

## EDUCACIÓN MÉDICO-CIENTÍFICA MODERNA: CONTRASENTIDO FRENTE A LA DESCOLONIALIDAD, LA BIOÉTICA SOCIAL Y EL BUEN VIVIR

MODERN MEDICAL AND SCIENTIFIC EDUCATION: CONTRADICTION IN RELATION TO DECOLONIALITY, SOCIAL BIOETHICS AND GOOD LIVING.

EDUCAÇÃO MÉDICO-CIENTÍFICA MODERNA: CONTRASTE CONTRA A DECOLONIALIDADE, BIOÉTICA SOCIAL E BOA VIDA.

Luis Alexis Díaz<sup>1</sup>, Liliana Lessire Vásquez<sup>2</sup>

Fecha de recepción: 08.08.2017

Fecha de aceptación: 22.10.2017

---

### RESUMEN

La crisis civilizatoria en proyecto modernizador ha tocado fuertemente el contexto sanitario venezolano, latinoamericano y del mundo. La educación médico-científica, como uno de los dedos señaladores de tal crisis, reclama su parte y exige tejidos orientadores de cambio. El propósito fue develar el contrasentido que presenta tal educación para los venezolanos frente a la matriz de pensamiento descolonial, de bioética social y de buen vivir. En tal sentido se describe tal educación desde las categorías Estado, ideología y dependencia; se contrastan la bioética y la bioética social como modos orientativos diferenciados en los estudios prenombrados y, finalmente, se entreteje el sentido pluriversal que determina la búsqueda descolonial del buen vivir colectivo y el desafío para lograrlo desde la actual educación médico-científica. A modo de cierre se devela la necesidad de comprender la salud vital sentida y consentida por la gente en los lugares de realización de su mundo de vida popular, lo cual es aguja e hilo primordial para el tejido sanitario otro al que se está aspirando desde el sur. La educación médico-científica actual a través de la descolonialidad, la bioética social y el buen vivir puede dar un paso adelante en ese sentido y sumar en la concientización de las condiciones que superponemos desde las herencias coloniales en América Latina, en dialogo con la interpretación y comprensión del sistema-mundo. Asimismo, se debe responder a la necesidad de manifestar y reivindicar los saberes y las practicas que durante un largo tiempo se vienen tejiendo en nuestro continente como modo de lucha y evolución otra frente a la matriz epistémica de la modernidad/colonialidad y como horizonte en la suma benéfica de las diferencias.

**Palabras clave:** educación médico-científica, descolonialidad, bioética social, buen vivir.

---

<sup>1</sup> Educador. Docente–Investigador de la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Magister en Investigación Educativa. Cursante del Doctorado en Ciencias Sociales Mención Salud y Sociedad de la Universidad de Carabobo.

<sup>2</sup> Administradora. Docente–Investigadora de la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Magister en Investigación Educativa. Cursante del Doctorado en Ciencias Sociales Mención Salud y Sociedad de la Universidad de Carabobo.

**Correspondencia:** Luis Alexis Díaz [luis9alexisdiaz@gmail.com](mailto:luis9alexisdiaz@gmail.com)

**ABSTRACT**

The crisis of civilization in the modernizing project has strongly reached the Venezuelan, Latin-American and world health context. The medical and scientific education, as one of the pointing fingers of such a crisis, claims its part and requires guiding weavings for change. The purpose was to unveil the contradiction that such education represents for Venezuelans in relation to decolonial thinking framework, social bioethics and good living. In that sense, such education is described from the categories Estate, ideology and dependence; bioethics and social bioethics are contrasted as differentiated guiding ways in the aforementioned studies and, finally, the pluriversal sense determining the decolonial search of collective good living and the challenge to reach it from the present medical and scientific education is woven. The need to understand the perceived and consensual health by people in the places of realization of their popular world of life is unveiled, which is primordial needle and thread for the health weave other aspiring from the south. The present medical and scientific education through decoloniality, social bioethics and good living may be able to make some progress in this respect and work together in the awareness-raising of the conditions we superpose from the colonial legacies in Latin America, in dialog with the interpretation and understanding of the world-system. Likewise, there is the need to speak out and vindicate the knowledge and practications that for a long time are being weaving on our continent as a means of struggling and evolution other in relation to the modern/colonial epistemic matrix and as a horizon on the beneficial sum of the differences.

**Key words:** medical and scientific education, decoloniality, social bioethics, good living.

## **INTRODUCCIÓN**

Con estos tres apartados el propósito fue develar el desafío que presentan los ambientes educativos médico-científicos venezolanos frente a la corriente de pensamiento descolonial, de bioética social y de bien vivir/buen vivir. En tal sentido, primero buscamos describir el sentido dado por la actual educación médico-científica venezolana modernista desde las categorías Estado, ideología y dependencia en contraposición a la actual tendencia descolonial del buen vivir. En segundo lugar, contrastamos el carácter definitorio de lo que significa bioética y, como sentido otro, la tendencia conceptual de lo que significa bioética social de orientación sustantiva primordial en los estudios médico-científicos que tengan como sur la tendencia latinoamericana prenombrada. Finalmente, a modo de cierre, entretejemos el sentido pluriversal que determina la búsqueda de salud colectiva a través del buen vivir y el contrasentido dado por la actual orientación universitaria de los estudios médico-científicos modernos pero que, aún con sus diferencias, puede aportar a un modo de práctica sanitaria otro.

### **Educación médico-científica actual: Estado, ideología y dependencia**

A poco más de los primeros tres lustros del siglo 21, la educación universitaria y la educación médico-científica en particular se continúan conviviendo estratégicamente a modo de dependencia, auspiciando lo que el colectivo ha acordado repetir como “desarrollo”, hacia lo que suelen denominar transformación y progreso equitativo de las

sociedades modernas en ese sentido, y de nuestras sociedades latinoamericanas en particular. Con esta propuesta se mantiene y se publicita todo un movimiento de desarrollo global de tal idea educativa con lineamientos consensuados que hoy día están siendo realizados por las facultades o escuelas de medicina y las sociedades científicas que trabajan en este ámbito.

Lo anterior, por el contrario, le quita y desvirtúa el sentido de una educación universitaria médico-científica propia y respondiente a nuestros problemas de salud vitales como latinoamericanos y, en nuestro caso, como venezolanos. En definitiva, continuar con el modelo modernista actual significa seguir *dependiendo de*, pero más aún, significa *ser dependientes*, en este particular contexto, en materia de educación e investigación médica. El fin, a todas luces, y en el estado actual de las cosas, es ideologizante con el propósito de contribuir al “desarrollo” de nuestras naciones.

Por ejemplo, en las escuelas de medicina usualmente se observa una constante al momento de pensar sobre un problema sanitario o fenómeno educativo que puede ser proclive a una investigación científica del área de la medicina, y es que, quizá mucho antes de tocar elementos epistémicos y metodológicos para proponer tal investigación, ya ésta fue encajonada en las locaciones modernas preconcebidas para tal fin, dando como resultado una idea de investigación cuyos escenarios principalmente fueron y serán localizados, por no decir impuestos, principalmente en los recintos hospitalarios.

Lo anterior se entiende cuando es reconocido que la investigación médica y su recorrido histórico eurocentrado sienta sus huellas -desde los mismos inicios de la medicalización- en el crecimiento de la hospitalización y sus mecanismos, que Michel Foucault (1977) ubica históricamente como una estrategia biopolítica a partir del siglo 18 y comienzos del 19 del mundo relacional alemán, francés e inglés. Hoy, en pleno siglo 21, tal estrategia es continuada; el hospitalocentrismo, por ejemplo, sigue siendo una estrategia biopolítica. También es cierto, según la Organización Mundial de la Salud (2008), que la focalización desproporcionada en los hospitales y la especialización es una causa importante de ineficacia y desigualdad, y esa situación ha demostrado ser muy difícil de cambiar.

La estrategia hospitalocentrista también es *ideología* –en el sentido colonialista del término– ordenada por el poder del sistema educativo universitario actual. Con la exclusión de grandes espacios y su gente y favoreciendo la idea de atenciónismo y medicalización absolutas se impone una ideologización que sin duda indica dependencia y es, por génesis y consecuencia, mercantilista/capitalista.

Desde tal practicación, la determinación social de la salud en los ambientes más vulnerables –usualmente populares– se hace prácticamente imposible de comprender si la enseñanza y la investigación científica continúan siendo intramurales y hospitalarias. Lo occidentalizado, lo moderno, lo disciplinar, lo clínico, lo fragmentario, el enclaustramiento, entre muchas otras cosas, siguen comandando la practicación educativa y científica de los docentes y estudiantes de medicina modernizados, lo cual implica y complica

desequilibrio, y es totalmente contrario al sentido de interconexión dado al Bien Vivir/Buen Vivir a través de elementos sustantivos como la relacionalidad, la reciprocidad, la correspondencia y la complementariedad. (García, 2013)

Como política social organizadora y controladora de la universidad, al igual que del Estado, el modelo biomédico de Occidente deja por fuera toda una vida social en la cual se entretajan e inician los grandes males tanto físicos como mentales y espirituales que conllevan a las enfermedades –el negocio sanitario moderno- y que afectan el buen vivir. Más aún, los involucrados, frecuentemente los más vulnerables localizados -ni siquiera que viven- en las áreas populares representan la mayor cantidad dentro de un sistema de convivencialidad insostenible en sus relaciones de vida y, en consecuencia, de salud. Abramzón (2003: 9) lo planteaba ya cuando manifestaba que:

Los niveles de pobreza, como consecuencia de la crisis, se han incrementado y con ello se han profundizado las desigualdades e inequidades. La salud ha dejado de ser un bien con valor intrínseco para pasar a ser crecientemente una mercancía con valor de mercado. El que puede compra y el que no..., padece.

Con tal premisa, hemos observado la tendencia de los profesionales educadores e investigadores universitarios en el planteamiento de la imperiosa necesidad de más hospitales o un hospital universitario para educación e indagación científica, sobre todo para sus estudiantes de pregrado; representa la colonialidad en el pensamiento sobre el punto educacional e investigativo “idóneo” que tal gríngolas no dejan ver el espacio sobrecargado de problemáticas y fenómenos de salud investigables extramuros,

especialmente en los hogares populares, muchas veces en barrios frente a los propios hospitales.

A estos educadores y sus estudiantes, la colectividad popular los han estado invitando incesantemente a pensar nuevamente un tejido de vida diferente, bueno, pleno de vida y no de muerte, en torno a su territorio, sus hogares, sus sitios y objetos de recreación. Es sobre todo una invitación vinculante –porque es ordenanza constitucional- sobre su posibilidad de aporte propio y popular a un poder colectivo que atraiga una educación médica y particularmente una investigación científica en esa área, otrora pensada y actuada en un solo lugar y en un solo momento, el hospital y sus encargos educativos y de materia científica -ya programados por otros- y que se ha convertido ya en la actualidad en ideología y dependencia.

Es exigencia, entonces, deconstruir sobre lo bueno y lo malo de la realidad desarrollista, el sentimiento de subdesarrollo y la educación médico-científica actual y, por ende, superar el *estar* pero también el *ser* dependientes en todo lo referente al sector educativo médico y sus modos de hacer investigación científica. Las universidades y el Estado venezolano deben procurar ser garantes de lo anterior. La Constitución nacional (1999) por su parte solicita el cumplimiento del artículo 83 cuando señala que la salud es un derecho social primordial, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. Igualmente, el Artículo 102, en donde este mismo Estado debe asumir la educación como un derecho humano y un deber social fundamental indeclinable y de máximo interés

en todos sus niveles y modalidades, y como instrumento del conocimiento científico, humanístico y tecnológico al servicio de la sociedad, todo lo anterior dentro de un tejido primordial de derechos irrenunciables de nuestra Nación, que se inicia precisamente con el de *independencia*.

En suma es una problemática de la actualidad, que en el caso de nuestra América estamos tratando de resolver a través del telar que se está haciendo desde la corriente descolonial, más concretamente con la propuesta del bien vivir o buen vivir. Se necesita, entonces, en el caso de la educación médico-científica aportar para lograr su descolonización, por supuesto, con un ideal de bien común y recordando que todos somos, incluso nuestras universidades y su gente actual.

### **Bioética o bioética social ¿Modernidad *versus* Descolonialidad?**

El ser humano desde sus inicios de vida en comunidad ha intentado normalizar las actividades y modos de práctica en todos sus ámbitos con el fin primordial de preservar la vida. Igual ha conseguido hacerlo la población mundial para orientar más o menos ordenadamente a sus sociedades y minimizar riesgos potenciales.

En tal sentido, uno de estos campos de práctica lo representa la educación médico-científica, la cual sin tales estamentos legales y de orientación valorativa de su labor pudiese conllevar a actuaciones y actitudes de contradicción moral en términos de la beneficencia que tal sociedad juzga como justa y valedera. Es usual en estos estudios involucrar la actividad disciplinar denominada *ética* o *bioética*, la cual abarca contenidos y



prácticas que usualmente se observan en los ambientes educativos propios del área médico-científica moderna: aulas de clases, ambientes hospitalarios, laboratorios y centros de investigación, entre otros.

La ética está relacionada con el estudio de la moral y la acción humana y con el arte de decidir lo bueno y lo malo. Ante lo dificultoso de tomar una decisión que sea conveniente o no, cuando los dilemas en las decisiones de acción a veces no están claros, y aunque nuestras acciones de algún modo –no siempre- dependen de nuestra libertad, es necesaria la ética. Aunque nuestra libertad es limitada, podemos hacer uso de ella, y de su uso dependerá nuestra vida y lo que seamos. Esto es importante para las políticas públicas que se tracen a través del Estado, pero también para la práctica individual benéfica y común de todo ciudadano en lo ético y en lo político. Romero (2005: 53) enfatiza el carácter de los principios éticos ligados a la educación médico-científica como sigue:

Los principios éticos deben estar íntimamente integrados al pensamiento científico y para esto deben tener una alta prioridad en la formación de los profesionales de salud e investigadores en campos relacionados con el ser humano, caso contrario serán sobrepasados por otros determinantes como son: la fama por el descubrimiento, el dominio del conocimiento, la ganancia por el lucro y la discriminación, consciente o inconsciente de grupos de la población.

Por su parte, y a razón del Código de Bioética y Bioseguridad (2008), la bioética, en el contexto de la investigación científica, es una reflexión interdisciplinaria que al relacionar la indagación y aplicación de los conocimientos científicos y sus riesgos con las visiones humanísticas orienta las acciones y disposiciones en las investigaciones que afectan a los seres humanos, animales, plantas y demás seres vivos en salvaguarda de la diversidad

biológica, diversidad cultural y sustentabilidad del planeta. Al observar esta conceptualización del término bioética se pierde de vista el énfasis que en el actual siglo 21 se está haciendo para involucrar con carácter sustantivo a los más vulnerables, no solo en el campo de la investigación científica en salud sino en todos los campos sociales, lo que un estudioso de esta propuesta como León F. (2011:121) ha denominado *bioética social*. El autor destaca que:

La Bioética se ha desarrollado especialmente en el ámbito de la ética clínica y más recientemente en el ámbito de la ecología y medioambiente con la denominada bioética global. Pero hay un aspecto en que se está insistiendo y que es fundamental en Latinoamérica: la necesidad de una Bioética social, que más allá del ámbito clínico, analice los problemas de la ética de las instituciones de salud, la ética en salud pública y atención primaria, las políticas públicas y las reformas de los sistemas de atención en salud. Son sobre todo aspectos de justicia social los que llevan a la bioética a relacionarse con la biopolítica (...) No puede dejar de centrarse en la pobreza, la vulnerabilidad, las condiciones de desarrollo, la capacidad de ejercer la libertad real, la situación política de nuestros países, la educación en salud, o el papel social de nuestras diversas creencias sociales, morales y religiosas.

Usualmente, cuando se hace investigación durante los estudios médicos, especialmente de pregrado, la interacción concebida en términos bioéticos esencialmente está dirigida a una suerte de cumplimiento de normas durante el planteamiento de una propuesta de investigación y su desarrollo. Es eso lo que usualmente visualiza inicialmente la mente de los investigadores en salud al momento de hacer ciencia. Solicitud de permisos a comités de ética, solicitud de consentimientos informados, entre otros, son los aspectos administrativos que conducen la verdadera visión y práctica de los momentos éticos de los investigadores. En cualquier caso tanto el término ética como el de bioética no enfatizan un carácter vinculante para que las propuestas y su ejecución

venzan el interés por lo clínico y sus ambientes, y se dirija a los más vulnerables y sus problemáticas de vida, cuya génesis proviene casi siempre de sus ambientes de mayor convivencia, sus hogares y el lugar en que éstos están conviviendo y relacionándose, usualmente ubicados en los ambientes populares urbanos y rurales.

No hay correspondencia de la teoría sobre ética o bioética enseñada y aprendida en los estudios médicos en torno a la investigación científica, con la realidad en términos de práctica científica en salud con la gente popular más vulnerable. Aun cuando sus aportes teóricos señalan la práctica no ética pasada y presente tanto en lo médico como en lo investigativo, no deja de ser cuestionada en la práctica que de esa teoría se debe hacer en los ambientes sociales con estos sujetos. En efecto existen textos dotados de autoridad, llenos de conciencia, guías con cargas semánticas abstractas y concretas, que observan con racionalidad vital y conminan a cambiar conciencias, sin embargo, ya es momento que los que escriben o los que las escribieron nos guíen en la práctica de ayuda y empoderamiento hacia un buen vivir de los más vulnerables. Que sea una bioética social la que nos mueva; no una simple ética o bioética, que se disuelvan con el menor o el mayor dilema que la realidad les imponga en esos contextos.

¿Cambio? Sí. Por supuesto que implica un cambio. Cambio de lenguaje, cambio de procedimientos, cambio de practicas acometidas y resultados esperados, entre muchas otras cosas. Ahora, creemos que el sentido dado a lo que es cambio tiene implicancias y complicancias desde la episteme socio-crítica que el pensamiento

mayoritario ha convivido como ordenar, forzar, reunir obligatoriamente a las personas y lograr a través del diálogo consensos forzados. Esto, incluso ética y políticamente ha sido concebido y vivido, y no en vano, como terror y obligación para la práctica educativa. No queremos tal tipo de cambio.

Existe una urgente necesidad de reorganización del pensamiento y de la práctica de los estudios médico-científicos hacia un modo de avance hacia la ayuda y empoderamiento del sujeto popular vulnerable por parte de las políticas educativas públicas y privadas actuales, conviviendo con ellos sus problemas y las soluciones o fajas que emerjan. No implica, además, sólo conferir a sus verdades vitales como problemática unilateral “diagnosticada” desde los que vivimos en la universidad, porque “supuestamente” somos los que “sabemos”.

Implica y complica despojarnos de nuestra rutinaria conducta como universitarios. Eso sí, todo vale, queremos decir con esto, que los gerentes o directivos tanto de poder claustral como de poder carismático para la práctica deben empujar desde adentro de la universidad como estructura físico-administrativa y convivir también en los ambientes populares con su gente. Implica y complica también romper la barrera del lenguaje academicista decimonónico positivista y modernista y, a su vez, verbalizar los de las otras corrientes epistémicas; incluso una corriente epistémica otra, si es lo benéfico y común. En definitiva, se necesita un pensamiento y una práctica consiente en la aspiración de

una Venezuela cuyos más vulnerables puedan vivir bien y, si ellos viven bien, todos los demás podremos hacerlo con menos dificultades y compartir su bienestar y bienser.

La pregunta sería si en la actualidad se está haciendo algo con potencial de cambio en las estructuras organizativas universitarias para lograr una educación médico-científica con bioética social. La respuesta es no, en tanto los formatos curriculares y sus contenidos continúan exponiendo con vehemencia su práctica educativa principalmente en las aulas y hospitales, con un enfoque bioético no cualificado propiamente como social y, especialmente, a través de un peso que recae altamente en las 4 clínicas principales: clínica médica y terapéutica, clínica quirúrgica, clínica pediátrica y, finalmente, clínica de obstetricia y ginecología. Los hacedores de políticas universitarias deben solventar tal sesgo, y pueden hacerlo –para iniciar- con políticas que garanticen favorecer la práctica del tiempo mayoritario educativo científico del estudiante en el texto y en el contexto popular de los más desfavorecidos por las políticas públicas y educativas en salud en tal sentido; les recordamos que estos hacedores ya son poder.

La universidad moderna, sin lugar a dudas, ha dado sus aportes pero en la actualidad parece observarse la necesidad de una reforma. Edgar Morín (1999:73) lo expone en los siguientes términos e invita a los venezolanos a ser parte de tal idea:

Bien, ahora veamos este problema de la Reforma, hay que empezar con algo en algún lugar. La reforma de la universidad. La Universidad de hoy es una creación de la Universidad Occidental, de Europa Occidental, con orígenes árabo-islámicos, ¿Verdad? Es la Universidad Teológica del modelo occidental que ha reinado hasta el siglo dieciocho. Y ustedes saben que, por ejemplo la Sorbonne, en el siglo diecisiete y siglo dieciocho, condenó todas las innovaciones científicas, todas. Pero hubo un pensador, que pensó en la universidad nueva, Humboldt se llamaba este señor. Humboldt creó la universidad moderna. Es decir, creó la universidad con sus departamentos, la universidad que no era teológica y esta universidad moderna se ha difundido por Europa y hoy día reina en el mundo. La reforma nos vino de un pequeño país periférico de Europa, es decir de Prusia, cuya capital era Berlín y con un déspota. Pero hoy día debemos nuevamente reformar esta universidad moderna, es ésta la universidad que debemos transformar. ¿Qué país de fuera va a hacer esta reforma?, quién sabe, Venezuela podría ser, ¿Qué les parece?

Debemos también diferenciar entre lo necesario de una visión mundial en los estudios médico-científicos pero dentro de una educación y práctica local, con problemas locales e innovaciones igualmente locales. Es necesario entonces, tener una visión glocal del significado de la educación médico-científica en nuestras universidades, y esto se debe a que estamos viviendo retos y desafíos que llevan inmerso situaciones de inequidad, pobreza, contaminación y destrucción ambiental y tantos otros problemas sociales que aquejan hoy por hoy al mundo, y ante los cuales el profesional de la medicina y, en general de la salud, debe estar predispuesto y dispuesto a actuar, pero que sin embargo, lo global lleva implícito lo local, la localidad.

Es necesario entonces, visualizarlos con técnicas y cualidades ineludibles para enfrentarse a ambientes complejos no estandarizados, cambiantes y multidimensionales, para superar el reto que ofrece reconocer la verdad vital del más vulnerable. Descubrir una vía o vías en ese sentido ayudará en líneas generales a complementar la teoría social

construida hasta ahora en torno a la institución universitaria, los docentes y estudiantes investigadores y su objetivo en términos de educación e investigación científica sanitaria en una Venezuela que está comenzando a tejer su propio buen vivir con el sujeto popular otro. Lo anterior es también bioética social y un modo de ayuda al empoderamiento del sujeto popular venezolano.

### **Descolonialidad y buen vivir como política de salud colectiva en la educación médico-científica: a modo de cierre**

El pensamiento descolonial como matriz epistémica latinoamericana orientadora de una visión independentista en todos los órdenes, la bioética social y el buen vivir -en el caso particular de la salud- son pensamientos y practicas necesarias para vivir bien, pero más aún, para contribuir en una autoconciencia de que el pensamiento de dependencia para el “desarrollo” no es una necesidad imperiosa para toda la humanidad.

La descolonialidad es una experiencia del saber heredera de la tradición latinoamericanista de reflexionar desde la particularidad histórica y social, desde un específico contexto cultural, con el afán de desentrañar y desarmar una matriz de poder con pretensiones universalistas. La experiencia es deudora de la teoría de la dependencia, el poscolonialismo y la filosofía de la liberación, también de la teoría crítica, aunque dialoga y confronta con todas ellas –en especial con la última–, así como dirige sus cuestionamientos al marxismo, al posmodernismo, los estudios culturales, el estructuralismo y el posestructuralismo (...) En consecuencia, es tan crítico del capitalismo como del socialismo, a los que considera expresiones de una misma matriz de control político, económico, social, ambiental y subjetivo. (Lorca, 2010:1)

El conocimiento y la cultura capitalista dominante operan también en el caso de la salud en la actualidad y, en el caso de la educación médico-científica, la realidad no es del todo diferente.

Como alternativa al capitalismo, el Vivir Bien valora la diversidad cultural para “crecer en humanidad”, da valor a las propuestas que defienden subordinar la economía a la naturaleza, impulsa el desarrollo cultural y el pensamiento ancestral; promueve el desarrollo sostenible, o mejor aún el eco-desarrollo y todas aquellas economías que buscan proteger el medio ambiente y la biodiversidad. (Salamanca, 2014: 6)

Por su parte, la universidad, a través de sus estudios médico-científicos actuales, sigue reproduciendo la matriz de pensamiento modernista ideológica dejando de lado un gran aporte como lo es el buen vivir (*Sumak Kawsay*), o lo propio en sus variantes lingüísticas y conceptuales como lo manifiesta Quijano (2014): *Allin Kghaway* (Bien Vivir) o *Allin Kghawana* (Buena Manera de Vivir). En contrasentido, tal pensamiento debe ser mirado cuidadosamente por su sentido de dominación y dependencia, y solo de esa manera podremos enseñar, aprender y comprender con profesionales necesarios, críticos y libertarios. El Estado debe garantizar la ejecución de esta visión. La copia de planes foráneos ha llevado frecuentemente a la enajenación de nuestros profesionales en forma muchas veces masiva. En tal sentido, la salud vital sentida y consentida por la gente en sus lugares de recreación de su mundo de vida popular -especialmente la de los más vulnerables- es aguja e hilo primordial para el tejido al que aspiramos los universitarios actuales que desarrollamos nuestra labor facilitadora educativa y científica para vivir bien o tener un buen vivir con nuestra gente venezolana y latinoamericana y, en consecuencia, del mundo.

Desde la educación médico-científica y desde la propia investigación se necesita un cambio. A veces hay un rechazo a éste, no por ser inadecuado sino porque se percibe



como una imposición al sistema tradicional que no ha ido cambiando y que no permite a los estudiantes desarrollar sus posibilidades, su curiosidad y percibir su realidad en toda su extensión. Debemos traer de vuelta a la práctica del conocimiento la subjetividad de los *damnés*, los sujetos condenados, apartados, irrespetados, silenciados por un proyecto moderno que a todas luces es insuficiente y hasta amenazante de la vida en el planeta.

Se trata de salir de los espacios de la enfermedad y la muerte, es decir, del consultorio, ambulatorio u hospital, y alcanzar los espacios de la vida cotidiana, con la gente. Es una tarea de todos, donde también hay atención a los enfermos, pero no se queda allí. Es vincular cada consultorio o ambulatorio con la escuela más cercana y trabajar con los niños y niñas, maestros y maestras, padres y representantes, con la población toda. Se requiere que médicos, enfermeras, profesionales, técnicos, trabajadores de la salud en general, tomen las calles, las plazas, los campos deportivos, las fábricas y la comunidad. Se requieren para ello sujetos epistémico-amorosos portadores de la buena nueva: el Buen Vivir. Una verdadera legión de realizadores de sueños compartidos. La salud como Buen Vivir plantea nuevos retos y desafíos, en la teoría y en la práctica, en la praxis del sector salud. Es reivindicar la Medicina Social, la Salud Colectiva, la Epidemiología Crítica, la Epidemiología Comunitaria, el saber popular, los saberes ancestrales. Es la gran tarea de este momento histórico en nuestra Abya Yala (América). Son los grandes retos que se le plantean a nuestros centros de formación de talento humano en salud, a los gestores, planificadores y administradores del sector público sanitario. Es en verdad una tarea de todos. No es una tarea solo de expertos y especialistas, Es un gran encuentro de saberes. Sin participación popular, colectiva, ciudadana no es posible la praxis transformadora, necesaria y posible. (León, J, 2016)

La universidad moderna debe hacer colectivo su sentido contradictorio con una vía descolonial visionaria de la salud y de la vida misma. Es necesario el sentido hacia un giro no solo lingüístico sino educativo, de apropiación y práctica de las vivencias dentro de una salud colectiva para un buen vivir. Tenemos la urgencia de superar la práctica significativa de la educación médico-científica de *bienestar*. Aun cuando el vulgo enciclopédico no lo dice, la verdad es que el sentido consentido dado usualmente a este

vocablo por la gente en los sectores populares es el de *tener*; tener una casa (no un hogar), tener un carro (no un transporte), tener un teléfono celular (no un medio de comunicación), y así sucesivamente, destacando el sentido temporo-espacial materialista y mercantilista del *estar*; por lo tanto, tener todo lo anterior es *estar bien (bienestar)*. Lo anterior no es vida, desde la episteme del buen vivir, pero también comprendido así por la misma científicidad moderna. ¿Y dónde queda el *ser bien (bienser)*? el cual es mucho más abarcador en el sentido de la triada cuerpo~mente~espíritu.

También, la comprensión de la realidad actual como política de salud colectiva sugiere un aporte a la discusión de la problemática de la verdad desparrramada en los ambientes universitarios respecto a la educación médico-científica y el modelo moderno de preferencia de educación e indagación desde la verdad meramente clínica hospitalaria; en definitiva, el discurso y el poder que detenta el modelo biomédico (Vílchez, 2011). Sugiere conversar el contrasentido entre tal modelo y la posibilidad de una verdad vital que puede ser comprendida y habilitada como posibilidad de práctica educativa y de educación científica problematizadora y libertaria con la mayoría de la gente en sus ambientes populares.

Compartiendo el pensamiento de Martínez (2008:8), tal conversación debe incluir una "(...) hermenéutica crítica que permita comprender los vínculos entre las representaciones de la enfermedad y las estructuras de poder, entre los significados culturales de la aflicción y las desigualdades sociales en salud, entre la voz del sufrimiento y las lógicas de la

dominación”. Se debe insistir en que cada persona en una escuela/facultad de medicina o de salud sea capaz de mirar a sus propias cualidades y que no intente copiar esquemas ajenos sin hacer una evaluación crítica de su realidad y del contexto vital en el que ella está inmersa. Debemos desde la misma universidad deconstruir procederes médicos individualistas, univisionarios y universalistas.

Para el proyecto de la modernidad, los espacios usualmente asignados o “ganados” para los estudios médico-científicos y para ejercer la profesión médica son las aulas de clase y los hospitales públicos y dependencias de salud privadas; éstas son y siguen siendo a menudo el eje de pensamiento de acción colectiva de cada aspirante a ser profesional de la medicina o del médico mismo. Pero fuera de estas instalaciones pétreas hay todo un mundo de vida en que los anteriores pueden realizar su labor, vivir y convivir como estudiantes, profesionales y ciudadanos.

En particular, por ejemplo para los estudiantes de medicina y otras áreas de la salud de pregrado, debe visualizarse y orientarse con énfasis el potencial del eje de investigación como contenido de asignatura a aprender en aulas y centros hospitalarios, pero también de intervención con la realidad y los grupos sociales que se investigan o con quienes se investiga, pues no debemos olvidar que hay un mandato de integración justo, pertinente y necesario, donde se pueda propiciar la conversación y la corresponsabilidad en términos de salud y de la vida misma de la gente fuera de las aulas de clase y de los recintos hospitalarios.

## **A modo de cierre**

Existe la necesidad de comprender la salud vital sentida y consentida por la gente venezolana en los lugares de realización de su mundo de vida popular, lo cual es aguja e hilo primordial para el tejido sanitario otro al que se está aspirando desde el sur.

La matriz de pensamiento de la descolonialidad, junto a la bioética social y el buen vivir ve en el proyecto modernista y estático de la salud-enfermedad y sus profesionales disciplinados un contrasentido para sus aspiraciones teóricas y de práctica. Percibir y lograr el cambio hacia el buen vivir sería un modo otro de práctica social de la vida, una política otra de salud colectiva, un mundo otro de vida cubriendo las necesidades actuales en salud, una cultura otra de salud vital.

Sumar a la conversación y a la práctica médico-científica actual categorías como descolonialidad, bioética social y buen vivir responde, en primer lugar, a la necesidad de concientizar las condiciones que sobreponemos en nuestra educación médico-científica actual desde las herencias coloniales en América Latina, en diálogo con la interpretación y comprensión del sistema-mundo. Y, en segundo lugar, responde a la necesidad de reivindicar los saberes y la práctica que durante un largo tiempo se viene desarrollando en nuestro continente como modo de lucha y evolución otra frente a la matriz epistémica de la modernidad/colonialidad y como horizonte de lo benéfico y común de la suma de las diferencias.

## REFERENCIAS

- Abranzón, M. (2003). *Educación médica. Nuevos enfoques, metas y métodos*. Prólogo a la 2ª edición. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Código de bioética y bioseguridad*. (2008). Ministerio del Poder Popular para Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias. Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. 3ª Ed. Caracas.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999, 30 de diciembre). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.860. [Extraordinaria], Febrero 19, 2009.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la medicalización*. Educación médica y salud. Vol. 11, No. 1; Disponible: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf> [Consulta: 2017, marzo 19].
- García, S. (2013). *Sumak kawsay o buen vivir como alternativa al desarrollo en Ecuador. Aplicación y resultados en el gobierno de Rafael Correa (2007-2011)*. Tesis de doctorado. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Extraído el 19 de enero de 2017, desde <http://eprints.ucm.es/24571/1/T35153.pdf>
- León, F. (2011). *Temas de Bioética Social*. Santiago de Chile: Fundación Interuniversitaria Ciencia y Vida.
- León, J. (15 de octubre de 2016). Proceso salud-enfermedad y buen vivir. *Notitarde*. Disponible en: <http://www.notitarde.com/proceso-salud-enfermedad-y-buen-vivir/lectura-tangente/2016/10/15/1029665/>
- Lorca, J. (12 de junio de 2010). Desobediencia epistémica. *Página/12*. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/escrito/22-147120-2010-06-12.html>
- Martínez, A. (2008). *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Morín, E. (1999) *¿Cuál Universidad para el Mañana? Aportes del Pensamiento Complejo y del Pensamiento Transdisciplinario*. (VideoConferencia Caracas/París/Caracas: Panelista en II Jornada Dialógica de la Transdiscipliniedad. Proyecto Transdiscipliniedad UCV). Caracas. Venezuela.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Extraído el 19 de marzo de 2017, desde: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)
- Quijano, A. (2014). *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. Buenos Aires: Clacso.
- Rodríguez, B. (2005). *Terapias mente-cuerpo: una reintegración de mente, cuerpo y espíritu*. Rev. Ciencias Sociales. III-IV. Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/153/15311014.pdf>

[Consulta: 2017, julio 4].

Romero, J. (2005). Ética en la salud pública: la eficacia y el riesgo permisible. En H. Málaga (Comp.). *Salud pública. Enfoque bioético*. (pp. 53-67). Caracas: Disinlimed.

Salamanca, L. (2014). *Buen vivir, decolonialidad y bioética. Discusiones, aportes y articulaciones*. Polisemia No. 17. Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/153/15311014.pdf> [Consulta 2017, julio 7].

Vílchez, Z. (2011). *El médico salubrista: práctica, discurso y poder en el espacio público*. Tesis de doctorado en Ciencias Sociales, Mención Salud y Sociedad. Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud.