



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SOBERANÍA SANITARIA Y FORMACIÓN EN SALUD EN VENEZUELA (1943-2020) DE LA ESCUELA DE MALARIOLOGÍA A LA SALUD COLECTIVA: GENEALOGÍA CRÍTICA Y COLONIALIDAD

Health Sovereignty and Medical Education in Venezuela (1943-2020) From the School of
Malariology to Collective Health: Critical Genealogy and Coloniality

AUTOR:

Juan Vicente Quintana Adrian¹

¹Ingeniero Químico, Doctor en Ciencias Gerenciales. Profesor Asociado de la Universidad de Ciencias de la Salud Hugo Chávez Frías, Núcleo Aragua, PNFA Medicina Oncológica, juanadrian1@yahoo.es, <https://orcid.org/0000-0001-8577-3261>

RESUMEN

Este artículo constituye la primera parte de una trilogía dedicada a la construcción de la soberanía sanitaria en la formación del talento humano para la gestión en salud en la República Bolivariana de Venezuela. En esta entrega se realiza una genealogía crítica de los procesos formativos en salud pública desde la fundación de la Escuela de Malariología (1943) hasta la irrupción de los primeros programas de Salud Colectiva en el país (2020), lo que evidencia los dispositivos de colonialidad del saber, del ser y del poder impulsados históricamente por la Fundación Rockefeller, el panamericanismo sanitario, la Salud Internacional Panamericana y, más recientemente, por la agenda neoliberal de la Cobertura Universal de Salud y el filantropocapitalismo. Se identifican las tensiones entre el Modelo Médico Hegemónico y las propuestas contrahegemónicas de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, así como los primeros ensayos de giro decolonial en instituciones venezolanas. Las partes II y III (en preparación) analizarán las experiencias formativas 2021-2025 y propondrán lineamientos para una Política Nacional de Formación Soberana del Talento Humano en Salud.

Palabras clave: soberanía sanitaria, colonialidad/decolonialidad, salud colectiva, formación de talento humano, Sistema Público Nacional de Salud, Venezuela

ABSTRACT

This article is the first part of a trilogy aimed at contributing to the construction of health sovereignty in the training of human talent for health management in the Bolivarian Republic of Venezuela. This installment presents a critical genealogy of public health training processes from the founding of the School of Malariology (1943) to the emergence of the first Collective Health programs in the country (2020), revealing

the devices of coloniality of knowledge, being and power historically promoted by the Rockefeller Foundation, Pan-American health policy, Pan-American International Health, and, more recently, the neoliberal agenda of Universal Health Coverage and philanthrocapitalism. The tensions between the Hegemonic Medical Model and the counter-hegemonic proposals of Latin American Social Medicine and Collective Health are identified, as well as the first attempts at a decolonial turn in Venezuelan institutions. Parts II and III (in preparation) will examine the training experiences from 2021–2025 and will propose guidelines for a National Policy for Sovereign Human Talent Training in Health.

Keywords: health sovereignty, coloniality, collective health, human talent training, National Public Health System, Venezuela

INTRODUCCIÓN.

La crisis contemporánea aún no superada que vive la institucionalidad encargada de impulsar políticas públicas de salud en la República Bolivariana de Venezuela tiene un carácter multiforme. Una manifestación clara de este fenómeno se expresa en la praxis cotidiana de un sector de los profesionales que están a cargo de impulsar la identificación, planificación, implementación y ejecución de acciones institucionales orientadas a garantizar la Salud como derecho social fundamental a través de los llamados programas de atención.

Las estrategias vinculadas a dichos programas se diseñan desde epistemes de conocimiento occidental y europeo, bajo perspectivas centradas en la enfermedad y no en la salud, preocupadas por la atención médica curativa y no por el cuidado integral, su centro de acción es el hospital y no la comunidad o territorio social y las mismas son dirigidas al enfermo a quien se despoja de su autonomía e invisibilizan prácticas y saberes propios en salud. Estas

perspectivas se corresponden con la enfermología pública expuesta por (Granda, 2009) y en el Modelo Médico Hegemónico, (Menéndez, 1987) y las mismas aparentan estar muy arraigadas tanto en los conocimientos como en las prácticas profesionales de los servidores públicos formados en nuestras escuelas de Salud Pública.

Vale destacar que estas escuelas de Salud Pública en América Latina surgen fundamentalmente en la década de los años 20, usualmente estaban centradas en las enfermedades tropicales, se crearon inicialmente una Escuela de Salud Pública en Sao Paulo, Brasil y otra vinculada a los Servicios de Salud en México. En fin, la Fundación Rockefeller (FR) fundada en 1913 por el magnate petrolero y filántropo estadounidense John Rockefeller (1839-1937) “para promover el bienestar humano en todo el mundo”, operacionalizó programas de salud pública en 93 países y patrocinó la creación de más de 25 Escuelas de Salud Pública las creadas en Estados

Unidos, Europa, Asia y América del Sur, tal como señala (Birn, 2011).

Segura (2009) afirma que inicialmente la Fundación Rockefeller tenía como meta el control de los problemas asociados a la anquilostomiasis y la fiebre amarilla en los estados del sur de EEUU, el Caribe y América Latina, especialmente en Panamá y Venezuela, y que tanto el inicio del panamericanismo como el de los controles regionales de Estados Unidos por la apertura del Canal de Panamá, permitieron estructurar un dispositivo sanitario en estos países ajustado a pautas internacionales, el cual fue auspiciado, desde 1913, por la FR quien miraba todo esto como una gran oportunidad para el desarrollo económico, para el crecimiento y ampliación de mercados de consumo y para la inversión extranjera al garantizar una población saludable para la productividad de las empresas, (Birn, 2011).

Este artículo se presentan las consideraciones del autor acerca de la Parte I de la trilogía “Soberanía Sanitaria y formación del talento humano en Venezuela”

DESARROLLO

En nuestro país la genealogía de las escuelas de formación de profesionales en salud pública se ubica en primera instancia en Escuela de Malariología (1943). El Dr. Arnoldo Gabaldón, su fundador, fue un médico sanitarista, parasitólogo,

epidemiólogo, educador e investigador, siendo becario de la Fundación Rockefeller se doctoró en ciencias de higiene con mención especial en protozoología (1935) en la Universidad de John Hopkins de Baltimore, luego fue profesor en escuelas de medicina y enfermedades tropicales de institutos y universidades de Alemania, Italia, Inglaterra, India y Estados Unidos, entre otros, también fue ministro de Salud de Venezuela durante los años (1959-1964).

Al momento de la inauguración de esta emblemática escuela en el año 1943, el prominente Dr. Gabaldón realiza un discurso y en el mismo menciona las vertientes que confluyeron en el modelo organizativo de la División de Malariología, entre ellos destaca sus estudios en el exterior y los de sus colaboradores, el intercambio de experiencias con los funcionarios de la Fundación Rockefeller y en especial la organización de la Estación Experimental para la Lucha Antimalárica de Roma que promovía y combinaba "la enseñanza e investigación del paludismo" (Gutiérrez, 1998).

Más tarde y para dejar testimonio de su gestión ministerial Gabaldón escribe su libro Una Política Sanitaria (1965), en este comenta las recomendaciones que consideraba necesarias discutir para a sobre vías de marcha segura la tarea de engrandecer a Venezuela en materia de salud y saneamiento ambiental. Para aquel

momento proponía que el tipo de enseñanza y campos de acción de toda escuela de salud pública debería estar centrado en cuatro funciones básicas: 1. Formar profesionales para la planificación sanitaria, 2. Investigar en relación a las enfermedades que más afectan a la población, 3. Trabajar en el diseño y ejecución de políticas para la prevención de enfermedades así como la atención hospitalaria y 4. Colaborar con el desarrollo local tomando en cuenta la realidad social, cultural y territorial.

En el Volumen II de este libro Gabaldón escribe un texto interesante al que tituló *“U.S.A y la educación de jóvenes de países en desarrollo”* en el que declara, entre otras cosas, que *“si educar es crear una aptitud mental para la acción nos debe preocupar la calidad y la amplitud de tal acción”*, señala Gabaldón que *“desarrollo de América Latina ha sido limitado debido a la carencia de conocimientos y técnicas de sus habitantes, y que la calidad de educación de los latinoamericanos facilitaría el buen entendimiento” entre las naciones de estos y Estados Unidos*. Agrega el Ministro Gabaldón, *“Si Estados Unidos va a mantener su posición dirigente en el mundo y su influencia en los países en desarrollo ha de crecer, la calidad de la educación tiene gran importancia y por consiguiente se hace necesario planear el papel que corresponde a ese país en la educación de los habitantes de esta zona”*.

En el mismo periodo en que fue ministro también se realizaban en Venezuela la II Conferencia Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (1961) y la Conferencia del Consejo Iberoamericano Económico y Social para el establecimiento de la Alianza para el Progreso. Participan directores y profesores de las Escuelas de Salud Pública y funcionarios de los Ministerios de Salud de algunos países de América Latina, asesores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Oficina Sanitaria Panamericana. Por Estados Unidos de Norteamérica, el Servicio de Salud Pública, la Asociación Americana de Salud Pública, la Administración de Cooperación Internacional de su Gobierno y la Universidad de Columbia, (Gabaldón, 1965).

Estas reuniones facilitaron el camino para establecer en las mencionadas Escuelas de Salud Pública, El ministro Gabaldón señala que la docencia, la investigación, colaboración y orientación son las cuatro funciones básicas que se adscriben a una escuela de salud pública, y puntualiza el ministro: *“la orientación de la política sanitaria de un país es un asunto trascendental y debe recibir atención muy especial porque se de la escuela sale personal no bien adoctrinado, se dificultará tremendamente en su zona de influencia, el desarrollo benéfico de los organismos dedicados a velar por la salud”*.

Paralelamente, en esta época de los años sesenta el gobierno norteamericano mediante sus correspondientes instituciones sanitarias y en articulación con la Oficina Sanitaria Panamericana impulsó relaciones subsidiarias con los gobiernos de América Latina mediante el establecimiento de la *Alianza para el Progreso* y del *Programa Desarrollo de la Comunidad*, con los que impuso la implementación de políticas públicas sanitarias convenientes a sus intereses geopolíticos y económicos en la región que tuvieron repercusiones en el diseño de los procesos formativos y en las investigaciones de sus correspondientes escuelas de salud pública.

Con el establecimiento de dichas relaciones internacionales en la región, el gobierno norteamericano allanó el camino para el diseño e implementación de dispositivos de dominación y colonialidad en ámbitos de la política, lo económico, lo social, lo académico, la cultura y lo militar, subalternizando de esta manera a nuestras naciones y a sus instituciones, aquí el panamericanismo en salud sirve para monopolizar aquellos intereses, detrás de bastidores se encontraba, no inocentemente invisibilizada, la padrinazga figura de la Fundación Rockefeller. En este contexto, al asumir la Salud como un asunto de interés internacional se regularon mediante leyes, reglamentos, usos y costumbres de lo sanitario en lo internacional, los flujos

financieros y de bienes y servicios sanitarios que circulan de un lado al otro y la expansión de la estructura explicativa de los procesos de salud-enfermedad, a estas prácticas se le llamó Salud Pública Internacional o Salud Internacional Panamericana (Basile, 2019).

Posteriormente, en acuerdo de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) y participantes de la conferencia de Alma Ata (1978), se establece la meta "Salud para Todos en el año 2000" e instrumentan la *Atención Primaria en Salud* (APS) como estrategia para facilitar asistencia sanitaria esencial al alcance de las comunidades con participación de la ciudadanía. Este mismo año, en la IV reunión de Ministros de Salud de las Américas se acuerda que la APS es fundamental y decisiva para desarrollar y acelerar el proceso de extensión de la cobertura de los servicios de atención, (OPS, 2000).

Nuevamente de manera coincidente, este proceso se enmarca en las recomendaciones del Grupo Trilateral de 1978 y, posteriormente, en el Consenso de Washington de 1989. Según estas directrices, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial impulsaron en la mayoría de los países de América Latina la reforma de sus Estados y economías, promoviendo la minimización de la institucionalidad pública, la focalización de recursos y la apertura al mercado de los servicios

públicos. La instrumentalización de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), junto con una interpretación equivocada de sus propósitos originales, promoción de la salud, participación comunitaria y prevención de enfermedades, llevó a muchos países a implementar una atención muy básica, preliminar o “primitiva” (Testa, 1985), dirigida exclusivamente a poblaciones empobrecidas, desprotegidas y vulnerables. Esto dio lugar a paquetes de atención y aseguramiento por los que el resto de la población debía pagar.

Estas dinámicas facilitaron la ejecución de iniciativas de privatización de los servicios de salud y la reducción de la participación estatal en el sector, lo cual, en última instancia, era una de las acciones explícitamente recomendadas por el Consenso de Washington (Malo, 2010). Como consecuencia lógica, todo lo anterior repercutió en la orientación de la economía de la salud, en la legislación para su gestión, en la captación de profesionales dispuestos a trabajar para organizaciones extranjeras con intereses foráneos y, por supuesto, en los procesos formativos e investigaciones desarrollados por las Escuelas de Salud Pública en relación con esta estrategia.

Al entrar en vigor las pautas neoliberales impuestas por el consenso de Washington, los Estados pierden su injerencia como actores decisores en los asuntos de interés público nacional y en el marco de la

Globalización económica se incorporan el Banco Mundial, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), agencias de cooperación bilaterales, corporaciones transnacionales, Organizaciones No Gubernamentales y fundaciones filantrópicas como la Fundación Rockefeller, por sobre la propia OMS tanto en el financiamiento como en la definición de la orientación de las políticas sanitarias de cada país (Basile, 2019). A la luz de este contexto globalizante, se consolida una nueva vertiente de interpretación de los problemas de salud en las relaciones internacionales y la geopolítica, basada en la primacía de las reglas impuestas por la globalización neoliberal: la denominada salud global liberal (Birn, 2011).

Como reacción contrahegemónica a estos acontecimientos de política sanitaria neoliberal, desde finales de los años 70 e inicio de los 80, se produjeron eventos académicos e investigativos que plantean articular a la formación médica con diversas ciencias multidisciplinares destacando la filosofía, la sociología, antropología, educación, entre otras, a través de propuestas como la Salud Colectiva y la Medicina Social. Ambas representan a un pensamiento político, social y académico que lucha por el derecho a la salud de nuestros pueblos y por construir sistemas públicos y universales de salud que puedan garantizar ese derecho, recogiendo el

legado de ilustres pensadores y luchadores sociales de diversas épocas.

Para entonces hay muchos movimientos sanitarios, de diverso signo, que retoman este pensamiento en la región, como por ejemplo la Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) en Brasil, Forosalud en Perú, el Movimiento por la Salud de los Pueblos (Ecuador), el Movimiento por la Defensa del Derecho a la Salud de Colombia, entre otros (Feo, 2017). En noviembre del año 1984 en Brasil, emerge la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), con el fin de cohesionar y potenciar la corriente médico – social en el continente y proyectar en mejor forma su presencia en la problemática sanitaria por las vías de la investigación, la docencia, los servicios, el trabajo directo con grupos de población y la acción solidaria, (Franco, 2016).

También desde esta época en México y Ecuador se desarrollaron propuestas académicas que proponían un nuevo campo de conocimientos y prácticas en salud, un movimiento intelectual y político que integrará lo biopsico-social de la salud, y que impulsará perspectivas teóricas y metodológicas alrededor de problemas con calidad de vida y derecho a la salud (González, 2005). Estas propuestas la protagonizaron cuatro importantes centros de investigación: La Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma de

México UAM(X), el Centro de Estudios y Asesorías en Salud CEAS del Ecuador, la Maestría en Salud Colectiva de la Universidad de Sao Paulo y la Escuela de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz en Brasil.

Cuarenta y cuatro años después de inaugurar la Escuela de Malariología, en noviembre de 1987, el Dr. Arnoldo Gabaldón intervino como ponente en el VIII Congreso Latinoamericano de Parasitología en Guatemala. Sus palabras mantuvieron el espíritu incluyente de siempre, pero incorporaron un tono ahora cuestionador y autocrítico. Defendió el reparto gratuito y universal de medicamentos eficaces contra enfermedades endémicas de salud pública, como la malaria (cloroquina o amodiaquina). Criticó la imprevisión, impuntualidad, precipitación e improvisación en la planificación de acciones de salud en los países de América Latina, lo que, a su juicio, perjudicaba gravemente el desempeño institucional y personal.

Resalta y defiende los grandes aportes hechos por nuestros investigadores regionales y destaca especialmente los del investigador e higienista brasileño Carlos Chagas en relación al combate, tratamiento y cura del *Mal de Chagas* y se resiente de lo invisibilizado que este ha sido en el mundo de las ciencias de la salud. Lamenta el espíritu despreciador que nuestras repúblicas, sus gobiernos y ciudadanos

muestran por lo latinoamericano, lo mismo refiere de *la comunidad científica de los países desarrollados de la zona templada* (como ahora los llama) quienes no nos tratan con la debida consideración, pero comprende las razones de tales desprecios, y hace una fuerte autocrítica como hombre latinoamericano al servilismo mental que por desestima de lo nuestro hemos venido cultivando, encandilados por todo lo procedente de los países desarrollados de la zona templada.

Denuncia la necesidad de los países de América Latina por optar por una epistemología propia, construida sobre las circunstancias y necesidades de la región, por una práctica científica que no adopte conocimientos, sino que los adapte a nuestro territorio, a nuestra cultura e idiosincrasia, a nuestro clima, exige que abandonemos el vasallaje intelectual en que hemos caído a lo escrito en inglés.

Y en materia de formación en gestión para la salud ¿Qué sucede en la actualidad?

En la República Bolivariana de Venezuela, además de las universidades autónomas que forman en las áreas de medicina, enfermería, bioanálisis, fisioterapia, entre otros, existen tres grandes centros de formación en salud que lo hacen desde el ejecutivo nacional, en sus planteamientos institucionales las tres hacen énfasis en la gestión participativa en salud,

destacan junto al IAE “Dr. Arnoldo Gabaldón”, la Escuela Latinoamericana de Medicina, (ELAM) y la Universidad de Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS), esta última incorporada a la “Misión Alma Mater”. Dicha Misión nace con el propósito de impulsar la transformación de la educación superior, propulsar su articulación tanto territorial como con el proyecto nacional de desarrollo, impulsar el Poder Popular y la construcción del socialismo, garantizando el derecho de todos y todas a una educación superior de calidad.

La ELAM, inaugurada en el año 2007, constituye un espacio vital de integración de los pueblos, naciones y gobiernos para la formación de médicos y médicas integrales comunitarios, con alta formación científica, técnica, ética y humanística, con profunda vocación social e integración a sus propias comunidades. Por su parte, la UCS, fue creada en el año 2014 sujeta a las políticas y lineamientos del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y del Ministerio del Poder Popular para Educación Universitaria, siendo su naturaleza la formación de profesionales y técnicos en el área de la salud, cuya preparación científico-técnica, capacidades y actitudes permitan potenciar la atención integral de la salud, orientados a la promoción de la salud, protección de la vida y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, contribuyendo al desarrollo

integral y sustentable de las comunidades para la construcción del Socialismo Bolivariano del siglo XXI.

Es por ello que, en relación a este escenario y con el interés de identificar posibles procesos de colonialidad/decolonialidad del saber, del ser y del poder en la gestión de la salud desde una escuela de formación en salud pública, emerge una inquietud a la que considero oportuno dar respuesta y que está vinculada a la Salud Internacional Panamericana, la Salud Global Liberal, la Medicina Social y Salud Colectiva, ¿Cuáles han sido los fundamentos epistemológicos, filosóficos y metodológicos mediante los cuales estos dispositivos han procurado la producción y modelaje de ideas, creencias, valores e intereses en el diseño de los programas de formación e investigaciones desarrolladas en las universidades, centros de estudios, instituciones de formación sanitaria en el país?

En cuanto al IAE “Dr. Arnoldo Gabaldón” es un ente adscrito al ministerio del poder popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela, su fin principal es potenciar al talento humano de este sector mediante programas de formación de cuarto nivel universitario para impulsar la gestión de políticas públicas de salud desde una perspectiva participativa tal como se establece en la Constitución Nacional, en el Plan de Desarrollo Económico y Social de la

Nación y en las Leyes y reglamentos relacionados con la garantía del Derecho a la Salud. Entre sus programas de formación de postgrados más relevantes se encuentran las especializaciones en gestión en salud pública, epidemiología, medicina general integral y otros cursos no conducentes a título.

Desde el año 2018 en este instituto se desarrolla una experiencia de diseño y ejecución de un Diplomado en Salud Colectiva y el diseño de una Maestría en Salud Colectiva en cogestión con la Universidad de Ciencias de la Salud y la Universidad Bolivariana de Venezuela, estos programas educativos están fundamentados en el pensamiento crítico latinoamericano (Mignolo, 2000) y las epistemologías del sur (De Sousa, 2010) lo que ha derivado a un giro paradigmático en la gestión del conocimiento de algunos sus programas de formación. En tal sentido, la recuperación de la experiencia de estos procesos formativos ha sido sistematizada por los sujetos participantes en el contexto de la docencia e investigación en las especializaciones de gestión en salud pública y epidemiología, así como también los cursos no conducentes a título.

Para el caso de IAE “Dr. Arnoldo Gabaldón”, una aproximación al análisis e interpretación preliminar de la experiencia señala que tradicionalmente los procesos académicos e investigativos propios de

estos programas educativos de nuestra institución estimulan relaciones de colonialidad del ser, del saber y del poder entre un profesional de la salud colonizador/colonializado que gerencia una política pública o un programa de salud con una ciudadanía subalternizada que es objeto obediente de las mismas. Se vislumbra que, para contribuir a promover una gestión participativa en el sistema de salud, esta institución debe replantear los fundamentos filosóficos, epistemológicos y metodológicos que sustentan sus procesos formativos y de investigación para orientarlos hacia una perspectiva democrática, participativa, ecológica, emancipadora, territorializadas, sentipensada y soberanista en lo sanitario.

En este orden de ideas es importante iniciar estas mismas aproximaciones en los procesos formativos que se ejecutan tanto en la ELAM como en la UCS para conocer sus avances en materia de Soberanía Sanitaria para impulsar la gestión participativa en Salud desde los enfoques establecidos en el marco constitucional, jurídico y político de la nación.

Peligros de la formación del talento humano para la soberanía sanitaria en la gestión de la de salud

En todas las instituciones que prestan servicios para la Salud, el Talento Humano representa la base de un Sistema de Salud. Entre las actividades que a este corresponde destacan las de promoción de la salud, de

educación, de información de la salud, las de administración de programas y servicios, la economía de la salud, la investigación, pero también las de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, entre otras necesarias para contribuir a garantizar la prestación de los servicios de salud de quienes habitan y acuden a un centro asistencial en determinado territorio.

En este orden de ideas, Molina *et Al* (2016) comentan que para la OMS (2004) el Talento Humano en salud está definido como “Todos los trabajadores remunerados empleados en organizaciones o instituciones cuya principal finalidad es mejorar la salud y todos aquellos cuyas actividades individuales persiguen mayormente ese mismo objetivo pero que trabajan para otro tipo de organizaciones”. Y tal es la importancia que la OMS le confiere a este tema que promovió la celebración de la Reunión Panamericana de Ministros de Salud, en Toronto, Canadá en el 2005, donde se aprobó la iniciativa titulada “Llamado a la acción de Toronto para una década de recursos humanos en salud”, en la cual se establece que la contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la mejoría de la calidad de vida.

Diez años después, en 2016, la OMS celebra la 69ª Asamblea Mundial de la Salud WHA69.19 adopta “*la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal*

sanitario 2030” donde incluye su aspiración de acelerar el logro de *la Cobertura Universal de Salud (CUS) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*. Y para garantizar esto, configuran un perfil profesional para la formación de este personal de trabajo que fortalezca la capacidad institucional a nivel subnacional y nacional de promover una *gobernanza y liderazgo* eficaces para la gestión de la salud.

Según la OMS (2019) la Cobertura Universal de Salud (CUS) consiste en que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos, ella abarca toda la gama de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y no se refiere únicamente a la financiación de la salud, implica a todos los componentes del sistema de salud, a saber, los sistemas de prestación de servicios de salud, el personal sanitario, las instalaciones sanitarias o las redes de comunicación, las tecnologías sanitarias, los sistemas de información, los mecanismos de garantía de la calidad, la gobernanza y la legislación.

La expresión inmersa en la propuesta de la CUS *“Sin que este acceso a los servicios sanitarios resulte en un gasto catastrófico para las familias, en particular aquellas más*

vulnerables”, es la que resulta realmente catastrófica, quizás sea música para los oídos en los gobiernos neoliberales que existen en la región panamericana y otros países del mundo, pero debería ser todo un escándalo para un Estado Democrático y Social de Derecho y Justicia como el venezolano, ya que la misma reproduce desigualdades en el acceso de la salud, porque la ciudadanía tendría cobertura en tanto y en cuanto la pueda pagar. Además, va a significar profundización de las distintas formas de precarización laboral y salarial para los trabajadores, representa a su vez una justificación para responsabilizar a la ciudadanía del estado de su salud, desconociendo su capacidad de organización para superar las determinaciones sociales que atentan negativamente los procesos que afectan su vida y la del planeta y finalmente deslinda al Estado de la responsabilidad de la garantía de este derecho social fundamental.

Con la CUS se plantea la formación de un talento humano útil para abrirle las puertas y ventanas de los sistemas de salud al filantropocapitalismo

Para cumplir con la CUS, la OMS invita a sus países miembros a que sus instituciones sanitarias y educativas proporcionen a los trabajadores de la salud una formación continua y suficiente con el fin de que estos adquieran las competencias necesarias y mejoren su desempeño para reforzar la

aplicación de resoluciones como la referida a “*Transformar la formación de la fuerza de trabajo sanitaria para apoyar la Cobertura Universal de Salud*”. La propuesta de la OMS incluye solicitudes al Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM), los bancos regionales de desarrollo y otras instituciones filantrópicas de financiación y préstamo, para que adapten sus políticas macroeconómicas y sus criterios de inversión para favorecer a los países miembros con inversiones en la planificación, *la capacitación*, el desarrollo, la contratación y la retención del personal sanitario propician el desarrollo económico y social y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Hablamos de fundaciones o instituciones filantrópicas para referirnos a aquellas que realizan actividades sin ánimo de lucro, normalmente cuentan con la colaboración del sector público para financiar parte de su actividad, la cual esta normalmente relacionada con aquellas que son propias de los Estados en un contexto de privatización, lo que da origen al *Filantrocapialismo*. Estas instituciones, dice Brugha (2008), buscan la misma rentabilidad que cuando apuestan por una empresa, dentro del sector salud, la planificación familiar obtiene el mayor importe de financiación individual de todos los sectores, pero también están las patentes farmacológicas, las inmunizaciones

y la investigación médica como áreas de gran interés.

Otro elemento de interés para los inversores del sector salud es el de la formación de talento humano para lo cual otorgan ingentes donaciones, de toda esta “gran donación” la gran mayoría se destina a la formación profesional de pre y postgrado, por lo tanto podemos asegurar que la gestión de la salud en todas sus dimensiones (administrativa, tecnológica, académica, operativa, investigativa, científica, entre otras) es la actividad más importante sobre la cual el filantrocapialismo echa mano, lo que viene a demostrar la sustitución del Estado por este tipo de fundaciones a raíz de la consolidación de las políticas neoliberales de salud, tal como señalan Bermúdez y Nascimento, (2018).

El filantrocapialismo permite que el capitalismo establezca relaciones de negocios entre el sector público y privado para resolver problemas sociales que son responsabilidad del Estado, limitando a su vez la participación de la ciudadanía y sus organizaciones, Según Birn, (2014), lo que termina implicando una vulneración de los derechos humanos y además que las decisiones fundamentales sean tomadas por quienes tienen la riqueza, riqueza que se multiplica mediante exoneraciones fiscales, especulaciones financieras y monopolios en el mercado.

No se debe olvidar que la discusión sobre la gratuidad de la salud y la educación ha sido una insistencia de los gobiernos neoliberales desde la década de los 80 y 90, y que tanto el BM como el FMI impusieron a los gobiernos que acudieron a sus préstamos la reducción de sus políticas públicas sociales dirigidas a la población empobrecida de nuestros países, especialmente en los ámbitos antes mencionados, medidas que han profundos avances en las brechas de desigualdades e inequidades de la población en detrimento del Derecho a la Salud y a la Educación y en beneficio de la acumulación de capitales para entidades privadas tanto nacionales como internacionales.

Develando a la CUS y su funcionalidad al capitalismo

La CUS viene a representar un mecanismo oportuno para profundizar estos procesos, gracias a ella se posibilita que instituciones y fundaciones privadas actúen en ámbitos que antes pertenecían al Estado. En este sentido, Belardo y Herrero (2018) señalan que la CUS es una estrategia de una agenda global y regional impuesta desde los países del Norte y adoptada por muchos países de nuestra región desde 2013 para relanzar una nueva serie de reformas en los sistemas de salud de nuestra región, promovidas por una alianza entre el Banco Mundial, la OMS, Fundación Rockefeller y la Fundación Bill Melinda / Gates.

Para las investigadoras citadas, la CUS es un término ambiguo que dificulta detectar las intenciones oculta detrás de él ya que se plantea como un “seguro” médico (opuesto por lo tanto a la idea de la universalización del sistema de salud para garantizar la salud como derecho) para brindarle cobertura médica (a través de prestaciones básicas) a aquellas personas que no tengan obra social o prepaga, resaltan que de esta manera, el modelo de aseguramiento restringe el derecho a la salud y fortalece la desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios.

Por su parte Basile (2019) denuncia que la Cobertura Universal de Salud/Salud Universal, como iniciativa global, viene acoplándose en nuestras universidades, centros de formación y gestores de gobierno, fungiendo bajo las prerrogativas para la formación de talento humano que simpatice con la promoción de un funcionalismo cognitivo que favorece la extensión de pluralismo estructurado con sistemas de "aseguramiento" en salud, del gerenciamiento del riesgo social, de la cobertura sanitaria a través de seguros por estrato social, la separación de funciones, la modulación financiera y con la provisión de servicios privados y públicos en competencia regulada.

En otro orden de ideas, Reyes (2016) señala que el Talento Humano es un producto social, de la cultura, de la educación, de las influencias familiares y

grupales, al que se le suman las decisiones personales. Para esta autora, “*el talento humano es un fenómeno subjetivo emergente que a su vez produce toda una serie de condiciones biológicas, históricas, sociales, económicas y culturales, entre otras, que impactan simultáneamente en el trabajador y en su entorno social*”. Adicionalmente, Reyes argumenta que, dentro de la gestión del talento humano, un pilar fundamental lo constituye, sin dudas, la formación y desarrollo constante de las competencias, deben concebirse procesos formativos que posibiliten la difusión, transferencia, adaptación y aplicación de conocimientos en la práctica, un poco citando a Sartre (1905-1980), asegura que “somos lo que seamos capaces de hacer con lo que han hecho de nosotros”.

De lo anterior podemos afirmar que el talento humano, es un factor primordial en el desempeño y desarrollo de toda organización ya que a través de él es que la misma puede implementar, reacomodar, adaptar y hacer factibles cualquier adelanto que sea de su interés. Por tal motivo, el talento humano es a la vez sujeto y objeto de gestión, es objeto ya que mediante la gestión del talento humano toda institución puede garantizar el desarrollo de competencias profesionales de sus trabajadores y es sujeto de gestión ya que con el desarrollo de sus talentos los trabajadores asumen sentido de pertenencia y se fomenta un

espíritu de cuerpo, entre otros aspectos, que los motivan a involucrarse afectiva y corresponsablemente con apego a la organización y compromiso para el cumplimiento de metas y propósitos tanto institucionales como sociales.

Alternativa ineludible: Formar un talento humano en una salud soberanista.

Si una institución tiene por propósito contribuir a garantizar el derecho a la salud, entendido este como un derecho social fundamental asociado a la vida, debe contar con talento humano capacitado para cumplir eficientemente funciones relacionadas con la gestión de los dos objetos de estudio del cuidado a la salud que son: los *procesos de salud – enfermedad* y las respuestas sociales que ofrece la institucionalidad. El primero de ellos se refiere a las condiciones sociales bajo las que se produce, desarrolla y difunde el fenómeno salud-enfermedad como un hecho social y colectivo que acontece en el territorio social donde habitan, trabajan y conviven los seres vivos. El segundo objeto corresponde a las *políticas públicas integrales de salud* relacionadas con los esfuerzos de los servicios de salud para la prevención de daños, riesgos de enfermedades, su atención y curación médica tanto individual como colectiva, pero incluye a su vez a toda acción que propende a la estabilidad y armonía ecológica, a la educación liberadora, las condiciones dignas de vida, la

vivienda, a una planificación intersectorial, a la promoción de la salud, entre otras que implica necesariamente relaciones inter y trans-sectoriales para los sistemas de salud.

Como hemos venido mencionando anteriormente, las organizaciones que orientan sus funciones a la atención ciudadana en materia de salud forman parte de los sistemas de salud de los países. Los Sistemas de Salud son el conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales responsables por la conducción de los procesos relativos a la salud de la población, que se expresan en organizaciones, normas y servicios, que tienen como objetivo alcanzar resultados consistentes con la concepción de salud prevalente en la sociedad (Lobato y Giovanella, 2008).

Para los precitados un sistema de salud no es más que el conjunto de acciones, normas y personas cuyas actividades se relacionan directa o indirectamente con la atención a la salud individual y colectiva. En síntesis, cada Sistema de Salud tiene como función orientar políticas, estrategias y acciones en beneficio de la salud de la población según sea la fundamentación filosófica, económica, política, social y cultural desde la cual cada Estado Nación organiza a los mismos.

En la República Bolivariana de Venezuela el modelo de Estado que se establece en su constitución, es el Estado Democrático y

Social de Justicia y Derecho (art. 2), se sustenta en una democracia participativa y protagónica. La participación y la salud se establecen como derechos sociales fundamentales y como deberes de los ciudadanos, es obligación del Estado facilitar la apertura de posibilidades para la concreción de los mismos, y dicha participación no corresponde exclusivamente a las formas en que participa la ciudadanía en los asuntos públicos relacionados con la salud, se trata también de las formas en que el talento humano se involucra y compromete más activa y protagónicamente en los procesos de gestión a lo interno de su organización y en relación a la comunidad con la que esta interactúa para contribuir a garantizar integralmente este derecho constitucional.

Para cumplir con lo establecido en los artículos 83, 84 y 85 de la constitución, el gobierno venezolano se plantea la construcción de un Sistema Público Nacional de Salud, cuya rectoría recae sobre el Ministerio del Poder Popular para la Salud y entre sus principales responsabilidades resaltan la formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud. De la misma manera ha ejecutado procesos de formación conducentes a título dirigidos a fortalecer a su talento humano en áreas como: Medicina Integral Comunitaria, la especialización en Gestión en Salud Pública, la especialización

en Medicina General Integral, todos ellos con marcada orientación en la Atención Primaria en Salud, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la gestión participativa y otras más novedosas como el Programa Nacional de Formación Avanzada en Salud Colectiva con una orientación emancipadora sustentada en el pensamiento crítico nuestroamericano y las epistemologías del sur.

Para complementar lo anterior, Feo (2020) plantea una alternativa al enfoque tradicional al cual se han orientado las labores de formación del talento humano desde los sistemas de salud orientados por la Atención Primaria a la Salud, él asegura que los diseños académicos en salud deben tomar en cuenta las categorías fundamentales de la salud colectiva / la medicina social y la epidemiología Crítica y a su vez transitar hacia el Cuidado Integral de la Salud como: *una combinación de categorías conceptuales*: derecho, determinación social, metabolismos social sociedad naturaleza, interculturalidad y género; *la aplicación de estrategias de acción*: promoción, prevención, curación y rehabilitación; a lo largo de todo el ciclo vital, del nacimiento a la muerte, desde los *diversos espacios de la vida social*: laboral, comunitaria, familiar, y en los planos particular, singular y general; *con participación popular verdadera*, concebida como una cuestión de capacidad real para

decidir y eje transversal del nuevo modelo de atención y de la decolonización del poder, del saber y del ser.

SIN ÁNIMOS DE CONCLUIR AÚN.

No es momento para llegar a conclusiones cuando se producen discusiones en tan polémico tema, es por ello que ponemos de manifiesto algunas consideraciones tentadoras a las cuales creemos se debe continuar dando una discusión más profunda.

Los organismos financieros internacionales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional junto a organizaciones filantrópicas como la Fundación Rockefeller, la Fundación Bill Melinda / Gates, subordinan y condicionan a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que esta direcciona pautas de capacitación del talento humano que labora en los sistemas de salud de sus países miembros.

Los procesos de formación del talento humano en salud están determinados por perspectivas geopolíticas que condicionan los alcances de los Estados para la garantía de este derecho social fundamental.

Siguiendo las premisas emanadas por la OMS, los países orientan la formación del talento humano hacia paradigmas centrados en la enfermedad y en la Atención Primaria en Salud, lo que termina siendo funcional a los intereses de quienes impulsan políticas

excluyentes como la Cobertura Universal de Salud.

No necesariamente es una garantía que en la República Bolivariana de Venezuela la Constitución Nacional establezca la salud como un Derecho Social fundamental asociado a la vida, para que desde sus casas de estudio e instituciones se desarrollen procesos de fortalecimiento del talento humano en salud que tengan un carácter emancipador y decolonial.

Las universidades y los institutos educativos, los congresos de los países, así como las instituciones públicas operan como correas de transmisión de procesos colonializantes del saber, del poder y del ser, utilizando como dispositivos para el cumplimiento de tales fines los programas de formación e investigaciones, proyectos de ley y la designación de funciones operativas institucionales y laborales.

Es tarea fundamental tomar en consideración las diversas concepciones y fundamentaciones epistemológicas, filosóficas y metodológicas que, en relación a la salud, la vida y la gestión, se plantean desde nuestro sur global en los momentos actuales prestar atención a las propuestas del movimiento por la salud colectiva y medicina social, por medio de las mismas nuestras universidades y casas de estudio ejecutarían procesos de fortalecimiento de un talento humano en salud soberanista.

Otro posible andar.

Es importante estimar si los procesos de formación promovidos desde el IAE “Dr. Arnoldo Gabaldón”, La Escuela Latinoamericana de Medina y por la Universidad de Ciencias de la Salud “Hugo Chávez” se sustentan en contenidos que promueven relaciones de colonialidad del ser, del saber y del poder en el talento humano de la salud o por el contrario si sus referentes tienen resonancias emancipadoras.

Resulta oportuno identificar los referentes a los que acude la bibliografía sugerida por el diseño curricular para llevar a cabo el proceso de formación, de la misma manera se debe identificar el lugar desde el cual se enuncia la postura del autor y si la misma tiene resonancia colonial o emancipadora.

Se deben crear mecanismos de vigilancia para procurar la correspondencia entre los fundamentos teóricos y epistémicos de las propuestas alternativas de formación en salud del IAE “Dr. Arnoldo Gabaldón” con diseños metodológicos pertinentes para el desarrollo de procesos investigativos bajo enfoques emancipadores y decoloniales.

Al momento de considerar la elaboración de políticas de formación del talento humano se debe vigilar con absoluto cuidado que los contenidos de estos no desvirtúen la garantía del Derecho a la Salud desde la perspectiva establecida en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Se deben ejecutar iniciativas que faciliten el acceso y masificación de procesos educativos mediante los cuales se construya una masa crítica latinoamericanista de profesionales, con competencias docentes y educativas, capaces de interpretar los procesos protectores y destructores de la salud y la vida para transformarlos favorablemente desde la perspectiva del pensamiento crítico nuestroamericano y las epistemologías del sur como fundamentos decoloniales del saber, del poder y del ser.

Este artículo corresponde a la Parte I de la trilogía “Soberanía Sanitaria y formación

del talento humano en Venezuela”. Continuará: Parte II – Experiencias decoloniales en el IAE “Dr. Arnoldo Gabaldón”, la ELAM y la UCS (2021-2025) Parte III – Hacia una Política Nacional de Formación Soberana del Talento Humano en Salud (2030)

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara que no existen conflicto de intereses que impidan la publicación de este trabajo

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Basile, G. (2019). La salud internacional Sur-Sur: Hacia un giro decolonial y epistemológico. En // *Dossiers Salud Internacional Sur Sur*. De la Comarca/IDEP-ATE/FLACSO República Dominicana/CLACSO.
- Belardo, M., & Herrero, M. (2018). Derecho universal a la salud: ¿Para todos o para algunos? *Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano*, (55). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Bermúdez, L., & Nascimento, B. (2018). Filantropocapitalismo: ¿Cuáles son las implicaciones para la salud global y su gobernanza? *Arsenal Terapéutico*. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS-UNASUR). [http://isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[3814\]|ling\[2\]|anx\[952\].pdf](http://isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[3814]|ling[2]|anx[952].pdf)
- Birn, A.-E. (2011). Las etapas de la salud internacional (global): ¿Historias de éxito o los éxitos de la historia? *Global Public Health*, *6*(1), 50–68. <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.526450>
- Birn, A.-E. (2014). *Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda*. *Hypothesis*, 12(1), e8. http://www.hypothesisjournal.com/wp-content/uploads/2014/11/HJ229—FIN_Nov1_2014.pdf
- Breilh, J. (2009). *Epidemiología: Economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Briceño-León, R. (2011). *Arnoldo Gabaldón* (Biblioteca Biográfica Venezolana, Vol. 130). El Nacional/Fundación Bancaribe.

- Brugha, R. (2008). Global health initiatives and public health policy. En K. Heggenhougen & S. Quah (Eds.), *International encyclopedia of public health* (pp. 72–81). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00603-9>
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial N° 36.860, 30 de diciembre de 1999. http://www.mppp.gob.ve/wp-content/uploads/2014/01/LeyesOrganicas/GO-36860_constitucion.pdf
- De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Ediciones Trilce. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/qt/20190320033726/II_DOSSIERS_DE_SALUD_INT_SUR_SUR_GT2019.pdf
- Feo, O. (2020). *Crisis civilizatoria, Salud Colectiva y pensamiento crítico* [Conversatorio]. Programa Nacional de Formación Avanzada en Salud Colectiva, Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”.
- Franco, S. (2016). La Rockefeller y las filantropías afines. En *Historia de la salud pública en América Latina y el Caribe* (Cap. VII). [Editorial no especificada].
- Gabaldón, A. (1965). *Una política sanitaria* (Vols. 1–2). Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- Giovanella, L., Feo, O., Faria, M., & Tobar, S. (2012). *Sistemas de salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS).
- González, M., & Sosa, G. (2010). Aspectos epistemológicos de la salud pública: Aproximaciones para el debate. *Salus*, 14(1), 76. http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/asp_epis_salud_publica.pdf
- González, R. (2014). *La lucha por el derecho a la salud en América Latina*. Asociación Latinoamericana de Medicina Social/Movimiento por la Salud de los Pueblos.
- Granda, E. (2000). La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 83–100.
- Granda, E. (2009). *La salud y la vida*. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Guerrero, L. (1992). *Editoriales del doctor Arnoldo Gabaldón*. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- Ley del Plan de la Patria 2013-2019. (2013). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.118 (Extraordinario), 4 de diciembre de 2013. <http://www.onapre.gob.ve/index.php/publicaciones/descargas/finish/36-ley-del-plan-de-la-patria-2013-2019/209-ley-del-plan-de-lapatria-2013-2019>
- Malo, M., & Levy, Y. (2010). *De la participación en salud a la construcción del poder popular: Experiencias para el debate*. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón”.

- Martín-Frechilla, J. J. (2008). El dispositivo venezolano de sanidad y la incorporación de los médicos exiliados de la Guerra Civil española. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15(2), 519–541. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000200019>
- Mediavilla, J. (2018). *Filantropocapitalismo y cooperación al desarrollo: El caso de la lucha contra la poliomiélitis* [Trabajo de investigación]. <https://www.researchgate.net/publication/320468438>
- Menéndez, E. L. (1987). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. En *Jornadas de Atención Primaria de la Salud (1987-1993)*. Secretaría de Salud.
- Mignolo, W. (2016). La razón postcolonial: Herencias coloniales y teorías postcoloniales. *Revista Chilena de Literatura*, (93), 9–33.
- Molina-Marín, G., Oquendo-Lozano, T., Rodríguez-Garzón, S., Montoya-Gómez, N., Vesga-Gómez, C., Lagos Campos, N., Almanza-Payares, R., Chavarro-Medina, M., Goenaga-Jiménez, E., & Arboleda-Posada, G. (2016). Gestión del talento humano en salud pública: Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30), 108–125. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps15-30.gtsp>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Human resources for health: Overcoming the crisis*. Library of Congress.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: Personal sanitario 2030* (WHA69.19). <https://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/es/>
- Organización Panamericana de la Salud & Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública. (2000). *Desafíos para la educación en salud pública: La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública*. OPS/ALAEPS.
- Otazo, J. (2017). *Historia de la diplomacia... El panamericanismo* [Entrada de blog]. <http://jrotazo.blogspot.com/2017/04/historia-de-la-diplomaciael.html>
- Quintana, J. (2019). *Reflexiones nuestra americana: Aproximaciones desde la salud colectiva*. Publicaciones del Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”.
- Reyes, M., & Molina, A. (2016). Gestión del talento humano: Reflexiones desde la atención primaria de salud.
- Segura, J. (2009). *Biopolítica global y la historia de “la salud mundial”* (2ª parte: La Fundación Rockefeller) [Entrada de blog]. Madrid. https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/07/23/122205
- Testa, M. (1985). Atención primaria o primitiva de salud. *Cuadernos Médico Sociales*, (34), 3–13.