la universidad, al Decanato de Ciencias de la Salud, para intentar superar el desfase teórico práctico en la formación médica, permitir a los estudiantes conocer mejor la realidad que vive el venezolano y sus consecuencias en la salud, promover la discusión amplia dentro de la universidad de las verdaderas condiciones del campo laboral, en la red de atención primaria en salud que les espera al egresar como profesionales.

El Dr. José Venturelli⁽¹⁴⁾, pediatra e ilustre profesor de Pediatría en la Universidad McMaster en Canadá, visitó el Decanato de Ciencias de la Salud de la UCLA para compartir sus reflexiones acerca de los cambios necesarios en la formación médica en Latinoamérica. En el año 2003 recordó que, además de asegurar una excelente formación en las nuevas generaciones, no se podían olvidar a las generaciones que recién habíamos graduado, para lo que sugería el desarrollo de programas de Educación Médica Continua dirigidos a quienes ya habían salido de la universidad. Aquí algunas de sus opiniones *“debo reflexionar acerca de los resabios que dejan las situaciones represivas en la universidad, me refiero a lo que vivió Chile durante diecisiete años. Una de las facetas más claras es la de tratar de quebrar la imaginación y el sentido universitario, libertario y democrático sin el cual la educación no es nada. Por ello, las dictaduras producen cambios que tienden a mediocrizar todo lo que tocan, especialmente en educación y cultura. Los estudiantes no parecen escapar de ello, aunque son los más proclives a atreverse a sacudir las limitantes del pasado. El proceso educacional es un proceso democrático y liberador, la educación ha de ser un agente de progreso y de liberación de los individuos y de las sociedades en las que se insertan. Los docentes debemos remitirnos a este principio cuando analizamos si el proceso educacional es adecuado o no. La respuesta se puede encontrar en otra pregunta ¿Ayuda lo que hacemos a una mejor expresión de los individuos que formamos, ayuda lo que aprenden a su aplicación en la vida, es un proceso liberador esta educación que brindamos? (p. 1-2).*

¿Por qué se toma esta referencia? Es importante evaluar la actitud del sistema de gobierno sobre la universidad (UCLA) y sobre las otras universidades autónomas que no gozan del visto bueno de las autoridades gubernamentales

desde hace dieciocho años. ¿Por qué la actitud reiterada de ahorcar la universidad con recortes presupuestarios, evitando elecciones, suspendiendo aportes para becas y servicios estudiantiles, limitando el justo aumento de los salarios de profesores, generando enfrentamientos violentos entre estudiantes, sembrando dudas acerca de la legitimidad del gobierno estudiantil?

La respuesta que surge es que la universidad es el enemigo, porque allí están sujetos que piensan de manera autónoma, defienden la democracia y son más difíciles de engañar. Y como dicen algunos personeros del gobierno en sus disertaciones antiacadémicas *“al enemigo, ni agua”*.

Sin duda, al ver en la universidad un enemigo que socializa una visión del mundo democrático formando con fuerza a los jóvenes con sentido crítico reflexivo, sentido crítico que aplican incluso los estudiantes afectos al gobierno de turno, para hacer evidentes los errores y desviaciones de quienes dirigen los rumbos de la Revolución (que nos ha llevado a vivir con mayor pobreza, sufrimiento, enfermedad, violencia y corrupción desatada), es necesario quitarle el oxígeno del presupuesto, las voces influyentes en las aulas, proponiendo por ejemplo la jubilación masiva de ser posible. En Venezuela quien se atreva a criticar, señalar el error, quejarse o pedir cambios es un traidor a la patria y enemigo que merece ser eliminado simbólicamente o físicamente, se promueve entonces la división de la comunidad educativa, los conflictos, amenazas, invasiones al espacio universitario y hasta se permite a grupos violentos motorizados y a pie, entrar, causar destrozos y violentar la autonomía universitaria, ante la mirada cómplice e indiferente de los organismos de seguridad del estado.

Continúa Venturelli (ob.cit.) en sus reflexiones acerca de la educación médica en América Latina *“En la educación médica el énfasis continúa siendo puesto en pasar materias, en forma sobredimensionada, esto inmoviliza al estudiante y lo deja en condición de pasividad que no le permite desarrollar destrezas, aptitudes, un pensamiento crítico científico y capaz de reconocer la realidad para contribuir a mejorar la salud de los individuos y de la sociedad que lo ha*

formado. Las cátedras aisladas y sin conexión con las otras cátedras, imposibilita la práctica integradora continua que armonice las ciencias básicas con la clínicas, imposibilita que las clínicas se conecten con lo socioeconómico y cultural, con lo conductual, siendo en estos espacios donde se encuentran los determinantes de los estados de salud de individuos y de los grandes grupos humanos (p. 7). La generación de conocimiento médico crece ad infinitum, esto no justifica el crecimiento sin límites de las asignaturas. Es prioritario, discutir y llegar a acuerdos acerca de que contenidos son necesarios, como se relacionan entre ellos y como se van a relacionar con los contenidos de los siguientes niveles de formación. Sólo la cooperación entre los ministerios de salud, las autoridades universitarias, los expertos en currículo y evaluación, pueden garantizar que la formación de los médicos generales que egresan de nuestras universidades responda a las necesidades reales del país y la región. El estado a su vez, debe garantizar las mejores condiciones de vida posible a sus ciudadanos, en bienestar social y equidad” (p 12).

Las reflexiones de Venturelli (ob.cit.) señalan puntos críticos a superar si se quiere ajustar la educación médica para la formación de médicos para el siglo XXI. En su opinión, una educación médica moderna debe estar dirigida y centrada en el estudiante, necesita ser construida desde una visión integradora y ella en sí misma, estar integrada (integración de básica, preclínica y clínica), utilizando estrategias colaborativas para promover el aprendizaje activo, conocer los problemas prioritarios en salud y darle herramientas a los estudiantes para que puedan analizar, abordar y resolver los componentes involucrados en las situaciones de salud.

Todo lo que se ha descrito debe unirse a una adecuada evaluación formativa y sumativa, uso adecuado del tiempo electivo, haciendo énfasis en la adquisición de conocimientos, destrezas y actitudes, una selección idónea de los conocimientos esenciales, formar a los docentes mas allá de su especialidad en el desarrollo de la esfera educativa para que sean docentes facilitadores y orientadores, favorecer los lazos entre docentes y alumnos, entre alumnos y alumnos, entre docentes y alumnos con el equipo de salud, desarrollar la capacidad de análisis y evaluación crítica. Estos cambios pueden construir el camino cierto hacia una

educación médica ajustada a los tiempos modernos.

En este sentido, los actores sociales coinciden con lo planteado por los autores que hacen un llamado para fortalecer y profundizar la reflexión crítica en investigadores, académicos y estudiantes de medicina. Tal como lo reveló la triangulación realizada de sus testimonios.

Las voces de los actores y las reflexiones de los autores, muestran puntos de encuentro que resaltan como elemento de alta valoración, la formación recibida para desarrollar el pensamiento reflexivo autónomo y crítica positiva, necesarios para el avance hacia la transformación, participando en la construcción de los cambios. Las voces de los estudiantes deben ser incorporadas en la discusión de estos cambios, porque incluir su perspectiva es útil para el proceso completo y porque ubica en la realidad, a quienes por mayor entrenamiento y experiencia, se van alejando de esos escenarios donde no sólo hacen vida los médicos jóvenes sino también las familias y pacientes que acuden a los servicios públicos de salud.

En este punto se recuerda un ensayo de Habermas⁽²⁾ en el cual el autor une la Teoría Crítica con los debates académicos, sociales y políticos para orientar la reflexión en la sociedad moderna y las acciones necesarias para vivir los cambios. El desarrolla términos como el trabajo, la interacción y la acción comunicativa como formas de mediación sujeto-objeto. Dice al respecto “*Tanto el trabajo como la interacción social son dos planos y formas de acción irreductibles entre sí en la formación del género humano y su conciencia. El trabajo es el modo específico de satisfacción del deseo que distingue el espíritu humano de la naturaleza, porque rompe el poder del apetito inmediato y permite el sometimiento continuo de los procesos naturales en el ser humano. En la interacción por su parte, el espíritu se comprende como comunicación entre individuos singulares en un medio universal (sea este el mundo del lenguaje y la gramática o el mundo de las normas que regulan la interacción) de modo que ellos pueden identificarse recíprocamente y a la vez, permanecer como diferentes.*” (p. 25).

Este texto lleva a pensar en el trabajo del médico que interviene en la vida de individuos, familias

y comunidades. Cómo ese trabajo exigente y complejo va moldeando la conciencia del profesional que eligió libremente dedicar su vida a intervenir en la vida de otros, para mejorar su estado de salud, ayudarlo a recuperar la salud perdida o acompañarlo si es lo que puede hacer, en el acto de morir.

El médico está al lado del ser humano en el curso de la vida, desde antes de nacer cuando imparte educación para la salud en escuelas y liceos, cuando acompaña a jóvenes parejas en la construcción de su proyecto de vida, al atender a embarazadas, asistir partos, cuidar recién nacidos, trabajar junto a los padres para mantener sanos a niños y adolescentes, asistiendo a los adultos hasta la vejez, dando trato digno a los moribundos. Ninguna profesión se extiende en el tiempo como la labor médica.

El trabajo de los médicos se fundamenta en una profunda y continua interacción con las personas que atienden a diario, se acercan a los otros desde el lenguaje y logra la relación empática que lo acerca al otro como igual, sin perder la identificación consigo mismo y con el rol que le asigna su profesión. El médico va desde su subjetividad hacia la objetividad del problema que lo convoca, hacia la subjetividad del paciente y su familia, hacia la subjetividad de la comunidad donde trabaja.

Desde ese campo extenso, lleno de apariencias y esencias, el médico regresa al mundo objetivo de los diagnósticos clínicos y planes de tratamiento e intervención. Desde allí, traduce, en el lenguaje del paciente, las directrices de las acciones que deben seguirse para volver al equilibrio y la salud. En ese proceso, el médico necesita no sólo las habilidades empáticas y lingüísticas que requiere su tarea científico técnica, también necesita las herramientas propias del trabajo intercultural que debe haber desarrollado dentro de la universidad.

CONCLUSIONES

La formación médica socializa el paradigma biomédico contemporáneo como opción única y válida en la producción de conocimiento y en el mundo académico, con un enfoque

evolucionista, organicista, positivista, racional, con neutralidad metodológica, cuantitativa; es materialista, mecánica, dual y práctica, fragmenta al ser humano y niega la posibilidad de otras verdades. Esta manera de ver la medicina hace silencio acerca de sus orígenes y bases sociales, historia fundacional y tradiciones sociomédicas que ha usado el ser humano antes del siglo XVII y que fueron el origen de las actuales prácticas médicas biomédicas. Los médicos reconocen que existe desfase teórico práctico en la formación médica; también reportan desconexión entre la atención de salud ideal que aprenden los estudiantes durante su formación y la atención que pueden brindar en la realidad que deben afrontar cuando ingresan al campo laboral en el sistema de atención primaria de salud venezolano colapsado y carente de recursos mínimos para funcionar dada la crisis que vive el país desde hace diecinueve años. Es necesario modernizar la Educación Médica en Venezuela, por ser un proceso largo, exigente y costoso, las voces médicas expertas expresan “ante la crisis que vive el país no vemos solución a esta exigencia”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gadamer H. Verdade e Método. Petrópolis: Vozes; 1999.
2. Habermas J. Conocimiento e Intereses. Madrid. Taurus; 1968.
3. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid. Taurus; 1987.
4. Habermas J. Dialéctica y Hermenéutica. Porto Alegre: Editora LPM; 1987.
5. Habermas J. El Pensamiento Post Metafísico. Madrid: Taurus; 1988.
6. Van Dijk T. El Análisis Crítico del Discurso. ANTROPOS 1999; 186: 23-36.
7. Van Dijk T. Discurso, conocimiento, poder y política. Rev Investigación Lingüística 2010; 13:167-215.

8. Martínez Miguélez M. Nuevos Paradigmas de Investigación. Caracas: Alfa; 2009.
9. Boss M. Introducción a la Medicina Psicosomática. Paris. PVF; 1959.
10. Gil Yépez C. Introducción a la Medicina Antropológica. Caracas. UCV; 1974.
11. Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. España. Salvat Editores. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. [citado 20 nov 2016]. Disponible en: www.cervantesvirtual.com.
12. Castés M. Psiconeuroinmunología. Cómo apropiarte de tu sistema inmunológico. Editora Vanessa Alfonzo. Caracas; 2014.
13. Diario Panorama. 6.6.2016. Voceros de Federación Médica Venezolana reportan salida de 15.000 médicos venezolanos del país. Dr. Natera, Dra. Parra.
14. Venturelli J. Educación Médica. Nuevos enfoques y métodos. Washington, OPS. PALTEX; 2003.