

TENSIONES EN LA FORMACIÓN Y PRÁCTICA EN SALUD ANTES Y DURANTE LA REVOLUCIÓN BOLIVARIANA EN VENEZUELA.

TENSIONS IN TRAINING AND PRACTICE IN HEALTH BEFORE AND DURING THE BOLIVARIAN REVOLUTION VENEZUELA.

Pedro Enrique Villasana López¹, Mary Reina Ramos Rodríguez²

ABSTRACT

The peoples have been the object of a historical process of imposition of the Eurocentric model, the logic of modernity, through the colonization of their practices and health training; model that has installed a vision of Western science and medicine as unique and true, blurring the knowledge and world experiences of the original peoples, ignoring the civilizational crisis underway, and promoting failure in achieving the health of the peoples. This work aims to highlight and contribute to the understanding of the historical tensions and dynamics between (de)colonization and (de) coloniality in health training and practice in Venezuela in the context of our America. To do this, a critical analysis of the health policies developed between 1998 and 2022 in the framework of the Bolivarian Revolution is carried out based on historical background from the 19th century to the present, in light of the school of thought developed from the Collective Health; managing to show interactions, tensions and contradictions, whose understanding allows to contribute to the dismantling of colonial thought, and making visible horizons of possibility for the construction and exercise of the right to health from an "other" episteme, for a necessary and possible Epistemology of the South.

KEY WORDS: (des) colonization, (de) coloniality, hegemonic medical model.

RESUMEN

Los pueblos han sido objeto de un proceso histórico de imposición del modelo eurocéntrico, la lógica de la modernidad, mediante la colonización de sus prácticas y de la formación en salud; modelo que ha instalado una visión de la ciencia y la medicina occidental como única y verdadera, desdibujando los saberes y cosmovivencias de los pueblos originarios, desconociendo la crisis civilizatoria en marcha, y propiciando el fracaso en el logro de la salud de los pueblos. Este trabajo pretende evidenciar y contribuir a la comprensión de las tensiones y dinámicas históricas entre (des)colonización y (de) colonialidad en la formación y la práctica en salud en Venezuela en el contexto nuestroamericano. Para ello, tomando como base antecedentes históricos, desde el siglo XIX a la actualidad, se realiza un análisis crítico de las políticas de salud desarrolladas entre 1998 y 2022 en el marco de la Revolución Bolivariana, a la luz de la corriente de pensamiento desarrollada desde la Salud Colectiva; logrando evidenciar interacciones, tensiones y contradicciones, cuya comprensión permite contribuir al desmontaje del pensamiento colonial, y visibilizar horizontes de posibilidad para la construcción y ejercicio del derecho a la salud desde un episteme "otro", para una necesaria y posible Epistemología del Sur.

PALABRAS CLAVE: (des)colonización, (de)colonialidad, modelo médico hegemónico.

INTRODUCCIÓN

Una aproximación al problema.

Acosta¹ recomienda apuntar reflexivamente a nuestra herencia colonial para poder avanzar en la descolonización; asumir que "uno de nuestros problemas cruciales, quizá el principal de todos", es haber subestimado este problema como componente estructural de la crisis de procesos de cambio. Nos conmina a abordar la "descolonización de nuestros países, de nuestras sociedades y de nuestras mentes". Y nos invita a reconocer el problema de la colonialidad, definir su presencia, sus contenidos y su incidencia

Recibido: mayo 02, 2022

Aprobado: mayo 28, 2022

¹Departamento de Salud. Universidad de los Lagos. Chile.

²Universidad Bolivariana de Venezuela. Caracas, Venezuela

Pedro Enrique Villasana López. ORCID: 0000-0001-8713-8208

Mary Reina Ramos Rodríguez. ORCID: 0000-0002-8039-9802

Correspondencia: pedro.villasana@ulagos.cl

sobre otros problemas, en nuestro caso, cómo ha venido influenciando en la formación y práctica en Salud, y sus consecuencias.

Hay que considerar lo pluriverso dentro de la formación estructural de la cultura y el saber señala Rodríguez². La hegemonía universitaria del pensamiento en salud está dada por haberse construido a partir de una historia que ha desdibujado otras formas de pensamiento que va dando espacio con privilegio a los saberes occidentales, un *"epistemicidio del conocimiento y del saber cultural"*, que ha invisibilizado bondades de otras culturas con la supremacía de la medicina alopática, impidiendo el encuentro con esos saberes distintos al occidental que podrían traer muchos beneficios en la formación y al pensamiento "otro" en salud.

De acuerdo con Mignolo³, la diferencia entre (des)colonización y (de)colonialidad sería que, la (des)colonización es un término que se introdujo durante la Guerra Fría haciendo alusión a las independencias del colonialismo en Asia y África; en tanto, la de-colonialidad alude al proyecto de "desligadura conceptual" de la colonialidad del poder para controlar la economía, política, Estado, fuerzas armadas, familia cristiano-burguesa heterosexual y el modelo de la subjetividad modelada sobre el ideal de un hombre blanco, europeo y cristiano. La superación de la invisibilización de otros epistemes en la postulación de los saberes más allá del "conocimiento científico" como la forma exclusiva de producir verdades sobre la vida humana y la naturaleza; es decir, trascender ese conocimiento "universal" que, afirma que todo pertenece al proyecto de la Modernidad. Buscar y comprender sus raíces en el horizonte de la colonialidad en el camino y proceso hacia la descolonización del poder y el saber.

Debemos estar claros que la colonización, como dice Pérez Almeida⁴, "no terminó con nuestra independencia en el siglo XIX, ni con la resolución de la ONU en 1960 aboliendo las relaciones coloniales entre las potencias europeas y los pueblos del sur global", porque sencillamente se ha dado una re-producción de ese proceso de colonización, que ha mutado y continuado en el campo de batalla con sus teorías y metodologías, como herramienta fuerte en nuestras sociedades.

Resulta necesario contribuir a la comprensión del proceso, de las tensiones y dinámicas entre (des)colonización y (de)colonialidad en la formación y la práctica en salud en Venezuela en el contexto nuestroamericano; del tránsito histórico político de la salud en Venezuela que muy brevemente intentamos relatar de manera crítica a continuación.

De colonia europea a colonia norteamericana.

En un intento por contextualizar el proceso histórico de conformación del modelo de atención y formación en salud en Venezuela, hacemos un corte arbitrario a finales del siglo XIX e inicios del XX, sin desconocer la importancia de los períodos de conquista y colonia, así como de eventos no documentados previos a la invasión europea a los territorios renombrados como América. En relación a la invasión, conquista y colonia que abarcaron más de cuatrocientos años (en una primera etapa), diversos autores coinciden en señalar que el modelo, prácticas de atención, y las iniciativas de formación en salud con la espada y la cruz por delante, tuvieron un carácter colonial, reproductor y eurocéntrico, que tributaba a la lógica extractivista, con un escaso y pobre desarrollo teórico y tecnocientífico durante los siglos XVI al XIX^{5,6,7,8}.

El inicio formal de los estudios médicos en Venezuela, regidos por el Protomedicato en su condición de Capitanía General, ocurre en 1763, en la Real y Pontificia Universidad de Caracas, fundada 41 años antes, designada desde 1826 Universidad Central de Venezuela (UCV); donde se instala la Facultad Médica de Caracas, por decreto del Libertador Simón Bolívar del 25 de junio de 1827⁹. Rísquez, citado por Villaverde (7), nos habla de tres etapas: -Etapla colonial, donde destaca la labor de Lorenzo Campíns y Ballester, fundador de los estudios médicos en Venezuela. -Etapla de la reforma de los estudios médicos, encabezada por José María Vargas a partir de 1827; y Etapla de la transformación de los estudios médicos en Venezuela, a finales del siglo XIX, protagonizada por los médicos Luis Razetti, Santos Dominici, José Gregorio Hernández, Pablo Acosta Ortíz, y Francisco Rísquez, entre otros. Los estudios médicos y la práctica sanitaria en Venezuela acompañaron disciplinadamente los compases de la economía y la política, haciendo coro a la dependencia y al modelo colonial vigente.

En los gobiernos de Cipriano Castro y Juan Vicente Gómez fueron clausurados los estudios médicos, lo que ocasionó un descenso en la generación de médicos. En Sistemas Educativos Nacionales¹⁰, se señala que en el período que va de 1890 a 1935, Venezuela se encontraba dominada por sistemas dictatoriales y la educación sufrió un estancamiento. Este momento histórico supuso la direccionalidad de la educación venezolana desde el contexto dominante, y la supremacía de otros intereses contrarios a la racionalidad del derecho fundamental de la educación para la emancipación y justicia de los pueblos¹¹.

Ruiz¹², refiere que los constantes brotes de fiebre amarilla en Venezuela demandó asistencia de personal experto en salubridad que no existía en el país, esto requirió la presencia de técnicos higienistas provenientes de Estados Unidos. Esto no era espontáneo, fue solicitado por el gobierno a la Fundación Rockefeller.

Desde finales del siglo XIX hasta 1935, durante el régimen de Gómez, la sanidad nacional acusaba una condición deplorable; la salud era parte de la Oficina de Sanidad Nacional, como una de las ocupaciones del Ministerio de Relaciones Interiores. En 1930 se crea el Ministerio de Sanidad Agricultura y Cría, que manejaba los aspectos sanitario y agropecuario de la Nación, lo que ilustra acerca del interés que la salud de la población tenía para Gómez, tratándola como otro rebaño más, parte de una gran hacienda, Venezuela. Las escasas estadísticas de la época indican que de una población de 3 millones de habitantes, anualmente se registraba un millón de casos de malaria^{13,5,8}. El inicio de la explotación petrolera dió continuidad a la colonización de Venezuela, pasando del cacao y el café, al petróleo, manteniendo la misma lógica extractivista y depredadora. La muerte de Gómez en 1935 fue seguida de un extraordinario movimiento de re-acomodo, introduciendo al país a la modernización; y el medio que lo haría posible, la renta petrolera. Los gobiernos de López Contreras y Medina Angarita se encargaron de impulsar proyectos modernizadores¹⁴. En 1936 es creado el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), instrumento fundamental del Estado para la prevención de enfermedades; se inician políticas y programas de corte preventivo-asistencial y, a este momento se denominó la "Época de Oro de la Prevención en Venezuela" que, tributando a la explotación petrolera incorpora la intervención del capital internacional en las políticas de Estado en salud, por la necesidad de proteger a los técnicos extranjeros; y dando paso a un modelo de salud "altamente dependiente de la tecnología foránea"^{15,16,17}.

El Presidente López Contreras, en el Programa de Febrero, instruye que: "... el Gobierno trabajará en la solución eficaz de los problemas básicos de la higiene pública, educación sanitaria, profilaxis de endemias y epidemias, provisión de aguas, saneamiento del suelo (...) la población es víctima de enfermedades y de flagelos sociales que reducen su capacidad de trabajo y su vigor intelectual"¹⁸, ilustrando la importancia asignada por el gobierno a la salud de la población para la modernización del país; a lo cual daría continuidad Medina Angarita con la Ley de Sanidad Nacional en 1942. Al respecto Vega¹⁹ comenta: "...en todas partes se hace sentir la intervención del Estado en materia de higiene, pues a todos alcanzan las medidas

sanitarias que está obligado a practicar el Estado en beneficio del bien común". Así, la colonización continúa, pues la modernización cumplía el papel de facilitar y hacer más eficiente el modelo extractivista petrolero, pasando del eurocentrismo en la formación y práctica en salud, a la dependencia de los Estados Unidos de Norteamérica, una nueva forma de ser colonia en el llamado patio trasero.

En los años 40 se profundiza un modelo "de corte curativo-asistencial", vinculado a las necesidades del aparato económico; la creación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales en 1942, dirigido a la mano de obra asalariada, sienta las bases para la fragmentación progresiva del sistema de salud. En consonancia con el modelo centrado en la enfermedad, en los años 50 se construye gran parte de la red hospitalaria, incorporando avances tecnológicos que transformaron los patrones de asistencia médica. Hasta la década de los 60 el MSAS fue una institución de gran prestigio, que dio grandes aportes al país; sin embargo, la sustitución progresiva del modelo integrista centrado en la prevención, y la puesta en práctica de modelos clientelares con alta prevalencia de corrupción, van a desdibujar el rol del Ministerio, llevándolo al deterioro y a la pérdida de la rectoría y liderazgo del sector²⁰. Esto fue conformando un piso para la desacreditación progresiva de la gestión pública, que pavimentó el camino para los modelos privatizadores que serían intentados más adelante.

Las políticas y prácticas de salud fueron acompañadas por el desarrollo de programas de formación y estudios médicos; en 1955 se realiza el primer seminario de Educación Médica en América Latina en Cali, Colombia y suscritos los objetivos para la Educación Médica de la Asociación Médica Americana bajo los auspicios de la Federación Panamericana de las Facultades y Escuelas de Medicina, con el soporte financiero de la Fundación Rockefeller y la Fundación Kelloggs, entre otras²¹, revelando el direccionamiento de las transnacionales. En 1958 se crea la Escuela de Salud Pública, dependiente administrativamente del MSAS y académicamente de la UCV, a fin de preparar el equipo de Salud Pública, y para 1961 se produce el primer análisis de los estudios médicos con el Informe de la Comisión Asesora "Bases y Doctrinas para la Reforma de la Educación Médica en Venezuela", que plantea la formación de un médico general con espíritu científico y sensibilidad social, que pueda interpretar los problemas de salud pública que enfrenta el pueblo venezolano²¹.

El Desarrollismo, APS, y el tránsito al neoliberalismo.

Durante los años 60 y los 70 el desarrollismo impuesto por los organismos internacionales fue

hegemónico en la formulación de las políticas nacionales de atención y formación en salud, en el marco de la Guerra Fría. Venezuela se alineaba con lo que en diciembre de 1961, la Asamblea General de las Naciones Unidas designó como "El Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo". A comienzos del año 1962 cerca de 65 países a nivel mundial estaban ejecutando programas destinados a lograr el Desarrollo de la Comunidad²². Las transnacionales petroleras marcaban la pauta, con programas de control de malaria, fiebre amarilla y peste, fuertemente apoyados técnica y financieramente por la Fundación Rockefeller, vinculada a la EXXON (transnacional petrolera), así como con la creación de la Escuela Internacional de Malariología (hoy Instituto Arnoldo Gabaldon), en la cual se formaban técnicos de todas partes del mundo²³. Todo esto como componente del Plan Decenal de Salud para las Américas producto de la III Reunión de Ministros de Salud (1970), el cual prescribía: *"Conseguir, iniciar y perfeccionar durante la década 70-80, procesos para definir y ejecutar políticas y estrategias de salud, incorporadas al desarrollo económico y social"*²⁴.

El desarrollismo marcaba la pauta; la investigación positivista - mecanicista y el paradigma de la "Historia Natural de la Enfermedad" dominaban la escena en el abordaje de los problemas de salud y en la formación universitaria. Las soluciones importadas y trasplantadas alimentaban la ilusión curativista del Modelo Médico Hegemónico (MMH), y evidenciarían su fracaso en las próximas décadas. Venezuela formaba parte del concierto de las naciones primero en el marco de la llamada Alianza para el Progreso y luego de "la Gran Venezuela", que paradójicamente profundizaron desigualdades y deterioro de la salud poblacional²³.

Entre 1960 y 1977, se realizaron en Venezuela 7 seminarios de Educación Médica, que contaron con representantes de las Facultades de Medicina del país, MSAS, Federación Médica Venezolana, OPS y de los Centros de Estudiantes de Medicina. Se realizaron dos Seminarios: 1960 y 1964; en el primero se definieron los Objetivos de las Escuelas de Medicina, Plan de Estudios, Sistemas de Enseñanza, Organización y Estructura docente, y en el segundo se definió "El médico que Venezuela necesita". En la III conferencia (1971) se discutieron los Recursos Humanos en Salud, su formación, presente y futuro, cupos, demandas y necesidades del país; en 1977 se analizaron las currícula y se propiciaron los cambios necesarios para satisfacer las demandas que el país necesitaba, todas ellas en un marco conceptual reproductivo del MMH, biologicista, curativista e individualista, centrado en la enfermedad y en el hospital²¹.

El reto de Alma Ata (1977), "Salud para todos en el año 2000", exigía desarrollar estrategias que permitieran acercarse al mandato, e incidir en los procesos de formación y los sistemas de prestación de servicios de salud, dándose un proceso de discusión a nivel regional y subregional en las facultades de medicina y odontología, identificando que las características de la formación estaban determinadas por la estructura de la atención y la práctica en salud, y que esta debía ser considerada objeto de transformación por parte de las universidades. Esto dió origen a la propuesta regional "La universidad Latinoamericana y la Salud de la población" lanzada por OPS y construida con la participación de las Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina y Odontología y los Ministerios de Salud²¹.

Por su parte, el sistema de salud existente estaba caracterizado por ser hospitalocéntrico y fragmentado, con una Red de atención primaria subutilizada, y una capacidad resolutoria muy baja; insuficiencia de medicamentos e insumos²⁵, producto del desfinanciamiento progresivo, de la mano del descrédito y la corrupción. Un Sistema de Salud que se venía construyendo centrado en la enfermedad y no la salud²⁶; evidenciando la hegemonía de la concepción biológica de la salud y sus implicaciones en el campo de los servicios, la formación y la práctica.

El Modelo de Atención curativista orientaba un desarrollo enfocado en la especialización y tecnificación de la atención, acompañado por programas de formación universitaria, que más allá de algunos intentos por incorporar la Medicina Preventiva en el currículum, con un espacio marginal sin posibilidades de incidir en la práctica en salud, que seguirá centrada en la enfermedad y las posibilidades técnico científicas de enfrentarla y "curarla"; esto en el marco de la lógica extractivista de los inmensos recursos generados por el petróleo, sustentada por el llamado "Pacto de Punto Fijo" y la Constitución de 1961^{13,14,23}. Se instituyó un proceso de formación de las escuelas de medicina con énfasis en los aspectos biologicistas y escasa importancia a los aspectos psicológicos y sociales del ser humano²⁷, sintonizado con el modelo de desarrollo en proceso de instalación.

El Consenso de Washington y la llegada del neoliberalismo.

La década de los ochenta ha sido denominada como "la década perdida de América Latina", debido a la recesión que las economías de nuestros países experimentaron. Venezuela no fue la excepción y, la renta proveniente de

la explotación petrolera pareció ya no ser suficiente para responder a las necesidades de la población, entre otras la salud^{13,28,29,30}. El rentismo entró en crisis en el gobierno de Luis Herrera Campins (1978 - 1983). La fuga de capitales y la fuerte demanda de dólares generó una grave presión sobre las reservas internacionales que condujo a la devaluación de la moneda. En febrero de 1983 el país vive lo que será recordado como "el viernes negro"¹³.

El período de 1983 a 1997 se caracterizó por modificaciones o variantes en la política económica y social del Estado venezolano en el marco de la Reforma del Estado, hilo conductor del marco en el cual aspectos como, la descentralización política y administrativa, la participación comunitaria en la gestión de la salud, y la política social y económica del Estado, se manifestaron como una totalidad a partir de la receta neoliberal del Consenso de Washington. En 1984 el Presidente Jaime Lusinchi crea la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE)^{31,32,33}.

La COPRE señalaba que la organización sanitaria se caracterizaba por la existencia de un número exagerado de instituciones del Estado, para 1989 más de 100 (cien), que desarrollaban acciones sanitarias desde ministerios, institutos autónomos, gobernaciones y otros entes gubernamentales. Sumados los recursos financieros asignados para la salud en cada institución, el Estado invertía unos 15.000 millones de bolívares (del 1989) al año. Sin embargo, la COPRE destacaba en relación a los presupuestos, que el gasto per cápita en salud en Venezuela (a precios de 1968), en 1968 fue de Bs. 264.73 y para 1985 de Bs. 187.27, una caída de poco menos del 30%, disminuyendo la proporción del presupuesto nacional asignada a salud, de 8,3% en 1971 a 5,2% en 1986, la más baja de toda su historia⁽³²⁾. El informe del Consejo Nacional para Supervisión y Seguimiento de los Programas Sociales CONASSEPS, mostraba como la tendencia se sigue acentuando hasta 1994, cuando el porcentaje se ubicó en 5,7%, luego de haberse mantenido entre 7,7% y 7,8% desde 1989 hasta 1993³⁴; "...según la Oficina Central de Información (OCEI) el gasto per cápita era en 1992 de 112 dólares, para 1995 de 50 dólares y en 1996 se estimaba en 33 dólares. Los países con una atención adecuada a la salud, destinaban entre un 5 y un 10% de su Producto Interno Bruto (PIB) a tal fin, mientras que en Venezuela era alrededor del 2%"³³. Los cambios en la situación económica fueron acompañados por restricciones en los gastos sociales del Estado (entre otros la salud), tal como lo indicaba la receta neoliberal. La privatización de los servicios públicos por la vía del desfinanciamiento se encontraba en marcha. El monetarismo, propugnado por el Fondo

Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), exigía la instauración del Mercado, en lugar del Estado, como regulador del juego económico y en general de toda la actividad social, incluida la salud. Los organismos internacionales indicaban el camino de la reforma. La iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *"La Salud Condición del Desarrollo Económico"*, establecida en 1991 y el Informe sobre el Desarrollo Mundial emitido por el Banco Mundial en 1993 titulado *Invertir en Salud*, establecen las nuevas condiciones²³.

El neoliberalismo se hizo rápidamente prevalente a nivel mundial como orientación fundamental de las políticas económicas a partir de ese momento, y los gobiernos de Carlos Andrés Pérez con el Programa de Estabilización Macroeconómica, y Rafael Caldera con la Agenda Venezuela, profundizaron la aplicación del modelo hasta 1998, de momento^{35,36,37}. La inversión del Estado en salud en los ochenta y noventa retrocedió, en contraste con la expansión del sector privado de salud. En veinte años se construyeron 50 establecimientos públicos y alrededor de 400 clínicas privadas³⁸. En Venezuela se instalaba una nueva noción de justicia social y un nuevo Derecho a la Salud; el derecho a elegir (sujeto a la capacidad de pago); y un nuevo Estado, subsidiario y árbitro de las transacciones de mercado³⁹.

Los Modelos de Atención, Gestión y Financiamiento de la salud se sintonizaron con la Reforma neoliberal privatizadora. El Índice de Reformas Económicas que en 1980 era de 0.55 en América Latina, para el año 2000 era de 0.83. Es decir, 83% de los países habían satisfecho los criterios de reforma establecidos en dicho período. La globalización estaba en marcha, y la mayoría de los países incorporados al "concierto neoliberal"^(40, 41). Las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y otros actores del sector privado, participaron del reparto encubierto de los activos de la Nación en salud, tomando lo más apetecible y rentable, representado por los servicios curativos, y desechando las funciones de promoción y prevención, que quedaron para el Estado. Los servicios que se correspondían con el ejercicio de derechos sociales como la salud, dejaron de tener carácter universal y la atención fue focalizada y restringida. Las consultas curativas disminuyeron en 21,1%, las odontológicas en 48,2%, las inspecciones sanitarias en 64,4% y las de servicio social en 61,1%. La participación del MSAS en los gastos del sector salud, bajó de 47% en 1983 a 41% en 1990. El número de camas hospitalarias pasó de 2,74 por mil habitantes en 1985 a 2,61 por mil en 1992⁴².

Entre 1985 y 1992 se produjo el retorno a enfermedades como el cólera, dengue, y el repunte de la

malaria, la cual registró 12.242 casos nuevos en 1984, 13.311 en 1985, cerca de 20.000 en 1988, y más de 24.000 en 1990. La División de Salud Oral del MSAS reportó una prevalencia de caries dental en la población escolar de 68%, y en los grupos de mayores de 15 años, de 90% durante los años 84 y 85(31). El porcentaje de niños con bajo peso al nacer aumentó de 12% en 1988 a 6% en 1990. Venezuela se encontraba en una situación de "retroceso epidemiológico"⁴². El Modelo biomédico curativista se imponía en la práctica sanitaria, a pesar de los daños colaterales.

La formación de recursos humanos en salud, históricamente a cargo del Estado se mantuvo coherente y alineada con los "nuevos" modelos de Atención y Gestión, biomédico y neoliberal respectivamente, "produciendo" a costo cero los recursos para operar el Sistema de Salud en proceso de privatización, con pensum de estudios ajustados a lo que el mercado laboral reclamaba. La investigación en salud pública y la formación de postgrado de los cuadros medios del sistema enfatizaba en la gerencia como solución; el descrédito de lo público a favor de lo privado era defendido como la fórmula mágica. El instrumentalismo alcanzó niveles históricos, se buscaba la eficiencia sin importar la eficacia o los resultados. La investigación en salud pública perdió sentido, era impertinente cuando lo público iba desapareciendo²³. En este escenario irrumpe en el año 1998 la Revolución Bolivariana, bajo la conducción de Hugo Chávez, vestida de promesas de cambio que hicieron pensar en un verdadero reto al Modelo Médico Hegemónico en salud, y en reales posibilidades de descolonización. Veamos.

¿Descolonización de la formación y práctica en salud en el marco de la Revolución Bolivariana?

A fines de 1998, Venezuela sintonizaba con los lineamientos del modelo neoliberal. Pero, se dió un giro radical con la llegada de la Revolución Bolivariana; el 15 de diciembre de 1999 un referéndum aprobó la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, producto del proceso constituyente convocado por Hugo Chávez al ser electo presidente, la Contra-reforma comenzaba. Esta Constitución estableció importantes cambios institucionales y normativos: ampliación de derechos sociales, cristalización de la salud como derecho, y el establecimiento de la corresponsabilidad ciudadana³⁹. La Constitución en su Artículo 83 estableció a *"la salud como derecho social fundamental y obligación del Estado que lo garantizará como parte del derecho a la vida..."*, esto supuso un nuevo horizonte para las transformaciones, hacia una nueva visión de salud que se vinculara al movimiento de

Medicina Social/Salud Colectiva que venía creciendo a partir de las décadas de los años 70, 80 y 90; de esa "otra" visión integral e integradora centrada en la salud, cuestionadora del Modelo Médico Hegemónico positivista centrado en la enfermedad, y lograr incorporarla en las mallas curriculares de los programas de formación en salud¹¹. Una visión cónsona con el nuevo proyecto de país en la cual el Estado asume un papel central en la construcción del bienestar colectivo, enfrentando las corrientes privatizadoras y promoviendo la participación de los ciudadanos y comunidades como actores protagónicos de la nueva sociedad²⁰. Sin embargo, estos avances a contracorriente no necesariamente implicaban un cambio automático de paradigma en la práctica o en la formación en salud.

En el año 2003 se desarrolló un Plan convenido con el gobierno cubano para incorporar médicos en las barriadas del Oeste de Caracas, lo que sería la Misión Barrio Adentro. El impacto producido por este Plan motivó que en este mismo año 2003, el Presidente Chávez le confiriera a Barrio Adentro el rango de Misión con carácter nacional⁴³. El Estado asume responsabilidades en la construcción de infraestructura, en contraste con una situación en la cual, desde la década del sesenta el número de hospitales públicos en Venezuela no había variado; en total 296 establecimientos. Para 2006, con la Misión Barrio Adentro iniciada en 2003, ya se había alcanzado de 100% de cobertura de Atención Primaria a 70% de la población anteriormente excluida. Al 2007 se habían construido y equipado 3,717 consultorios populares de 6,569 proyectados, Barrio Adentro II contaba con 12 clínicas populares y 417 centros de diagnóstico integral (CDI), 503 salas de rehabilitación integral (SRI) y 22 centros de alta y tecnología (CAT). Entre 2003 y 2007 se construyeron y dotaron un total de 4,659 nuevos establecimientos de atención integral gratuitos (44, 45). Adicionalmente, Barrio Adentro III es creado para atender enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos, y Barrio Adentro IV con centros especializados, como el Hospital Cardiológico Infantil Gilberto Rodríguez Ochoa inaugurado en 2006⁴⁶.

Para el año 2007 el gasto público en salud alcanzó al 17.24% del presupuesto de la Nación, en tanto que en 1990 había sido de 9.67%, un incremento de 78%. En Venezuela se destinaban a la atención en salud 60.88 dólares per cápita en 1990, mientras que para este año 2007 esta cifra ascendió a 499.23 US dólares⁴⁷. Al examinar el dato en detalle, llama la atención el incremento del gasto en pólizas de seguros de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) para trabajadores de la administración pública y sus familiares: un incremento

de 456% entre 1999 y 2007, sin incluir lo que gastaron 24 Gobernaciones y 335 alcaldías; la cifra es prácticamente incalculable, y todo ese dinero destinado al sector privado. Para el año 2010 estos seguros daban cobertura sólo a funcionarios públicos y sus familiares (3.300.000 personas), mientras que el presupuesto que ejecutaba el Ministerio de Salud, un poco menos del doble (26.2%), estaba destinado a toda la población (29 millones de personas)⁴⁸.

El incremento del gasto público en salud transitó, intencionalmente o no, a un esquema de intermediación financiera, transfiriendo recursos públicos a empresas privadas de aseguramiento y al complejo médico industrial privado, el cual se calcula habría crecido parasitariamente en 400% entre 2000 y 2010, llevándonos a preguntar ¿Sistema Público Nacional de Salud, o Privatización Revolucionaria y Socialista de la Salud?³⁹. Esto contribuyó a profundizar la segmentación, ineficiencia y duplicación de funciones del sistema de salud en Venezuela, pero sobre todo a sostener y fortalecer el Modelo Médico Hegemónico centrado en lo curativo. Una relación de promiscuidad en la cual el complejo médico industrial privado se movía con comodidad.

El desafío de la formación en una visión otra que permita la correspondencia con el nuevo marco constitucional, se puede comprender en el marco de lo señalado por Córdova⁴⁹, cuando refiere que en la década de los 90 inicia un debate ideológico en la sociedad venezolana, promoviendo el impulso a una educación emancipadora, desde un enfoque pedagógico con el fundamento filosófico dialéctico-materialista de la Pedagogía Crítica y de la Educación Emancipadora, a esto apuntaron las universidades nacidas en el proceso revolucionario. Un enfoque *"distinto del acontecer pedagógico en Venezuela, que alude y hace viable, lo inédito que en este proceso cuenta con suma relevancia porque está presente en la formación para el campo de la salud"*. Es decir que se orientan *"los procesos formativos en salud hacia cambios sustantivos, una nueva hegemonía de cara a garantizar una formación en salud con resultados en la transformación social del pueblo venezolano"*¹¹. Un enfoque que parecía alinearse con los postulados de la Salud Colectiva.

A partir del año 2005 la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV) incorpora el concepto de Salud Colectiva en el Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria (PNFMIC) y en el Programa Nacional de Formación de Enfermería Integral Comunitaria Nacional (PNFEIC), que también incorporan el campo de la salud colectiva en su currículo¹¹. Supone

este discurso los cambios sustanciales que deberían darse en la formación de los trabajadores de la salud. Veamos.

El Programa Nacional de formación Medicina Integral Comunitaria (PNFMIC), surge en 2005 como alternativa al déficit de médicos en el Sistema Público Nacional de Salud, para la formación masiva de médicos, y otros profesionales de la salud, para Latinoamérica, el Caribe, África y el mundo; formar médicos con una visión humanista, comprometidos con la prevención y protección de la salud de la población; en palabras del Comandante Chávez, un esfuerzo en "trascender el modelo capitalista de la medicina". El Consejo Nacional de Universidades de la República Bolivariana de Venezuela, aprueba el programa oficialmente en el año 2007⁵⁰.

El plan de estudios se enmarcó en el elaborado en 1980 por Ilizastigui en Cuba, fundamentado en el mandato social que las escuelas de medicina tienen para contribuir a la promoción, conservación y restauración de la salud de la población, además determina el tipo de profesional a ser formado, problemas de salud a diagnosticar y tratar, competencias profesionales requeridas y objetivos educativos que guían el proceso. Esto, complementado con la revisión de la literatura internacional sobre la visión, el papel y el diseño curricular de la formación médica en el siglo XXI; además de dos documentos internacionales claves: estándares internacionales en educación médica y requerimientos mínimos globales en la educación médica. Se tomaron de esa revisión elementos esenciales para el plan de estudio, así como se consideraron los 205 problemas de salud principales identificados en Venezuela, y las competencias para enfrentarlos, con recursos apropiados⁵¹, pero siempre con la enfermedad en el foco.

El PNFMIC se constituye en torno a los ejes de Ciencias Básicas, Ciudadanía y Pensamiento Crítico, Salud y Proyecto Comunitario y Formación Clínica en aparente equilibrio. Sin embargo, un examen más cuidadoso del pensum, e informado en terreno, permite ver cómo, a partir del cuarto año de un total de seis, va predominando el enfoque clínico individual sobre lo colectivo y la determinación social de la salud. Esto, reconociendo y reivindicando la importancia fundamental de la Formación Básica y Clínica, debe discutirse en la búsqueda de los equilibrios para la formación integral y la visión integradora comprometida con lo colectivo y también lo individual.

En el año 2004 se inició la especialización de Medicina General Integral (MGI), para la formación de

especialistas orientados a garantizar atención integral al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, basado en la Misión Barrio Adentro, llevando a las comunidades médicos con una formación diferente a los formados con visión curativista asistencial. El diseño de esta especialidad propugna el trabajo interdisciplinario de las Ciencias Básicas, Clínicas, Sociales, Epidemiológicas, Humanísticas y Pedagógicas para desempeñarse en redes de servicios de salud del primer nivel de atención primaria del Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela. Un modelo estructurado en tres perfiles ético moral, profesional y ocupacional⁵².

El correlato en los servicios de atención, por lo menos hasta 2012, se caracterizó por el desarrollo de la Red Primaria y Secundaria de Atención y de grandes hospitales públicos, pero sobre todo privados. No obstante, concurre una profundización del complejo escenario de crisis iniciado en 1999, y del sostenido conflicto con la oposición interna e internacional. Se profundiza el deterioro de infraestructura y capacidad de atención del Sistema Público Nacional de Salud; la situación económica toca fondo, y no sólo por la caída de los precios del petróleo. Venezuela ha enfrentado efectos directos e indirectos de la guerra no convencional desde 2013 hasta la actualidad. En 2015, por Orden Ejecutiva del Presidente de los Estados Unidos de América, Venezuela fue declarada como "una amenaza inusual y extraordinaria para la seguridad nacional y la política exterior", lo que se tradujo en profundización del bloqueo económico, sanciones unilaterales, y confiscación de reservas internacionales; orden ejecutiva que al año 2022 se mantiene vigente^{53,54}.

El país ha enfrentado escasez de medicamentos e insumos, reflejado en indicadores negativos, (además de imprecisos y opacos), y la reemergencia de patologías como malaria, difteria, sarampión y otras⁵⁵; así como desabastecimiento de equipos, instrumental, materiales médicos y repuestos para la tecnología médica disponible en la red pública. El MMH se reposiciona y las visiones alternativas agonizan por inanición. La corrupción pública y privada van de la mano; y la posibilidad del ejercicio del Derecho a la Salud se va diluyendo, en tanto que los resultados apuntan al advenimiento de renovados procesos de privatización neoliberal que ya se venían dando de manera insidiosa a la sombra de la Constitución de 1999, ante la mirada impotente, y en muchos casos indolente y cómplice, del funcionariado del Gobierno Bolivariano³⁹.

¿Decolonialidad de la formación y la práctica en salud? Contradicciones, tensiones y horizontes de posibilidad.

A manera de Balance

El relato que intentamos, da cuenta de que la formación y la práctica en salud a lo largo de la historia en Venezuela supone un proceso de dominación del MMH y su método positivista funcional a los intereses del capital, con sus bases en la teoría y práctica generadas por el desarrollo de la "medicina científica" desde finales del siglo XVIII(56). Modelo que, durante el desarrollo de las sociedades capitalistas fue construyendo una hegemonía que, con la bendición del Estado, intenta la exclusión ideológica y jurídica de otras posibilidades.

El sistema de salud (hospitalocéntrico y tecnocéntrico) y la formación de profesionales sanitarios en Venezuela se ha construido teniendo como supremacía la categoría enfermedad y no la salud²⁶, prevaleciendo la concepción biológica de salud en el marco de una epistemología dominante antes y durante la Revolución, al margen del discurso y los intentos de cambio. El recorrido por la historia de la Salud Pública en Venezuela nos muestra, con resultados e indicadores, la posible continuidad del modelo biomédico durante los años de la Revolución Bolivariana. Un ocurrir simultáneo del proceso de colonización, y de aquellas experiencias a contracorriente en términos de las políticas de salud y de formación universitaria en Venezuela.

Las posibilidades de construir una otra formación y práctica en salud, están sujetas a la consolidación y fortalecimiento del egresado de pregrado, Médico Integral Comunitario y de los especialistas que se forman en la Red Asistencial de Barrio Adentro I, II y III y otros hospitales del país. Profesional integral, vinculado/a y comprometido/a con el país, la población, y con los procesos de transformación dibujados en la Constitución de 1999²¹. En la formación y práctica de las/los profesionales es inobjetable y urgente, dar espacio a ese saber y conocimiento "otro" que, a pesar de las tensiones y contradicciones, contribuya al desmontaje del pensamiento colonial y visibilice horizontes para la construcción y ejercicio del derecho a la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Acosta V. Salir de la colonia. Monte Ávila Editores Latinoamericana C.A. Caracas. Venezuela.
- 2) Rodríguez A. La decolonización del conocimiento en Ciencia de la Salud: una necesidad emergente que no puede retrasarse. *Revista Enfermería en Costa Rica*. 2016; 34 (II):82-86
- 3) Mignolo W. Pensamiento crítico y matriz (de)colonial: reflexiones latinoamericanas. Universidad Andina Simón Bolívar / Ediciones Abya-Yala. Quito, mayo 2005.
- 4) Pérez A. O Que É Racismo Estrutural. Disponible en <https://es.scribd.com/document/463496759/ALMEIDA-2018-O-que-e-racismo-estrutural-pdf>
- 5) Archila R. Historia de la Sanidad en Venezuela, tomos I y II. Imprenta Nacional. Caracas, 1956
- 6) González M. Los estudios médicos en la Universidad Central de Venezuela a partir de 1891. Universidad Central de Venezuela UCV, 1998. Caracas.
- 7) Villaverde C. HISTORIA DE LA MEDICINA Aproximación Venezuela. Fondo Editorial Predios. 2005. Disponible en: <https://idoc.pub/queue/historia-de-la-medicina-en-venezuela-libro-2-j3nokwmz9x4d>
- 8) Villasana P. Estudio sistémico interpretativo del devenir histórico de la participación comunitaria en Venezuela, [Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Sistemología Interpretativa]. Facultad de Ingeniería, Escuela de Ingeniería de Sistemas. Universidad de los Andes, Mérida. Venezuela 1998.
- 9) Febres Cordero F. Historia de la Medicina en Venezuela y América. Edición Consejo de Profesores Universitarios Jubilados UCV, 1987. pp 417-433.
- 10) Sistema Educativo Nacional de Venezuela. Ministerio de Educación de Venezuela y Organización de Estados Iberoamericanos. [Informe realizado por Enid Pérez *et al*].- Caracas, Venezuela. 1996. Disponible en: <https://www.oei.es/historico/quipu/venezuela/index.html> Consulta 03-07-2020.
- 11) Ramos M. Formación docente en salud colectiva en el Centro de Estudios Salud Colectiva y Derecho a la Vida UBV. Trabajo de Ascenso presentado por la profesora Mary Reina Ramos Rodríguez para ascender a la categoría de profesor Asociado. Universidad Bolivariana de Venezuela. Caracas, 2020.
- 12) Ruiz G. Los inicios de la Asistencia Técnica y la Cooperación Científica Internacional en Venezuela: un recorrido sobre tres campos disciplinares. 2011. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/postgrado/manongo36/art09.pdf> Consulta 03-08-2020.
- 13) Cova C. Realidad Social de Venezuela. Curso de Formación Sociopolítica N° 6. Publicaciones del Centro Gumilla 1996. Caracas.
- 14) Pérez S. Los Partidos Políticos en Venezuela, Tomos I y II. Curso de Formación Sociopolítica N° 16 y 36. Publicaciones del Centro Gumilla. Caracas, 1996.
- 15) Córdova Y, Sánchez M, Colmenares L. La salud en un Nuevo Proyecto de País. Colectivo Constituyente por la salud. Caracas, 2000
- 16) Alegría C. Fundación de los estudios médicos y protomedicato en Venezuela. Cuadernos .UCV N° 5. Caracas, 1964.
- 17) Sanabria A. Compendio de Historia Universal de la Medicina y la Medicina Venezolana. Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1999.
- 18) Documentos que Hicieron Historia. "El Programa de Febrero". Ediciones de la Presidencia de la República, 1990, Tomo II, p 187.
- 19) Vega G. La Higiene y el Derecho en Venezuela. Editorial Elite. Caracas, 1942. p 22.
- 20) Feo O y Cursio P La salud en el proceso constituyente venezolano. *Rev Cubana Salud Publica*, 2004; 30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200008&lng=es.
- 21) Mata R. Entrevista a Marta Rodríguez, referente de la formación en salud en Venezuela. *Revista Científica Salud Colectiva y Derecho a la Vida*. 2020 N° 02. Año 2. Caracas. Disponible en: https://www.academia.edu/45456957/Revista_Salud_Colectiva_Nº_2
- 22) Ander-Egg E. Problemática del desarrollo de la Comunidad a través de los Documentos de las Naciones Unidas. Fondo Editorial Común. Caracas, 1970.
- 23) Villasana P. La investigación en salud pública. De la transición epidemiológica a la transición epistemológica. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007; 33(4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000400013&lng=es.
- 24) Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE). Una política social para la afirmación de la democracia. V8. Editorial Arte. Caracas, 1989.
- 25) Alvarado C, Martínez M, Vivas-Martínez S, Gutiérrez N, Metzgere W. Cambio social y política de salud en Venezuela. *Medicina Social*. 2008; 3(2): 113-129.

- 26) Gomes J. Conferencia de Apertura del Taller Sistemas de Salud de América del Sur: desafíos para la universalidad, integralidad y equidad, el 26 de julio de 2011 - Inauguración del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags). Disponible en: <https://issuu.com/isagsunasur/docs/sistemasdesalud>
- 27) De Almeida N. Paim J.S. Uma "nova saude pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública. 1998; 32(4): 299-316.
- 28) González L. La Política Social en Venezuela. Curso de Formación Sociopolítica N° 35. Publicaciones del Centro Gumilla. Caracas, 1996.
- 29) Torres Goitia J. Experiencias de las Organizaciones Populares de los Países Andinos en la Lucha por la Salud. Conferencia presentada en el Primer Encuentro Nacional de Centrales Sindicales y Organizaciones Populares por la Salud y la Participación auspiciado por UNICEF. Caracas, 1990.
- 30) Belmartino S. Estado y Políticas de Salud, Opciones y Perspectivas. En Memorias del II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1991.
- 31) Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE). La Descentralización. Una oportunidad para la Democracia. Editorial Arte. 1989a; Volumen N° 4. Caracas.
- 32) Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE). Una Política Social para la Afiración de la Democracia. Editorial Arte. 1989b; Volumen 8. Caracas.
- 33) Villasana López P. El discurso de la trampa del discurso. Acerca del Sentido Histórico del Discurso de la Eficiencia y Eficacia en el Sector Salud en Venezuela. Ediciones de la Asociación de Profesores de la Universidad de Carabobo. 2009. ISBN 978-980-12-3850-8
- 34) Consejo Nacional para Supervisión y Seguimiento de los Programas Sociales (CONASSEPS). Seguimiento de la Ejecución Física de los Programas Sociales . Compensatorios. Caracas, 1994.
- 35) Carquéz F. La Situación de Salud y el Proyecto Privatizador en Venezuela. Conferencia presentada en el Primer Encuentro Nacional de Centrales Sindicales y Organizaciones Populares por la Salud y la Participación auspiciado por UNICEF. Caracas, 1990.
- 36) Sáenz O. Impacto de la Crisis Económica y las Políticas Neoliberales sobre la Salud Colectiva en América Latina. En: Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1991.
- 37) Molina C. La participación comunitaria en el contexto del ajuste económico. Cuadernos de Postgrado, N° 6 (Salud y Sociedad). Fondo Editorial Tropykos, Comisión de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1994.
- 38) Ministerio del Poder Popular para la Salud. Número de establecimientos de salud registrados. Dirección de Salud Poblacional y Dirección de Contraloría Sanitaria. Caracas, 2006.
- 39) Villasana López P, Monteverde Sánchez A, Vergara Lasnibat F. Derecho a la Salud y neoliberalismo en Venezuela y América Latina: Crónica incompleta de una narrativa en disputa (1960 - 2021). Revista de Filosofía. 2022;39(100):378-397 <https://doi.org/10.5281/zenodo.598720>
- 40) Castellanos P. Reflexiones sobre Políticas Públicas de Protección Social, Derechos Humanos y Participación Social en el Estado Democrático Contemporáneo en América Latina. Trabajo Preliminar. Caracas, 2004.
- 41) Villasana López P. De Alma Ata a Barrio Adentro. Una aproximación al sentido histórico de las metamorfosis del discurso de la participación en salud en Venezuela. En: Malo M y Levy J. (Compiladores). De la participación en salud a la construcción del poder popular. Experiencias para el debate. Ediciones del Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon". Maracay, Venezuela. 2010.
- 42) Organización Panamericana de la Salud. OPS. Organización Mundial de la Salud. OMS. Estadísticas de Salud de las Américas. Publicaciones Científicas 1992, N° 537 y 542. Washington, DC. 1991 - 1992.
- 43) República Bolivariana de Venezuela. Una interpretación de la. Misión Barrio Adentro desde la perspectiva de un trabajador de salud. Ed. MSDS-IAES/MES-Misión Sucre. Caracas, 2005.
- 44) OPS/OMS para Venezuela. Barrio Adentro. Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela, 2006.
- 45) Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta M. Sistema de salud de Venezuela. Salud Publica Mex 2011; 53 (supl 2): S275-S286.
- 46) Ministerio del Poder Popular para la Salud. Plan Nacional de Salud (2014 - 2019). Documento para el Debate Público. Caracas. Disponible en: https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/venezuela_bolivarian_republic_of_plan_nacional_de_salud_2014-2019_national_health_plan_2014-2019_.pdf
- 47) Curcio P. El gasto en salud durante la revolución bolivariana en Venezuela. Rev. Salud Problema 2010; 5, 6 y 7: 31-48
- 48) Villasana López P. La seguridad social en Venezuela. Paradojas, retos y perspectivas. Conferencia: Diálogo Académico. Instituto de Salud Pública Universidad Católica del Ecuador. Quito. 26 de Octubre 2011.

- 49) Córdova, MY. (2014). Integración Socio-Educativa Como Eje Estratégico para la Transformación Universitaria. Modelo para la Gestión. Consejo Nacional de Universidades. Oficina de Planificación del Sector Universitario - OPSU. ISBN: 978-980-6604-67-4
- 50) Segura del Pozo J. Medicina Integral Comunitaria (MIC): Formación médica alternativa. 2012. Disponible en: https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/01/22/133033
- 51) Borroto Cruza E. y Salas Perea R. Medicina Social en la practica: Estudios de casos de activismo en salud. Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria, Venezuela. Revista Social. 2008; 3(4): 285-298.
- 52) Moltanvan-Cabrera J. Formación de especialista en Medicina General Integral en Venezuela. Misión Barrio Adentro. EDUMECENTRO [Internet]. 2013 [citado 16 Jul 2022]; 2 (1) :[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/55>
- 53) Asamblea General de Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. Grupo de Trabajo sobre el Exámen Periódico Universal 26º período de sesiones 31 de octubre a 11 de noviembre de 2016. Informe nacional presentado con arreglo al párrafo 5 del anexo de la resolución 16/21 del Consejo de Derechos Humanos* República Bolivariana de Venezuela. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/wpcontent/uploads/Informe-Oficial-de-Venezuela-presentado-en-el-Examen-Periodico62>
- 54) BBC NEWS. 09 de marzo 2015. "Obama declara a Venezuela amenaza para la seguridad nacional de EE.UU". 2015. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2015/03/150309_ultnot_eeuu_venezuela_sanciones
- 55) Organización Panamericana de la Salud. Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los estados miembros vecinos. 2018. Disponible en: [paho's response to maintaining an effective technical cooperation agenda in venezuela and neighboring member states](https://paho.org/s/response-to-maintaining-an-effective-technical-cooperation-agenda-in-venezuela-and-neighboring-member-states)
- 56) Menéndez E. Salud Pública: Sector Estatal, Ciencia Aplicada o Ideología de lo posible.1992. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-004.pdf>