

SISTEMATIZACIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Serie de estudios
nacionales N°6



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



Ministerio del Poder Popular
para la **Salud**



SISTEMATIZACIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA
DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE
POLÍTICAS PÚBLICAS EN RECURSOS HUMANOS
EN SALUD

SISTEMATIZACIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Elaborado por: Nhelsyr González Guzmán

2014

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

ORAS CONHU

Autora: Nhelsyr González Guzmán

Contraparte: Dra. Sergia Cubillán Carrizo. Directora General de Articulación de Programas, Servicios y Redes de Salud. del Ministerio del Poder Popular para la Salud

Esta publicación ha sido realizada por el Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela y el ORAS-CONHU.

Esta publicación ha sido financiada por ORAS-CONHU, en el marco de la ejecución del proyecto PLAN SANITARIO DE INTEGRACIÓN ANDINA – PlanSIA del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, el mismo que cuenta con financiamiento del Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI) y el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y es administrado por el Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropriada en Salud (CESTAS). El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales. Derechos reservados conforme a Ley.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	6
II.MARCO METODOLÓGICO.....	7
2.1. Selección de los/as entrevistados/as.....	7
III.PROGRAMA NACIONAL DE FORMACIÓN EN MEDICINA INTEGRAL COMUNITARIA (MIC).....	9
3.1. Antecedentes.....	9
3. 2. Descripción del contexto.....	15
IV. EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE FORMACIÓN EN MEDICINA INTEGRAL COMUNITARIA.....	19
4.1.Gestión del programa.....	19
4.2.Municipalización de la formación en salud.....	21
4.3.Programa de formación de pregrado.....	23
4.4.Funcionamiento administrativo del programa de medicina integral comunitaria.....	27
V. INCORPORACIÓN DE LAS MÉDICAS Y LOS MÉDICOS INTEGRALES AL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD.....	31
5.1.Distribución de las médicas y los médicos integrales comunitarios en el sistema público nacional de salud, según las cohortes de egresadas/os.....	31
5.2.Proceso de reclutamiento y selección.....	34
5.3.Términos de contratación por la dirección de recursos humanos	35
5.4.Proceso de certificación por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud.....	35
5.5.Desarrollo de la carrera profesional dentro del Sistema Público Nacional de Salud.....	37
5.6.Médicas y médicos integrales comunitarios como indicador de recursos humanos en salud.....	45
VI. CONCLUSIONES.....	47
VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS.....	52

I.-INTRODUCCIÓN

La investigación que a continuación se desarrolla, es producto de la iniciativa del Organismo Andino de Salud conjuntamente con el Ministerio del Poder Popular para la Salud, en el marco de la consultoría : “Sistematización de evidencia científica del proceso de implementación de políticas públicas en recursos humanos en salud”.

Una vez definida la línea de investigación, se realizó el análisis del Proceso de Incorporación de las Médicas y Médicos Integrales Comunitarios al Sistema Público Nacional de Salud. Para tal fin se revisaron fuentes documentales vinculadas al Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (MIC) para conocer y describir sus antecedentes, surgimiento y gestión para la implementación del mismo a nivel nacional.

Se realizaron entrevistas con actores clave del proceso, tales como: Director de Investigación y Educación del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) , Director del Hospital General Victorino Santaella del estado Miranda, Directora de la Red Ambulatorios de la Dirección de Salud del Distrito Capital, Coordinadora de Reclutamiento de Selección de la Dirección de Recursos Humanos del MPPS, con la finalidad de precisar el marco conceptual y normativo referente a la gestión de Recursos Humanos para el Programa de Médicos Integrales Comunitarios y por la otra parte, un Grupo de Discusión con Médicos y Médicas Integrales Comunitarios de cada una de las cohortes de egresados, que desde su experiencia identificaron aspectos importantes de su ingreso al Sistema Público Nacional de Salud.

Esta investigación contó con todo el apoyo institucional por parte del MPPS, coordinado en calidad de contraparte, por la Dra. Sergia Cubillán, Directora de Programas, Servicios y Redes de Salud, adscrita al Viceministerio de Salud Integral.

II.-MARCO METODOLÓGICO

Para cumplir el objetivo del trabajo como fue analizar el proceso de incorporación de las médicas y los médicos integrales comunitarios al Sistema Público Nacional de Salud se recolectó información de fuentes documentales vinculadas al Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (MIC) como: sus antecedentes, surgimiento, gestión para implementar el proyecto, programa de formación de pregrado y sus alcances en cuanto a: Médicos/as integrales registrados y su distribución en el país, los/as que están realizando estudios de postgrado distribuidos por especialidades y estados del país y entrevistas con actores clave del proceso. Con la finalidad de precisar cuál es el marco conceptual y normativo referente a la gestión de Recursos Humanos para el Programa de Médicos/as Integrales Comunitarios.

2.1. Selección de los/as entrevistados/as

Primer grupo de entrevistados/as: Médicos y Médicas

Esta entrevista asumió la característica de ser una entrevista grupal, que como la define Iñiguez (2008), “se trata de entrevistas al grupo,” en donde no prevalece distancia entre el entrevistador y los entrevistados, de lo que se trata es de una conversación entre varias personas, en donde el entrevistador es una de más de ellas.

Las preguntas atendieron de manera muy general a tres dimensiones:

- a. Valoración del proceso de formación de pregrado
- b. Su incorporación al Sistema Público Nacional de Salud
- c. Concepción de la Medicina Integral Comunitaria La entrevista tuvo una duración promedio de dos (02) horas (Ver Anexo 1)

Segundo grupo de entrevistados

Personal que direcciona en cada uno de sus espacios la política en cuanto al Programa de Medicina Integral Comunitaria. Las dimensiones de estas entrevistas fueron:

- a. Situación inicial y situación actual de la incorporación de los egresados MIC al Sistema Pública Nacional de Salud.
- b. Relación entre los objetivos del Programa de Medicina Integral Comunitaria, la concepción de la medicina que lo respalda y la situación del Sistema Público Nacional de Salud

Estas entrevistas tuvieron una duración aproximada de 60 minutos. (Ver Anexos: 2, 3 y 4)

III.PROGRAMA NACIONAL DE FORMACIÓN EN MEDICINA INTEGRAL COMUNITARIA (MIC)

3.1. Antecedentes

Una aproximación al proceso de comprensión de la creación del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (PNFMIC) parte de ubicar la tensión desarrollada en Venezuela entre –por una parte-la concepción de la salud como derecho, con una mirada que incluye a la persona y su contexto apareciendo la noción de las interrelaciones entre la persona y su comunidad como parte de la salud y – por otra-el servicio de salud como atención a la persona enferma con tendencia a la privatización del servicio.

Sin ánimo de evaluar los resultados de la implementación de la política pública de formación de nuevos recursos humanos para el Sistema Público Nacional de Salud, lo que no es propósito de la presente sistematización, son significativamente relevantes las verbalizaciones de los egresados del Programa MIC que participaron en el Grupo Focal realizado a los fines de este trabajo y que -en nuestro modo de ver-dan cuenta de las tensiones mencionadas.

La concepción de la salud que orienta el propósito del Programa de Medicina Integral Comunitaria se adhiere a la primera concepción y la podemos ver en la siguiente expresión:

La salud es un proceso histórico, que deviene de las relaciones del ser humano con su entorno, del modelo de producción que se tenga, de en manos de quien estén los medios de producción, de cómo se repartan, del enfoque de género, de cómo se conforma la vida de un ser humano” (NI, GF).

Es un enfoque que ha facilitado, a los egresados del PNFMIC, el manejo de un concepto integral de la salud y prepararse para asumir a la persona en interacción con su grupo familiar y con su comunidad; desarrollando -al mismo tiempo-una significativa valoración de la carrera médica como compromiso social.

Una concepción que está basada en la integración del aprendizaje teórico y la práctica comunitaria y lo podemos notar en narraciones como esta:

Nosotros teníamos que estar ubicados en nuestra comunidad, en Ambulatorios. En mi Ambulatorio estábamos 3 estudiantes; sólo observábamos como estaba el Médico en la consulta, como hacía el interrogatorio, solamente observar, hacíamos las visitas domiciliarias junto con el Médico, nos enseñaron a tomar la tensión, a tomar temperatura y nosotros le colaboramos al Médico. Nosotros sí hacíamos terreno en la tarde, en la mañana en la consulta y la tarde en terreno con el médico y en el día con la clase. (ZO, GF).

Por otra parte hay una convicción extendida que la otra medicina -tradicional como le llamaron-es mercantilista y se manifestó esta tensión en rechazo muy amplio tanto al proceso formativo de los/as MIC como al ejercicio profesional al egresar desarrollado en los centros hospitalarios y que se puede extraer de la siguiente expresión:

En cuanto a nuestra entrada a los diferentes Hospitales del país fue algo que a los médicos tradicionales no les gustó mucho. La verdad no querían que nosotros estuviéramos ahí nos trataron muy mal a pesar de ser Venezolanos nos trataron como extraterrestres, los jefes de servicio eran los primeros en rechazarnos y de ahí en adelante todo el personal. (ZO, GF)

O tal y como lo ve otra participante del Grupo Focal “los principales problemas, yo creo que fue la fuerte oposición de los médicos que por desconocimiento o por simple oposición no nos dieron el beneficio de las dudas, y no quisieron educarnos con respecto a sus conocimientos y experiencia”. (NR, GF).

De una manera más clara lo señala esta participante:

El proceso de la salud, es algo de todos los tiempo que los médicos tradicionales se han venido formando de una manera diferente, es todo mercantilismo, nuestra formación es muy diferente en cuanto a la parte de humanidad, la salud es un derecho de todos y todas y no es precisamente lo que en Venezuela se cumplía solo había salud para el que podía, no para el que lo necesite; hoy en día a la graduación de los MIC todos tienen derecho a la salud sin distinción” (ZO, GF).

No obstante esta apreciación esta y otras tensiones que se han dado en la concepción e implementación de la política pública en salud han estado presentes en toda la historia del abordaje de la salud en Venezuela. La confirmación de esta premisa aparece en los nudos críticos o ejes de conflicto que se explicitan en el Plan Nacional de Salud 2014 – 2019, del Ministerio del Poder Popular para la Salud señalando que:

La Salud Pública venezolana se ha desarrollado históricamente sobre tres ejes de conflicto: a) La salud como derecho universal versus la salud como beneficencia y asistencialismo, básicamente para “pobres”; b) La atención de la salud como bien público y responsabilidad del Estado versus la atención de salud como bien privado y responsabilidad individual según las capacidades individuales; y c) La Salud Pública integral (promoción, prevención y recuperación de la salud) versus las concepciones verticales y reduccionistas de la Salud Pública restringida a la prevención y control de algunos de los problemas sanitarios que relegan la recuperación a lo privado. (p.8).

En este orden de ideas las dimensiones públicas y privadas de la salud han sido un escenario donde se manifiesta significativamente las desigualdades e inequidades que han caracterizado a la sociedad venezolana y, en este marco, con el cambio de modelo político ocurrido desde finales de la década de los noventa cobra fuerza social y política la concepción de la salud como derecho como una vía principalísima para disminuir las brechas de inequidad.

La conservación de la vida y, con ella, de la salud es una práctica inherente a la condición humana pero la salud pública como derecho de todos/as nace con las luchas por la democracia y el derrocamiento del Estado Monárquico ocurrido con la Revolución Francesa: “Siendo el Estado el encargado de facilitar y regular el hecho de que todos tengan la posibilidad de acceder a ella y asegurar la calidad de la misma”. (Reflexiones sobre el Sistema de Salud Venezolano s/f)

La idea del derecho en Venezuela está presente desde las luchas de independencia del país -en el S.IX-incididas por los procesos libertarios que para la época estaban dándose a nivel mundial y tiñe toda la historia republicana hasta nuestros días. Ya en la primera mitad del S.XIX y con la gestación de una industria petrolera –bajo el régimen de Juan Vicente Gómez-y la llegada de capital extranjero a Venezuela, a través de las empresas extractivas de capital norteamericano – fundamentalmente-se crea el Ministerio de Salud (1936) a partir de lo cual el Estado reasume la atención de la salud porque el enfoque del régimen político del momento (la dictadura gomecista) se orientó básicamente a la erradicación de enfermedades tropicales y endémicas a fin de facilitar la permanencia de los trabajadores en los campos petroleros.

Este proceso se da en un contexto de cambio de una Venezuela que sale de una dictadura de larga data hacia un país que rompe algunas barreras de contención y en el que afloran sus conflictos y luchas sociales y políticas. En esta transición hay una necesidad de estructurar una administración pública con una –incipiente-modernización del Estado y se cambia el Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría –que había sido creado en 1930– por el Ministerio de Salud y Asistencia Social. Se da, desde esta época, una intencionalidad formal –de acuerdo a principios de salud pública– de establecer un diseño institucional y una acción de política pública más firme en el abordaje de la salud como un derecho de toda la sociedad. Así lo podemos ver en la afirmación siguiente:

Por lo tanto, ya desde 1936 la atención a la salud se había constituido en una responsabilidad del Estado. Es en el seno del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) en donde mayoritariamente se desarrollan las actividades de investigación en salud pública durante este período de consolidación institucional. En ese momento, el afán modernizador de los gobiernos de López Contreras y Medina, así como el impulso dado a la lucha contra las endemias rurales durante la dictadura de Pérez Jiménez, parecieron dar resultados en lo que respecta al saneamiento ambiental con un descenso en las endemias que afectaban a los venezolanos. Debe destacarse que a finales del período gomecista, de una población estimada en tres millones de habitantes, anualmente se registraba cerca de un millón de casos de paludismo, y por diversos medios se reclamaba por la necesidad de “un hombre sano como condición para el desarrollo. (Reflexiones sobre el Sistema de Salud Venezolano s/f).

En Venezuela existe una corriente de pensamiento que plantea una versión de la historia de la salud –previa a la creación del Ministerio de la Salud– que hasta ese momento la enfermedad era un asunto de tratamiento particular basado en costumbres y prácticas tradicionales populares.

Posiblemente esta afirmación esté tomada de las reminiscencias de las prácticas curativas de la época colonial que dada la situación de guerra posterior a la colonia (Guerra de Independencia y Guerra Federal) prevalecen como mecanismos de atención hasta muy entrado el siglo XX; al respecto Pedrique (1992) plantea:

Los siglos coloniales conocieron sistemas sincréticos de salud, donde los saberes y prácticas médicos provenían de los indígenas, los españoles y los africanos, llegando a producir los sistemas ‘sociomédicos’ que aún hoy persisten, si bien con las transformaciones y adaptaciones de los nuevos tiempos.

Es evidente que son las prácticas mágico-religiosas las que dan contenido al abordaje de la salud y se extienden al Siglo XX por el régimen dictatorial de Juan Vicente Gómez centrado en un ejercicio absolutista del poder y económicamente orientado a aprovechar en beneficio propio la incipiente industria petrolera con apertura a la conducción de los destinos nacionales de la mano de Estados Unidos. Esta misma autora expone esta idea:

Las instituciones sanitarias provenientes de la época colonial, permanecen más o menos igual hasta la segunda década del siglo XX. Apenas en 1930 se crea el Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría, principalmente por presiones de la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana, de 1927, que recomendaba la creación de ministerios de salud a todos aquellos gobiernos latinoamericanos que aún no los habían creado. Sin embargo, el dictador reinante Juan Vicente Gómez no hizo mucho por transformar las instituciones sanitarias del país, y tampoco hizo mayor cosa por las educativas. El avance en políticas sanitarias de los países latinoamericanos se debe en esta época, principalmente a los intereses políticos, militares y económicos derivados del interés norteamericano de expandir sus mercados comerciales al continente hispano.

No obstante es importante destacar que existe un conjunto de procesos previos a la creación del Ministerio que condujeron a hacer de Venezuela una referencia continental en materia de abordaje de la salud, liderado por la acción de profesionales memorables en el área y que abordaron la erradicación de enfermedades endémicas. Así se plantea en Plan Nacional de Salud (2014-2019). Entre estos hechos se encuentran:

- La creación de la Facultad de Medicina fundada en 1827, por decreto del Libertador Simón Bolívar a la cual le confiere atribuciones sobre salubridad pública en perspectiva de Estado responsable de la atención de un derecho.(p.9).

- La fundación del Hospital José María Vargas, bajo el mandato del Presidente Vicente Rojas Paúl quien decreta en 1888 la construcción de un Hospital que –en palabras del propio Presidente-debería ser “un hospital nacional para hombres y mujeres que contenga por lo menos mil camas, debiendo tener una construcción análoga y régimen semejante al del Hospital Lariboissiere, establecido en París”. El Hospital entra en operaciones en 1891 y, desde 1995 se establece en su seno la formación de médicos en esa tradición de liderazgo de eminentes médicos venezolanos formados en Francia y se construye una sólida referencia de formación académica en el campo de la medicina. Este Hospital, según se afirma en el Plan Nacional de Salud 2014 – 2019 se crea en el marco de un esfuerzo por retomar la concepción de salubridad pública que se interrumpe luego de la separación de Venezuela de la Gran Colombia, que incluyó la formación de médicos en Francia. No obstante prevalece el servicio privado sobre el público. (p.10)

- La creación, en 1893, de la Sociedad de Médicos de Caracas cuyos miembros (esa generación de médicos formados fuera del país) que, entre 1895 y 1897, crearon el Instituto de Investigación Luís Pasteur, la cátedra de clínica médica y obstétrica y realizaron más de 200 operaciones de alta cirugía en el Hospital Vargas.

- La creación del Seguro Social, concebido en la Ley del Trabajo y que inaugura la fragmentación del sistema público de salud; una debilidad del sistema que perdura hasta hoy. Posteriormente esta visión cobra fuerza con la creación, en 1949, del Instituto de Previsión Social y Asistencia del Ministerio de Educación IPASME. Eran “servicios públicos de salud selectivos y al margen del sistema público de vocación universal” (p.12). Este criterio selectivo no solo se manifiesta en la creación de institutos para sectores específicos sino en la concepción manifiesta en la constitución del 1961. En el Plan Nacional de Salud lo plantean de la forma siguiente: “Eso puede verse claramente si comparamos las Constituciones del 47 y la del 61, el Artículo 76 de la Constitución de 1961 señalaba: “Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos.” Mientras que el artículo 51 de la Constitución de 1947 señalaba: “El Estado velará por el mantenimiento de la salud pública. Todos los habitantes de la República tienen el derecho a la protección de la salud. El Estado establecerá los servicios necesarios para la prevención y tratamiento de las enfermedades.” (p.13) De una concepción, en la constitución del año 47 que asume como derecho la salud de todas personas se pasa a una concepción, en el año 61, de la salud como derecho pero el Estado solo se ocupará de los más pobres creando un amplio espacio para el desarrollo de una medicina privada para aquellos que pudieran pagarla.
- La creación, en 1938, de las Unidades Sanitarias para consolidar una Red de Servicios Curativos y Preventivos, con una visión de trabajo articulado entre Hospitales y Unidades Sanitarias.
- La creación de la División de Hospitales, en 1946, con la misma intención de retomar la red pública de salud.
- En los planteamientos de Pedrique, L. (2008): La década de los cincuenta el giro de las políticas sanitarias se tornó hacia la medicina curativa. Se empezó a crear una extensa red hospitalaria, tanto pública como privada en las distintas ciudades del país. Entre los logros en esta materia se encuentra la creación de 64 institutos hospitalarios en el país.
- Uno de los logros en materia de salud para finales de los cincuenta y principios de los sesenta fue el Programa de Medicina Simplificada diseñada para dar cobertura a la población rural dispersa y desasistida. Este programa consistió en brindar atención en problemas de salud simple pero frecuente a través de los dispensarios rurales del SAS. Venía acompañado de programas de construcción de viviendas y acueductos rurales, repartos de tierra y suministros de créditos al sector campesino (p.163)

- Ya desde la década del sesenta se inicia un proceso de creación de múltiples organismos – locales y regionales-que profundizó la dispersión de esfuerzos y recursos. En este proceso también se diluye la noción de derecho y se impulsa la idea de recuperación de costos. En el Plan Nacional de Salud 2014 – 2019 se señala que “Se estimuló la descentralización de los servicios en múltiples organismos nacionales, estatales y municipales, la reducción del gasto público, el deterioro intensivo de las capacidades del MSAS para conducir y ejercer la rectoría, y se propició el desarrollo de la atención médica privada”. (p.17).
- La década de los ochentas y parte de los noventa se da en el país un giro hacia una nueva modernización del Estado, acorde con las políticas neoliberales que se extendieron por toda América Latina a partir de los condicionantes impuestos por los acuerdos de renegociación de la deuda con organismos multilaterales. En tal sentido se crea un marco normativo orientado a las pautas de la descentralización y desconcentración de la administración pública. Se fusiona el Ministerio de la Familia y el Ministerio de Salud y Asistencia Social; dando paso al Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- La década del 2000 se orienta a la reformulación del modelo de sociedad ante el triunfo electoral de la Revolución Bolivariana. En adelante se ha desarrollado una nueva estructura del Sistema Público de Salud y se ha retomado la concepción de la salud como derecho.

3.2. Descripción del contexto

El agotamiento del modelo de democracia y de sociedad -que ya daba muestras de su existencia desde finales de los ochenta-eclosiona en 1998 con el triunfo electoral de la opción presidencial de Teniente Coronel Hugo Chávez Frías, quien encarnó las aspiraciones de cambio que la sociedad venezolana planteaba y que tuvo como evento detonante el llamado “Caracazo” en 1989; un evento que multiplicó la efervescencia del malestar producto de la aplicación del paquete neoliberal.

Este triunfo marcó el inicio de una nueva concepción del Estado y la Sociedad impulsado por la necesidad de atender el conjunto de desigualdades sociales. Entre los primeros pasos que se dieron en esta dirección estuvo la convocatoria a una Asamblea Nacional Constituyente y con ella la gestación de un nuevo pacto social asumido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela Nacional, aprobada en 1999.

El Art. 2 de la nueva Carta Magna da cuenta de esta motivación:

Venezuela se constituye en un Estado democrático y social de Derecho y de Justicia, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico y de su actuación, la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social y en general, la preeminencia de los derechos humanos, la ética y el pluralismo político.

En la nueva Carta Magna –igualmente-se expresa una concepción de la salud como derecho, en sus artículos 83, 84, 85 y 86. El Art. 83 establece que:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley de conformidad con los convenios y tratados suscritos y ratificados por la República.

El Art. 84, define que el Estado, para garantizar el derecho a la salud, creará y ejercerá la rectoría de un Sistema Público Nacional de Salud intersectorial, descentralizado y participativo regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. Asimismo priorizará la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Los bienes y servicios de salud son propiedad del Estado y no pueden privatizarse y la comunidad tiene derecho a participaren en la toma de decisiones del sector salud.

El Art. 85 se refiere a la obligatoriedad del Estado de garantizar los recursos financieros al SPNS, la formación de los profesionales y técnicos del sector y la rectoría de los servicios privados de salud.

El Art. 86 establece el derecho a la Seguridad Social que garantice la atención de las contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, discapacidad, riesgos laborales, desempleo, vejez, viudedad, orfandad y vivienda. La ausencia de capacidad contributiva no obsta para el goce del derecho.

Es en este marco normativo y en el contexto de una propuesta de sociedad socialista, en la etapa que inaugura la Revolución Bolivariana, la política pública se comienza a ejecutar a través de la figura de las Misiones, una forma de avanzar más rápidamente en la transformación de las condiciones sociales de las grandes mayorías. Esta estrategia aún hoy ha sido muy cuestionada por su incidencia sobre el debilitamiento de la institucionalidad.

Así surge la Misión más importante que caracteriza la política pública en salud denominada Barrio Adentro; la cual cubre un amplio espectro de abordajes y recupera la visión de una medicina integral y de una relación diferente entre la población y el servicio de salud:

Lo que hoy conocemos como Barrio Adentro I, II, III y IV, es el producto de un proceso que se inicia el 16 de abril del año 2003 con el arribo a la ciudad de Caracas de los primeros 53 especialistas de Medicina General Integral, provenientes de la hermana República de Cuba. Se configura así el Plan Barrio Adentro dirigido a atender la Región Capital. En el mes de julio de aquel año, el Presidente Hugo Chávez decidió convertir este plan en una Misión. Surge de esta manera la Misión Barrio Adentro, que en el segundo semestre del 2003 y en el transcurso del año 2004, abrió el camino hacia un cambio estructural en el acceso a la atención en salud para millones de venezolanos y venezolanas que hasta entonces habían estado excluidos de esa atención, expandiendo la red primaria y poniendo a disposición de familias ubicadas en los sectores de mayor exclusión, consultorios populares, médicos, odontólogos, consulta oftalmológica y entrega de medicamentos, entre otros beneficios, en lo que se llamó **Barrio Adentro I.** (Plan Nacional de Salud, p. 27)

Los momentos más resaltantes de la ejecución de la Misión Barrio adentro son:

2003: Inicio del plan BARRIO ADENTRO, destinado a superar la exclusión se focalizó en la instalación y operación de pequeños centros asistenciales en zonas históricamente empobrecidas. En el Plan Nacional -ya citado-se reseña la construcción al 2013 de 6.712 Consultorios Populares, 459 Ópticas Populares, la disponibilidad de 3.019 sillones odontológicos y 20 Centros de Misión Sonrisa (salud bucal) (p.28)

2005: Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social (MPS 2005 -2009). Inicia de la etapa Barrio Adentro II, destinado a elevar la capacidad de resolución en el primer nivel de atención. Está conformado por los Centros de Diagnósticos Integrales (CDI), Centros de Alta Tecnología (CAT) y las Salas de Rehabilitación Integrales (SRI). En el mismo Plan se reseñan, hasta diciembre del 2013, la instalación y operación de “562 Centros de Diagnóstico Integral (CDI) que incorporan al sistema de salud 130 quirófanos, 584 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) , se encuentran en funcionamiento 35 Centros de Alta Tecnología (CAT) y 72 Centros de la Misión Milagro. Algunos ambulatorios preexistentes han sido readaptados e incorporados a esta estrategia como parte de Barrio Adentro II, surgiendo de esta manera 14 Clínicas Populares. Se ha previsto que esta red conjuntamente con Barrio Adentro I, tenga capacidad de resolver entre 85% y 90% de las necesidades y demandas de atención”. (p. 28 – 29)

La implementación de Barrio Adentro I y II dio paso a la creación de las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC), unidad básica del Sistema Público de Salud, en un nuevo modelo de salud concebido como Red Integrada de Salud.

A través de las ASIC y Barrio Adentro se ha incorporado el proceso formativo y de servicio de los Médicos/as Integrales Comunitarias.

En este mismo año se inicia Barrio Adentro III cuya misión ha sido el equipamiento y dotación de los requerimientos necesarios a la elevación tecnológica y modernización de los hospitales a fin de consolidar el sistema de referencia que no puede ser atendido en Barrio Adentro I y II. Siguiendo las cifras del citado Plan en el período 2006 al 2013 se han equipado los hospitales del país en la áreas de: Imagenología, 606 equipos, 6.922 equipos de sostén de vida, 7.855 mobiliario clínico, 5.183 instrumental quirúrgico, 1.860 equipos de apoyo diagnóstico, 157 equipos de video endoscopia, 1.499 equipos para quirófano y anestesia, 379 equipos para diálisis y 3.799 equipos para cocinas y lavanderías. (p. 30 – 31)

2006: Se inicia Barrio Adentro IV. Esta misión se ha orientado a la edificación de nuevos hospitales de alta especialización y al 2013 se han construido 22 nuevos Centros de este tipo.

2009: Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). El nuevo MPPS, tiene como lineamiento central el desarrollo del Sistema Público de Salud.

2011: Reforma de la Ley de Ejercicio de la Medicina para formalizar la incorporación del ejercicio profesional de los Médicos Integrales Comunitarios (MIC). Gaceta 39.823 de fecha 19 de diciembre del 2011.

El Estado, en tanto garante, del derecho a la salud rige al Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) y en él se ha priorizado la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Desde esta concepción se intenta la recuperación de la Atención Primaria en Salud como un espacio importante en el diseño institucional que se asume como una red que articula

4 niveles de atención de manera armónica, organizada y continuada: Ambulatorios

urbanos y rurales (consultorios populares de Barrio Adentro)

Ambulatorios urbanos Tipo II y III (Centro de Diagnóstico Integral – CDI, Centros de Rehabilitación Integral – CRI, Centros de Alta Tecnología – CAT).

Hospitales Hospitales especializados

De la misma manera el SPNS articula 5 subsistemas de salud: Barrio Adentro (Ministerio del Poder Popular para la Salud) Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas – IPSFA

(Fuerzas Armadas – Ministerio de la Defensa) Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Instituto de Previsión y Asistencia Social – IPASME (Ministerio del Poder Popular para la Educación)

IV-EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE FORMACIÓN EN MEDICINA INTEGRAL COMUNITARIA (MIC)

4.1. Gestión del programa

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en su Art. N° 85, establece lo siguiente:

El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Sustentado en esta disposición constitucional, en el año 2003, el Ministerio del Poder Popular para la Salud -MPPS-y el Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior-MPPES-(actualmente Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, Ciencia y Tecnología) convocó a docentes de diversas universidades venezolanas y profesionales de la salud, para diseñar el programa de pregrado, quien contaron con el asesoramiento de la Misión Médica Cubana y, así en Julio de 2005 se crea el Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (PNFMIC), dentro del Compromiso Sandino, que significó la firma de un Acuerdo de Cooperación de Salud en Octubre de 2000, en apoyo al sistema de salud venezolano entre los presidentes de Cuba y Venezuela, Fidel Castro y Hugo Chávez. Asimismo, cuando en el año de 2003 se implementa la Misión Barrio Adentro I, definido como: " Un modelo de gestión de salud integral que comprende la creación de Consultorios y Clínicas Populares dentro de las comunidades con poco acceso al sistema de salud convencional" (Obtenido el 30 de Octubre de 21014, de http://ceims.mppre.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=39 :mision-barrio-adentro-i-ii-iii-iv), se coloca desde entonces, en evidencia la necesidad de incorporar médicos/as venezolanos/as, en este primer nivel de atención, de manera que fuese posible sustituir, con el tiempo, a los/as médicos/as cubanos/as por personal nacional. Por consiguiente, este nuevo programa se fundamenta en la estrategia de Atención Primaria en Salud APS-que facilita, según la definición de la Organización Mundial de la Salud-OMS-, citado en Martín, A. Zurro y a Jodar, G. (2012):

El alcance a la atención de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación. expresan que la Atención Primaria en Salud: Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (pp. 3-4)

De este modo, este programa nace para garantizar el derecho a la salud y a la educación, a través de la formación de médicas y médicos en que se prioriza la formación en atención primaria en salud, frente a contenidos más clínicos y especializado, así como incluir a los/as estudiantes de sectores populares por medio de la Misión Sucre.

Sin embargo, no es sino hasta el año 2008 cuando es aprobado el Programa de Formación de Médicos y Médicas Integrales, en Gaceta Oficial N° 39.032, Resolución 3.149 del 07 de octubre de 2008 del MPPES, con el objetivo de: “Formar profesionales de la salud que recibirán títulos de Médicos Integrales Comunitarios y Médicas Integrales Comunitarias por parte de las instituciones de educación superior que gestionarán y acreditarán dicho programa”.

El 16 de febrero de 2009, tras las resoluciones del MPPES Números 3.539, 3.540, 3.541, 3.542, 3.543 y 3.544, y con la publicación de la Gaceta Oficial N° 39.121, se autoriza a las universidades, que a continuación se mencionan, para que ofrecieran el Programa Nacional de Formación de Médicos y Médicas Integrales comunitarios-PNFMIC:

- 1 Universidad Nacional Experimental de los Llanos Centrales Rómulo Gallegos (UNERG) en los estados Guárico, Portuguesa, Cojedes, Aragua, Carabobo y parte de Apure (municipios Achaguas, Pedro Camejo, Biruaca y San Fernando)
- 2 Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora (UNELLEZ) en Barinas, Táchira y parte de Apure (Municipios Páez, Muñoz y Rómulo Gallegos)
- 3 Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt -UNERMB-en el estado Zulia
- 4 Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda -UNEFM-en Falcón, Lara, Yaracuy y Trujillo
- 5 Universidad Nacional Experimental de las Fuerzas Armadas (UNEFA) en Amazonas, Anzoátegui, Nueva Esparta, Sucre y parte de Delta Amacuro (municipios Tucupita, Pedernales y Antonio Díaz)
- 6 Universidad Bolivariana de Venezuela -UBV-en el Distrito Metropolitano y los estados Bolívar, Miranda, Vargas, Monagas, Mérida y parte de Delta Amacuro (Municipio Casacoima)

Los/as estudiantes se preparan en su comunidad bajo el concepto de una nueva universidad, que tiene entre sus principales características la implantación de la municipalización como vía para la universalización de la educación en el seno de las universidades venezolanas. Esto lo reafirma, uno de los médicos, que suministraron información a través de la entrevista grupal, en la que afirma que el trabajo comunitario es el que sustenta la práctica médica y así lo expresa:

La base comunitaria que nos inculcaron a nosotros no solo era sanar a la persona era enseñarles a vivir. Los procesos nos están trayendo ahora nuevamente el vivir bien. Entonces ese vivir bien no era solo atender a ese enfermo o a la persona que lo necesitaba, era enseñarles a ellos como vivir bien. Enseñándoles que si comes bien vas a tener mejor salud que no es solo ir al médico a que te den un poco de pastillas sino que hay medicinas naturales hasta cierto punto que se pueden manejar para tu poder sanar a una persona y parte de eso es también lo espiritual...El proceso de la salud como nos enseñaron no es solo proporcionar salud a una persona sino verlos como un todo, en lo individual como persona, la comunidad incluyendo a la familia y vecinos. (NT, GF)

Para mí la salud es eso porque sí al lado de mi casa vive una familia que todos los fines de semana se caen a palos, ponen música de viernes a domingo; por muy bien que yo me sienta mi estado de ánimo no va a estar bien. Y como dicen mis compañeros, como nos enseñaron si solo acudo por una pastillita para curarme no entiendo que la salud es más allá, yo te voy a enseñar cómo vivir para que tú no vayas al hospital y es lo que nos inculcaron desde el principio de la carrera. Vamos a promover, vamos a prevenir para ganar muchas cosas. (ZO, GF).

4.2. Municipalización de la formación en salud

La municipalización constituyó una concepción diferente del espacio en el cual se formaría el nuevo profesional. Se pasó del recinto universitario al aula abierta y a la comunidad como espacio de aprendizaje que profundizaría el arraigo del estudiante y del nuevo profesional a su contexto socio – ambiental.

La formación se da en el seno de su propia comunidad, la nueva universidad, lo que viene a ser una estrategia diferente de abordar la universalización de la educación brindando la oportunidad de estar cerca del lugar de residencia del estudiante y -al mismo-tiempo le permite profundizar en el conocimiento de su comunidad que es la misma –que una vez egresado-recibirá su servicio como profesional –en este caso-de la medicina.

En el trabajo de Ziritt y Huerta (2010) se analiza la innovación y –más importante aún-el sentido de inclusión que representa esta modalidad de la educación:

La municipalización de la educación superior en Venezuela, representa una estrategia organizativa de gestión innovadora, que se ha materializado a través de la Misión Sucre, con miras a alcanzar la democratización, a través del acceso de las mayorías, con independencia del espacio geográfico donde se encuentren los estudiantes. La municipalización surge, a nuestro parecer, como una respuesta a tres necesidades fundamentales. Una que tiene que ver con una reforma universitaria de profunda pertinencia social; una segunda necesidad asociada al mandato constitucional de 1999, cuando a través del proceso constituyente se relegitimaron los poderes públicos, con la finalidad – entre otros

aspectos – de alcanzar los propósitos igualitarios de justicia social y de igualdad de derecho; y una tercera, que se relaciona con el conflicto social que demandaba por políticas públicas de inclusión de las mayorías.

Si consideramos las verbalizaciones de los egresados MIC que participaron en el Grupo Focal se aprecia el alcance de esta modalidad educativa. Yo fui seleccionada y mi motivo mayor era las ganas de ayudar a la gente y ver la posibilidad de que ese médico que se estaba formando, que ese vencedor que iba a estudiar medicina tuviera la posibilidad de acceder a ello... Significò un cambio de vida total, sentirme como persona, ser alguien. La relación con la comunidad cambió porque a pesar de haber sido criada y levantarme ahí mismo la gente comenzó a llamarme Doctora". (AC, GF)

Hablé con mi familia y me dieron la oportunidad de ser médico y yo dije verdaderamente es un sueño hecho realidad porque desde pequeña ya decía que yo quería ser médico" (NT, GF).

Yo estudié administración por lo mismo que mi compañera porque había que trabajar y ganar dinero. Pero realmente mi inclinación era hacia la medicina; entonces uní las dos cosas ese sueño de muchacho de estudiar medicina con lo que hizo el comandante que todos pensáramos, es decir que los sueños son posibles, y aquí estoy como Médico después de tanto tiempo". (NI, GF).

Cuando se planteó la posibilidad del Programa de Medicina yo dije quiero estar ahí. No soy médico pero quiero ser médico y quiero ser médico de mi barrio, de mí comunidad, para ayudar". (ZO, GF)

En el caso de la Primera Cohorte les correspondió construir las alternativas concretas para realizar las clases porque las aulas se hicieron cuando ya cursaban el segundo año de la carrera. Ello implicó una gran movilización y negociación local para superar esa limitación inicial. Los participantes del Grupo Focal lo expresan en términos de:

Nunca fue fácil en todos los años de estudio, pero el inicio fue -creo que fue una gran tortura-porque no teníamos espacios donde estar, no contábamos con un área para estudiar. Nos cedieron unos salones (3 aulas) en el Centro de Higiene Mental en la UD 3 de Caricuao, perteneciente al Ministerio de Salud, los cuales estaban en una forma deplorable, era un caos, nosotros mismos tuvimos que arreglarlas y habilitarlas" (NT, GF).

A media cuadra hay un Colegio, hablaron con la Directora de ese Colegio y ahí teníamos que ir todos los días a buscar unos pupitres nos prestaban los pupitres los cuales teníamos que traer y llevar todos los días, cruzar la calle, hasta que de parte de la Misión Sucre y la Universidad Bolivariana nos llevaron mesas, nos arreglaron el salón, sillas, pizarrón y materiales acordes para estudiar. Nos llevaron las computadoras, los libros, las maquetas del cuerpo humano. Con respecto a los espacios después estuvimos privilegiados hasta con aire acondicionado." (NT, GF).

Los procesos formales preliminares, a fin de mantener la visión de municipalizada, se cumplen en los Centros de Diagnósticos Integrales más cercanos a la residencia del aspirante donde éste presenta su solicitud.

Ha sido un esfuerzo de coordinación novedoso y que creó grandes expectativas. Se inicia con una matrícula elevada y -es indudable-que tuvo que enfrentar controversias de diferente naturaleza y dificultades operativas. Se fue construyendo en el mismo proceso de desarrollo pues se implementa sin tener cubiertas todos los requerimientos formales. Los participantes del Grupo Focal lo expresan en:

Una gran debilidad es la desorganización del mismo MIC, con respecto a nuestra organización interna. De nuestros coordinadores, a los cambios de ministros, que unos nos quieren apoyar más que otros, que no es que no nos quieran pero no nos apoyan tan completo como lo hacía el anterior. (NT, GF).

Debe organizarse mejor, improvisar en un gremio que está ávido de rechazarte no es buena estrategia (NI, GF).

La experiencia indica de la necesidad de apuntalar el seguimiento y la coordinación del proceso formativo a fin de consolidar la municipalización como una estrategia viable de formación.

4.3. Programa de formación de pregrado

El programa se estructuró desde el Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior, que convocó a reuniones en las que participaron representantes de las escuelas de Medicina del país y, fundamentalmente con la Universidad Bolivariana de Venezuela, que en un principio trabajaba en su propio programa de Medicina y, la Escuela de Salud Pública de Cuba se la estructura curricular. En consenso se determinó que era necesario impulsar el programa basado en el desarrollo de habilidades y adquisición de conocimientos desde los servicios donde se aplica la atención primaria en salud, eje fundamental de acción en todos los servicios y niveles del Sistema Público Nacional de Salud.

El programa concebido desde la atención primaria y, además formando parte del Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC), constituye la manera de concebir el proceso de atención en salud desde la gente recreando desde sus territorios sociales mejores condiciones de vida. Esta concepción es ratificada por el actual Viceministro de Salud Integral, Carlos Alvarado, en la que expresa:

Cuando hablamos de las ASIC nos referimos a un territorio social definido, con personas y organizaciones sociales (comunidades, consejos comunales, comités de salud, entre otros), que incluye establecimientos de salud y otras instituciones del área social del Estado, llamadas a abordar de forma integral a la salud entendida en su sentido amplio, como derecho social fundamental, vinculada a calidad de vida y el vivir bien; los establecimientos de salud del ASIC constituyen la puerta de entrada al sistema de salud, que debe estar integrado en redes a los establecimientos de salud de mayor complejidad. Los principales problemas de salud de los habitantes de la ASIC se deben resolver en ese espacio, si el caso lo amerita será trasladado a otro nivel, pero que sea el mismo sistema que lleve a la persona a ser atendido según su necesidad y evitar que la gente se vea obligada a ir tocando de puerta en puerta a ver dónde la reciben (Obtenido el 06 de noviembre de 2014 de <http://www.mpps.gob.ve/index.php>)

El período de formación es de seis (06) años, precedido por un curso introductorio a las Ciencias Médicas o Pre-médico con una duración de seis (06) meses y que es requisito básico de ingreso, de dedicación exclusiva. Aunque según información obtenida del Director General de Educación e Investigación del Ministerio del Poder Popular para la Salud (Diciembre, 2014): Actualmente el curso pre-médico se ha extendido un poco más por el proceso de incorporación paulatina, siendo una formación de aproximadamente nueve (09) meses. En algunos procesos varía. Todavía el criterio académico es de 6 meses, sin embargo, el criterio de incorporación es durante 9 meses. Es decir, el estudiante no tiene una fecha tan amarrada para ingresar. El tema es que el pre-médico es fundamental para el proceso, en sí solo, es un proceso de selección general vocacional. Aquí es donde el estudiante se da cuenta de que lo que va a estudiar le gusta, y si se le pueden presentar otras oportunidades acorde a lo que él le gusta. (DEI, p.2)

El programa se encuentra presente en:

- Las 24 Entidades Federales
- Los 311 Municipios de los 335 (92,8%)
- Las 580 áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC)

El ingreso al Programa de Medicina Integral Comunitaria no se rige por lo establecido en el Consejo Nacional de Universidades/Oficina de Planificación que es el organismo del Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, Ciencia y Tecnología que asigna los ingresos a las universidades públicas del país, ya que el ingreso se realiza de la siguiente manera, según lo expresa el Director General de Educación e Investigación del Ministerio del Poder Popular para la Salud (Diciembre, 2014):

La selección se hace fundamentalmente a través de las áreas de salud integral comunitaria y, desde allí funcionan los núcleos docentes de la ASIC. Se hace una convocatoria abierta desde las familias, desde los núcleos familiares, desde los consultorios familiares, donde hacen una primera postulación e ingresan en su totalidad, todos, al curso pre -médico. De tal manera que el CNU tiene capacidad de opinión para mejorar algunos procesos pero no puede regir el carácter de la selección universal a nivel de las áreas de salud integral comunitaria (p.3)

El 5 de octubre de 2005, según se expone en el texto Medicina Integral Comunitaria. Hacia un sistema de salud incluyente (2013):

Comenzó el PNFMIC y lo hizo con una sola asignatura, Morfofisiología Humana I, la primera unidad curricular que se impartió y la cual reúne temas fundamentales para abordar conceptos y elementos que permiten al (la) estudiante integrar el estudio del organismo humano como un todo.(p.47)

En el mismo texto se expresa, que el programa académico está estructurado para ser impartido en seis años, dividido por asignaturas. El pensum contiene 44 unidades curriculares, distribuidas en dos módulos principales, a saber:

- El ciclo de ciencias básicas
- El ciclo clínico, subdividido a su vez en dos, clínico básico (que es un preclínico) y el clínico como tal. El básico se desarrolla en el primer y segundo año de la carrera, al igual que el básico clínico, donde se imparte una unidad curricular novedosa, Morfofisiopatología Humana I y II, que comprende Anatomía patológica, Genética, Inmunología, Laboratorio clínico e Imagenología. Desde el primer año se incluyen asignaturas según disciplinas socio-médicas, las cuales forman al (la) estudiante en el acercamiento y comprensión de temas altamente relacionados con los objetivos del programa: atención primaria de salud, salud comunitaria y familiar, atención integral en salud y medicina de desastres, entre otras temáticas.

El ciclo clínico comienza a impartirse desde tercero hasta sexto año de la carrera. Además de Farmacología I y II, se ofrece Clínica I y II donde se tratan las enfermedades propiamente dichas. Lo que en el PNFMIC es la enseñanza de la Clínica III y IV, en muchas universidades se considera el año propedéutico, donde se abordan las patologías propias de los diferentes sistemas y aparatos que conforman el organismo.

A partir del cuarto año se imparten asignaturas propias de la clínica: Pediatría, Obstetricia, Psiquiatría, Dermatología, Cirugía general y Clínica quirúrgica.

Las unidades curriculares de quinto y sexto año fueron diseñadas para que los (as) estudiantes se integren a los servicios hospitalarios. Allí continúan su formación en el área de consulta, donde permanecen junto con el (la) médico (a) que atiende a los (as) pacientes y aprecian cómo este (a) los (as) examina, diagnostica, trata, rehabilita, evalúa su evolución y hace prevención y promoción; participan en las actividades de las salas de hospitalización, en las cuales acompañan la revista o visita clínica, y dan su aporte en las discusiones sobre las condiciones del (la) paciente; y realizan guardias médicas de doce o veinticuatro horas en la emergencia, donde observan, acompañan y participan en los actos médicos.

Durante esas rotaciones el control de las actividades propias de la práctica docente está dirigido por profesores (as) venezolanos (as) en los servicios hospitalarios, quienes evalúan la adquisición de hábitos y destrezas. (p.4)

Cuadro N°1: Unidades Curriculares del Pensum de Estudios de la Medicina Integral Comunitaria

UNIDADES CURRICULARES	
Años	Materias
1	Morfofisiología humana I
	Procederes básicos en la atención primaria de salud
	Morfo fisiología humana II
	Introducción a la atención primaria de salud
	Morfofisiología humana III
2	Educando en ciudadanía
	Morfofisiología humana IV
	Morfofisiopatología humana I
	Morfofisiopatología humana II
	La psiquis en el proceso salud-enfermedad
	Salud comunitaria y familiar I
	Salud comunitaria y familiar II
	Informática médica I
	Informática médica II
Pensamiento político latinoamericano	
3	Farmacología I
	Farmacología II
	Clínica I
	Clínica II
	Clínica III
	Clínica IV
	Psicología médica
	Salud comunitaria y familiar III
Salud comunitaria y familiar IV	
4	Ginecobstetricia I
	Pediatría I
	Pediatría II
	Psiquiatría
	Atención integral en salud
	Ambientes específicos
	Análisis de la situación de salud
5	Medicina física y rehabilitación
	Dermatología
	Medicina legal y toxicología
	Medicina natural y tradicional
	Pediatría III
	Ginecobstetricia II
	Clínica quirúrgica
	Cirugía general
	Intervención en salud
	Medicina de desastres
6	Estancia: Atención integral a la mujer y la embarazada
	Estancia: Atención integral al niño y al adolescente
	Módulo: Atención integral a la familia y la comunidad
	Módulo: Atención integral al adulto

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013) Medicina Integral Comunitaria Hacia un sistema de salud incluyente

El primer curso pre-médico, que para el año de 2005, tenía una duración de cuatro meses, según se expone en el texto Medicina Integral Comunitaria Hacia un sistema de salud incluyente (2013):

Se inició con 24 mil estudiantes admitidos, de ese grupo 15.402 alumnos (as) lo completaron de manera satisfactoria, y el 5 de octubre comenzaron el primer año de la carrera. Las clases se impartieron en espacios habilitados dentro o cerca de los centros de salud de la zona (consultorios populares, CDI, SRI e incluso hospitales). A partir de 2008 se comenzaron a construir los módulos docentes, los cuales forman parte del área de Atención Integral Comunitaria -ASIC-(p.18)

4.4. Funcionamiento administrativo del programa de medicina integral comunitaria

El Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria estará coordinado a nivel nacional, por un Comité Coordinador Interinstitucional. A nivel estatal, por los Consejos Académicos Bolivarianos Estadales de Salud (CABES). Por último, a nivel local, por los Consejos Académicos Bolivarianos Locales de Salud (CABLOS), según resolución aprobada el 07 de octubre de 2008 en Gaceta Oficial N° 39.032 resolución 3149. Según se expone en Normativa Provisional del Funcionamiento de los Consejos Académicos Bolivarianos de Salud (2012).

Estas instancias tienen como propósito garantizar la calidad y pertinencia del Programa en los niveles respectivos, según este Reglamento de funcionamiento del Programa Nacional Formación de Medicina Integral Comunitaria. A todos los efectos, el término genérico que se refiere a cada una de las instancias del Sistema de Dirección del Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria (PNFMIC), es el Consejo Académico Bolivariano de Salud (CABS), el cual adquiere especificidad propia, de acuerdo al nivel organizacional de que se trate. (p.4)

El Comité Académico Bolivariano de Salud (CABS), se define como: Un órgano funcional colegiado que se encarga de, planificar, organizar, dirigir, controlar, evaluar, aprobar y hacer seguimiento del Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria (PNFMIC), en los diferentes niveles de dirección (nacional, estatal y local) del proceso formativo, sobre la base de los lineamientos emanados de las políticas de salud y educación universitaria del Estado venezolano y que se desarrollan en coordinación con la Misión Médica Cubana en Venezuela. (Normativa Provisional del funcionamiento de los Consejos Académicos Bolivarianos de Salud p.4)

Comité Interinstitucional

Es un órgano funcional colegiado que se encarga de aprobar en primera instancia y elevar a su consideración a la instancia superior, el Programa de Formación Nacional de Medicina Integral Comunitaria que se desarrolla en coordinación con la Misión médica cubana y, está integrado por:

- 1 Tres (3) representantes del Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, quienes ejercerán las funciones de Coordinador(a) Secretario(a) y asistente, respectivamente
- 2 Dos (2) representantes del Ministerio del Poder Popular para la Salud
- 3 Dos (2) representantes de la Misión Médica Cubana, de la Coordinación Nacional de Docencia
- 4 Un(a) (1) representante por cada Universidad autorizada para la gestión del Programa. Según resolución aprobada el 07/10/2008 en Gaceta Oficial numero 39.032 resolución 3149
- 5 Un(a) (1) representante de la Fundación Misión Sucre
- 6 Cualesquiera otras y otros representantes que sean aprobados en el Comité Interinstitucional del Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria, en pleno. (Normativa Provisional del funcionamiento de los Consejos Académicos Bolivarianos de Salud (pp.6-7)

Consejos Académicos Bolivarianos Estadales de Salud (CABES)

Es un órgano funcional de ámbito estatal que se encarga de planificar, organizar, dirigir, controlar, evaluar y hacer seguimiento del Programa Nacional Formación de Medicina Integral Comunitaria, como parte de los programas nacionales de formación del Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, sobre la base de los lineamientos emanados del Comité Interinstitucional (entidad rectora) del Programa de Formación Nacional de Medicina Integral Comunitaria.

Los Consejos Académicos Bolivarianos Estadales de Salud (CABES), estarán conformados por:

- 1 Un(a) (1) representante de la Universidad, quien lo coordinará
- 2 Un (a) (1) representante del Ministerio de Educación Universitaria
- 3 Un(a) (1) representante del Ministerio del Poder Popular para la Salud
- 4 Un(a) (1) representante de la Misión Médica Cubana
- 5 Un (a) (1) vocero(a) estudiantil estatal Según resolución aprobada el 07/10/2008 en Gaceta Oficial numero

39.032 resolución 3149

- 1 Un(a) (1) representante de la Misión Sucre
- 2 Un(a) (1) representante de la Misión Sucre
- 3 Un (a) (1) representante de los egresados del PNFMIC
- 4 Cualesquiera otras y otros representantes que sean aprobados en el Comité Interinstitucional del Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria y/o el CABES en pleno. (Normativa Provisional del funcionamiento de los Consejos Académicos Bolivarianos de Salud, pp.19-20)

Consejos Académicos Bolivarianos Locales de Salud (CABLOS)

Es un órgano funcional de ámbito local que se encarga de dirigir, ejecutar, y hacer seguimiento del Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria que se desarrolla en coordinación con la misión médica cubana, sobre la base de los lineamientos emanados del CABES

Los Consejos Académicos Bolivarianos Locales de Salud (CABLOS) estarán conformadas por:

- 1 Un (a) (1) representante de la Universidad, quien lo coordinará
- 2 Un (a) (1) representante de la Misión Médica Cubana
- 3 Un (a) (1) representante de la Fundación Misión Sucre
- 4 Un (a) (1) representante del Ministerio del PP para la Salud
- 5 Un (a) (1) representante del Ministerio de Educación Universitaria
- 6 Un (a) (1) representante del Poder Popular Local
- 7 Un (a) (1) vocero (a) estudiantil municipal
- 8 Un (a) representante del gobierno local
- 9 Un (a) representante de los egresados del PNFMIC. (Normativa Provisional del funcionamiento de los Consejos Académicos Bolivarianos de Salud, pp.37-38)

Estas instancias tienen como propósito garantizar la calidad y pertinencia del Programa en los niveles respectivos.

Una característica prioritaria del PNFMIC es que está municipalizado, por lo que todas las instituciones responsables se integran y trabajan de forma conjunta en una estructura organizativa-funcional. Los CABES consolidan esa integración porque sus miembros trabajan en cada uno de los estados, lo que permite la implementación y control del programa en todo el país.

V. INCORPORACIÓN DE LAS MÉDICAS Y LOS MÉDICOS INTEGRALES (MIC) AL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD (SPNS)

5.1. Distribución de las médicas y los médicos integrales comunitarios en el sistema público nacional de salud, según las cohortes de egresadas/os

El 16 Febrero 2012 se gradúa la primera cohorte de médicas y médicos integrales comunitarios, que conformaron la promoción Bicentenario “Simón Bolívar”, en esta oportunidad el entonces presidente Hugo Chávez Frías expreso: “Estos jóvenes, que integran la primera cohorte de graduandos, pasarán a formar parte del Sistema Público Nacional de Salud. El médico debe ser un líder social. Un médico verdadero, no debe quedarse en el consultorio sino ir a la comunidad”. Igualmente la ministra del Poder Popular para la Educación Universitaria (MPPES), Yaira Córdova, destacó:

El total de la promoción son 8.129, quienes desde el día de hoy comienzan a recibir sus títulos de médicas y médicos, y que se activarán en los próximos actos de grado en todo el país. De ese total, 77% son mujeres y 23% son hombres. Anunció que tanto el MPPS y el MPPES asumen ahora la formación de Postgrados para estos nuevos profesionales comprometidos con el pueblo. (Obtenido el 02 de diciembre de 2014 desde http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=1015:presidente-chavez-graduado-1215-medicos-integrales-comunitarios).

Una de las controversias que en ese sentido acompañó a la primera cohorte de estudiantes fue el hecho que la Ley del Ejercicio de la Medicina no incluía el título de Médico/a Integral Comunitario/a entre los/as profesionales autorizados/as para ejercer el acto médico. El 01 de noviembre de 2011, la Asamblea Nacional (AN) sancionó la reforma parcial de la referida ley y, aprobó la modificación de los Artículos 3, 4 (ordinal 1º) 22 y 35, en los cuales se faculta a los/as médicos/as integrales comunitarios/as a que ejerzan la medicina en todos los niveles de atención sanitaria.

La Gaceta Oficial N° 39.823 de fecha 19 de diciembre de 2011, dispone la Ley de Reforma de la Ley de Ejercicio de la Medicina, la cual no solo autoriza a los/as médicos/as comunitarios/as a ejercer la medicina, sino que toca otros aspectos de la prestación de atención médica.

Hay que señalar que para el año 2013, según fuente del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPPS). Dirección General de Investigación y Educación (2014), habían egresado tres cohortes de Médicos Integrales Comunitarios (MIC) para un total de 16.511, de los cuales 15.707 están contratados en el MPPS. Actualmente cursando la IV cohorte se encuentran un total de 1.860 estudiantes que egresan en diciembre 2014.

En relación a los nuevos ingresos a la carrera de MIC para el año 2015, hay 16.879 estudiantes cursando el Pre-médico MIC.

En el siguiente cuadro se expone el número de estudiantes que ha conformado cada una de las cohortes y su distribución por Entidades Federales.

Cuadro N° 2: Egresadas/os del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (MIC). Venezuela, Marzo 2014

Estado	Cohorte I	Cohorte II	Cohorte III	Cohorte Total	%
Amazonas	92	77	716	185	1,12
Anzoátegui	305	266	121	692	4,19
Apure	175	140	61	376	2,28
Aragua	666	546	210	1422	8,61
Barinas	216	172	28	416	2,52
Bolívar	399	335	123	857	5,19
Carabobo	803	621	208	1632	9,88
Cojedes	161	91	42	294	1,78
Delta Amacuro	40	42	8	90	0,55
Distrito Capital	378	317	119	814	4,93
Falcón	217	156	45	418	2,53
Guárico	251	227	97	575	3,48
Lara	684	332	82	1098	6,65
Mérida	301	246	92	639	3,87
Miranda	690	497	173	1360	8,24
Monagas	359	293	72	724	4,38
Nueva Esparta	86	119	50	255	1,54
Portuguesa	298	191	63	552	3,34
Sucre	175	114	51	340	2,06
Táchira	310	274	90	674	4,08
Trujillo	283	208	37	528	3,20
Vargas	100	49	18	167	1,01
Yaracuy	315	144	56	515	3,12
Zulia	904	681	303	1888	11,43
Total	8208	6138	2165	16511	100

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Marzo 2014. Dirección General de Investigación y Educación.

Las Entidades Federales con mayor número de MIC egresados en las tres cohortes son: Zulia, Carabobo, Aragua y Miranda, esto obedece a que son los estados con mayor densidad poblacional y donde se ubican las universidades autónomas que ofrecen la carrera de medicina (con excepción de Miranda) con una alta demanda y cupos o acceso restringido debido a que se manejan con criterios de selección basado en pruebas internas y entrevistas que dejan fuera un número importante de aspirantes. Asimismo los/as egresadas comienzan su ejercicio profesional en las Entidades Federales donde realizaron sus estudios de pregrado.

Para conocer cómo fue la incorporación de los MIC en el Distrito Capital, se realizó la entrevista a la Licenciada Honorelis Echenique, Directora de la Red Ambulatoria y de Distritos Sanitarios del Distrito Capital, la cual al preguntarle sobre el proceso de incorporación de los MIC a la red de servicios de salud, puntualizó:

En relación en que ha contribuido la incorporación de las/os MIC para atender la demanda y cuál es la dinámica de este proceso de incorporación, al respecto respondió: “En Caracas adscritos a la Dirección de Salud tenemos un total de 76 ambulatorios, 845 Consultorios Populares de Barrio Adentro, 38 Centros de Diagnóstico Integral y 17 hospitales, manejamos una alta demanda ya que la población según datos del Censo del año 2011, es de 2.073.055 habitantes. La llegada de los MIC ha logrado cubrir parte de la demanda que tenemos en el Distrito Capital, tanto a nivel de la red de atención comunal (ambulatorios, consultorios populares y centros de diagnóstico integral) como a nivel hospitalario. En los servicios de salud realizan actividades propias de la Salud Pública como gestión de los programas de salud, manejo del sistema de información y vigilancia epidemiológica, control de gestión, salud ambiental y control sanitario igualmente realizan labores asistenciales manejando el modelo de atención integral en la atención directa del paciente y realizando las visitas a los hogares y comunidades. A nivel hospitalario responden al plan de trabajo que tiene establecido cada hospital, permaneciendo durante 18 meses a nivel de hospitales y 6 meses en la red de atención comunal. La distribución de los MIC se realiza tomando en cuenta la cercanía de la residencia del médico al establecimiento de salud y la densidad poblacional de las parroquias (son 23 parroquias en total), en los actuales momentos podemos decir que no hemos cubierto toda la demanda, esperamos que con la incorporación de los que ingresan para el 2015 llegamos a tener cubierta toda la demanda de la red de atención comunal que es la que más necesita de los MIC.

5.2. Proceso de reclutamiento y selección

El proceso de reclutamiento y selección de los Médicos Integrales Comunitarios (MIC) es realizado por la Dirección General de Investigación y Educación del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), este proceso desde el punto de vista técnico está asociado a la identificación, captación y escogencia del talento humano, en función de los objetivos del Sistema Público Nacional de Salud, asegurando lo más altos niveles de desempeño.

Tomando en cuenta dicha premisa, el Ministerio del Poder Popular para la Salud distribuye y postula a los MIC a nivel de las Entidades Federales a través de las Direcciones de Salud. Dado que el programa de formación obedece a la lógica de la municipalización, esta misma es utilizada para el ejercicio profesional, prevalece por lo tanto el criterio poblacional, la demanda insatisfecha y la oferta con déficit, igualmente se toma en consideración la cercanía de la residencia del médico o médica al establecimiento de salud, particularmente los que conforman la Red de Atención Comunal.

La Dirección General de Recursos Humanos del MPPS, remite criterios técnicos propios del proceso de captación y selección, exigiendo los recaudos que debe contener el expediente para el proceso de ingreso. Los mismos son los siguientes: llenar planilla de oferta de servicios, dos fotografías, síntesis curricular, carta de culminación y constancia provisional de cumplimiento del Artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina, certificado de salud mental, certificado médico sanitario y copia legible de cuenta bancaria autorizada para el abono.

Asimismo, según lo expresa el Director de la Dirección General de Educación e investigación del Ministerio del Poder Popular para la Salud, Dr. Dr. Joel Caraballo, el ingreso es totalmente universal:

No hay criterios ni concursos, ni nada de eso. Simplemente se incluye por cada territorio, tenemos un formato que el estudiante puede llenar para solicitar en que establecimiento de salud quiere realizar el servicio para el cumplimiento del Artículo 8, ya al salir del pregrado ellos están ubicados. No tienen necesidad de moverse. El ministerio maneja los listados, por ejemplo para el año 2015, los listados se van hacer vía electrónica, y cada uno desde la comodidad de su hogar, puede hacer una propuesta inicial de donde quieren trabajar. Generalmente ellos escogen los ambulatorios y los consultorios cercanos a sus casas, donde realmente son necesarios. Desde donde fueron seleccionados para estudiar. Porque todo esto tiene un carácter de inclusión desde el pregrado hasta el ejercicio de la práctica médica

5.3. Términos de contratación por la dirección de recursos humanos

Los Médicos Integrales Comunitarios se rigen por los términos de la Contratación Única que tienen todos los médicos que laboran bajo la adscripción del MPPS. No hay contratación distinta, todos se ciñen por los parámetros establecidos de 8 horas de contratación, un programa de guardias semanales que deben cumplir según cronograma establecido y gozan de los beneficios de ley establecidos en el país para los trabajadores y trabajadoras de la salud.

5.4. Proceso de certificación por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud

Los Médicos Integrales Comunitarios, deben cumplir con el proceso de certificación para poder ejercer la Medicina dentro del territorio nacional. Los pasos a seguir para obtener la acreditación de la certificación, que se oficializa con la entrega del denominado Código Permanente, es realizado por el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Un vez que el Medico Integral Comunitario ingresa al Sistema Automatizado de Contraloría Sanitaria para realizar la solicitud , hace entrega de los recaudos y la Dirección de Contraloría Sanitaria emite la Constancia Provisional del Cumplimiento del Artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina. La presente Ley, es una medida legal que regula el ejercicio de la profesión y particularmente el artículo 8, hace referencia a lo siguiente: " Para ejercer la profesión de médico en forma privada o en cargos públicos de índole asistencial, médico-administrativa, médico-docente, técnico-sanitaria o de investigación, en poblaciones mayores de cinco mil (5.000) habitantes es requisito indispensable haber desempeñado por lo menos, durante un (1) año, el cargo de médico

rural o haber efectuado internado rotatorio de postgrado durante dos (2) años, que incluya pasantía no menor de seis (6) meses en el medio rural, de preferencia al final del internado”

Los recaudos exigidos para obtener el código permanente emitido por el MPPS son los siguientes:

- Fondo Negro del Título
- Fotocopia del Título
- Notas Certificadas
- Carta de Culminación del Artículo 8
- Copia Cédula de Identidad
- Dos fotos
- Certificado de Salud
- Certificado de Salud Mental

Los pasos para ingresar al Sistema de Información Automatizado de Contraloría Sanitaria, para la legalización y vigilancia del libre ejercicio de los profesionales de la salud, son los siguientes:

Paso 1: Ingresar a la página web: sacs.mpps.gob.ve/siacs

Paso 2: Seleccionar el recuadro Sistema de Registro de Profesionales de la Salud.

Paso 3: Crear usuario y contraseña (tener un correo activo, le llegará información, la cual le permitirá activar el USUARIO a través de un link e ingresará al sistema).

Paso 4: Una vez ingresado al sistema, deberá generar el tipo de solicitud que requiere, llenar el formulario y tomar la cita, para consignar los documentos (según la disponibilidad del sistema y del profesional) luego deberá imprimir la planilla de solicitud.

Paso 5: Asistir el día de la cita, con los recaudos a consignar, según sea el tipo de trámite expresada en la planilla de solicitud, los mismos se encuentran ubicados en la parte inferior de la página.

Paso 6: Asimismo, deberá entregar los documentos a la recepcionista para que la solicitud sea asignada y posteriormente sean llamados por los analistas.

Pasó 7: Luego de ser llamados y atendidos por los analistas, esperar el tiempo previsto para retirar el documento solicitado, con el comprobante: Registro de títulos.

Al analizar la información recogida del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud, el número de médicos graduados y registrados en el

MPPS en el período comprendido entre 1998 y 2013, da cuenta que entre 1998 y 2009, los médicos egresados para casi todos los años es inferior a 2000. Es a partir 2009 que se produce un aumento progresivo en el número de médicos cirujanos que pasa de 2088 ese año a 4049 en el 2013, relacionado con la ampliación de la matrícula en todas las universidades con carreras médicas, impulsada desde el Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria (MPPEU), que corresponden a egresados de las distintas cohortes del PNFMIC iniciado en el 2005.

Respecto a este componente de registro de profesionales, el MPPS a través de la Contraloría Sanitaria, dispone del registro total de títulos profesionales y técnicos entre 1936 y 2014, con un total de 106.030 títulos de médicos (médicos cirujanos y médicos integrales comunitarios) en todo el período.

5.5. Desarrollo de la carrera profesional dentro del Sistema Público Nacional de Salud

Los Médicos Integrales Comunitarios una vez cumplido con el Artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina, continúan con su programa de formación de postgrado dentro del SPNS, totalmente gratuito y garantizado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud. El objetivo del MPPS es que todos y todas las MIC, desarrollen su carrera profesional dentro del sector público de salud, que incluye no solo a los establecimientos de salud adscritos al MPPS, sino también a los adscritos al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y Sanidad Militar, son todos estos servicios de salud lo que cumplen funciones docentes y asistenciales, por lo tanto son centros de formación profesional para la carrera de medicina y de salud pública.

Los programas de formación universitaria y avanzada, y de residencias de especialidades médicas se llevan a cabo en los centros hospitalarios del sistema público de salud. En Venezuela existe una oferta de estudios de postgrado y residencias asistenciales en 93 especialidades y sub-especialidades médicas y de enfermería. Las residencias asistenciales son acreditadas por las autoridades de los hospitales nacionales, el Ministerio del Poder Popular para la Salud, la Federación Médica Venezolana a través de los Colegios de Médicos de los estados del país y en algunos casos por las Sociedades Científicas respectivas y como estudios de postgrado reciben acreditación por universidades nacionales públicas. Los aspirantes pueden ser venezolanos o extranjeros residentes en el país con título universitario de médico y son seleccionados mediante concurso, todos los cursantes ingresan en la nómina con los beneficios laborales que establece la ley y una vez finalizados los estudios tienen la opción de pasar a formar parte como especialistas en la planta fija del centro hospitalario.

A continuación se presenta el número de MIC de la Primera cohorte que se encuentran realizando residencias asistenciales y postgrados universitarios a nivel de las Entidades Federales.

Cuadro N 3°: Médicos Integrales Comunitarios I Cohorte en Postgrados distribuidos por estado. Venezuela, Marzo 2014

Estado	Residentes			Total
	Residencia Asistencial	Residencia Asistencial Programada	Postgrados Universitarios	
Amazonas	4	0	0	4
Anzoátegui	5	7	12	24
Apure	19	0	0	19
Aragua	73	28	0	101
Barinas	0	18	0	18
Bolívar	24	0	0	24
Carabobo	0	15	1	16
Cojedes	8	0	0	8
Delta Amacuro	0	0	0	0
Distrito Capital	57	104	0	161
Falcón	18	0	1	19
Guárico	0	25	0	25
Lara	0	21	0	21
Mérida	0	0	4	4
Miranda	31	11	0	42
Monagas	0	5	0	5
Nueva Esparta	22	0	0	22
Portuguesa	13	1	0	14
Sucre	13	1	0	14
Táchira	49	0	0	49
Trujillo	16	0	1	17
Vargas	0	0	0	0
Yaracuy	0	30	0	30
Zulia	0	16	24	40
Total	352	282	43	677

Fuente: Dirección General de Investigación y Educación. Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Se evidencia que del total de 677 MIC de la I cohorte que realizan estudios de postgrado en las categorías de residencias y postgrados universitarios, que no incluye Medicina General Integral, un poco más del 50 % se encuentran concentrados en Aragua, Distrito Capital y Táchira. En el siguiente cuadro se puede evidenciar la distribución por especialidades de los mismos MIC de la Primera Cohorte que se encuentran realizando residencias asistenciales y postgrados universitarios distribuidos por especialidad

Cuadro N° 4: Médicos Integrales Comunitarios I cohorte en postgrados distribuidos por especialidad. Venezuela, Marzo 2014

Especialidad	Residentes			Total
	Residencia Asistencial	Residencia Asistencial Programada	Postgrados Universitarios	
Anatomía Patológica	4	1	0	5
Anestesiología	20	9	6	35
Cardiología	0	0	2	2
Cirugía General	63	8	7	78
Cirugía Pediátrica	1	0	1	0
Emergenciología	20	29	12	61
Ginecología y Obstetricia	92	81	2	175
Imagenología	1	0	2	3
Medicina Interna	88	37	0	125
Medicina Crítica	7	15	0	22
Medicina Paliativa	0	2	0	2
Neonatología	2	0	0	2
Neurocirugía	1	0	0	1
Oncohematología	0	0	2	2
Pediatría	46	55	2	103
Psiquiatría	0	7	0	7
Radioterapia	0	5	0	5
Radioterapia Oncológica	0	11	0	11
Salud Integral del Adolescente	3	0	0	3
Traumatología	4	22	8	34
Total	352	282	43	677

Fuente: Dirección General de Investigación y Educación. Ministerio del Poder Popular para la Salud

Las especialidades con mayor número de residentes son Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía General.

Es importante resaltar que el Postgrado primordial para continuar la formación profesional de los MIC, es la especialidad de Medicina General Integral, ya que constituye una fortaleza para darle solidez y mayor cobertura a la Red de Atención Comunal, cuyo modelo de atención está basada en la Atención Integral, la Calidad de Vida y el Vivir Bien.

La especialidad en Medicina General Integral (MGI) es el postgrado con mayor demanda y con mayor número de MIC incorporados desde la I Cohorte. Según, fuente del Instituto de Altos Estudios "Arnaldo Gabaldón", para el año 2007, egresó la I promoción "Brigada Médica Socialista 1.013" de Especialistas en Medicina General Integral conformada por mil trece (1.013).

La II promoción egresó en 2009 y estuvo conformada por 964 profesionales. De ellos, 103 pertenecientes al Batallón 51, lo conforman médicos y médicas egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba (ELAM).

El programa de formación en la especialidad en medicina general integral es impartido por Médicos Cubanos en Consultorios Populares existentes en todos los 24 estados del país. La acreditación la realizan el Instituto de Altos Estudios "Arnoldo Gabaldón", del Ministerio del Poder Popular para la Salud y avalado por el Consejo Universitario del Ministerio del Poder Popular de Educación Universitaria, Ciencia y Tecnología.

Los aspirantes pueden ser venezolanos o extranjeros residentes en el país con título universitario de médico y son mediante concurso, todos los cursantes ingresan en la nómina con los beneficios laborales que establece la ley y una vez finalizados los estudios tienen la opción de pasar a formar parte como especialistas de la red de servicios de salud del MPPS.

Este programa establece como propósito, formar especialistas con visión integral que actúen como catalizadores en los procesos de salud/enfermedad de las personas, las familias y las comunidades, promoviendo la educación en salud, la prevención en todos los grupos poblacionales, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación apropiada.

El postgrado en Medicina General Integral (MGI) nace como un programa de formación basado en la atención primaria en salud. Los espacios de aprendizaje son el Consultorio Popular, Centro Médico Diagnóstico integral, Salas de Rehabilitación Integral, Instituciones Escolares, Unidades Productivas y otras Organizaciones de la comunidad, con rotaciones en las Clínicas Populares y en establecimientos de la red hospitalaria. La residencia es de una duración aproximada de 30 meses a dedicación exclusiva.

En la actualidad, según Sala Situacional del Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” (2014) existen 6647 médicos realizando estudios de postgrado en Medicina General Integral (MGI) que son en su mayoría médicos integrales comunitarios (6235), otros del convenio Escuela Latinoamericana de Medicina-Cuba (383) y algunos (49) son egresados de los programas de las carreras tradicionales, del postgrado de medicina general integral han egresado ya 3158 especialistas.

Otro de los postgrados necesarios para fortalecer el SPNS en el área de políticas de salud, planificación y gestión, es el Postgrado de Gestión en Salud Pública, actualmente el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” adscrito al MPPS, lleva a cabo este programa de formación en el cual participan un número significativo de MIC. En el cuadro que a continuación se presenta muestra que son 274 residentes cursando dicha especialidad, distribuidos en 07 Entidades Federales que una vez graduados estarán laborando en cargos de gestión en 15 estados.

Cuadro N° 5: Médicos Integrales Comunitarios (MIC) en Postgrado de Gestión en Salud Pública distribuidos por estados. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Venezuela, Junio 2014

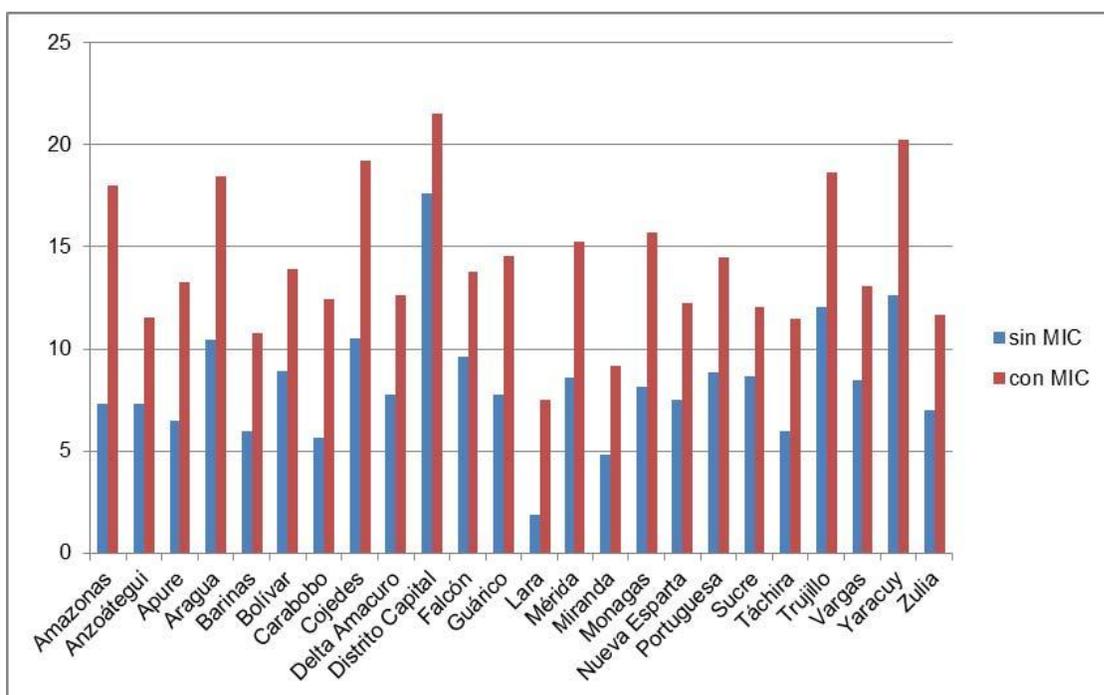
Estados	Residentes	Observaciones
Aragua	37	28 Aragua 6 Vargas 3 Nueva Esparta
Bolívar	25	—
Carabobo	29	—
Distrito Capital	47	—
Guárico	15	—
Miranda	60	—
Portuguesa	31	22 Portuguesa 3 Táchira 4 Mérida 1 Cojedes 1 Barinas
Yaracuy	32	21 Yaracuy 11 Lara
Total	274	

Fuente: IAE “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Ministerio del Poder Popular para la Salud.

5.6. Médicas y médicos integrales comunitarios como indicador de recursos humanos en salud

En Venezuela la incorporación de los MIC al ejercicio profesional dentro del sector público de salud ha generado un cambio significativo favorecedor de la relación médico por cada 10.000 habitantes, la misma se puede evidenciar en el cuadro siguiente:

Cuadro N°6: Médicas/os por 10.000 hab. según Entidades Federales, sin y con las/os Médicas/os Integrales Comunitarios (MIC). Venezuela. 2014.



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Dirección General de Recursos Humanos. Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria. Comité Interinstitucional del Programa Nacional de Formación de Médicos/as Integrales Comunitarios. Junio 2014. Instituto Nacional de Estadística. 2014.

Con respecto a la distribución territorial de los médicos integrales comunitarios: en 22 entidades supera los 10 médicos por 10.000 habitantes, y en las 2 entidades restantes aunque se mantienen con valores menores a 10 por 10.000 habitantes, Miranda con 9 médicos por 10.000 habitantes y Lara con 7 por 10.000 habitantes, en ambos casos el incremento es superior al 100% con respecto a la densidad calculada sin los MIC.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), según lo especifican en el Manual de Medición y Monitoreo. Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud (2011) considera los recursos humanos de salud como la suma de médicos, enfermeras y parteras y, según el documento denominado *Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. OPS (2011)*, la medición de este indicador para el país arroja un valor de 49 profesionales por 10.000 habitantes, cifra que casi duplica la Meta1: de 25 profesionales por 10.000 habitantes. La Meta 2, en la que se hace referencia a las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederá el 40% de la fuerza laboral médica total. Venezuela, posee una relación 35% de médicos en la Red de Atención Comunal, según datos oficiales del Viceministerio de Salud Integral del MPPS.

Igualmente el Programa de Medicina Integral Comunitaria, con la correspondiente incorporación de los médicos y las médicas al ejercicio de su práctica, contribuyen a superar el déficit de atención a las comunidades, en la medida en que se concibe como, lo expresa la Directora de la Red Ambulatoria y Distritos Sanitarios de la Dirección de Salud del Distrito Capital, Caracas, como una: “atención cercana a la gente, de calidad, con sentido comunitario”. Todo ello ha ido paulatinamente generando cambios en Sistema Público Nacional de Salud, aspecto que ratifica el Director de la Dirección General de Educación e Investigación del Ministerio del Poder Popular para la Salud, cuando dice:

La existencia de la Medicina Integral Comunitaria está creando un binomio muy interesante que ha estado convirtiendo esto en una verdadera integración de saberes y que está desarrollando el sistema público nacional de salud. Lo que pasa es que el sistema ha necesitado tener algunas seguridades de que su funcionamiento va a ser mejor que el que tiene, y están demostrando que es así. Es decir, los cambios se están dando y un ejemplo muy facilito, para demostrarlo es: que el postgrado nacional de neonatología era un postgrado desierto, en la Maternidad Concepción Palacios, que tenía un índice de mortalidad elevadísimo. Ingresamos unos 19 médicos integrales comunitarios, a hacer una residencia asistencial y la mortalidad bajó al 75%. Entonces ahí es cuando usted dice ¿cuál es el criterio de calidad que usted persigue? ¿Qué es lo que más se cuestiona del programa? O sea si la calidad no se expresa en bajar un indicador en 75% ¿entonces cuál es?... El criterio es demostrado con hechos concretos. Venezuela no persigue mucho el diseño de algunos indicadores. Los indicadores de Venezuela están basados en la felicidad y bienestar, en la participación de una comunidad, en la capacidad que tiene una comunidad de postular a su personal y de garantizar a largo plazo su servicio por medio de la participación. Nosotros nos hace falta avanzar, pero estoy seguro que por ejemplo cuando comencemos a hacer las mediciones que propone la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo vamos a lograr, solo que el primer criterio que vamos a tomar para saber de nuestros avances es la necesidad comunitaria, la necesidad que existe a nivel de la sociedad, y eso se expresa subjetivamente, no a través y exclusivamente de un número. Pero es evidente de que haya más médicos y más médicas, es decir, cubriendo necesidades, eso se mide y, se ve.

En este mismo orden, otro actor fundamental que narra cómo su participación en la atención ha mejorado, no solo el acercamiento de los servicios médicos a la gente sino su calidad de vida como profesional de la medicina, son los propios médicos y medicas insertos/as en el Programa de Medicina Integral Comunitaria, al decir:

La relación con la comunidad cambió porque a pesar de haber sido criada y levantarme ahí mismo la gente comenzó a llamarme Dra. Y el estatus cambió... Y haberle dado este gusto y este orgullo a mi mamá es algo que me hace sentir muy grande. En cuanto al salario es algo que no estaba en mi expectativa. Pensé que se habían equivocado cuando vi ese monto en la cuenta. La incorporación al Sistema de Salud fue muy duro, fue un choque de dos maneras de ver y hacer la medicina y fuimos muy maltratados. A pesar de que estamos contratados yo me siento con estabilidad y si la vamos a tener en el futuro. (AC-1). En mi caso en mi primera rotación de pediatría en la Clínica Popular de Caricuao me encontré con el Pediatra Carlos Subero el cual me enseñó gran parte de los que se de pediatría y hoy día puedo decir que me llama Colega lo cual es un orgullo para mí, ya que él es opositor a la revolución. Tuvimos que ganarnos a pulso duro los lugares que ahora tenemos en los diferentes hospitales...Según nuestro contrato mientras estemos en el postgrado nos garantizan trabajo. Por lo cual no me quejo. Tengo estabilidad. (NT-2)

Al igual que las compañeras tenemos estabilidad laboral y la relación con los otros actores del sistema ha sido un camino duro pero se construye andando (NI-3)

Nuestra incorporación al SNPS es realmente un gran logro, ha habido muchos inconvenientes como todo lo nuevo pero esto se puede mejorar, no es de desconocimiento para nadie que tiene mucho que ver con la parte política pero trabajando podemos mejorarlo y tener una estabilidad tanto económica como laboral es algo muy bueno. (ZO-4)

VI. CONCLUSIONES

En la trayectoria de este trabajo sobre el proceso de implementación de políticas públicas en recursos humanos en salud con respecto al ingreso de los médicos y las médicas comunitarias al Sistema Público Nacional de Salud, se ha encontrado lo siguiente:

- Un programa que está planteado desde cambiar la lógica desde donde se ha concebido la carrera de medicina en el país, ha cobrado importancia o ha sido relevante que el ingreso de los/as egresados/as del Programa de Medicina Integral Comunitario al Sistema Público Nacional de Salud no haya contado con obstáculos de carácter burocrático. Así entonces, el proceso de reclutamiento y selección avanzó sobre aquella visión tradicional de convocatoria a concursos, para dar paso a que los médicos y las médicas una vez finalizado su pregrado de manera inmediata se ubiquen en el ejercicio de la práctica médica en los contextos geográficos donde realizaron sus estudios, lo cual ha desconcentrado el personal hacia toda la geografía venezolana y, no únicamente que se centre el recurso humano en los estados donde existen escuelas de medicinas .

- El programa de reclutamiento y selección de los médicos y las médicas responde a cumplir con los objetivos del programa de medicina integral comunitaria, en tanto, cada cohorte de egresados/as (Tres cohortes) desde la implementación del programa están ocupando en la actualidad cargos dentro del sistema de salud, bien sea una vez terminado el pregrado realizando el internado rotatorio, durante dos años con un sistema de rotación entre los ambulatorios y los hospitales, para el cumplimiento del Artículo 8 o una vez que terminado su cumplimiento, a través de salidas a postgrados, siendo su principal elección el postgrado de medicina general integral. En segunda opción obstetricia, en tercera opción es pediatría, en cuarta opción la medicina interna y en quinta opción es la cirugía en general. Todas las especialidades que resuelven más del 90% de los problemas del país.

- El proceso de la municipalización de este programa permite que los médicos y las médicas Integrales comunitarios, sean agentes comunitarios en la Atención Primaria de Salud, ejerciendo sus labores en sus propias comunidades, satisfaciendo sus necesidades y, en una vinculación permanente del egresado con el entorno. El Programa de los médicos y las médicas comunitarias está enfocado a satisfacer por un lado, las necesidades en cuanto al acceso de servicios de salud a las comunidades excluidas, en tanto se ubican en sectores populares y zonas rurales y por otro lado, facilitar el acceso a educación en el área de la medicina a población igual excluida del sistema educativo universitario. De este modo, se está contando con una fuerza laboral capaz de cubrir las necesidades de salud y de proveer de personal a servicios públicos de salud efectivos y accesibles.
- Dimensionar el uso de indicadores con respecto a este programa pasa por repensar una lógica distinta donde además de utilizar “criterios clásicos” que apuntan a medir relación médico/a por número de habitantes, es necesario que en cualquier análisis se tome en cuenta que la distribución de los médicos y las médicas en el territorio nacional de manera más equitativa redundará en mayor acceso a los recursos de salud a las poblaciones al igual que un personal satisfecho con su estabilidad laboral implica una atención de calidad, sin negar que el mayor número de médicos y médicas salvan las brechas en cuanto a contar con personal para la atención.
- Desde una perspectiva de futuro, las Médicas y Médicos Integrales Comunitarios están llamados a fortalecer institucionalmente el Sistema Público Nacional de Salud, ya que representan el talento humano que no solo dará cobertura poblacional a la demanda bajo una nueva visión de la salud enmarcada en la integralidad y el derecho a la salud, sino que ocuparán los espacios gerenciales que el Sistema de Salud necesita para llevar a cabo las transformaciones que permitan superar la fragmentación y dar paso a la construcción de un Sistema de Salud Único, Público y Universal .

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cámara de Comercio de Maracaibo (2011): Reflexiones sobre el sistema de salud venezolano. Obtenido el 29 de noviembre de 2014 desde la dirección:<http://www.ccm.org.ve/archivos/documentos/reflexiones%20sobre%20el%20sistema%20de%20salud%20venezolano.pdf><http://www.ccm.org.ve/archivos/documentos/reflexiones%20sobre%20el%20sistema%20de%20salud%20venezolano.pdf>.

Gaceta Oficial N° 39.032, Resolución 3.149 del 07 de octubre de 2008 del Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior. Caracas, Venezuela

Gaceta Oficial Número 39.121 del 16 de febrero de 2009. Resoluciones 3.539, 3.540, 3.541, 3.542, 3.543 y 3.544 del Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior. Caracas, Venezuela.

Gaceta Oficial N° 39.823 del 19 de diciembre de 2011. Ley de Ejercicio de la Medicina Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. N° 01 (Junio 2014). Edición Extraordinaria N° 1: Información de Gestión Académica, Maracay, Venezuela

Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” (2014): Boletín informativo. Sala Situacional. Edición extraordinaria N°1: Información de Gestión Académica, Maracay, Venezuela

Instituto de Altos Estudios “Arnaldo Gabaldón” (27 de junio de 2014): En el año de Especialistas en Medicina General Integral (MGI), Maracay, Venezuela

Iñiguez, L. (2008): Métodos cualitativos de investigación en ciencias sociales. Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad de Guadalajara, Guadalajara 8-12 septiembre 2008. Obtenido el 17 de mayo de 2012 desde la dirección:
<http://psicologiasocial.uab.cat/lupicinio>.

Martín, A. y Jodar, G. (2012): Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Obtenido el 17 de mayo de 2014 desde la dirección:
<http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>

Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria. Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria. Normativa Provisional del Funcionamiento de los Consejos Académicos Bolivarianos de Salud (2012). Caracas, Venezuela

Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, Sala situacional Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria, (2013). Caracas, Venezuela

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013): Medicina Integral Comunitaria Hacia un Sistema de Salud Incluyente. Caracas, Venezuela

Ministerio del Poder Popular para la Salud (mayo 2014): Plan Nacional de Salud 2014 – 2019. Caracas, Venezuela

Predrique, L.: Acerca de la salud y la enfermedad en Venezuela. Revista Presente y Pasado.

Revista de Historia, Año 13. N° 25. Enero-Junio, 2008. pp. 153-166

Organización Panamericana de la Salud -OPS-(2011). Manual de Medición y Monitoreo. Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud

Ziritt, G. y Huerta, I. (30 oct. -2 nov.): Municipalización de la educación superior en Venezuela: una estrategia de gestión innovadora. XII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Sto. Domingo, Rep. Dominicana. Obtenido el 30 de noviembre de 2014 desde la dirección: www.clad.org.ve/fulltext/0057950.pdf

ANEXOS
ANEXO 1
INFORMACIÓN PRODUCIDA EN ENTREVISTA GRUPAL

Valoraciones acerca de la formación

I.-Presentación de la actividad

Entre el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue y el Ministerio del Poder Popular para la Salud Venezolano se ha establecido un compromiso por dar a conocer algunas evidencias sobre el proceso formativo de los Médicos Integrales Comunitarios – MIC-, una experiencia nueva y muy importante para el país. Sus resultados permitirán estudiar las posibilidades para replicarla en otros países del área andina y una primera aproximación sería la Consultoría “Sistematización de Evidencia Científica del Proceso de Implementación de Políticas Públicas en Recursos Humanos de Salud” que estamos realizando.

Este es el marco en el cual se ubica la conversación de hoy; que nos permitirá conocer-en palabras de los actores principales-lo que ha sido la experiencia de formación de los/as MIC.

Es una conversación organizada a través de un guion pero que no niega que podamos salirnos de él y abordar otros temas; eso sí todos asociados a la experiencia MIC.

Lo primero que vamos hacer es presentarnos, decimos el nombre y donde trabajan, después de esa primera ronda vamos a ir con preguntas generadoras guiando así la conversación pero ustedes pueden tomar los caminos que quieran para agregar elementos y no limitarnos solo a la respuesta de la pregunta generadora.

Para recoger –fielmente-sus opiniones vamos a grabar esta conversación y –por favor-respondan en el mismo orden de presentación.

II.-Participantes

Los y las participantes son egresados de la primera cohorte. En la actualidad los cuatro (04) se encuentran haciendo la residencia, cursando el Postgrado de Salud Pública. (tiene la característica que cursan estudios en el lugar de trabajo). Es una modalidad que se da por primera vez la de combinar la Residencia con el Post-grado.

Se trata de profesionales que han compartido su formación con las responsabilidades propias de tener familias constituidas con hijos/as y otros miembros que atender. Como padres y/o madres.

III.-Motivaciones que los llevaron a estudiar esta carrera

Lo que queremos a continuación es explorar el impulso inicial que los llevó a formarse como a la carrera de la medicina y a esta experiencia MIC, nueva y novedosa para el país.

Inicialmente lo que me motivó con mayor fuerza, yo estudiaba Gestión Social del Desarrollo Local en la Universidad Bolivariana y estando estudiando allá comencé a trabajar con la Misión Ribas y estando en la Misión hubo una Wayuu en aquel entonces que dijo “hoy soy vencedor, mañana seré médico” y se fomentó un reto entre la Coordinación de la Misión Ribas para crear un programa de medicina que estuviera al alcance de estos vencedores y no había otras vías, ni por la Universidad Central ni por las otras Universidades que eran las que en ese momento ofertaban la carrera de medicina y por la Bolivariana necesitaban un aval de créditos, prudentes y pertinentes, que debían hacerse ante la OPSU, entonces se hizo a través del Convenio Cuba – Venezuela; creándose el Proyecto Amanecer, de allí seleccionaron a 300 personas.

Yo fui seleccionada y mi motivo mayor era las ganas de ayudar a la gente y ver la posibilidad de que ese médico que se estaba formando, que ese vencedor que iba a estudiar medicina tuviera la posibilidad de acceder a ello. En una reunión había facilitadores y coordinadores que querían acceder a la carrera; en mi caso -en ese momento- yo estaba que me faltaban 6 meses para obtener el título de Gestión Local, de la primera cohorte de la Misión Bolivariana. Mi emoción fue tan grande -en ese momento- que yo me paré y yo dije si volviera a nacer y tuviera esta oportunidad yo sería médico también, ahí se paró una de las compañeras y dijo Ud. es Dra. del pueblo, Ud. es músico, poeta y loco y como revolucionaria Ud. también puede y él que quiera puede asumir el compromiso. Asumí el compromiso como un compromiso de patria, más allá de los principios simples y comunes de la sociedad, como un principio humanista y de cooperación hacia mi pueblo y brindarle salud a esa persona que verdaderamente está apartada de todos estos servicios y que ha sido excluida durante tantos años. Esa fue mi gran motivación y también porque soy parte de ese proletariado que sufrió todos esos desvanes, que si tenía las vacunas era por goticas de agua que nos lanzaban en la Cuarta República y que lo más cercano que había –a veces- era un veterinario. (AC, GF)

Creo que más que todo fue un sueño, como dice mi compañera, a veces la vida me llevó por otro lado que yo no quería. Soy Técnico Medio en Contabilidad y Secretaria por estudio. En ese momento mi hijo tenía 2 años y me dieron la oportunidad de seguir estudiando, y yo 26 años, me puse a hacer el PIU porque quería estudiar Gestión Ambiental o Gestión Social porque eran carreras relativamente rápidas y una de mis compañeras me dijo pero si tu sueño fue ser médico porque no estudias medicina y yo le decía No, yo no puedo hacer eso, yo no tengo edad para eso, estoy muy vieja pa ´eso, y hablé con mi familia y me dieron la oportunidad de ser médico y yo dije verdaderamente es un sueño hecho realidad porque desde pequeña ya decía que yo quería ser médico y cuando tenía 15 años mi tía –que es Veterinaria- me dijo por qué no te vienes conmigo, te vienes a Maracay que yo te doy la oportunidad de ser Veterinaria, pero mi familia no estaba en condiciones que yo las dejara, les abandonara, dejara a mi mamá, a mis hermanos. Yo me dije no...yo tengo que trabajar para ayudar a mi familia, a mi casa. Y aquí estoy médico en la actualidad. (NT, GF)

Las motivaciones básicamente son dos: una de nivel colectivo y una de nivel personal. La de nivel colectivo es del comandante Chávez que cuando expone su proyecto al país y gana las elecciones yo me identifico totalmente con lo que él plantea, de hecho en las luchas anteriores cuando yo estaba en bachillerato era eso lo que pensábamos que se debía hacer; la inclusión, la igualdad, una cantidad de sueños que veíamos que se estaban haciendo realidad y una de las formas más directas de poder contribuir con ello es —a mi manera de ver las cosas—era esta la ser médico, la de poder garantizarle a la gente la salud como derecho, todas esas cosas tan hermosas que planteó el comandante y que después se plasmaron en la constitución. En el ámbito particular es porque yo estudié administración por lo mismo que Noira y porque había que trabajar y ganar dinero. Pero realmente mi inclinación era hacia la medicina; entonces uní las dos cosas ese sueño de muchacho de estudiar medicina con lo que hizo el comandante que todos pensáramos, es decir que los sueños son posibles, y aquí estoy como Médico después de tanto tiempo. (NI, GF)

Al igual, parece que 3 de los que estamos aquí pensamos de la misma manera, yo también soy Contadora de profesión, en eso trabajaba antes, soy nacida en el país vecino, soy colombiana, nacionalizada venezolana hace muchísimos años y casada con un venezolano y con hijos venezolanos. Quise ingresar en las universidades de mi país y fue realmente imposible ya que allá quien no tenía dinero no es nadie, esa es la realidad lamentablemente. Por circunstancias de la vida vine a Venezuela hace muchísimos años, tengo 29 años en Venezuela, de una u otra forma trabajé en muchas cosas, hice cursos de Primeros Auxilios, cursos de Enfermería, siempre la salud iba ligada a todo lo que hacía. Al igual que el compañero Nelson, cuando el Presidente se hicieron los acuerdos de que sí se podía llevar la medicina al hogar, al barrio. Yo vengo de una barriada —al igual que todos los que estamos acá—y eso de que los médicos cubanos iban a tu casa, esa era una de mis motivaciones principales. Hace tiempo atrás si tú estabas enfermo ibas al Hospital y si llegabas vivo al Hospital de repente podías ser atendido. Oye que bonito es que tú te sientas mal y vayas a tu Módulo de tu barrio y te atiendan tú médico de tu barrio y eso realmente me motivó. ¿Sí los médicos cubanos lo hacen porque nosotros no? Cuando se planteó la posibilidad del Programa de Medicina yo dije quiero estar ahí. No soy médico pero quiero ser médico y quiero ser médico de mi barrio, de mi comunidad, para ayudar. Mis hijas estaban muy pequeñas en aquel entonces y yo dije yo me llevo mis muchachas a mi clase porque realmente yo sí puedo ser médico y quiero ser médico de mi comunidad. Esa fue una de mis motivaciones principales: mis hijas, con el apoyo de mi familia, de mi mamá, de mi esposo y aquí estamos los 4 batallando y luchando para que todo siga adelante. (Se refiere a los compañeros/as MIC, aquí presente) (ZO, GF)

Cómo valoran el proceso de formación como médicas/os en dos dimensiones: en los espacios de formación porque –indudablemente-esto se trató de una formación distinta a la que tradicionalmente hemos conocido en el área de la medicina, también como lo valoran en cuanto a los profesores/as que tuvieron y los contenidos que les impartieron

En mi caso mi formación fue un poco mixta dado que yo tuve la oportunidad de ser formada 5 años en Cuba, (me fui en 2005) de los cuales hice 1 año de Pre-Médico, compartí en mi proceso formativo con compañeros que ya tenían la carrera, habían estudiado en sus países; es el caso de estudiantes ecuatorianos, compartí con estudiantes muy diversos e incluso había etnias dentro del grupo, éramos la primera avanzada que salíamos de Venezuela -de la Misión Ribas-a Cuba. Era la primera cohorte de Misión Ribas que decidía estudiar la primera avanzada de medicina. Estudiamos con diversos compañeros de diferentes países, latinoamericanos, incluso compartimos con estudiantes de otros continentes como es el caso de los estudiantes de Timor del Este. Fuimos llevados después a un proceso formativo en una Escuela en donde el docente estaba 24 horas al día activo donde tocabas la puerta del profesor cuando tenías una duda, incluso hasta te acompañaban en el proceso de formación durante todas esas horas. Además de eso teníamos el contacto directo con el paciente desde el inicio de la carrera, eras asignada/o a un consultorio y donde tu proceso de formación con tus pacientes asignados. Ya al principio –desde el primer momento que iniciabas la carrera-finalizando el Pre-Médico, tenías ya el proceso de formación con tus pacientes asignados, durante el Pre-médico tenías pacientes que no eran tuyos sino que visualizabas. Ya en el primer año comenzabas ya con tus pacientes a hacer lo que llamábamos el control semanal, durante estas visitas. Debías ir, primero tú solo y si no ibas ameritaba un proceso de disminución en el proceso de la evaluación docente. Primero visitabas tú al paciente, que ese no haya presentado ningún proceso patológico en ese momento –como quien dice-hacer el censo, si tuviste alguna enfermedad, cómo te sientes, cómo estas tratando el agua, todo lo que llevaba o conllevaba un factor de riesgo que prudente en la comunidad. Todo esto se hizo en los cuadrantes de Cuba. Después de esto visitabas con el Dr. y si no llegaste a visitar en esa semana tenías tu sanción, que la sanción tenía que ver con la disminución de tu calificación final. Era una evaluación más integral dado que no solo te evaluaban el proceso docente, el conocimiento, sino tu forma de llevar el proceso cognoscitivo a la práctica y también tu forma de actuar –en tu forma y acción-diaria; desde como tendías la cama, por decirle algo sencillo de lo que se hacía, hasta como actuabas en una actividad colectiva con tus compañeros, esto también para formarnos en función de futuras misiones. También tuve la experiencia de participar en un proceso de formación que se hacen como simulacro como si existiera una guerra, eso fue allá en Cuba y se llama Moncada. Tuvimos la particularidad que los estudiantes venezolanos por ser excelentes en nuestras residencias y todo eso, incluso tuvimos muy buenos promedios; estuvimos en una Escuela llamada Félix Edén Aguada, quedaba en Horquitas (Escuela de –medicina, inaugurada en marzo de 2006; por lo que la fecha que ella señala como de su partida a Cuba no es correcta. Ella indica el año 2005); un pueblito, en Cuba también era una innovación la Medicina Integral comunitaria porque estaba el MGI, como tal, pero la Medicina Integral Comunitaria -como tal-no. Eran formados con el pensum completo pero dentro de los centros hospitalarios y más cercanos dentro de las facultades, nunca fueron formados en Escuelas que quedaban aisladas a la facultad sino dentro de la facultad y era un reto también. También se hacían jornadas científicas donde llevábamos nuestros proyectos científicos, a nivel regional, local y también nacional. Tuvimos la oportunidad, como Escuela también, de participar en los Congresos Nacionales de Medicina por haber ganado proyectos dentro del estado y fuimos invitados como Escuela. Aparte de eso, después de nuestro proceso formativo en Cuba también tuvimos dentro de los hospitales allá en Cuba, en la práctica del segundo año de la carrera iniciando nuestro proceso de formación completo en cuanto a la morfo fisiopatología y a la morfo fisiología; iniciábamos también en las rotaciones hospitalarias, posterior a las rotaciones hospitalarias –en segundo año-iniciamos el proceso de misiones -15 días de vacaciones que nosotros donábamos para prestar servicio en cualquier sitio que nos indicaran. De eso corrimos con la suerte de participar en el Moncada 2007. Después de participar en esa experiencia nos trasladan

a Cuba (La Habana) en 5to. Año nos trasladan luego a rotaciones en Venezuela, que fue un reto más aún, porque todos nuestros implementos de estudios, las computadoras y eso, fueron dotados en Cuba y aquí contamos con la solidaridad de los compañeros que ya estaban estudiando Medicina Integral, que nos prestaron el apoyo, nos reuníamos a hacer círculos de estudio y nosotros no teníamos las computadoras que les dotaba el Estado acá. Nosotros llegamos a nuestras casas, a nuestros barrios, porque todos éramos personas de barrios, madres de familia que dejaron a sus hijos; con una protección del Estado sí, que fue otorgada a través del Presidente Chávez, una beca que se le otorgó al vencedor. Para estudiar medicina y la protección de la familia, una protección del Estado en función de la humanidad atiende la familia de aquella persona que tenga a bien retirarse a otro país a realizar una misión, en ese momento era considerado como una misión de estudio y de compromiso para regresar a fortalecer la parte de la medicina que cuando nosotros nos fuimos no había medicina integral comunitaria; no había empezado el primer Pre-Médico, pero cuando nosotros regresamos; regresamos con una diferencia de unos meses de adelanto de diferencia con los compañeros que estaban acá. Reforzamos muchas cosas porque no era lo mismo estar en el Centro de estudio, tener a la comunidad al lado y todo lo demás sin la preocupación entre comillas de la familia, la presión del tráfico y todo eso. Allá no, allá teníamos todo (en Cuba) y –como quien dice-ya estábamos acostumbrados. Cuando regresamos acá para nosotros fue un reto grandísimo, porque decíamos cómo estudiamos...que si bajamos el promedio, nos van a regresar sin el título. Vinimos por 6 meses de pasantías acá a Venezuela pero estuvimos solo 4 por un proceso coyuntural de unas elecciones próximas. Regresamos nuevamente a Cuba y cuando regresamos seguimos nuestro proceso de formación allí y se toma la decisión de que todos los estudiantes que estábamos en la Escuela Edén Félix Aguada fuesen trasladados a Venezuela a culminar nuestros estudios acá.

¿Cuándo fuiste a Cuba? 2004 – 2005, creo que inicios del 2005.

Porque antes de ir a Cuba, al iniciar el programa nos hicieron unas pruebas psicológicas, unos exámenes médicos que se realizó (sic), fueron varios pasos que se realizaron, aparte de eso estuvimos un tiempo de visitas en consultorios populares que había en ese momento –en los octogonales (Sedes de la –misión Barrio Adentro, denominados así por la forma de los consultorios ubicados en sectores populares) que existían en ese momento-nos enviaron un tiempo, unas semanas allí y –no obstante-también a eso nos mandaron un mes y medio al Fuerte Tiuna, donde estuvimos como si no estuviéramos aquí en Venezuela, la familia no podía visitarnos y nosotros no podíamos llamar; esto fue más que todo para hacer una prueba de si tú resistías allá. Empezamos 300, de los 300 llegamos al aeropuerto 280, porque muchos se desmotivaron –querían ver que se hiciera en Venezuela y estudiar aquí-y gracias a dios que esos compañeros se quedaron porque fueron un motor de empuje para iniciar la carrera aquí y buscar las otras vías; tenían su familia, muchachos chiquitos, nos montamos en el avión 280 – 286. Al llegar a Cuba fuimos divididos en 2 grupos: De esos 286 fuimos divididos en 2 grupos, los que iban a estudiar Medicina Integral Comunitaria y el grupo de Medicina General en Cuba. De esos, los que estábamos en la Escuela Félix Edén Aguada –orgullosamente-estudiamos Medicina Integral Comunitaria, en compañía de varios países; en nuestra sede estaba Bolivia, Ecuador, Honduras y Argentina. Era un proceso diverso porque también dentro de los Bolivianos, había Brasileños, que fueron a través de Bolivia pero que eran Brasileños y fue muy diverso.

Cuando ya regresamos aquí a Venezuela nos encontramos con otra tónica, otra realidad, ya era asentarnos a nuestra propia realidad; nos fue difícil para adaptarnos porque ya era -como quien dice-nos fue difícil adaptarnos allá y después adaptarnos aquí y una vez que llegamos acá y –déjeme decirle-que se fueron personas difícil, con problemas de conducta muy serios, que cuando regresaron acá el cambio en sus comunidades fue radical, que una persona que tú pensabas que iba a ser una potencia de delincuente ahora va a ser un médico y tuvo una corrección en el momento; tuvo una educación apropiada.

Llegamos a Venezuela, contamos con la solidaridad de nuestros compañeros, el cambio de dólares cuando te hablan de la beca; la beca de nosotros era de 130 Bs, la beca de nuestros compañeros era de 500 Bs, gracias a que se tomó en consideración la ubicación de nuestras casas, se nos ubicó cerca de nuestras casas y bajábamos caminando a los sitios de estudio.

¿En cuál grupo estuviste en Venezuela?

Yo estuve en la Parroquia La Vega, estudié con la compañera Zaida, había en Catia, en Sucre, en El Recreo, en El Valle. De Caracas solamente éramos 15 (de los que regresaron de Cuba).

¿Cuántos regresan a Venezuela a terminar la carrera? 78 el resto quedó en Cuba y terminaron Medicina General. Están en muchos espacios como la Franja del Orinoco. Todos llegamos a feliz término, gracias a dios y a la Revolución.

Quedamos siempre en contacto, hicimos una especie de hermandad, por el hecho de ser médicos, por el hecho de ser hermanos, por el hecho de ser del mismo pueblo, de tener un surgimiento común, hicimos un lazo de hermandad, que si necesitas algo donde estés ahí estás en cualquier momento y podemos solventar independientemente de nuestros problemas personales que puedan haberse suscitado en algún momento, en la condición de humanos hay que tenderle la mano. (AC, GF)

Nunca fue fácil en todos los años de estudio, pero el inicio fue -creo que fue una gran tortura-porque no teníamos espacios donde estar, no contábamos con un área para estudiar. Nos cedieron unos salones (3 aulas) en el Centro de Higiene Mental en la UD 3 de Caricuao, perteneciente al Ministerio de Salud, los cuales estaban en una forma deplorable, era un caos, nosotros mismos tuvimos que arreglarlas y habilitarlas. Nos organizamos entre nosotros mismos pero después no teníamos donde sentarnos, no contábamos con sillas y mesas. A media cuadra hay un Colegio, hablaron con la Directora de ese Colegio y ahí teníamos que ir todos los días a buscar unos pupitres nos prestaban los pupitres los cuales teníamos que traer y llevar todos los días, cruzar la calle, hasta que de parte de la Misión Sucre y la Universidad Bolivariana nos llevaron mesas, nos arreglaron el salón, sillas, pizarrón y materiales acordes para estudiar. Nos llevaron las computadoras, los libros, las maquetas del cuerpo humano. Con respecto a los espacios después estuvimos privilegiados hasta con aire acondicionado.

Al empezar el Pre-Médico éramos 163, nos dividieron en 3 grupos (había 3 aulas) y terminamos 83. Al fin y al cabo nos graduamos 16 de la primera cohorte. Eso bastante rudo, hay compañeros que se fueron a otros estados, se mudaron y cambiaron de parroquias porque tuvieron que mudarse, fueron muchas cosas.

Con respecto a la valoración de los médicos tutores tuvimos la gran fortuna de contar con médicos especialistas, cubanos, de muchas experiencia y comprometidos realmente con la revolución, médicos especialistas en diferentes áreas lo cual nos ayudó muchísimo con el estudio. Mi primer tutor fue un genetista, Magister en Genética, con 15 años de experiencia en la medicina, guao...un total privilegio. Mi último tutor era Médico General Integral y estaba haciendo una maestría y era especialista en parásitos decía yo porque se sabía todos los nombres específicos de los parásitos. Con ellos aprendimos mucho. Todos tenían como mínimo 10 años de experiencia. Eran médicos de la Misión Cubana en Barrio Adentro. Ese fue un gran beneficio que tuvimos nosotros como primera cohorte.

¿Cuántos tutores tuvieron, cuántos se debía tener?

Eso variaba muchísimo, dependiendo del tiempo que permanecieran en el país como parte de la Misión Cubana. Al inicio la Misión de ellos debía permanecer 2 años en el país, conté con la suerte que mi primer tutor estaba llegando al país y pudo estar conmigo los 2 años, luego se iban de vacaciones y cambiaba por otro, se iban y llegaban otros.

Cómo máximo 1 tutor tenía 2 estudiantes, porque en el Ambulatorio era difícil atender un nro. Mayor, por el espacio e difícil estar con ellos en la consulta. Yo digo que nos llegaron mucho porque realmente tenían la vocación de enseñar, no escatimaban en esfuerzo con uno y también valoraban la actitud que tuviera uno. A diferencia de los que estudian en la actualidad, nosotros estamos trabajando en Barrio Adentro y conocemos compañeros que están haciendo MGI y dejan mucho que desear, están en el postgrado y están como tutores y –entonces-uno se queda a veces pensando...como me vas a valorar a mí si estamos dentro del mismo conocimiento. Como primera cohorte esa fue una diferencia importante, la formación que tuvimos con respecto a ellos. (NT, GF)

En cuanto a los espacios, yo estuve en El Valle, comparto lo que dice Noiraly. Nosotros empezamos el Pre-Médico 60 y terminamos 15. No solamente éramos estudiantes, aprendimos a ser compañeros y eso es bien difícil. Nosotros –inicialmente-tuvimos clases en un comedor de la Policía Metropolitana de El Valle, estábamos escuchando morfo fisiología y pasaban los oficiales a almorzar; era terrible o pasaban al baño, después demolieron eso y tuvimos que conseguir las aulas. Me identifico con Noiraly porque nosotros tuvimos que ir a buscar los pupitres a una escuela que estaba abandonada, sacar los pupitres, lijarlos. Pero todo eso fue un aprendizaje, al principio nos quejábamos pero fue un aprendizaje; entender que podíamos aprender en cualquier sitio y, sobre todo para mí, que estaba habituado al claustro universitario a decir luego yo pueblo pertenezco a la universidad y tener que cambiar eso por la universidad pertenece al pueblo. Es una cosa diferente, llevar el estudio al municipio, no entendía como se iba a comer eso aun cuando uno lo ve con los filósofos que se sientan con sus alumnos pero yo no lo lograban entender. Logré entenderlo cuando comenzamos a hacerlo sobre la práctica. Tuve que buscar los pupitres, limpiar el aula, no había bedel, porque no había nadie, cada quien se encargaba de cuidar lo suyo. Eso fue el primer año pero a partir del segundo año teníamos las aulas bien bonitas, teníamos todos los implementos, libros, los modelos y eso comenzó a funcionar de mejor manera. Eso en cuanto al espacio. Hoy día allí donde yo estudié hay una aulas bien bonitas frente al Materno – Infantil Hugo Chávez, donde están ahora los muchachos disfrutando de todo lo que nosotros logramos canalizar.

En cuanto al recurso humano también comparto lo de Noiraly, los tutores nuestros eran especialistas, eran gente pero muy preocupada porque uno aprendiera. Yo recuerdo que mi tutor -teníamos clase en la mañana, consulta en la tarde, pero al salir de eso (la clase) él nos decía si tienes duda vente conmigo y nos sentamos y salimos de esas dudas en la consulta. Esas cosas que no se hacen normalmente en un claustro universitario porque Ud., va a clase y después se desvincula, al no, además que el profesor vive en el mismo sitio, que está en el Módulo, en el Octogonal. Entonces este vínculo constante con el profesor a mí me dio una ventaja tremenda en el aprendizaje; no sé a mis compañeros/as. Quizás el único cuestionamiento que yo haría es el hecho que ellos eran tan buena gente que la disciplina no era la más adecuada para todos, no todo el mundo entendía cómo hacer las cosas; entonces se veía mucho a los compañeros que tomaban eso como...no se entendía el hecho que tu vivieras al lado de tu profesor. Lo que se entendía era el docente lejano, el docente tirano y hacían gala de toda la indisciplina. Quizás es lo que yo le modificaría porque debe ser más fuerte el tema de la disciplina para la gente que no sepa entender ese modelo. En general muy buenos –los profesores-aun cuando estimo que el componente docente ayudaría. (NI, GF)

En mi experiencia, para mí cuando empezamos el Pre-Médico eso fue un desastre porque nosotros éramos uno de los grupos más grande que era el grupo de La Vega; el cual tuvieron que dividirlo en 2 porciones -La Vega I y La Vega II-porque éramos demasiados, casi 200. La parte alta de La Vega era Vega II y, nosotros de la parte baja éramos Vega I. Empezamos el Pre-Médico 120, de estos 120 sacaron 60 que fue el segundo grupo que se fue para Cuba. Mi compañera (Asiris) ya estaba allá. De aquí sacaron la segunda cohorte que fue...para nosotros era la primera cohorte pero para los que se iban a Cuba era la segunda cohorte. Cuando terminamos el Pre-Médico, que comenzamos la carrera, empezamos 48, de los cuales al transcurrir de los años fue disminuyendo ese número, entre primero y segundo año más que todo. Cuando llegó la compañera (Asiris) ya el número definitivo fue que nos graduamos 18 del grupo de La Vega. Entonces ese número se redujo muchísimo. En las cuestiones de las aulas, había que improvisar en muchos momentos, nos habilitaron un espacio en la Jefatura de La Vega (Centro Policial) era el espacio donde metían a los presos eso nos lo habilitaron, nosotros limpiamos, nosotros pintamos, nosotros fuimos de escuela en escuela para que nos donaran por lo menos un pupitre para poder ver nuestras clases. Nos reunimos un grupo, creo que una de las ventajas que tuvo el grupo de La Vega es que la mayoría –creo que en la mayoría de los grupos fue así-no éramos personas tan jovencitas y en cierta forma eso nos ayudó, sólo había 2 jovencitos de 17 y 19 años, los demás ya éramos viejos; eso nos ayudó a organizarnos, hacíamos rifas, buscábamos apoyo en las ferreterías y buscábamos firmas para donaciones hasta de bombillos, todo lo que necesitábamos para acondicionar. Ya después –como dicen en el argot popular-que se vio que le estábamos echando pichón a la cuestión ya nos habilitaron aulas y ya no íbamos donde estaban los presos sino que íbamos arriba de la misma jefatura, un poco más cómodo (2 aulas: 2 grupos). Después hubo un problema porque hubo una vaguada en La Vega entonces habilitaron ese espacio para los damnificados y nos sacaron a nosotros y nos mandaron a la Sanidad de San Martín, nos habilitaron las aulas donde hacen las conferencias de Diabetes. Allí estuvimos mucho tiempo, vimos allí el primer año y parte del segundo año. Nada nos detuvo, nuestro compromiso con la patria y el pueblo, nuestra comunidad nos fortalecía.

Después hubo –porque la medicina (la carrera) era que nosotros teníamos que estar ubicados en nuestra comunidad, en Ambulatorios. En mi Ambulatorio estábamos 3 estudiantes; sólo observábamos como estaba el Médico en la consulta, como hacía el interrogatorio, solamente observar, hacíamos las visitas domiciliarias junto con el Médico, nos enseñaron a tomar la tensión, a tomar temperatura y nosotros le colaboramos al Médico. Nosotros sí hacíamos terreno en la tarde, en la mañana en la consulta y la tarde en terreno con el médico y en el día con la clase. Era un trabajo bastante duro el día a día pero realmente a la final cuando pasamos a cuarto año se inauguró el Centro de Alta Tecnología (CAT) de Montalbán y tuvimos la gran dicha que ahí nos inauguraron 1 aula con todo lo necesario, ahí fue cuando llegó la compañera (Asiris) que ya teníamos nuestra aula. Eso fue buenísimo, ya esos eran tiempos buenos para nosotros. A pesar dl trabajo que pasamos inicialmente nosotros no decaímos...siempre adelante. Siempre íbamos con toda la entereza y la fortaleza por delante. En el momento de la vaguada, recibimos clase en la plaza Bolívar de La Vega porque no teníamos aula; lo importante era recibir la clase decíamos nosotros, recuerdo que teníamos unas exposiciones y nosotros pegamos nuestras carteleras en los árboles. La gente nos decía que sí estábamos locos y nosotros les pedíamos silencio para hacer nuestras exposiciones. Eso motivó a los que hicieron el segundo Pre-Médico.

Con respecto a los profesores la primera cohorte graduada en Venezuela tuvimos especialistas y pudimos ver cada órgano con un especialista. Yo tuve la fortuna de tener una tutora que duró unos añitos porque ella se casó aquí en Venezuela y ella estuvo mucho tiempo con nosotros; era un endocrino excelente; de verdad que dios la bendiga donde quiera que vaya porque ella nos inculcó lineamientos muy buenos, después tuvimos otra tutora –la Dra. Bárbara-ella decía que el futuro de la salud en Venezuela son Uds. Porque –realmente-los de la tradicional (medicina) no van a hacer lo que Uds. Hacen, ir al barrio, visitar al abuelo dentro de su casa, bañar al abuelo en su casa. Realmente todo fue trabajo, trabajo, pero valió la pena.

Los profesores que tuvimos realmente fueron excelentes, ya que contamos en ese momento con especialistas de más de 10 años de experiencia y la verdad fueron muy exigentes, creo que la primera cohorte fue muy privilegiada en ese aspecto, sé que nos falta mucho pero realmente -modestia aparte-tuvimos los mejores preparadores.

En cuanto a nuestra entrada a los diferentes Hospitales del país fue algo que a los médicos tradicionales no les gustó mucho. La verdad no querían que nosotros estuviéramos ahí nos trataron muy mal a pesar de ser Venezolanos nos trataron como extraterrestres, los jefes de servicio eran los primeros en rechazarnos y de ahí en adelante todo el personal. (ZO, GF)

¿Cuántas personas ingresaron en sus grupos y cuántos terminaron?

Empezaron 300, viajaron a Cuba 280 y nos graduamos 78. (Grupo La Vega I) (AC, GF)

Mi grupo fue la ASIC UD1-Caricuao que es el CDI de la UD1 comenzamos 163 y nos graduamos 16 claro hay muchos que se cambiaron de parroquia o de estado (NT, GF)

Mi grupo fue Valle 2 iniciamos la carrera 60 y finalizamos 15 (NI, GF)

Yo pertenezco al ASIC La Vega, cuando iniciamos éramos uno de los grupos más grandes que había iniciamos 136 aspirantes (en el pre-médico), luego nos dividieron en dos grupos La Vega I y La Vega II, yo pertenecía a La Vega I, este mismo estaba integrado por 76 aspirantes, luego realizaron la selección de los estudiantes que se iban a Cuba y quedamos 52, al finalizar el pre-médico solo quedamos 35 y al culminar el primer año de la carrera solo quedamos 26 de los cuales solo nos graduamos 19, fue muy duro todo el trayecto.(ZO,GF)

¿Cuál es la concepción de salud que Uds. tienen?

Yo como Médico Integral la entiendo como un proceso en donde están sumergidas todas las variables, no sólo solo como variables, sino donde están aglutinadas todo el proceso histórico del individuo, del ambiente, del como coexiste en ese espacio. Aparte de esa interacción interna que hace tu organismo también somos seres bio-psico social que van integrados en un espacio y que todo esto va a influir en su proceso de salud – enfermedad y que la salud viene siendo parte de ese proceso de buen vivir. (AC, GF)

Al principio –como dice la compañera-a nosotros nos inculcaron mucho eso de que somos un ser bio-psico-social y en estos día hablando en una conferencia que tuvimos con el Dr. Oscar Feo él nos hablaba de eso de que la salud y la enfermedad no es una cosa que se ve y que la persona no debe verse solo cuando está enfermo. La base comunitaria que nos inculcaron a nosotros no solo era sanar a la persona era enseñarles a vivir. Los procesos nos están trayendo ahora nuevamente el vivir bien. Entonces ese vivir bien no era solo atender a ese enfermo o a la persona que lo necesitaba, era enseñarles a ellos como vivir bien. Enseñándoles que si comes bien vas a tener mejor salud que no es solo ir al médico a que te den un poco de pastillas sino que hay medicinas naturales hasta cierto punto que se pueden manejar para tu poder sanar a una persona y parte de eso es también lo espiritual. Vengo de una familia, de un hogar cristiano...yo recuerdo que mi mamá decía que uno tenía no solo que mandar una pastilla. Mi segundo tutor era evangélico y en el Ambulatorio donde él estaba hizo un huerto con salvia, lechuga, zabila, malojillo y cuando iban las mamás él decía... mamá no pidas jarabe para la tos, él iba y les daba plantas y les decía como prepararlas, las vaporizaciones no era solo mandar al niño con el medicamento y eso les enseñó a uno que al paciente se le debe ver como persona completa, que no es solo darles algo sino enseñarles que en su casa pueden tener elementos que le pueden ayudar a sanar. Me enseñaron que si yo puedo comer bien puedo mantener una mejor salud. No era solamente manejar al paciente sino darles a ellos mecanismos para llevar una vida mejor. La medicina venezolana solo trataba al enfermo. Se debe tratar no solo como individuo, sino como familia cuidando al papá a la mamá a los hermanos y como comunidad.

El proceso de la salud como nos enseñaron no es solo proporcionar salud a una persona sino verlos como un todo, en lo individual como persona, la comunidad incluyendo a la familia y vecinos es un ser biopsicosocial o sea que hay que tratarlo en todas las aéreas de su vida. (NT, GF)

La salud es un proceso histórico, que deviene de las relaciones del ser humano con su entorno, del modelo de producción que se tenga, de en manos de quien estén los medios de producción, de cómo se repartan, del enfoque de género, de cómo se conforma la vida de un ser humano. Hay dos anécdotas que me hacen ver esto así. Una es que Ud., saca o puede obtener estadísticamente la morbilidad en Caracas y no es la misma la morbilidad que va a obtener en Chacao que la va a obtener en Petare y vivimos en la misma ciudad. No podemos circunscribir la salud a decir que es la ausencia de enfermedad sino que tenemos que ver todo el entorno, las relaciones de producción que existen, para ver por qué deviene una enfermedad. Le repito la salud es un proceso histórico que está muy relacionado a todas estas variantes Modos de Producción y de relaciones entre los seres humanos y su entorno, por supuesto.

Las condiciones sociales que determinan el modo de vida que se produce por la interacción entre el modo de producción, el grado de desarrollo de las fuerzas productivas, la distribución y el ejercicio del poder y los patrones culturales de producción y consumo que se derivan de ellas en relación con las condiciones naturales de existencia (Características bioclimáticas del territorio de asentamiento); todas estas son las variantes determinantes de la salud. (NI, GF)

La salud para mí es una pregunta, ¿Cómo te sientes? Porque de cómo te sientes o lo que uno expresa...si estoy triste o llorosa mi salud no está bien. Si estoy feliz mi salud está bien. Incluye el entorno, la salud de tu trabajo, la salud en tu grupo familiar, la salud en el entorno donde vives, en tu comunidad. Para mí la salud es eso porque sí al lado de mi casa vive una familia que todos los fines de semana se caen a palos, ponen música de viernes a domingo; por muy bien que yo me sienta mi estado de ánimo no va a estar bien. Y como dicen mis compañeros, como nos enseñaron si solo acudo por una pastillita para curarme no entiendo que la salud es más allá, yo te voy a enseñar cómo vivir para que tú no vayas al hospital y es lo que nos inculcaron desde el principio de la carrera. Vamos a promover, vamos a prevenir para ganar muchas cosas. La primera cohorte nos formamos para prevenir y siempre lo digo quiero ser médico de mi barrio. No obstante se necesitan especialistas. Pero, lamentablemente, muchos de mis compañeros no piensan de esa manera y fueron por esa parte de ser adjunto del hospital y a ti lo que te inculcaron fue medicina preventiva, como prevenir que tú no vayas al hospital mientras tú tengas la población controlada tienes a los hospitales despejados. Lo primero es prevenir y promover.

El proceso de la salud, es algo de todos los tiempo los médicos tradicionales se han venido formando de una manera diferente es todo mercantilismo, nuestra formación es muy diferente en cuanto a la parte de humanidad, la salud es un derecho de todos y todas y no es precisamente lo que en Venezuela se cumplía solo había salud para el que podía, no para el que lo necesite; hoy en día a la graduación de los MIC todos tienen derecho a la salud sin distinción (ZO, GF)

Díganme ahora cómo ven su proceso de formación en cuanto a fortalezas y debilidades

Nuestra gran fortaleza es el contacto directo con el paciente desde un inicio, la posibilidad de los factores de riesgo de nuestra comunidad, la incorporación de asignaturas o cátedras que no están incorporadas en el proceso de formación del médico tradicional o mal llamado tradicional porque todos somos tradicional solo que cambiamos el método de estudio y la importancia de ver al ser humano como un todo partiendo de ver la parte biológica pero también su contexto y las relaciones del modo de producción. También la facilidad de ser formados por especialistas. También el horario completo que no era solo ver la clase y te vas para tu casa. Aquí es la facilidad de tener ese seguimiento de 24 horas, nuestros tutores eran catedráticos que publicaban libros. Pude ver dos espacios distintos. En Cuba con un nivel de exigencia muy alto, de rectoría, de disciplina de mil por ciento. Por indisciplina terminamos siendo menos en nuestro grupo. De 59 seleccionados en Caracas para ir a Cuba, fuimos los 59 pero al iniciar la carrera quedamos menos de 30. Esto nos dio la posibilidad de ver esto con mayor complejidad. Si garantizas tu salud y la de tu comunidad es una salud colectiva.

Las debilidades que teníamos y que hoy seguimos teniendo es que no tenemos el apoyo de nuestro sistema en cuanto a la incorporación de médicos a las rotaciones hospitalarias. En Venezuela se comenzaron muy tarde aunque estaban programadas para el segundo año de la carrera y se empezaron en el quinto año de la carrera. Nosotros en Cuba comenzamos en el segundo año y cuando llegué aquí fue un choque enorme porque pensé que ya iba a quirófano a operar de una vez y cuando llegamos aquí era la fuerza entre un sistema opositor no digamos opositor sino contrapuesto a nuestro proyecto-que negaba el acceso a los hospitales. El choque cuando logramos el acceso a los Centros Hospitalarios. Le puedo decir que tuve experiencia de hacer guardias de más de 48 horas sin descanso y de llegar después de esas 48 horas de guardia un examen final, el cual después de atender una emergencia donde la Dra. de guardia colocaba su sello, nosotros sellamos con su sello, cuando eso no está permitido y después cuando presentamos el examen con ellos no estábamos capacitados para ser médicos por ser médicos integrales y no conforme con ello...yo roté por muchos hospitales...tuve muy buen promedio en pediatría (lo que no te apasiona tanto debes estudiarlo más mucho más cuando tiene una vida en tus manos) por eso cuando fuimos a rotar eligieron a los primeros 5 para el J.M. de los Ríos y yo Dios...que temor. Yo quería otro y no ese. Además pasé por muchas cosas personales como la enfermedad de mi mamá, que me di cuenta porque yo trabajé con pacientes de cáncer de pulmón en Cuba, porque allá el cáncer es tratado en la casa y el paciente no va al hospital y equipan las casas para darle mayor calidad de vida al paciente. Con esa experiencia me di cuenta que mi mamá estaba enferma.

Me enfermé con dengue, y me persignaba cada vez que entraba al Hospital. Pero fuimos ganando espacios porque nos mandaba a donde no quería ir nadie. Quizás nos querían castigar pero más se castigan ellos porque aquí estamos nosotros y aquí vamos a seguir luchando y aprendiendo. Cada cosa había que estudiarlo en medio de mucha zozobra y la ansiedad de ser aceptados que aún persiste. Nosotros somos parte de un proceso revolucionario del cual nos sentimos orgullosos y somos pie fundamentalmente para que mucha gente –lamentablemente-se apoye en sus deseos de acabar con nuestro proceso. Muchas veces por querer acabar con esto que es real y nos pisotearon, con sobrecarga horaria, sobrecarga estudiantil, como si fuéramos el desecho por venir de Cuba. Un compañero me contó de un caso de Chicungunya que estaban haciendo el diagnóstico diferencial de un dengue y él dijo que podía ser esta fiebre y el Dr. le dijo sí pero eso no se da aquí seguro que eso te lo enseñó el cubano. En estos últimos días le decía que su diagnóstico era correcto. El mismo Dr. está acostumbrado al pisoteo del estudiante y nosotros veníamos de una escuela donde el profesor te ponía la mano en el hombro y te decía mijo esto es así...y si no entiendes ven que yo te ayudo. En cambio el otro te dice tú no estás para esto, si no te gusta vete. O estar en una revista y saber la respuesta y que te digan Ud., no está autorizado para responder, Ud., no está apto para mi escuela. La experiencia de ser auxiliar en Cirugías y todo eso me fue fortaleciendo ante los ataques. En el fondo tú quiere que yo sea bueno, así es como lo asumí. Me

dio fuerza para continuar y mejorar. También fui al Hospital Vargas (Cirugía) y la adjunta me dijo que sin credencial allí no pasaba nadie, y el Dr. muy -humilde-le decía que lo considerara. Yo le mostré lo del artículo 8 y le dije que era una orden ministerial y que sí no me quería ahí que me lo diera por escrito, esa era mi iniciación de art. 8 y sí le preocupa tanto lo del Colegio de Médico yo me inscribiré si quiero porque la ley me lo permite. Todos mis compañeros le afirmaron que queríamos aprender. La Sra. nos aperturó el servicio haciendo guardias cada 3 días cuando se hacían cada 6 y me dijo así Ud., empieza hoy y me quedé con tacones y todo como andaba. Después nos hizo un régimen de estudio que estábamos en su servicio pero estábamos obligados a hacer labores en todo el Hospital, hasta 5 – 6 de la tarde. Por una vaguada caí damnificada y en el Hospital me dieron la oportunidad de estar como Médico en el Refugio. Salí embarazada en este proceso, atendía medicina interna y a raíz de una guardia muy fuerte entré en proceso de parto y me dieron un cambio a rural. Hoy en día hay médicos integrales en todas las emergencias de Caracas y estamos en residencias. Tenemos avances muy amplios (AC, GF)

Las fortalezas de nosotros como médicos es que somos parte del pueblo venimos del barrio igual que el resto del pueblo que nos costó mucho lograr lo que somos ahora por lo que valoramos más a las personas y tenemos compromiso con la patria y con la sociedad. Claro que no todos pero una mayoría sí.

Nuestras habilidades estas desarrolladas para la comunidad donde nos podemos desarrollar en una consulta sin enfermera o personal adicional, aunque por supuesto que no podemos con todo solos.

Las fortalezas han venido de las rotaciones que hemos tenido, por ser parte de la primera Cohorte tuvimos la fortuna de rotar por Hospitales importantes. Mi primera rotación fue en la Clínica Popular de Caricuao, por Pediatría. Una rotación espectacular, me tocó mi primera guardia al segundo día de haber llegado, con el grupo de escuálidos más escuálidos, yo llegué muy humilde y les dije que yo iba a hacer guardia con ellos y el Dr. me dice que con él no hace guardia ningún médico integral y yo le dije: Dr. discúlpeme si Ud., no me quiere aquí pero a mí me mandaron y yo me quedo. Deme –por lo menos-el beneficio de la duda, si Ud., considera que yo no estoy apta en lo que Ud., me pregunte en lo que yo pueda darle a un niño que llegue me cambia de guardia pero eso sí me lo va a dar por escrito con el jefe del servicio. Es guardia fue más o menos y yo decidí cambiarme y toqué con un Dr. excelente a pesar que tampoco estaba de acuerdo con nosotros nos puso a prueba y respondimos a él. En la Clínica no había hospitalización y él también veía en el Materno de Caricuao que si había hospitalización. El resolvió llevarnos al Materno a compartir las Revistas y eso fue una fortuna. En el Materno no nos quería nadie pero como él nos llevaba nos medió respetaban aunque si estaba la otra Dra. con él a veces no nos dejaba entrar en la sala. Era una cosa fuerte. Después mi rotación de Medicina Interna la hice en el Clínico Universitario una rotación ruda. Ahí aprendí muchísimo, Me tocó con un interno, él no estaba a favor de nosotros pero nos respetaba por un grupo anterior que estuvo y una cosa increíble que me pasó con él es que llegó un paciente, de 16 años, con una oclolisis y él me dijo ese paciente es tuyo. Yo lo agarré y no teníamos ni camilla, lo puse en una camilla sin colchón y le empecé a hacer todo lo que me habían enseñado para hacer y él me dice házmele un lavado gástrico. Yo me encomendé al sr, que tuviera misericordia de mí, has que yo haga todo lo que sé que tengo que hacer...claro estar en el trauma show del Clínico fue fuerte. Yo empecé a hacer lo que me enseñaron los médicos cubanos y él me miraba. Yo preparé todo y le hice el lavado y cuando terminé, él me dice que se supone que estás haciendo; yo me asusté y me dije lo estoy haciendo mal y yo le dije el lavado gástrico como me lo enseñaron porque Ud., no me lo ha enseñado, me lo enseñaron en Barrio Adentro y él me dice lo estás haciendo bien. Yo me sentí muy bien y dije dios gracias. Yo le puse sonda vesical, tratamiento y el paciente no respondía y ya teníamos 3 horas con él, fue muy angustioso y comencé a preocuparme, el Dr. me pregunta cuál es el antídoto para lo que se tomó el paciente, respiré hondo y le miré y le dije ya me agarró y él comenzó a reírse y se me acercó un enfermero que nos apoyaba mucho y sacó un libro chiquitico y le dijo al Dr. no seas cruel Molina como le vas a hacer eso a la muchacha, él sacó el librito y me dijo este es el antídoto. Cuándo yo veo el nombre le dije Dr. eres

cruel porque tú sabes que el nombre no me lo voy a aprender jamás en mi vida. Gracias al enfermero, después salí a comprar el librito, resolvimos y el paciente despertó a la mañana siguiente. El conocimiento de Barrio Adentro me sirvió y yo le demostré a él que yo sabía, después de eso nos dieron bastante cancha. Después él se iba a acostar y me decía si es algo importante me llamas. Yo me sentía bien por eso, por el respeto a mí misma y el respeto que recibí con ellos. Mientras más cancha me daba más agarraba y más hacía. Una vez me le rebelé porque llegó un paciente que necesitaba sonda vesical y el Hospital no habían los medios; por mi rotación en el Llanito yo había aprendido a hacer ese procedimiento, entonces él me dice es tu responsabilidad. Él estaba molesto porque yo le insistí. Me dijo si sale mal es tu responsabilidad; me dije sr. Ten misericordia de mí, sabes que no quiero hacerle mal al paciente y me llevo al paciente a un pasillo de la residencia donde nosotros íbamos a dormir y lo senté en una mesita y le expliqué lo que iba a hacerle y le pedí que colaborara conmigo que yo sabía lo que estaba haciendo y si sale mal la responsabilidad es mía. El Dr. me miraba desde la esquina y no me dijo más nada, le puse la sonda, el paciente sintió un alivio, resolvimos y le indiqué que debía ir con su médico para que lo atienda pero esta noche podrá descansar. El Dr. se me acercó y me dijo quién te enseñó a hacer eso ¿en Barrio Adentro? Como burlándose y le dije a poner la sonda si en Barrio Adentro pero el procedimiento que ameritaba el paciente me lo enseñaron en el Llanito en mi rotación de cirugía. Y él me dijo ¿tú rotaste por cirugía? No y que Uds. ¿no hacen eso? Yo le respondí que sí nos estaban enseñando, gracias también a un médico que me enseñó el procedimiento igual que Ud. Me ha enseñado cosas. Después de eso aprendí mucho con él.

Con respecto a las debilidades: la falta de organización; como lo dijo la compañera, nos estaban educando para ir al área comunitaria, no para ir a un hospital por eso fue un choque duro.

¿Cuándo se da este choque?

En quinto año para nosotros (2009), eso fue rudo porque había procedimientos que no sabíamos y entonces en el Ambulatorio uno se puede desempeñar solo porque el médico me había enseñado a trabajar sin enfermera, pero en un hospital era una cosa totalmente diferente y como nos querían poner más a prueba por lo general nos mandaban a la emergencia; una cosa más ruda todavía. Me acuerdo de mi primer infarto y aun me da escalofrío y me dan ganas de llorar fue una cosa ruda encontrarme con no poder hacer nada, no porque no estuviera preparada, sino enfrentar la muerte que por más que hiciera no podía salvar al paciente.

También la susceptibilidad que tienen algunos compañeros a la riqueza. En mi caso particular nunca he aspirado a ser rica, siempre he aspirado a tener mi casa, mi estabilidad económica hasta cierto punto y la de mi familia, vengo de una familia que ha pasado trabajo por 4 hermanos y mi mamá sola luchando con nosotros, no tener casa y al enfrentarnos al hospital ha cambiado la mentalidad de muchos compañeros, en el sentido de querer tener una clínica, que tengo pacientes que me llaman y me dicen que monte una consulta privada y yo les digo que no me eduqué para eso. Por más que cobre barata una consulta, no me eduqué para eso. Se dé compañeros que buscan de trabajar en privado y los han enamorado con la cantidad de dinero que pueden ganar en una semana; luchar contra eso es rudo, uno tiene que tener bastante pies sobre la tierra y mucho patriotismo para yo no caer en eso. Hay compañeros que si han caído en eso, lamentablemente. La falta de compromiso con la patria; yo creo que esa es una de las cosas principales que las cosas se han ido degenerando con respecto al MIC, el compromiso de muchos para trabajar en el barrio, en el ambulatorio y aquí mismo en el Ministerio. Nosotros somos servidores públicos y no empleados públicos, nos lo decían al entrar aquí en el Ministerio. El Servidor es el que a veces tenemos que llegar a las 7 porque tenemos algo que hacer con el Viceministro o irnos muy tarde porque pidieron algo a última un trabajo o trabajar el fin de semana, si hay una jornada tienes que ir a colaborar son cosas que –a veces-el mundo no comprende.

Una gran debilidad es la desorganización del mismo MIC, con respecto a nuestra organización interna. De nuestros coordinadores, a los cambios de ministros, que unos nos quieren apoyar más que otros, que no es que no nos quieran pero no nos apoyan tan completo como lo hacía el anterior. Aquí mismo en el Ministerio el apoyo de la Dra. Sergia es incondicional, dios es grande, el respeto que nos hemos ganado y la facilidad que ella nos da, este es el proyecto gracias a Uds. esto está funcionando, depende de Uds., que siga funcionando, nos motiva el compromiso. Esta semana mi niño se enfermó y se lo llevo al pediatra, el mismo que me enseñó, lo llevo a la consulta privada porque renunció al hospital donde me enseñó por problemas internos del hospital y yo llego y me saluda y que me llame Dra. para mí es un gran orgullo. Me sube el ego, no me cobra la consulta y me dice entre colegas no nos cobramos la consulta y eso me dio mucha satisfacción de ver que con todos sus 2º y pico años de experiencia, que aunque es escuálido tiene un gran corazón por servir a sus pacientes y por enseñar y que con todas las diferencias que podamos tener me llamó colega. Eso es importante pero a algunos compañeros los obnubila, gracias a dios que yo tengo los pies bien puestos sobre la tierra; que nos reconozcan es importante, ese respeto nos lo hemos ganado a golpes, a pulso. (NT-2)

Una de las grandes fortalezas es que aprendemos a ver a la persona como persona. Algo tan sencillo desde que comenzamos la carrera. Es decir vemos al médico haciendo la consulta, sabemos que el problema no es biologicista, no es que Ud., venga con un catarro y le doy algo. Es que yo la voy a escuchar, yo la voy a examinar y Ud., va a salir de allí entendiendo que para mí es importante lo que Ud., me vino a decir. Ahí lleva ganada el 80% de la consulta y yo me atrevo a asegurar que todos mis compañeros si Ud., los ve dando una consulta es ese el comportamiento. Un médico que no está formado de esta manera suele dar consulta sin ver la cara del paciente, solo dígame que tiene, tómame esto. Esa es la gran fortaleza.

Poseer un concepto integral de lo que es salud, haber estado en contacto con la comunidad (a la cual debo atender) desde el inicio de la carrera y compromiso social.

La otra fortaleza es que tenemos el apoyo gubernamental, la figura del Comandante Chávez que dio un apoyo irrestricto al MIC, nosotros éramos los consentidos del Chávez. No hay un programa de formación en Venezuela – pienso yo-que haya tenido tanto apoyo como el que nos dio Chávez a nosotros. Eso es algo que tenemos que agradecer. El cambio de la Ley para que nos pudieran aceptar, la aceptación en el Ministerio, por supuesto no es todo el mundo, pero los cuadros directivos sí nos apoyan. Ahí tienes al Dr. Oscar Feo, en el área de Salud Pública, al Dr. Joel Roger Caraballo (Director de Educación e Investigación). Hemos tenido clases con eminencias en Salud Pública como el caso de la Dra. Cristina Laurel. No podemos pensar que no nos están prestando atención, de hecho nos están prestando tanta atención que somos los muchachos MGI la esperanza de que este país pueda tener un Sistema Público Nacional de Salud. Yo creo que esa es una fortaleza importantísima con todas las debilidades que podamos tener. Creen en este proyecto, creen en nosotros y eso es importante.

Vamos a las debilidades. Todo proyecto, inicialmente, tiene debilidades. Debemos ganar en organización, debemos ganar –un poquito-en disciplina pero sobre todo en organización. Una anécdota cuando nosotros terminamos el art. 8 y nos mandaron a los Hospitales en lugar de darnos algo escrito que nos dijera vaya al Hospital tal y preséntese con tal persona; algo serio como debe ser Ud., es un médico. En lugar de eso nos mandaron un mensaje y nos dijeron preséntese en el Hospital y diga que Ud.-es médico y que Ud., va a ayudar en tal cosa. ¿Qué es eso? Eso se ha ganado

¿Qué les enviaron?

Un correo electrónico

Yo entiendo que ya se ha superado eso, que los muchachos van con su credencial. Pero nosotros de la primera cohorte, como es posible que nos hayan mandado un 25 de diciembre (en mi caso al Pérez Carreño) sin ninguna credencial, a decir yo soy médico y yo tengo que ayudar en algo. ¿Qué locura es esa? Ahora, entiendo, que eso ya no pasa. Ahora hay otros espacios organizativos en los que hay que ganar espacios y ganar en disciplina. (NI, GF)

Al igual que los compañeros opino que una de las fortalezas que tenemos es tener esa parte gubernamental de nuestro lado; empezando por el apoyo incondicional del Presidente Chávez –por supuesto-a pesar que los directivos de salud, algunos ministros que en su oportunidad no estuvieron tan de acuerdo pero sin embargo siempre estuvieron con nosotros de una u otra forma y creo que ese es un pilar o el pilar fundamental para nosotros. Otra de las fortalezas que veo es nuestro empuje para que las cosas funcionen, que el tema de salud en Venezuela sea diferente a como se ha venido manejando y que creemos en eso. Por eso estamos luchando, por eso se creó la Residencia en Salud Pública porque ya que todos íbamos a ser formados como Médicos Integrales Comunitarios y por eso se seleccionó un grupo muy reducido para lo que es la parte de salud pública y eso también debe ser una fortaleza grande, nuestra unión debe ser una fortaleza para que esto realmente funcione, funcione el sueño del Presidente Chávez de que el Sistema de Salud cambiara, dejar de ver la medicina como cuanto puedo obtener por ella y cambiarla por cómo puedo salvar esa vida. Que son dos cosas completamente diferentes y que tienen que ver con uno solo que es la salud. El sistema de la medicina tradicional es eso, cuanto le puedo sacar a este paciente. Ese es el caso de los seguros privados y las pólizas de salud.

Nuestra principal fortaleza es saber que somos parte de esta revolución, que nacimos en revolución, somos una Fortaleza inmensa, el venir de las comunidades y conocer las necesidades de nuestras comunidades también es una fortaleza ya que sabríamos que hacer, la familia MIC es grande y al unirnos en uno solo creo que también sería una gran fortaleza.

Con respecto a las debilidades vuelvo con lo mismo; las pólizas de seguro creo que eliminándolas por completo aunque sé que es imposible o hay que hacer un trabajo muy duro para lograrlo. Eliminando las pólizas de seguros y fortaleciendo los Hospitales eso sería.

Disciplina es el otro tema, ya nosotros nos formamos y seguimos formándonos cada quien en sus diferentes áreas pero esos que vienen naciendo esos médicos integrales que vienen naciendo deben unir los conocimientos, que no sean solamente los médicos cubanos sino la unión de los médicos venezolanos porque tenemos muchos médicos venezolanos que quieren –de una u otra forma-porque nosotras que estuvimos en el Periférico de Catia sabemos que hay médicos que están dispuestos a ayudarnos pero –es como todo-hay que saber cómo manejarlos. Esa es una debilidad grande no tener médicos venezolanos en el sistema creo que es una debilidad muy grande porque ese choque que se dio cuando nosotros llegamos a los Hospitales fue muy grande porque estábamos formados por médicos cubanos y okey está bien pero tú eres venezolano y no puedes darme tu conocimiento, tú no nos puedes ayudar.

Como dijo un médico venezolano ya están aquí vamos a tener que cargar con Uds. y bueno vamos a enseñarles; ya están aquí y vamos a arriarles. Pero al menos tuvo la voluntad de ayudarnos aunque no estuviese de acuerdo y señalaban Uds. los médicos de Chávez...bueno vamos a enseñarle a los médicos de Chávez. Esa es la debilidad más grande que tiene la medicina integral comunitaria.

Otra de las debilidades es el ingresar demasiado tarde al área hospitalaria y el tiempo de las

rotaciones creo que deben ser mucho mayores, para los nuevos estudiantes el no tener la calidad de profesores que tuvimos nosotros los de la primera cohorte, la ausencia de médicos Venezolanos, y la desorganización en general.(ZO, GF)

Se entienden que la Medicina Integral Comunitaria significa posicionar una nueva manera de concebir la medicina. ¿Cuánto hemos avanzado en país respecto a este tema?

Un reto grande esta concepción de la medicina, por ejemplo para el ataque del dengue y la chikungunya la comunidad está activa con la Dirección Nacional de Fumigación, vemos que hay un nivel de prevención que no lo tenían antes. Estamos en proceso de avance progresivo; cambiar modos ni formas de vida no es fácil.

Aparte que crear conciencia no es de la noche a la mañana, que va en la concepción del buen vivir que conlleva a una salud idónea. Entonces en función de todo esto; pararse y preguntarle a una persona sobre la protección ante ciertos problemas y la persona sabe. Está el médico que indica qué hacer y la comunidad haciendo el trabajo necesario. Nosotros insistimos en el equipo integral de salud que no solo es el médico y la enfermera sino el trabajador social, el líder comunitario activo en su espacio de la comunidad, las asambleas de la comunidad que prudentemente se realizan los sábados de cada mes en todos los Centros de Diagnóstico Integral (CDI) o Centros de Rehabilitación Integral (CRI) en función de que la comunidad pueda entender la medicina integral como la fuente fundamental para la prevención de la enfermedad y el proceso completo de la salud – enfermedad en los 3 niveles tanto desde el momento que estás sano hasta tu recuperación y vuelta al trabajo. Esa concepción ha ido avanzando porque de hecho antes no teníamos Centros de Rehabilitación y ahora los tenemos, los únicos que teníamos de referencia eran los del Seguro Social, solamente para la gente que laboraba (se refiere a la población trabajadores) ahora para todo el mundo. En la cuarta república era solamente tomarte la pastilla y eso te mejorará y todo lo demás queda por tu cuenta. Ver la medicina como integral nos falta mucho todavía aunque hay avances pero es un proceso que se construye entre el pueblo y el gobierno a la mano, el pueblo – gobierno. Este es el proceso de cambio que está teniendo el país y que se están viendo cambios a pesar que no se visualicen en grandes esferas. Porque una debilidad que tenemos es que hemos sido vilipendiados y atacados mil veces pero no hemos sido defendidos en muchos espacios, nuestra defensa es la del pueblo que el pueblo es el que ha ido – conscientemente-integrándose en la incorporación de la medicina integral como fuente de su vida (AC, GF)

Con respecto a los avances que ha tenido la medicina integral antes cerca de mi casa no había un módulo que pudiera atender cuando el paciente necesitara. Claro eso también está mitigado por montones de cosas. Yo digo que la corrupción se ha metido en parte de ello y ya no es como antes; como cuando empezó la Misión Barrio Adentro. También hay un CDI donde podemos atender emergencias y resolver varias cosas de atención primaria general. Le voy a responder eso como dijo un Director de un Hospital hace poco en una entrevista que dio en la prensa, él ofreció un postgrado a médicos integrales que querían hacer un postgrado hospitalarios y les ofreció una residencia asistencial; estos compañeros son los que realmente resuelven la vida en un Hospital, él dijo que gracias a los médicos de Barrio Adentro, gracias a los MIC el Hospital estaba funcionando en la actualidad y hace poco nos enteramos que este mismo médico les dijo que no les iba a reconocer la residencia porque no servían para nada. Se está luchando con eso. Servimos para resolver, atender las consultas, todo el servicio hospitalario pero no servimos para cuando las cosas tienen que ser como reales o necesitamos un reconocimiento para poder avanzar. Eso demuestra avances, en la actualidad ya vamos a ser 18.000, entre la primera, segunda y tercera cohorte que

están saliendo ahorita y que muchos ya están haciendo art. 8. En todos los Centros Asistenciales por más pequeño que sea hay un MIC. Eso es una fortuna para la comunidad. Claro no se está diciendo con esto que no sea parte de la corrupción o de las cosas mal hechas porque no se puede decir que todos son 100% buenos porque depende mucho de la experiencia que se está teniendo o del compromiso de cada quien. Así que hemos desde que se creó la Misión Barrio Adentro hemos avanzado mucho ya que en la mayoría de los barrios y comunidades en general hay un médico en la comunidad y en todos los hospitales del país hay por lo menos un MIC, aunque todavía nos falta mucho. (NT, GF)

Decir que los MIC ya tienen todo el Sistema de Salud o que el Sistema de Salud ya es magnífico eso no es así. El Sistema de Salud nuestro adolece de muchas fallas. Una de ellas es la segmentación y eso sigue igual.

Aun no se entiende este concepto, el paradigma social gira alrededor de la medicina biologicista mientras más invasiva mejor es aceptada y se menosprecia el nuevo concepto de salud. (NI, GF)

Si bien es cierto la Medicina Integral Comunitaria ha existido desde mucho tiempo, pero no se ha implementado como tal, si al ver vamos cuando ingresamos en el SPN el índice de médicos a nivel primario era muy poco y no es de desconocimiento que han aumentado muy generosamente, creo que si hemos avanzado un poco lento pero estamos trabajando para poder elevar eso. (ZO, GF)

¿Cómo valoran su incorporación al Sistema Nacional Público de Salud? ¿Cumplió sus expectativas en cuanto a desempeño como profesionales de la salud? ¿En cuánto al salario? ¿Relación con los otros actores del sistema?

Significó un cambio de vida total, sentirme como persona, ser alguien. La relación con la comunidad cambió porque a pesar de haber sido criada y levantarme ahí mismo la gente comenzó a llamarme Dra. Y el estatus cambió. Soy parte de una familia de 4 hermanos y todos pudimos estudiar – con la Misión Ribas-y graduarnos. 2 de mis hermanos se graduaron en Gestión Social y 1 es Promotor Deportivo y yo Dra. Eso para nosotros es un logro que no tengo palabras para describirlo, yo en la vida hice de todo para mantenerme hasta maquillé muertos

Emoción...lagrimas

Y haberle dado este gusto y este orgullo a mi mamá es algo que me hace sentir muy grande.

En cuanto al salario es algo que no estaba en mi expectativa. Pensé que se habían equivocado cuando vi ese monto en la cuenta.

La incorporación al Sistema de Salud fue muy duro, como ya señalé, fue un choque de dos maneras de ver y hacer la medicina y fuimos muy maltratados.

A pesar de que estamos contratados yo me siento con estabilidad y si la vamos a tener en el futuro. (AC, GF)

Con respecto a nuestra incorporación al SNPS me pareció que fue casi que traumático primero porque nosotros nos estábamos educando para la comunidad y de golpe nos mandan a hospitales donde teníamos grades barreras, más bien paredes, de opositores que nos hicieron la vida imposible aunque gracias a Dios nos encontramos con Médicos que nos aceptaron y nos enseñaron los que nos faltaba para poder dar la talla en donde nos tocaba las distintas rotaciones. En mi caso en mi primera Rotación de pediatría en la Clínica Popular de Caricuao me encontré con el Pediatra Carlos Subero el cual me enseñó gran parte de los que se de pediatría y hoy día puedo decir que me llama Colega lo cual es un orgullo para mí ya que él es opositor a la revolución. Tuvimos que ganarnos a pulso duro los lugares que ahora tenemos en los diferentes hospitales. De contarle muchas anécdotas en los diferentes hospitales tendría que decir muchoooooo.

En cuanto al salario no me quejo, de no tener nada a tener un buen sueldo por ahora me promueve una estabilidad para mí y mi familia. Cuando cobré el primer sueldo le dije a mi hermana que y a mi mamá que saliéramos que íbamos a comprar algunas cosas, le compré los 4 cauchos al carrito de mi hermana y le dije a mi mamá en el supermercado que metiera todo lo que quisiera. Era la primera vez que podíamos hacer eso.

Según nuestro contrato mientras estemos en el posgrado nos garantizan trabajo. Por lo cual no me quejo. Tengo estabilidad. (NT, GF)

Sí cumplió todas mis expectativas en cuanto a cómo desempeñarme como médico, el salario también cubre mis expectativas (23.000 Bs más 2.000 de bono de alimentación). Al igual que las compañeras tenemos estabilidad laboral y la relación con los otros actores del sistema ha sido un camino duro pero se construye andando (NI, GF)

Nuestra incorporación al SNPS es realmente un gran logro, ha habido muchos inconvenientes como todo lo nuevo pero esto se puede mejorar, no es de desconocimiento para nadie que tiene mucho que ver con la parte política pero trabajando podemos mejorarlo, en cuanto al salario guoooooooo de pasar a no tener a ser MEDICO es grande y tener una estabilidad tanto económica como laboral es algo muy bueno. (ZO, GF)

¿Cuáles han sido los principales problemas enfrentados en su formación y en su incorporación al SPNS?

Los que ya dije el choque de dos concepciones y el tema político también. (AC, GF)

Los principales problemas, yo creo que fue la fuerte oposición de los médicos que por desconocimiento o por simple oposición no nos dieron el beneficio de las dudas, y nos quisieron educarnos con respecto a sus conocimientos y experiencia. (NT, GF)

Aceptación del nuevo modelo de estudio y tendencia política con la que se asocia. (NI, GF)

A pesar de ser parte de la revolución, de estar trabajando para nuestro País y de permanecer de forma exclusiva siempre van a existir problemas, la parte política como ya lo mencione juega un papel fundamental en todo este proceso, los grandes directores, gerentes etc., no están de acuerdo en cierta forma con nuestra incorporación, problemas siempre los vamos a tener en contra pero no serán inconvenientes para seguir adelante con todos los procesos de cambios por supuesto para bien. (ZO, GF)

¿Cómo superaron estos problemas?

Luchando, demostrando que sí sabíamos, asumiendo todas las tareas que nos asignaron, estudiando mucho. Mucha humildad y negociando espacios. Con mucha fuerza resistiendo la oposición, la humillación. (AC, GF)

Los problemas los superamos resistiendo, estudiando, demostrando cada día que podíamos con el reto que nos imponían. (NT, GF)

Estudio, constancia, dedicación y sobre todo compromiso social. (NI, GF)

Creo que la mejor manera de superar un problema es enfrentándolo y trabajando. (ZO, GF)

¿En la actualidad cuáles son las dificultades?

La aceptación (AC, GF)

En la actualidad los problemas es la confianza que hemos adquirido y muchos compañeros se están dejando envolver por el materialismo y las ansias de tener más dinero y han olvidado de dónde venimos y para que fuimos formados. (NT, GF)

Sigue siendo el mismo. (NI, GF)

La aceptación. (ZO, GF)

¿Qué cambiarían del proceso formativo y de la incorporación al SPNS?

Que cambiara la organización del MIC, incluiría a los médicos venezolanos dentro de la formación y la incorporación de los MIC que se encuentran en formación a iniciar más temprano las rotaciones por los diferentes hospitales Noiraly Tovar (NT, GF)

Debe organizarse mejor, improvisar en un gremio que está ávido de rechazarte no es buena estrategia (NI, GF)

Los profesores, la incorporación de los estudiantes a los hospitales y la disciplina, el pensum de estudio es muy bueno. (ZO, GF)

¿Se encuentra afiliado a algún grupo, movimiento o gremio laboral?

Existen unas iniciativas de organizaciones como la Asociación Vida Venezuela, ASOMIC (yo estoy inscrita en estas) y otras que son por estado con la intención de crear una organización nacional. Se han establecido conversaciones con los presidentes de las organizaciones ya establecidas y con relación al Colegio Médico de su estado es decisión del médico integral. Existen varias opciones. Cuando egresamos había mucha presión por el tema del Colegio Médico pero ya no. En el Vargas hubo una iniciativa de unas enfermeras por el tema de la vivienda y terminamos haciendo un Colectivo de Médicos, enfermeras, de todo el Hospital. El impulso organizativo de esta iniciativa fue muy bonito. (AC, GF)

Yo por convicción propia pertenezco al Colegio Médico de Caracas. Aunque de forma pasiva. Al inicio nos dieron unos cursos muy buenos y ahorita están un poco recelosos, tambaleándose de nuevo la relación. Como dice Nelson para hacer postgrado, poder presentar debes con las otras universidades (UCV; CBBO; UCLA; ULA) hay que estar inscritos en el Colegio Médico de tu estado. (NT, GF)

El Dr. Joel Caraballo, en un Simposio reciente, aclaró este punto. La organización es necesaria y puedes inscribirte en cualquiera, el Ministerio la exige para los postgrados, lo que no exige es la solvencia. Yo me asocié al colegio Médico de Caracas por 2 cosas: primero esa división médicos tradicionales, médicos integrales no tiene sentido venga de donde venga (ya sea los tradicionales que rechacen a los MIC y viceversa). Esa división no debe existir. Que no nos caiga bien Bianco que cobre 50 Bs y no se los queremos pagar...bueno esa es otra cosa. La división debemos empezar a entender que no debe darse. Al principio nos dieron unos cursos que no estuvieron del todo mal. La organización nuestra (nuestra se da cuenta que ya soy sectario) los directivos de aquí (el Ministerio) sugieren que no sea sólo de médicos sino que involucre a todo el sector salud. Enfermeros, Camareros, que sea incluyente. Por eso no se tiene una organización nacional porque las que se han creado han sido de médicos exclusivamente. Yo estoy inscrito en el Colegio Médico de Caracas. (NI, GF).

Si, al colegio de médicos de Caracas. El sector salud somos todos desde el que atiende la puerta, hasta el que barre porque ese también pertenece, el vigilante también hasta el Director son el sector salud. Opino como Nelson (ZO, GF)

¿Cómo se han sentido revisando la experiencia?

Muy interesante

Como han cambiado las cosas que el médico integral estaba relegado inicialmente a que no podía acceder al Hospital a que el MIC esté en todos los Centros de Salud, desde "Guasipata" hasta el despacho de la Ministra. En todo el Sistema.

Nos gustaría ver el resultado de este trabajo

Sería bueno ver la experiencia de los que están haciendo MGI Sería ver a todas las Cohortes.

Es bueno dar a conocer esta experiencia

ANEXO 2

INFORMACIÓN PRODUCIDA EN ENTREVISTA INDIVIDUAL A DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN DEL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DR. JOEL CARABALLO

N: Estamos haciendo un consultoría sobre analizar cómo es el proceso de incorporación de los médicos y médicas integrales comunitarios al sistema público nacional de salud. Esta investigación, se está realizando en un corto periodo de tiempo, solo abarca un mes, lo cual ha obligado a recoger información de actores claves del proceso. DEI ¿Todo como parte de una investigación, no?

N: Sí, claro, lo primero es que hemos consultado una serie de documentos del Ministerio del Poder Popular para la Salud y, desde la Dirección de Recursos Humanos nos informaron que son ustedes, los que hacen los procesos para incorporar a los/as médicos/as al sistema de salud y, que ésta se remite a solicitar los recaudos para la formalización de sus expedientes. Por ello queremos conversar con usted dos aspectos principales. Uno, cómo es el proceso de selección para los/as estudiantes para entrar al Programa de Medicina Integral y dos una vez que egresan, cómo es su incorporación al sistema.

Entonces con respecto al primero, nos pudiera comentar: ¿Cómo es su ingreso al programa de medicina integral comunitaria?

DEI: No, en realidad es el Ministerio de Educación Universitaria el que se encarga de todo este ejercicio a nivel nacional, pero donde nosotros tenemos una participación importante, no solo en el proceso de selección, sino en el proceso de la identificación vocacional de los bachilleres.

Un requisito fundamental es que sean bachiller egresado de uno de los liceos del país y, el otro es que pertenezca a la zona territorial donde va a estudiar.

N: Es decir, ¿de Apure no puede estudiar en Caracas, por ejemplo? DEI:

Depende, si se residencia en Caracas, estudian donde tengan su residencia

DEI: La selección persigue un objetivo superior que es la universalidad territorial, una cobertura total.

Este proceso inicial es muy importante porque va a determinar las futuras ubicaciones de los médicos en el país, ya que a futuro no se hacen concursos ni los ingresos son estratificados ni segregados de ningún tipo, sino que ya son ingreso universal.

N: Estudian ahí e ingresan por allá.

DEI: Si, estudian ahí, e ingresan de una vez al sistema. Nosotros hemos identificado que si un médico es del lugar y, es el que conoce el territorio y que las personas que viven en el territorio lo conocen a él. Por lo tanto es la persona la idónea para estar en el sitio.

La selección se hace fundamentalmente a través de las áreas de salud integral comunitaria y, desde allí funcionan los núcleos docentes de la ASIC. Se hace una convocatoria abierta desde las familias, desde los núcleos familiares, desde los consultorios familiares, donde hacen una primera postulación e ingresan en su totalidad, todos, al curso pre -médico. Y es una formación de aproximadamente nueve (09) meses.

N: ¿Antes eran 6, no?

DEI: Antes eran 6. Ahorita se ha extendido un poco más por el proceso de incorporación paulatina.

N: ¿Y ahorita de cuánto tiempo estamos hablando?

DEI: De marzo a diciembre. En algunos procesos varia. Todavía el criterio académico es de 6 meses, sin embargo, el criterio de incorporación es durante 9 meses. Es decir, el estudiante no tiene una fecha tan amarrada para ingresar.

El tema es que el pre-médico es fundamental para el proceso, en sí solo, es un proceso de selección general vocacional. Aquí es donde el estudiante se da cuenta de que lo que va a estudiar le gusta, y si se le pueden presentar otras oportunidades acorde a lo que él le gusta.

N: Ahora, para el ingreso al programa de medicina integral comunitaria, no priva el proceso del Consejo Nacional de Universidades.

DEI: No, aquí para el ingreso no se toma en cuenta el CNU porque el tema es que el programa nacional de formación de medicina integral comunitaria no lo rige el CNU. Son regidos directamente por el viceministerio de políticas académicas.

El programa de formación está avalado por el CNU pero es regido directamente por el Ministerio de Educación Universitaria. De tal manera que el CNU tiene capacidad de opinión para mejorar algunos procesos pero no puede regir el carácter de la selección universal a nivel de las áreas de salud integral comunitaria, ya que el criterio es como se lo explique cómo le dije anteriormente

N: Y ¿cuál es el promedio de ingreso de los muchachos y las muchachas al programa? °

DEI: Ese dato no lo tengo, lo tenemos pero no lo tengo en mente.

Hasta por estado sería interesante mirarlo. DEI: Podemos identificarlo.

¿Cuántos son hombre y cuantos son mujeres?

DEI: Las mujeres superan en un 75%, pero estos datos de pregrado no los manejamos nosotros. Los maneja la oficina de la Coordinación Nacional del Programa que la dirige el doctor Antonio Torres en el Ministerio de Educación Universitaria, en el piso cinco. El dirige el programa nacional de formación de pregrado y dirige el comité interinstitucional del programa, que es el que tiene todos los datos.

N: Ahora ¿las modificaciones del currículo desde que se inició el MIC hasta ahora ha variado?

DEI: No, siempre han sido los 6 años, con las mismas materias. Lo que han variado han sido algunas técnicas.

N: Y ¿Los/as estudiantes, no presionan para que el currículo cambie?

DEI: No. Lo que pasa es que hay un estilo de formación tradicional que siempre ha intentado su cambio, pero los resultados nos gratifican no cambiarlo, hasta ahora los estamos viviendo en el sistema de salud. Si tuviésemos médicos integrales comunitarios en este momento yéndose al exterior o estuviesen yéndose fundamentalmente al privado, tuviéramos que cambiar el curriculum. Pero estamos obteniendo los resultados que queremos, es decir, el curriculum se ha fortalecido.

Pero lo que persigue cada curriculum y cada estrategia es que su propia finalidad y mejoramiento de la calidad de vida de las personas, de la población. Los médicos integrales comunitarios ahorita su principal elección para el postgrado es medicina general integral. En segunda opción es obstetricia en tercera opción es pediatría, en cuarta opción la medicina interna, y en quinta opción es la cirugía en general. Todas las especialidades que resuelven más del 90% de los problemas del país.

N: Y, ¿En caso tal de que haya un cambio de curriculum, lo hace este comité interinstitucional o por sugerencia o solicitud de los participantes?

DEI: Y a sugerencia de los estudiantes también. Han sugerido algunos cambios que han sido hasta criticados. Por ejemplo ellos quisieran tener la materia en inglés. Entonces se ha negado la posibilidad de ver la materia en ingles porque no es un objetivo fundamental dar ingles al nivel de salud integral comunitaria. Nosotros podríamos proponer, otro idioma, por ejemplo de algún pueblo indígena, sin embargo no es lo proponemos.

N: Claro, pero ¿Algunas lecturas, de repente requieren el inglés?

DEI: Claro, pero eso tiene una importancia mayor en el postgrado donde se maneja fundamentalmente la investigación. Pero en pregrado algunas cosas pueden resolverse sin dar la materia en inglés. Por ejemplo, para determinar un curso, se pueden dar cursos adicionales. El inglés forma parte de las electivas, de tal manera que solo estudia inglés el que lo necesita. Pero a la larga el que realmente lo necesita busca traductores o busca cualquier tipo de vía que pueda favorecer esto.

Lo que estamos tratando de incentivar un poco en el programa es privilegiar la literatura latinoamericana, la literatura fundamentalmente de nuestra región.

N: ¿Y se aprende algún idioma de los pueblo indígenas, o cuando están egresados? DEI: Mira, una de las ventajas que tiene el programa nacional de formación universal tiene incluido más de 29 pueblos indígenas. Ya esos estudiantes hablan su idioma. Hablan todos los idiomas indígenas porque su selección está basada en el territorio de la nación. De tal manera que, quienes tienen que aprender wayunaiki, son los que están en territorio wayuu.

N: ¿Y ustedes no tienen data de los/as egresados/as, con respecto a: sexo, edad, sector social entre otros? DEI: Yo te puedo hablar de algunos criterios pero los datos completos los tienen en educación universitaria. Un ejemplo de ellos es la media etaria de la primera promoción es muy superior a la actual, porque en la primera promoción se incluyó mucha gente que fue excluida del sistema universitario hace muchos años, y ahí tenemos gente de 50, 60 años; y una media etaria llega a los 40. Pero ha ido disminuyendo poco a poco a medida que se ha ido saldando esa deuda. Ahora, mucha de esta gente, aunque tenía profesión, no había podido ingresar al trabajo porque no tenía oportunidades y ellos se definieron por hacer medicina integral comunitaria, de tal manera que tenemos abogados, enfermeras, técnicos de laboratorios, licenciados, odontólogo, tenemos mucha gente que tiene profesiones previas.

N: Ahora, ya luego que terminan sus 6 años de pregrado ¿cuál es el proceso que deben seguir?

DEI: Bueno ahí siempre estamos nosotros en muchas cosas, nosotros estamos en una vigilancia muy activa de los MIC, los cuales hacen un pequeño internado por el sistema de salud, antes de su egreso, ya en el último año de carrera de pregrado

N: No entiendo, ¿Antes de egresar hacen ese internado?

DEI: Si, desde el 6to año. Fueron internados de pregrado. Una vez que le dan la carta de culminación de estudio, el ministerio hace una convocatoria universal.

N. ¿Quién da esa carta de culminación? DEI: Las universidades que acreditan el programa que son las seis universidades experimentales. Ahí está: Universidad Nacional Experimental de los Llanos Rómulo Gallegos (UNERG), Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora (UNELLEZ), Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB), Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM), Universidad Nacional Experimental de las Fuerzas Armadas (UNEFA) y Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV)

El ingreso es totalmente universal, no hay criterios ni concursos, ni nada de eso. Simplemente se incluye por cada territorio, tenemos un formato que el estudiante puede llenar para solicitar en que establecimiento de salud quiere realizar el servicio para el cumplimiento del Artículo 8. El estudiante tiene la facultad de ingresar o no, es decir, puede decir que NO.

N: ¿Se puede ir a lo privado?

DEI: No necesariamente, porque está obligado a hacer el Artículo 8 para poder entrar, pero tampoco están obligados a que si quieren seguir ejerciendo su otra profesión, en caso de que la tuviese, puede seguir ejerciéndola, pero eso hasta ahora no ha ocurrido. Todos, el 100% ha ingresado.

Pero lo que sí es importante hacer saber, porque muchas veces se confunde, es que dicen que son obligados. No, no son obligados. Se hace una convocatoria total y universal, que es otra cosa, y todo el que venga ingresa, pero nadie está obligado. Entonces hay un ingreso consciente a nivel nacional.

N: Cuando ellos terminan la universidad donde los acreditan, ¿solamente tienen que venir para acá para que ustedes les asignen dónde cumplir su Artículo 8?

DEI: No, ya ellos están ubicados. No tienen necesidad de moverse. El ministerio maneja los listados, por ejemplo para el año 2015, los listados se hacen electrónicos, y cada uno desde la comodidad de su hogar, puede hacer una propuesta inicial de donde quieren trabajar. Generalmente ellos escogen los ambulatorios y los consultorios cercanos a sus casas, donde realmente son necesarios. Desde donde fueron seleccionados para estudiar.

N: ¿Eso es por la página del ministerio?

DEI: Eso por ahora en la página del ministerio. Hasta ahora está hecho manual. Pero a partir de este año 2015 se va hacer electrónico.

N: ¿Y se le hace llegar a quien cuando hacen esa solicitud manual?

DEI: Bueno, una vez que ellos están inscrito en el ministerio, el ministerio libera a nivel de los estados todos los inscritos, y desde los estados los llaman para revisar la ubicación. Una vez que tanto el sistema de salud como ellos acuerdan de una forma armónica su ubicación, ya queda registrado definitivamente para trabajar ahí. Entregan sus carpetas en la dirección regional de salud, son tres carpetas, de las cuales dos vienen para acá, y una se queda allá e inician directamente lo que llamamos internado rotatorio.

N: ¿Eso es automático, ese internado rotatorio? ¿Es parte del artículo 8?

DEI: No, el internado rotatorio es una modalidad del artículo 8. Ahorita tiene dos modalidades, está la rural pura, y está esta modalidad del internado rotatorio

N: ¿Y sigue existiendo la rural?

DEI: Bueno nosotros hemos propuesto como política de estado que el médico se focalice en un trabajo social solamente para hacer rural. Los médicos integrales comunitarios, están quedando cerca de su casa, y se les está ofreciendo hacer la modalidad de internado rotatorio. Ellos lo han aceptado, han sido muy receptivos, pero además los ayuda muchísimo a una formación más completa que es uno de los objetivos del artículo 8.

N: ¿Y el internado rotatorio lo hacen en cuánto tiempo?

DEI: En dos años, tiene un sistema de rotación entre los ambulatorios y los hospitales, que han venido durando 6 meses por los ambulatorio y año y medio en los hospitales. Pero que a partir de este año lo estamos variando. un año en los ambulatorios y un año a nivel hospitalario.

N: ¿Y los ambulatorios rurales cómo quedan?

DEI: El internado rotatorio incluye en mayor cantidad de tiempo los ambulatorios, que pueden o no estar en zonas rurales.

Lo que se ha eliminado es la palabra rural y se le ha puesto la palabra ambulatorio para no confundir. Porque te podrías imaginar un rural aquí en El Recreo que es un lugar donde se hacen pasantías ambulatorias y también ocurren en La Esmeralda, en la Alta Goajira, etc.

N: ¿Y cuándo obtienen el artículo 8? ¿Una vez que pasen esos dos años? DEI: Si, entra en un proceso de acreditación, debe tener la constancia de que cursó realmente las rotaciones en estos dos años. Y una constancia de residencia de donde las hizo.

N: Y ¿Cuáles son las salidas una vez cuando culminen ese artículo 8? DEI: A partir del año pasado fue inducido hacia la medicina general integral por la necesidad de Estado, pero a partir de este año es totalmente abierta. Más del 75% se decidió por la medicina general integral en primera opción, y entonces estos son los productos que estamos viendo en la formación, y podemos gratificar que lo que estamos haciendo, lo estamos haciendo bien. Pero si hay un porcentaje de ellos que si pueden hacer otro postgrado.

N: Ahora, ¿Para entrar a postgrado los/as médicos/as integrales comunitarios tienen prioridad por haber estado dos años en los internados rotatorios?

DEI: Si tienen, porque el concurso de postgrado tiene su sistema de credenciales y si usted hace un rural de un año tiene un punto y si lo hace dos años tiene dos puntos. Es decir tiene criterios diferenciados. Igual el tema de la pertenencia social, usted solo por pertenecer en un lugar de alto nivel de necesidad tiene 30 puntos. Pero eso es sin criterio de título de pregrado, o sea usted puede ser cirujano del Alto Orinoco y si ahí hace falta un médico usted puede tener el título que quiera. De tal manera de que no es por tener el título.

Ahora el que es médico integral comunitario su título de médico general equivale igual que un título de médico cirujano, pero si dice internado rotatorio de dos años, tiene prioridad sobre el que lo hizo sobre un año. Eso está en el reglamento publicado en la página web.

N: Ahora los que hacen la especialidad de medicina general integral, ¿hacia dónde luego avanzan? Porque una vez que los médicos tradicionales estudian traumatología, después se siguen especializando. Es decir, ¿hacia dónde siguen avanzando?

DEI: Lo que nosotros deseamos realmente es que no avance mucho la fragmentación del conocimiento, sino que se queden como médico integral general. Sin embargo, está abierta la posibilidad de que hagan segundo postgrado. Ya nosotros tenemos una experiencia avanzada en los egresados en Cuba, que han hecho medicina general integral. Un porcentaje de ellos se ha quedado como MIC, y otro porcentaje ha avanzado a segundas especialidades. Para los médicos integrales va a pasar igual, pero ya sabemos que no es igual estrategia que ingresen después de artículos 8 a hacer grande postgrados especializados, a cuando hacen MGI que se queda un porcentaje importantísimo y muy grande en medicina integral.

Nosotros estamos tratando de luchar porque en el futuro de la medicina general integral sea privilegiada en cuanto a ingresos en el país. Estimular que la mayor cantidad de médicos se quede en la comunidad con un postgrado de especialización en la comunidad.

N: Ahora, ¿este programa de formación continua es cuál? Por ejemplo el que decida quedarse solo como médico integral comunitario y no avance hasta postgrado, que se quiere quedar ahí, no quiere seguir estudiando pues.

DEI: Ah bueno, el que no quiera hacer ninguna especialidad se queda como Médico 1.

N: ¿Y no hay UN programa de medicina continua?

DEI: No, por ahora no tenemos un programa establecido así. O por lo menos no con ese nombre, porque el sistema en sí mismo, no le hace falta crear programas para garantizar algunas cosas. El propio funcionamiento normativo de este sector garantiza que muchas de estas cosas que se llaman en otros países así, aquí funcione.

¿Porque usted tiene que crear un programa de médicos continuo, si el propio sistema debe garantizar eso? Lo tiene que crear porque el capital ha englobado tantas cosas que usted tiene que crear programa para atender a los diabéticos, programa para fulanito, etc.

Si usted tiene un sistema universal, no tiene necesidad de crear programas.

Es así como está funcionando ahorita. Ahorita usted ingresa un médico que no quiere hacer MGI, que no quiere ingresar a ningún programa de postgrado. Se queda como Médico 1 trabajando, ¿y cómo se actualiza? ¿Cómo continua? A través de las necesidades que tiene el propio sistema público nacional de salud, los congresos que él quiere y quiera participar.

Nosotros estamos haciendo avances importantes en la creación de los espacios virtuales de información. Y en realidad, hablando en estadísticas, la cantidad de médicos que se queda sin hacer nada, de casi 20000 médicos que ingresaron al sistema, solamente 20 se quedaron sin hacer ningún postgrado. Y cuando usted analiza cuales son esos 20, usted ve que es alguien que tiene planificación familiar, que tiene discapacidad para continuar, alguien que por su edad no quiere continuar.

Pero es lo que le digo, no nos hace falta crear un programa porque el propio sistema funciona solo.

N: Sabemos que la medicina integral comunitaria está montado sobre todo un proceso de la concesión del proceso salud/enfermedad. Como se relaciona eso con este sistema público nacional de salud que sigue funcionando bajo unos cánones todavía muy tradicionales, muy a entender el proceso salud/enfermedad. ¿Cómo colindan estos médicos con este sistema que todavía no se termina de morir?

DEI: Eso es una relación muy dialéctica. Nosotros siempre nos hacemos la pregunta: ¿Está preparado el sistema para recibir esta nueva forma de formación, o están preparados los formados para ingresar en este sistema? Y nos hemos dado cuenta que no hay necesidad de responder esta pregunta, porque en realidad ellos están cambiando paulatinamente el sistema, y el sistema los está cambiando a ellos. No se trata de crear algo para cambiar otra cosa, ni que estos cambien al otro. Es que se está creando un binomio muy interesante que ha estado convirtiendo esto en una verdadera integración de saberes y que está desarrollando el sistema público nacional de salud.

Ha habido mucha resistencia en los sistemas tradicionales de que ellos ingresen, pero ha habido un acompañamiento adecuado de la política pública lo cual ha garantizado que el 100% ingrese.

Lo que pasa es que el sistema ha necesitado tener algunas seguridades de que su funcionamiento va a ser mejor que el que tiene, y están demostrando que sí. Es decir, los cambios se están dando en base demostraciones de los medios. Un ejemplo muy facilito, el postgrado nacional de neonatología era un postgrado desierto, en la Maternidad Concepción Palacios, que tenía un índice de mortalidad elevadísimo. Ingresamos unos 19 médicos integrales comunitarios, a

hacer una residencia asistencial y la mortalidad bajó al 75%. Entonces ahí es cuando usted dice ¿cuál es el criterio de calidad que usted persigue? ¿Qué es lo que más se cuestiona del programa? O sea si la calidad no se expresa en bajar un indicador en 75% ¿entonces cuál es? Porque el criterio de calidad no puede ser el criterio segregacionista, de cómo te vistes, hablas, o la posibilidad que tienes para responderle a una persona que, entre comillas, sabe más que tú sobre una cosa. El criterio es demostrado con hechos concretos.

N: En esa situación inicial de esas primeras cohortes que entraron, ¿cuáles son las diferencias con las nuevas cohortes? Porque al principio como usted dice se había cuestionado mucho el programa. ¿Ahora cuál es la fortaleza del programa ya que no hay tanto cuestionamiento? ¿Y cómo manejan los muchachos y muchachas este rechazo y no aceptación? Porque recuerdo que unos meses pasados estaba en un ambulatorio tradicionales en La Carlota, y la señora de entrada te pregunta “¿Usted quiere verse con un médico de los MIC, o con un venezolano” Y yo dije ¿cómo es eso?, si estamos apuntando a un solo sistema.

¿Cómo los muchachos y muchachas han manejado esa situación? Porque hay rechazo.

DEI: Eso es parte de una transición que va a durar muchos años, eso no es algo que va a cambiar de un día para otro. Como todo proceso dialéctico. Recuerda que todo lo que trabaja en salud está inundado de un modelo de médicos muy arcaicos y ortodoxos, que no los vamos a cambiar de un día para otro. Y vamos a seguir dejándolo así, en vez de preguntar ¿Con quién te atiendes tú?

Cuando la gente se convenza que no hay ningún tipo de diferenciación o que la diferenciación entre uno y otro va a llegar a ser nula, en el futuro, porque los tradicionales tienen que irse convenciendo que los médicos integrales tienen un modelo de formación distinto que es productivo para la nación, y los MIC deberán a irse convenciendo que los tradicionales también hacen falta en el sistema.

Nosotros tenemos Barrio Adentro. Se atiende mucho más gente que en la red convencional, pero no es porque uno sea mejor que otro, es por la ubicación que tiene. Yo le podría preguntar, ¿Cuál es la probabilidad de que un médico se vaya de su territorio en un momento determinado, de aquí a diez años, y cuál es la probabilidad de que se vaya un tradicional? Las probabilidades de que se vaya el tradicional, es superior a la del médico.

Entonces en diez años no va a preguntar por quién te va a atender, te va a atender el que esté ahí. Que ES su amigo, que va a ser su compañero, que va a ser su médico. Y obviamente va a llegar un momento que lo van a aceptar.

N: Otro de esos prejuicios de que están mejor pagados los MIC a los médicos tradicionales, cuando entrar al sistema público. ¿Esto es un prejuicio, o es verdad que están mejor pagados?

DEI: Bueno, esto depende del momento histórico que tú lo analices. En un momento inicial se dictó un decreto que todo médico cobraba lo mismo a nivel nacional, pero ha costado mucho ponerse de acuerdo el sistema con la remuneración de las gobernaciones, las alcaldías y las Direcciones de Salud; de tal manera que en algunos sitios todavía tienen variaciones pero muy menores.

En que es lo que varío en todo esto, es en el cumplimiento de las guardias. Los MIC ya tienen sus guardias incluidas, directamente porque las relacionaron todos en un esfuerzo por parte a nivel nacional de relacionar todas las guardias en parte de ellos. Como ese esfuerzo no es lo mismo que hacerlo con los tradicionales porque, a veces no se creen parte de que un ente rector les pueda relacionar las guardias directamente, se ha dejado la libertad de ellos que relacionen o no su guardia y, la guardia es lo que hace la diferenciación de los ingresos. La guardia tiene un porcentaje del 50% de ingresos

N: ¿Y cómo es esa relación? ¿Lo hacen previamente?

DEI: Si, hay una planificación de guardia anual, y posteriormente se reporta como cumplido.

N: ¿Cuáles son los factores o elementos que pueden medir los indicadores favorables a cualquier sistema de salud. Indicadores favorables en cuanto a condiciones laborales, en cuanto a relación médico/habitante, en cuanto cobertura, etc... ?

DEI: Venezuela no persigue mucho el diseño de algunos indicadores. Los indicadores de Venezuela están basados en la felicidad y bienestar, en la participación de una comunidad, en la capacidad que tiene una comunidad de postular a su personal y de garantizar a largo plazo su servicio por medio de la participación.

Nosotros nos hace falta avanzar, pero estoy seguro que por ejemplo comencemos a hacer las mediciones que propone la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo vamos a lograr, solo que el método que nosotros vamos a construir no es a través de los indicadores. El primer criterio es la necesidad comunitaria, la necesidad que existe a nivel de la sociedad, y eso se expresa subjetivamente.

N: Claro, que haya más médicos y más médicas, es decir, cubriendo necesidades, eso se mide.

DEI: Por supuesto que se mide. Nosotros tenemos ahorita 3.5 médicos por cada 10000.

N: ¿Y del 2005 cuantos eran?

DEI: 2.4., los indicadores están en la página del Banco Mundial. Pero lo que estamos buscando es tener 5 médicos por cada 10000 habitantes para el año 2019.

N: Pero ese promedio no lo tiene nadie, porque ni Cuba

DEI: De todas maneras Venezuela se guía mucho por Cuba para medir su sistema de indicador. O sea, ¿cómo se definió la preparación de 80000 profesionales de la salud para el 2019? Obviamente se hace estudio a nivel del Instituto Nacional de Estadísticas. Yo estoy seguro que la brecha al nivel nacional ha disminuido demasiado, pero si usted se pone a verificar cual es el indicador, cual es la estrategia para disminuir las brechas en el país, puede que no sea formar más profesionales.

Venezuela es una de los países que tiene más profesionales por cada 10000 habitantes que los aconsejados por los organismos internacionales en el área de la salud. Ellos postulan 25 por 10000. Venezuela tiene mucho más que eso. Lo que pasa es donde es la concentración y donde se trabaja,

N: ¿Cuántas cortes de egresados? DEI: En diciembre se gradúan la IV de MIC, que son 1860, para sumar una cifra total y global de 19000 desde que inició el programa.

N: ¿Y todos los que entran por la MIC, entran por becas? DEI: Si, todos, tradicionales y MIC

Muchísimas gracias por el tiempo ofrecido para la entrevista, los resultados de esta investigación se los haremos llegar en corto plazo. Buenos días.

ANEXO 3

INFORMACIÓN PRODUCIDA EN ENTREVISTA INDIVIDUAL A DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL: "VICTORINAO SANTAELLA" DR. JOSÉ DELGADO

El entrevistado posee una amplia experiencia, con 25 años de dedicación al campo de la salud pública; tanto en el área de manejo de programas como de dirección de hospitales. Para el momento que fue creado el Programa de Médicos Integrales me encontraba en la Dirección del Instituto de Altos Estudios "Arnoldo Gabaldón", que fue quien –de alguna manera-avaló conjuntamente con las universidades nacionales, profesores y universidades cubanas, el contenido curricular de la formación de los estudiantes.

1.-Cómo ve la relación entre los Objetivos del Programa Nacional de Formación de Médicos Integrales Comunitarios (PNFMIC) con una concepción de la medicina que les avala y con las necesidades del Sistema Público de Salud

Vista la evolución histórica del ejercicio médico en Venezuela, nuestra formación convencional nos llevaba a formar médicos muy dirigidos hacia la especialización. El proceso mismo de formación como médico, cuando hablo del nuestro es porque yo soy de las generaciones anteriores, nos llevaba a que nuestro contenido programático está dirigido por especialidades y dentro de las especialidades un fraccionamiento del individuo entre el individuo –por un lado-y el componente social, por otro lado. Se daba una separación del componente social, de los determinantes sociales, de las enfermedades y de todos los factores que inciden en la salud de la población enfocadas desde un lado –inclusive muy marginal-limitado a materias como la Medicina Social y Salud Pública, que eran materias dadas en los horarios vespertinos y –fundamentalmente-con un alto contenido teórico; muy poco prácticas.

Por otro lado, más de un noventa por ciento del proceso de formación dedicado a la atención del paciente desde el punto de vista biológico, desde el punto de vista fisiológico casi desvinculado de los factores sociales involucrados. Pocas materias, quizás Dermatología, Medicina Tropical se vinculaban al componente social del proceso salud-enfermedad.

Ante esa dificultad en el proceso de formación nuestros médicos más inspirados – inclusive-por una concepción muy materialista y muy financiera del ejercicio de la población terminaban –por supuesto-culminando su proceso de formación ya orientado a la especialidad pura; olvidándose de los determinantes sociales que actúan en el proceso de la salud – enfermedad. Empezaban a tratar al paciente y no a la enfermedad y no al paciente –ni siquiera-desde una visión integral sino a partes del cuerpo. Nosotros encontrábamos que en los diagnósticos que se presentaban en ese entonces y que se siguen presentando -en muchas clínicas del sector privado y hasta en los hospitales persisten-se referían pierna infectada, mano con traumatismo que amerita una intervención quirúrgica. Ya ni siquiera se referían al paciente en su integridad sino al miembro que estaba afectado o – lo que es peor-a veces se hablaba de en la cama tal hay una apéndice, es necesario hacer una apendicetomía. Hablamos del órgano afectado, de la patología, ese apéndice ni siquiera tenía nombre y apellido que identificara que era un ser humano.

A ese nivel de fragmentación del organismo y de fragmentación del ejercicio se había llegado.

2.-¿Cómo se inicia el PFMIC?

Es durante la gestión del Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa, primer Ministro de Salud designado por el Presidente Chávez, (1999) cuando comienza a plantearse la concepción –a recoger ideas-de algo que se había estado discutiendo hace mucho tiempo de la necesidad de empezar a ver el médico, de empezar a ver el problema de la salud – enfermedad como un problema integral y que el médico que iba a ver ese problema debía tener una formación integral; es decir que no solamente pudiera ver al paciente desde el punto de vista biológico sino que además lo veía al lado de una sociedad, al lado de un conjunto de factores tales como la situación de pobreza, el estado de nutrición y de alimentación, el ambiente laboral, los factores ambientales que son los determinantes de su salud y de sus enfermedades por tanto. Cuando Gilberto Rodríguez lo plantea comienza a discutirse cuál es el enfoque entonces que debe llevar la salud y empezamos a eliminar algunos programas que manejaban las enfermedades de forma fragmentada y se eliminan algunas direcciones de programas e –inclusivese extendieron muchas las cosas pero la intención era romper con los viejos conceptos de salud y -por tanto-de asistencia en salud.

Años después surge la necesidad de formar los profesionales para que aborden ese nuevo concepto de la salud que estamos planteando, ese problema de la salud – enfermedad y empieza el proceso de formación de los médicos integrales comunitarios.

Por supuesto, se crea un nuevo sistema, una nueva concepción de la formación del recurso humano con el apoyo de quienes nos dieron el apoyo en ese momento. Fundamentalmente el Convenio, que se acababa de firmar, con la Misión Cubana, la experiencia de Cuba en el manejo de Promoción y Prevención, en el manejo integral del paciente es reconocida a nivel internacional y los aportes que hicieron los representantes de las distintas universidades a la Misión Cubana fueron determinantes para la elaboración del contenido programático.

Introducir una nueva concepción en la formación médica, en un momento en que las universidades nacionales no estaban de acuerdo con esa nueva concepción por razones más de orden político que de otro tipo nos llevó a que la formación se llevó a cabo en un sitio que era propicio llevarla a cabo pero que era en las comunidades y –fundamentalmente-en los consultorios de Barrio Adentro que si –bien es cierto-que aportaba mucho del contenido social y que comenzaba a ver el paciente ya no solo biológicamente produciendo un giro importante en el proceso de formación. En la medicina convencional empezamos por estudiar cadáveres y después era que íbamos a estudiar al vivo y al sano. Aquí se comenzó al revés, se comenzó por estudiar al paciente sano, al paciente en su medio ambiente, luego a las enfermedades que afectaban a ese paciente y –por último-el estudio del cadáver. Por supuesto las condiciones en que se formaron no reunían todas las condiciones para el proceso de formación académica pero en el tiempo se fueron subsanando las dificultades.

3.-¿Cómo fue la situación inicial y cómo es la situación actual de la incorporación de los MIC al Sistema Público Nacional de Salud?

Esa fue una pelea muy desigual, tuvieron que enfrentar un monstruo de difícil manejo porque tuvieron que incorporarse sin haberse dado, sin haber cumplido pasos formales para esa inserción lo que los lleva a entenderse casi sin aval a la rutina hospitalaria en manos de los médicos formados tradicionalmente. Pero no fue solo eso sino que tuvieron que trabajar junto a los especialistas que poseen un alto nivel de desempeño porque tienen años de experiencia y de formación muy especializada. Fueron presa fácil de la subestimación.

Entiendo que este fue un proceso muy duro para la primera cohorte pero que hoy se han ido superando esos problemas. Al menos los problemas formales de su incorporación al ejercicio de la medicina. Esa primera cohorte además tuvo un débil perfil de inicio, con un promedio de edad de 50 años y tuvo una muy alta deserción.

4.-¿Hay alguna contradicción entre la Medicina Integral Comunitaria y la especialización en otros campos? Ellos ahora se están incorporando a otras especializaciones aunque –ciertamente una mayoría se queda en el campo de la Medicina Integral

No es ningún problema –en absoluto-porque dentro de la medicina hay distintos niveles de atención. La visión integral no se va a perder porque se muevan dentro de los distintos niveles de atención. El que ellos tengan una visión integral del paciente no quiere decir que tengan que estar limitados al primer nivel de atención, a nivel de ambulatorios. En el ejercicio médico vamos a ver al paciente desde el paciente sano, al paciente enfermo y al paciente que fallece. En cualquiera de esas etapas el médico juega un papel importante. En ellos lo importante es que sepan que en cualquiera de 100 esas etapas lo que está ocurriendo allí está determinado por factores de orden social, de orden político y económicos, que en donde hay un conjunto de determinantes sociales que están actuando y que la terapéutica que apliquen en cada uno de esos niveles tiene que ver con el tratamiento del paciente y con tratar los factores ambientales que determinan esa condición de salud. Ellos –por el contrario-en la medida que van ascendiendo, que ya pasaron el primer nivel de atención, que es el nivel de ambulatorio y entraron al nivel hospitalario, entran luego al campo de las especialidades lo que van a hacer es que están permeando al sistema, que van a ir escalando posiciones y que va a llegar un momento en que la concepción de todo el sistema sea la visión integral del paciente. No es lo mismo ver un niño a un nivel hospitalario en una terapia intensiva concibiendo que el niño lo que es, es un cuadro respiratorio o una neumonía como ocurría antes a verlo como un niño que está padeciendo una neumonía pero viene de tal ambiente social, que tiene unas condiciones en las cuales se desenvuelve. Esa es una visión que no la tiene el médico convencional y él (el egresado MIC) se la va a incorporar y que el tratamiento es el de la terapia intensiva pero también el tratamiento de su medio ambiente en los factores ambientales que determinaron su situación de salud.

La especialización no es una distorsión, por el contrario eso los lleva a empoderarse y en la medida que vayan ocupando cada vez más posiciones dentro del sistema, en esa medida van a permear y van a facilitar que las nuevas generaciones empiecen a tener una formación integral.

5.-¿Hay avances concretos de la MIC en el país, considerando la experiencia de las tres cohortes que ya han egresado?

Si los hay, aunque siguen persistiendo las dos concepciones. Hay una concepción del ejercicio médico –fundamentalmente-a nivel de las universidades que se niega a cambiar, que se niega a desaparecer aunque hay algunos señalamientos, yo sí creo, que hay signos de cambio en las universidades que comienzan a anunciar la medicina integral comunitaria pero que no terminan de ajustarlo, de asumirlo pero va a llegar un momento que van a tener que aceptarlo. Yo creo que el futuro del país es que vamos hacia una nueva concepción de la medicina, habrá que pasar –por supuesto-algunas generaciones pero la medicina integral es el futuro del país en términos médicos y que las deficiencias con las que se formaron las primeras cohortes sean subsanadas, ya no las tengan las venideras. Es una cuestión de acción estratégica y ahí no hemos sido tan eficientes. Creo que la coordinación entre el Ministerio de la Salud y Educación no ha sido tan sólida y eso incide sobre todo el proceso.

Adicionalmente el Estado al haber asumido el compromiso de la formación de este recurso humano estimula al estudiante y lo apoya con un sistema de becas y una vez egresado apoya su inserción al Sistema Público a través del estímulo económico pero que lo pierden si se van al sector privado. Y es un estímulo vinculado a la necesidad de atender los centros hospitalarios porque ellos hacen guardias y eso aumenta el ingreso. Asimismo, por otro lado se ha creado la Universidad de la Salud y el postgrado en la misma área de la medicina integral. Ya están en clases los 80 médicos

seleccionados para cursar ese postgrado. Es una visión de largo plazo que ha diseñado mecanismos para que permanezca en el sector público.

La experiencia que ya va adquiriendo la primera y segunda cohorte va dando soporte a un cambio en la manera cómo se les ve. La estructura y el funcionamiento del sistema Público de Salud concebido también desde una visión de integralidad y de articulación horizontal han producido cambios en los Hospitales. Hay una mayor integración con los ambulatorios y con Barrio Adentro. Esta es una concepción que va a tomar mayor cuerpo y se va a consolidar en el país.

6.-Además de las bondades que ya ha señalado en el proceso de los MIC, hay algunas claves que se puedan identificar; por ejemplo el tema de la negociación con las universidades que no han apoyado hasta ahora la formación y el desempeño de los MIC. Este campo se está abordando a fin de consolidar los avances que nos ha comentado?

- Hay algunas que avalan el proceso formativo, como la Rómulo Gallegos, la Bolivariana, pero que además han adaptado su contenido programático. Estas universidades son un soporte institucional clave en el seguimiento y mejoramiento permanente del Programa.
- El desempeño que ellos alcanzan aun siendo estudiantes se le han asignado tareas de carácter gerencial y han dado la talla en la realización de estas tareas.
- La recuperación de la figura del Médico de familia.
- Cambios en la vida de estos profesionales: son de la comunidad y se forman en ella lo que les da una amplia capacidad de acción en esos territorios sociales, el cambio de una carrera de medicina excluyente a una incluyente.
- El apoyo del Estado porque la medicina es una carrera de dedicación exclusiva y se requiere de alguien que te mantenga; ese alguien en este caso ha sido el Estado a través del sistema de becas.

En definitiva el Estado ha recuperado su papel relevante en el campo de la Salud Pública

ANEXO 4

INFORMACIÓN PRODUCIDA EN ENTREVISTA INDIVIDUAL A DIRECTORA DE LA RED AMBULATORIA Y DISTRITOS SANITARIOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD DEL DISTRITO CAPITAL. CARACAS LIC. HONORELIS ECHENIQUE

Caracas, atendiendo a su población requiere mayor cantidad de servicios en el área de salud. ¿En que ha contribuido la incorporación de las/os médicos y médicas integrales comunitarios para atender la demanda? ¿Cuál es la dinámica de este proceso de incorporación?

En Caracas adscritos a la Dirección de Salud tenemos un total de 76 ambulatorios, 845 Consultorios Populares de Barrio Adentro, 38 Centros de Diagnóstico Integral y 17 Hospitales, manejamos una alta demanda ya que la población según datos del Censo del año 2011, es de 2.073.055 habitantes. La llegada de los MIC ha logrado cubrir parte de la demanda que tenemos en el Distrito Capital, tanto a nivel de la red de atención comunal (ambulatorios, consultorios populares y centros de diagnóstico integral) como a nivel hospitalario. En los servicios de salud realizan actividades propias de la Salud Pública como gestión de los programas de salud, manejo del sistema de información y vigilancia epidemiológica, control de gestión, salud ambiental y control sanitario igualmente realizan labores asistenciales manejando el modelo de atención integral, en la atención directa del paciente y realizando las visitas a los hogares y comunidades. A nivel hospitalario responden al plan de trabajo que tiene establecido cada hospital, permaneciendo durante 18 meses a nivel de hospitales y 6 meses en la red de atención comunal.

La distribución de los MIC se realiza tomando en cuenta la cercanía de la residencia del médico al establecimiento de salud y la densidad poblacional de las parroquias (son 23 parroquias en total), en los actuales momentos podemos decir que no hemos cubierto toda la demanda, esperamos que con la incorporación de los que ingresan para el 2015 llegamos a tener cubierta toda la demanda de la red de atención comunal que es la que más necesita de los MIC.

Situación inicial y situación actual de la incorporación de los egresados MIC al Sistema Público Nacional de Salud

Al inicio del Programa con la incorporación de la Primera Cohorte, nos tuvimos que organizar para darle estructura, formalidad y normativa al mismo. El comienzo fue bueno, en las comunidades hubo mucha aceptación. Actualmente tenemos un total de 352 MIC y 77 Médicos provenientes de las Universidades autónomas. Para enero del año 2015 esperamos recibir 382 nuevos médicos ya que la rotación es continua

Debilidades y fortalezas del programa

Mostramos como una debilidad el tipo de rotación que realizan, estamos planteando que se aumenten el número de meses que rotan por la red de atención comunal. Es entendido que al inicio del programa era necesario que apoyaran los hospitales pero ya subsanado el momento contingencial es importante que tengan mayor permanencia en las comunidades.

Fortalezas

Cercanía del médico a su común Mayor conocimiento de los problemas de la comunidad ya que el MIC vive en la misma comunidad.

Perspectivas del Programa de Medicina Integral Comunitaria

Esperamos lograr que con el Programa podamos resolver el 90% de los problemas más frecuentes de las comunidades apuntando a que la mayoría continúen la especialización en Medicina General Integral.

¿Cuál es su opinión sobre el proceso de inclusión que ha sido inherente al programa MIC?

Es 100 % inclusivo, un gran logro.

¿Cómo es la receptividad de las/os MIC en las comunidades?

Las Comunidades están contentas, hay una buena acogida, la receptividad da cuenta de la gran necesidad que existía en los sectores, especialmente en los sectores populares de Caracas que es donde el programa tiene mayor fuerza y presencia.

Relación entre los objetivos del programa MIC, la concepción de la medicina que le respalda y la situación del Sistema Pública Nacional de Salud.

El Programa MIC, viene a dar su aporte para contribuir a superar el déficit de atención médica integral que hemos mejorado significativamente con Barrio Adentro y que requiere fortalecerse cada vez más también busca brindarle a las comunidades atención cercana a la gente, de calidad, con sentido comunitario 104.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**