

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL  
BIBLIOTECA GUSTAVO LEAL

**AUTORIZACION PARA LA DIFUSIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS DE GRADO Y/O**

**TRABAJOS DE ASCENSO DE LA ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL - UCV**

Nosotras, Freya Elena León Paredes y Lilia Patricia Malavé Gómez, autoras del trabajo: *Sístole y diástole: latidos de una sala de emergencia venezolana – Reportaje Interpretativo sobre el estado actual de ocho salas de emergencia del Distrito Metropolitano y su vinculación con las actuales condiciones del Sistema Público Nacional de Salud, Presentado para optar al título de Licenciadas en Comunicación Social.*

A través de este medio autorizamos a la Escuela de Comunicación Social de la UCV, para que difunda y publique la versión electrónica de este trabajo de grado, a través de los servicios de información que ofrece la Biblioteca Gustavo Leal de la Institución, sólo con fines de docencia e investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

X	Si autorizamos
	Autorizo después de 1 año
	No autorizo

Firma(s) autor (es)

Freya León

Lilia Malavé

C.I. N° 17.589.686

C.I N° 19.162.925

e-mail: freyaleon@gmail.com

e-mail: lilia88@gmail.com

En Caracas, a los veinticuatro días del mes de enero del año 2011.

**Nota:** En caso de no autorizar: la Escuela de Comunicación Social publicará en sus portales la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo elaborado por la Biblioteca Gustavo Leal, sus palabras claves y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.



Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Humanidades y Educación  
Escuela de Comunicación Social

## **Sístole y diástole: latidos de una sala de emergencia venezolana**

Reportaje Interpretativo sobre el estado actual de ocho salas de emergencia del Distrito Metropolitano y su vinculación con las actuales condiciones del Sistema Público Nacional de Salud

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciadas en Comunicación Social

León, Freya

Malavé, Lilia

Tutor: Núñez, Antonio

Octubre de 2010

## **Agradecimientos**

Cuando comenzamos esta tesis, nunca imaginamos que su desarrollo y conclusión iban a ser procesos tan empíricos. Desde el primer día de trabajo de campo, tenemos que decir que las cosas engranaron de un modo tan bueno, que casi podríamos decir que fue perfecto. De aquel sueño que tuvo Freya –un episodio onírico en el que decidió que iba a escribir sobre la crisis hospitalaria nacional-, al reportaje que tenemos hoy en nuestras manos, ha pasado más de un año. Por fin estamos aquí.

Tenemos que decir que vimos la mano de Dios siempre presente en nuestra investigación. De desconocer el tema de la salud pública, a entrevistar viceministros, conocer a una veintena de médicos y enfermeras que conversaron con nosotras de todo lo que desconocíamos podía suceder con la salud pública en Caracas, colarnos en hospitales a escondidas para fotografiar la desidia que los carcome y ser capaces de escribir más de 100 páginas sobre lo que vimos y escuchamos... Hay que decir que Dios nos acompañó y ayudó, además de traernos hasta aquí. Gracias a Dios, en primer lugar.

Nuestros padres también se han ganado a pulso nuestro agradecimiento. Tenemos excelentes padres que, no conformes con apoyarnos con todo lo necesario para llegar a este punto, nuestro Trabajo de Licenciatura, estuvieron con nosotras durante este proceso de hacer el reportaje. En la medida de sus posibilidades, nuestros papás nos llevaron algunas veces a hospitales a los que, en un principio, ni siquiera sabíamos cómo llegar. Fueron considerados y comprensivos con los niveles de embotamiento mental que podíamos alcanzar tras jornadas difíciles de trabajo y fueron nuestra mejor audiencia para escuchar una y mil veces cómo podíamos hablar siempre de lo mismo. Nunca se quejaron. Agradecemos a nuestros papás por su apoyo infinito para que hoy seamos quienes somos: Licenciadas.

Este reportaje no habría sido posible sin la colaboración de todos aquellos protagonistas del Sistema Público Nacional de Salud que nos dieron parte de su tiempo para la conclusión de esta investigación: médicos, enfermeras, personal obrero, administrativo y directivo de los hospitales de Lídice, Magallanes de Catia, El Algodonal, Pérez Carreño, Militar, Domingo Luciani, Vargas y Universitario de Caracas. Ellos le dan vida a este reportaje y con ellos siempre tendremos una deuda pendiente, por cuanto hicieron por nosotras. A ellos, gracias.

Agradecemos a nuestra casa de estudios, la UCV, por habernos formado durante estos cinco años. La UCV va en nuestros sentimientos como una extensión de nuestro

hogar: en ella conocimos la libertad, la amplitud del pensamiento y la diversidad de nuestra especie. Han sido cinco años en los que nos enamoramos de nuestra universidad, como de verdad es el amor: sentimiento y a veces sufrimiento. Gracias a ella y a la Escuela de Comunicación Social, por habernos permitido vivir tantos momentos que determinaron nuestro carácter y pensamiento durante cinco años... Y los que nos faltan por desligarnos de ella.

Queremos darles las gracias a los profesores que, con su conocimiento y su amistad, nos guiaron durante los últimos cinco años. Gracias especiales a nuestro tutor por el acompañamiento hasta la materialización de este reportaje: sus aportes fueron fundamentales en la resolución de este trabajo. Por el esfuerzo y por haber resistido la presión de este par de tesis apuradas, gracias, Antonio.

Gracias a nuestras hermanas, por ser también nuestro auditorio predilecto, no sólo durante el desarrollo de este reportaje, sino durante nuestras vidas. Haber contado con ellas, como hermanas y como amigas, ha sido una bendición. Por supuesto, gracias a nuestros amigos: a los que nos acompañaron desde antes de este capítulo de nuestras vidas, por haberse mantenido a nuestro lado hasta este momento incondicionalmente... Y a los que conocimos en la universidad, nuestros colegas; algunos desde el primer día, otros nos conocimos en el camino. Gracias por brindarnos su amistad y por compartir tanto con nosotras. Han sido el mayor incentivo para seguir esforzándonos y alcanzar la meta de graduarnos juntos, todos.

Para agradecer con nombre y apellido a todos los que nos ayudaron, apoyaron y acompañaron hasta hoy, tendríamos que escribir otras 150 páginas. Por eso los agrupamos aquí: ustedes y nosotras sabemos quiénes son. Queremos que sepan que le agradecemos a todo aquel que, de una u otra forma, fue importante en la conclusión de este reportaje, si alguien podría estarse escapándonos.

Por último, gracias a nosotras: gracias a Freya y gracias a Lilia... En primer lugar, por la experiencia académica. A pesar de nuestro desorden, el empirismo funcionó. Hacer este reportaje juntas fue un continuo y valioso aprendizaje: muy difícilmente hubiéramos podido lograrlo solas. También gracias por soportarnos mutuamente durante días y noches enteras y haber compartido tanto. Qué bueno es llegar aquí y tenernos como amigas. De verdad, gracias.

A mi familia,  
Única promesa tácita de compañía

A J,  
Propició evolución y se quedó como testigo

A ti,  
Que adquieres tantas formas

**Freya León**

A mi mamá, a quien amo, mi tutora desde el vientre  
Mi amiga, a pesar de la autoridad... Siempre mi confidente

A Ponguito, mi eterno compañero, del universo entero el mejor  
El que siempre tendrá todo mi amor

A mis abuelos, Lilia y Pepe, alcahuetes siempre  
Tan inteligentes  
Sé que de haber tenido la oportunidad  
Hubieran escrito, como esta tesis, 100 más

Los amo

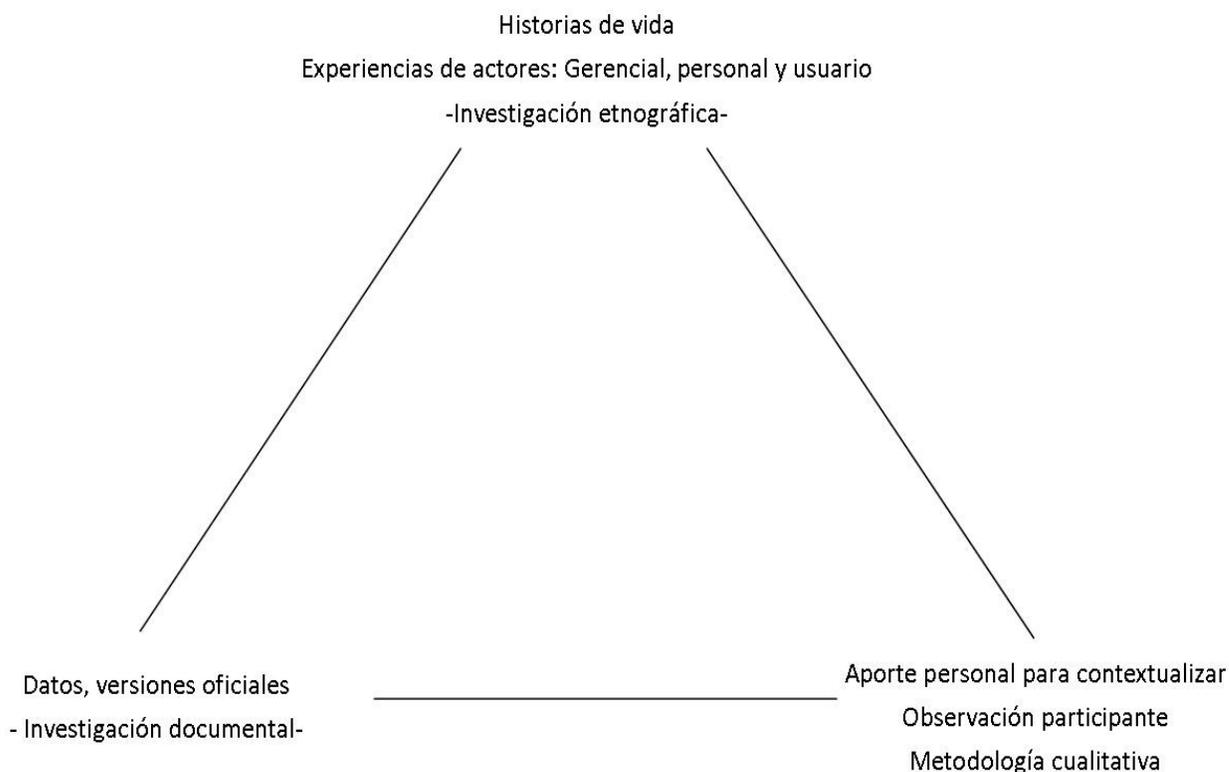
**Lilia Patricia**

## Estrategia metodológica

### *A petición del jurado evaluador*

El siguiente reportaje interpretativo propone la fusión de dos disciplinas: el periodismo y la investigación etnográfica, pues, en definitiva, todo periodista es etnógrafo. Partiendo de esta premisa, conjugamos técnicas de ambas disciplinas para lograr el exitoso desarrollo de esta investigación, como la entrevista periodística, observación documental y entrevista etnográfica.

Para ilustrar de manera mucho más práctica nuestra propuesta, presentamos a continuación un gráfico que evidencia esta triangulación metodológica y que incorpora, además, a los actores que le dan vida a este reportaje: gerencial, personal y usuario del Sistema Público Nacional de Salud.



El reforzamiento etnográfico se hace sentir en el despliegue periodístico: **Sístole y diástole, latidos de una sala de emergencia venezolana**, se sustenta en 54 entrevistas apoyadas plenamente en la observación participante de nosotras, periodistas, y de quienes día a día se desenvuelven en las salas de emergencia de los ocho hospitales generales de

mayor complejidad de Caracas. Durante los meses de julio y agosto de 2010, pulsamos las condiciones de salud pública existentes en Venezuela, ofreciendo aquí los resultados a través de la metáfora de un examen médico, paso a paso, relatado en las siguientes páginas.

Enero 2011

## Resumen

El Sistema Público Nacional de Salud, contemplado en la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela desde el año 2000, establece el derecho a una salud pública gratuita y en las condiciones adecuadas para todos los venezolanos. Sin embargo, distintas circunstancias que han surgido en el tiempo como inseguridad, deficiencias en la infraestructura hospitalaria, desabastecimiento de insumos y un marcado déficit de personal asistencial, podrían estar deteriorando el precepto de una salud pública justa en Venezuela. A través de observación participante y entrevistas etnográficas aplicadas a médicos, enfermeras, pacientes, autoridades y personal obrero y de seguridad de los ocho hospitales generales tipo IV de Caracas, se explora la situación en el sistema. Igualmente, se proponen soluciones fundamentadas en las necesidades actuales de quienes protagonizan esta problemática, tomando como escenario la atención más crítica e inmediata que ofrece el sistema: las salas de emergencia. Este reportaje interpretativo demuestra, en definitiva, que la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud no se ha logrado, por tanto este contexto irregular no lo ha permitido.

**Palabras clave:** Sistema Público Nacional de Salud, salud pública, salas de emergencia, déficit, insumos, médico, enfermería, asistencial, inseguridad, infraestructura sanitaria, refacciones, hospital tipo IV, Caracas, Venezuela.

## Summary

The National Public Health System, established since 2000 in the National Constitution of Bolivarian Republic of Venezuela, provides the right of a free public health for every single Venezuelan. But this precept could have been deteriorated by some circumstances emerged during the last years, as insecurity, an infrastructural deficiency in hospitals, shortage of medical supplies and a serious lack of medical and nursing staff. This situation is explored with participant observation and the application of ethnographical interviews to doctors, nurses, patients, authorities and some other workers of the eight Type IV general hospitals in Caracas. Taking the Emergency Rooms as the stage of this whole problem, as they concentrate the most critical and immediate attention, solutions are proposed, based on their current necessities. This interpretative report demonstrates that the National Public Health System consolidation hasn't been achieved because of this irregular context.

Keywords: National Public Health System, public health, Emergency Rooms, deficit, medical supplies, doctors, nursing personal, insecurity, sanitary infrastructure, refurbishments, type IV hospitals, Caracas, Venezuela.

## Índice

Introducción	p. 4
1. Examen físico de una sala de emergencia	p. 8
1.1.- Inspeccionando	p. 8
1.2.- Auscultando	p. 30
Pérez Carreño: la espera es larga, pero la atención es segura	p. 30
Hospital Militar: una brigada de pacientes espera	p. 34
El Clínico: “Una bomba de tiempo”	p. 39
Domingo Luciani: “Aquí no referimos pacientes; los recibimos”	p. 44
Lídice: un “provisional” de 40 años	p. 49
Los Magallanes de Catia: “El hospital general del Lejano Oeste”	p. 54
El Algodonal absorbe el agua de lluvia	p. 59
En el Hospital Vargas hay más gatos que especialistas	p. 64
1.3.- Percutiendo	p. 69
2. Pasando revista	p. 71
2.1.- Ser paciente no es fácil	p. 73
2.2.- Personal asistencial: “Trabajando con las uñas”	p. 81
2.3.- No sólo los médicos hacen guardia	p. 110
2.4.- ¿Ya escucharon la sirena?: las autoridades	p. 116
3. Diagnóstico y terapéutica	p. 131

3.1.- Reflexión preliminar	p. 131
3.2.- Conclusiones	p. 133
Referencias	p. 139
Fuentes documentales	p. 139
Fuentes vivas	p. 149
Anexos	p. 153

## Introducción

Caracas, capital de la República Bolivariana de Venezuela y albergue de más de tres millones de habitantes según el Censo Nacional de 2001, cuenta únicamente con ocho hospitales generales de alta complejidad que prestan atención de emergencias a tres niveles: pediátrica, obstétrica y de adultos. Al menos en el papel. La atención de casos críticos emergentes en el Distrito Metropolitano queda en manos de estas ocho instituciones, englobadas en lo que la Constitución Nacional define desde 1999 como el Sistema Público Nacional de Salud.

Para dar contexto a este reportaje sobre la prestación de salud pública, se aglomeran circunstancias políticas, económicas y socioculturales que, en conjunto, afectan la calidad de la atención de salud que reciben venezolanos no sólo de Caracas, sino de todo el país. La red sanitaria metropolitana de alta complejidad es receptora habitual de patologías provenientes de distintos puntos del interior del país. De decisiones tomadas hace cinco años, como el inicio del plan de refacciones para 300 centros de salud, comienzan a surgir consecuencias imprevisibles: hoy en día podemos decir que las remodelaciones inconclusas en al menos cuatro de los ocho hospitales más complejos de Caracas son el epicentro de problemas como inseguridad hospitalaria, colapso de instalaciones y déficit de personal, que reducen prácticamente a la mitad el número de centros de salud plenamente operativos.

No son sólo los ciudadanos quienes padecen las consecuencias de estar a merced de una red sanitaria deficiente. La demorada consolidación del Sistema Público Nacional de Salud afecta también a médicos, enfermeras y autoridades, protagonistas de una problemática que quizá no tiene en prensa una cobertura proporcional a sus dimensiones, pero que vale la pena conocer. La salud es un derecho universal que en Venezuela podría no estarse prestando en las condiciones adecuadas, ante la mirada de muchos y la acción de pocos. En este momento interactúan muchos factores en contra de la unificación absoluta del Sistema Público Nacional de Salud, y aunque el Estado asegura haber comenzado a tomar correctivos en el área –como la puesta en marcha del programa de formación en Medicina Integral Comunitaria–, la complejidad naturalmente inherente al tema de la salud pública se hace manifiesta en un problema multidimensional.

La investigación hemerográfica realizada sobre el tema en medios como *El Universal*, *Últimas Noticias* y la *Agencia Venezolana de Noticias*, en el lapso comprendido entre junio de 2008 y octubre de 2010, permitió la obtención de distintas variables para el desarrollo de la investigación. La prensa de este período reseñó diversas noticias que

ilustran medianamente el panorama actual de la salud, y que se pueden clasificar y agrupar en las siguientes variables: déficit de personal asistencial, remodelaciones, salarios, desabastecimiento de insumos, referencias intrahospitalarias (“ruleteo” de pacientes), inseguridad, modelo de pirámide invertida y sistema de salud paralelo – Barrio Adentro, acción civil y gremial, rotación de ministros de salud y consolidación del Sistema Público Nacional de Salud. En líneas generales, toda la hemerografía del tema abordaba estas aristas, las cuales, entrelazándose, conforman el panorama actual de la prestación de salud pública en el Distrito Metropolitano.

Nos encontramos ante una cadena de acontecimientos que ameritan un tratamiento que debe ir más allá de la descripción que ofrece el reportaje informativo. Por esta razón orientamos esta investigación hacia el tratamiento interpretativo. En ocasiones, como plantea Castejón Lara (2009), no somos capaces de identificar a simple vista temas lo suficientemente complejos para analizar. Sin embargo, cuando colocamos el hecho en su contexto podemos vislumbrar problemáticas que van más allá del suceso en sí. Por ejemplo, en el caso de la situación actual de las salas de emergencia, es posible figurarse cómo el contexto político y social actual podría estar incidiendo en su funcionamiento, desde la óptica de distintos actores que participan y se desenvuelven en ellas.

Este es un estudio periodístico esencialmente cualitativo, que se vale de la aplicación del método etnográfico en la interacción que como observador puede tener el periodista con los distintos actores que se desenvuelven en las salas de emergencia. Es decir, la sala de emergencia –nuestro objeto de estudio– cuenta con actores que le dan vida al contexto en el que se encuentra la salud pública en el país: el personal asistencial, pacientes y sus familiares, autoridades hospitalarias y ministeriales, además de empleados obreros y de seguridad son los mejor calificados para describir las circunstancias que enmarcan la prestación de salud pública en el Distrito Metropolitano.

Para aproximarnos a estos actores y a su contexto, son válidas estrategias metodológicas propuestas en el paradigma cualitativo, como la observación participante y la entrevista etnográfica. Si pensamos en la sala de emergencia como un lugar complejo, como ciertamente es, se justifica la necesidad de obtener la mayor cantidad de testimonios. La intención de este reportaje es ilustrar una realidad mediante una descripción exhaustiva que descarte cualquier posibilidad de imágenes simplistas y unilaterales. Esta descripción emerge de las impresiones de los actores participantes del Sistema Público Nacional de Salud, en conjunción con la trascendencia de la observación periodística en nuestro objeto de estudio.

En este orden de ideas, Pedrosian (2009), propone en su libro *“Los estrategias del Maciel: Etnografía de un hospital público”*, que la salud pública debe abordarse desde el punto de vista de la interacción obligatoria del usuario con el medio –los hospitales–: “Si enfocamos a la salud como objeto de las ciencias humanas, la vemos como un problema de relaciones entre seres humanos y de éstos con la naturaleza; la comprendemos como un problema donde mente, cuerpo y alma están articulados” (p. 2).

Por esa razón, este reportaje interpretativo titulado *Sístole y diástole: latidos de una sala de emergencia venezolana*, pretende darle a un diagnóstico sobre el Sistema Público Nacional de Salud el aporte de la experiencia humana, a partir de una investigación cualitativa con soporte hemerográfico, en un cruce de estrategias metodológicas conocido como triangulación. Lo que se estudia, a fin de cuentas, no es más que la acción e interacción humana en las condiciones que ofrecen estos ocho establecimientos hospitalarios como exponentes del Sistema Público Nacional de Salud; más específicamente en el espacio que comprende la sala de emergencia de un hospital público.

Las salas de emergencia públicas se han convertido en puntos neurálgicos de trabajo que, en la práctica, difieren de la teoría de lo que debería ser un recinto hospitalario. Este contexto podría modificar la eficacia de la atención sanitaria pública del Distrito Metropolitano. Hay que destacar que ellas son el escenario de atención primaria de las especialidades que se consiguen en un hospital: más exactamente, son microescenarios ideales para observar la interacción de las variables ya descritas con el recurso humano del Sistema Público Nacional de Salud y los beneficiarios directos de éste, los pacientes.

Las salas de emergencia dan la bienvenida a cada hospital, desde el escenario más crítico posible: enfermedades, tensión emocional y colapso de capacidad estructural. Por eso son el micromundo que escogimos para retratar la realidad de la salud pública venezolana. Los actores partícipes de ésta le dan voz y vida a los problemas que podrían estarla afectando, y la observación periodística juega un papel fundamental en el diagnóstico y posterior terapéutica –término utilizado en medicina para las recomendaciones médicas ante distintas patologías– que este reportaje pretende brindar sobre la salud nacional.

En conclusión, apelamos a la búsqueda de un equilibrio entre el periodismo interpretativo –que destaca la importancia del periodista como eje central de la historia, al ser su principal testigo y narrador–, y el enfoque etnográfico –que propone a quienes protagonizan el hecho diariamente como el verdadero núcleo de la historia–. Cabe

destacar que el periodista puede apoyarse en el paradigma cualitativo para narrar los acontecimientos que el objeto de estudio protagoniza, desde la visión de éste, logrando así un enfoque más global de la situación.

*Sístole y diástole: latidos de una sala de emergencia venezolana* es el Trabajo Especial de Grado que presentamos como requisito para obtener el título de Licenciadas en Comunicación Social de la Universidad Central de Venezuela. En definitiva, este reportaje interpretativo que presentamos sobre el estado actual de las ocho salas de emergencia de mayor complejidad del Distrito Metropolitano y su vinculación con las actuales condiciones del Sistema Público Nacional de Salud, tiene la intención de mostrar con detalle el panorama de un problema que concierne a todos los venezolanos como lo es la salud pública. Panorama que, partir de esta página, se dibuja por sí mismo a través de las voces de sus protagonistas.

## **1. Examen físico de una sala de emergencia**

### **1.1.- Inspeccionando**

*En medicina, todo examen físico comienza por la parte más elemental: la inspección. Como un médico que, en primer lugar, observa a su paciente detenidamente antes de proceder a utilizar el resto de sus sentidos en el examen previo a un diagnóstico, la labor periodística en este apartado es contemplar de modo general lo que sucede con el paciente, en este caso, las salas de emergencia de los ocho hospitales más complejos del Distrito Metropolitano. La inspección es lo que permite el primer acercamiento entre el médico y la patología de su paciente, por eso Inspeccionando ofrece un panorama general del estado actual del Sistema Público Nacional de Salud y del acceso inicial a la fuente: el Ministerio del Poder Popular para la Salud*

“Son 380 obras en más de 200 hospitales”, anunciaba el presidente de la República Hugo Chávez el 26 de agosto de 2010, en cadena nacional de radio y televisión. Se refería a lo que, desde hace un lustro, se denomina Misión Barrio Adentro III: la refacción y reacondicionamiento de la red hospitalaria nacional. Esta misión, inaugurada en el año 2005, echó a andar un plan de reestructuración hospitalaria bastante severo: paulatinamente, los ocho hospitales más complejos de Caracas –José María Vargas, Miguel Pérez Carreño, Universitario, José Ignacio Baldó, José Gregorio Hernández de Los Magallanes de Catia, Militar “Doctor Carlos Arvelo”, Jesús Yerena de Lídice y Domingo Luciani– vieron desaparecer servicios asistenciales por completo, con la promesa de ser entregados en óptimas condiciones en lapsos de tres a seis meses.

“Eso es Barrio Adentro III, los hospitales grandes, que estamos repotenciando, y los que vamos a mostrar ahorita, dos de ellos. Vamos a hacer dos pases (en vivo) esta noche. En primer lugar, vamos a inaugurar Cirugía de Tórax, en el Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó, en El Algodonal, en Antímano”, continuó el presidente Chávez, desde el Poliedro de Caracas y con el ambiente de los aplausos de un grupo de estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (UNERG). “Eso es un Complejo Hospitalario, un sistema, y una de las unidades que allí funciona es el hospital Simón Bolívar. Allí está una sala de tórax, especializada en esas afecciones respiratorias. El doctor Alí Barrios, director del complejo, se encuentra allá... Nos va a explicar la importancia de esta obra. Ese hospital estaba abandonado, ¡Yo tengo las fotos aquí! Bueno, doctor Barrios, con mis palabras de felicitación hacemos el pase”, anunció el Presidente. A

su lado, la actual ministra de Salud, Eugenia Sáder, buscaba las fotos que solicitaba el Presidente.

En pantalla, la figura de Alí Barrios no demoró en aparecer. Detrás de su humanidad de casi dos metros, se apreciaba con claridad una sala de hospitalización de avanzada: paredes impecables, equipos inmejorables y camas costosas evidenciaban que lo que se estaba inaugurando era un trabajo complejo. La cámara avanzaba con Alí Barrios e iba develando otras camas igualmente en óptimas condiciones, con pacientes sonrientes que sabían que no hablarían con el Presidente, porque ya él había anunciado que la privilegiada sería Arelis Torres, una de las hospitalizadas. Mientras mostraba el panel de código azul dispuesto junto a las salidas de gases medicinales para cada cama, Alí Barrios hablaba. “Presidente comandante, estamos aquí en El Algodonal satisfechos con esta gran obra, comprometidos con esta revolución que piensa en el paciente, en la equidad, en la salud humanizada, en el bienestar social. ¡Y que sepa la gente que El Algodonal es un gran hospital de trayectoria en la parte pulmonar, donde todo es gratuito, de calidad! Presidente, desde aquí vamos a luchar para fortalecer el Sistema Público Nacional de Salud, que es del pueblo, para hacer cada día mejor esta patria bonita”.

De vuelta al Teatro Teresa Carreño, Chávez mostraba en una lámina dos fotografías de un ala del edificio Simón Bolívar del Complejo Hospitalario El Algodonal: “Esto estaba abandonado; y lo hemos venido recuperando en estos años. Aquí están las fotos”. En una gráfica, el antes: un edificio un poco deteriorado, pero todavía blanco, rodeado por abundante vegetación. En el después, el mismo edificio, de blanco límpido y ahora con detalles azules en las cornisas y las rejas de las ventanas. De fondo, la vegetación, un poco más cuidada, más verde, inclusive. Sólo es esta, la vegetación, la única coincidencia con el estado real que presenta El Algodonal en la actualidad: de 14 hectáreas de terreno, con cuatro edificios que fungen como hospitales e institutos independientes, tan sólo un ala del sanatorio Simón Bolívar luce como en la foto. No hay ningún otro edificio blanco en El Algodonal, porque ya eso no es blanco sino amarillo y a veces marrón de puro descuido.

“Aquí se invirtieron 14.000 millones y la sala tiene una capacidad de 43 camas de última generación, todas con sistema de vigilancia integrada para el paciente. No tenemos nada que envidiarle a una clínica privada: el Sistema Público Nacional de Salud se está fortaleciendo... Tenemos un panel de control con todos los sistemas modernos, e internet integrado. Esta es la revolución que queremos, porque estamos comprometidos con la excelencia. Los médicos de El Algodonal queremos calidad y humanidad en la atención al paciente, Presidente comandante”, continuaba Alí Barrios.

A pedido del Presidente, la paciente favorecida, Arelis Núñez –hospitalizada por una inflamación de la membrana pleural–, tomó el micrófono desde su cama para dirigirle un agradecimiento a Chávez: “Debo darle las gracias, Presidente, porque nos estamos sanando. Tengo 20 días aquí y he visto mucha mística y sencillez en el personal. Estamos en un espacio de primera calidad, sin nada que envidiarle a una clínica privada”, dijo. Arelis tenía razón: en los médicos venezolanos la mística está siempre presente, de otro modo, el llamado Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) no funcionaría. No son los sueldos, mucho menos la infraestructura física lo que retiene al personal médico que queda en funciones en la red hospitalaria metropolitana: para comprobarlo, no hay sino que salir de la sala de hospitalización de tórax recién inaugurada en El Algodonal. Al atravesar el umbral y caminar un poco, salta a la vista el abandono que, dicho sea de paso, jamás abandonó a El Algodonal. Sacos de escombros por doquier, paredes con cerámicas despegadas, techos con filtraciones y una maleza desbordada que ávida, muerde a los edificios de este Complejo Hospitalario y los llena de humedad y plaga. Ese es El Algodonal del antes y el después, porque una diferencia sustancial entre ambos momentos quizá sólo sería posible encontrarla en una imagen de la inauguración del Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar, el primer edificio del desarrollo, levantado en la década de 1940. Desde hace años el hospital se encuentra, literalmente, en el piso, y parece que a nadie le ha interesado levantarlo.

“Presidente, necesitamos su apoyo porque queremos reactivar todos los módulos y convertir a El Algodonal en un hospital de punta, de excelencia. El Algodonal quiere ser y va a seguir siendo el mejor hospital del país, porque la revolución así lo exige. Estamos comprometidos con la salud efectiva. ¡Gracias, Presidente!, aquí lo esperamos en El Algodonal, visítenos, que somos un hospital socialista y comprometido con lo que hacemos”, concluyó Barrios. Agradecido, en ningún momento mencionó que se trataba de una obra que debía haber concluido en un lapso no mayor a seis meses, según lo que estipulaban los planes iniciales elaborados por la Fundación de Edificaciones y Equipamiento Hospitalario (Fundeeh), que llevó a cabo los trabajos en todo el hospital. Tampoco especificó que, entre los “módulos” a reactivar cuenta, por ejemplo, el edificio pediátrico Luisa Cáceres de Arismendi, que desmantelaron hace cinco años por “una tubería rota”, luego ingresó al plan de refacciones y hasta 2010 permanece clausurado. El hospital ya no cuenta con servicio de pediatría como antes porque los residentes se marcharon y los adjuntos que quedaron atienden consulta en un pequeño espacio cedido por el Andrés Herrera Vegas, edificio sede de la Unidad Gineco-obstétrica, y que también está en crisis.

## **Un panorama general**

El Algodonal es sólo uno de los integrantes de la red hospitalaria metropolitana de alta complejidad. Junto a él, los hospitales Universitario de Caracas, General del Oeste “Doctor José Gregorio Hernández”, General del Este “Doctor Domingo Luciani”, José María Vargas, Militar “Doctor Carlos Arvelo”, General “Doctor Jesús Yerena” y Hospital “Doctor Miguel Pérez Carreño”, constituyen la totalidad de los centros de salud tipo IV, no especializados, que prestan servicio en el Distrito Metropolitano. Todos estos hospitales fueron incluidos en la Misión Barrio Adentro III y todos, en su momento, han sufrido durante los tres últimos años distintas remodelaciones, la mayoría de ellas no concluidas a la fecha. Los ocho hospitales viven actualmente marcados por frecuentes episodios de inseguridad y han pasado a ser protagonistas de una nueva “modalidad” de crisis sanitaria: hablamos de hospitales sin médicos ni enfermeras. Y aunque en la misma transmisión en cadena, el rector de la UNERG hizo referencia a 5.800 estudiantes de Medicina Integral Comunitaria (MIC), “aprestos para tener en vigor diagnósticos y aprestos para formular la terapéutica médica necesaria en el marco del SPNS”, a diferencia de inaugurar un servicio, estos MIC no pueden simplemente “ser inaugurados” y constituirse a las primeras de cambio en la solución para un déficit de recurso humano tan acentuado como el que puede estar viviendo en este instante el SPNS.

Si bien durante la década de los 90 el déficit de insumos fue una de las constantes en la salud pública nacional, quizá desde hace cinco años este no es el problema más grave que reportan los vectores del SPNS, que son médicos y enfermeras encargados de administrar salud en los hospitales tipo I, II, III y IV en todo el país. Al menos no en el caso particular del Distrito Metropolitano. El SPNS maneja hospitales “intermitentemente dotados”, según el personal asistencial. Las deficiencias se pueden apañar con otras alternativas terapéuticas y hoy en día lo que por muchos años fue un escollo en la prestación de salud pública, no tiene el mismo peso. Un elemento que sí ha tomado importancia en la atención de salud pública en el país es el proceso de remodelaciones simultáneas que permanecen a la fecha inconclusas: servicios completos cerrados e instalaciones abiertas pero afectadas por el desastre de las obras físicas que después de tres años no ven conclusión, generan colapso en la red hospitalaria de alta complejidad.

De los ocho hospitales más complejos de Caracas, solamente tres se encuentran libres de trabajos de gran envergadura. Estos son el Pérez Carreño, el Hospital Universitario de Caracas (HUC) y el Hospital Militar. En el Hospital Domingo Luciani, gotean aguas negras directamente al piso de la emergencia pediátrica. En el Hospital de

Lídice no hay emergencia obstétrica desde hace tres años, la emergencia de adultos no se da abasto aunque está plena de personal y la nueva emergencia pediátrica –la que inauguraría el presidente Chávez en la cadena nacional del 26 de agosto de 2010– tiene graves deficiencias de personal asistencial. En el Hospital Los Magallanes de Catia remodelan hace más de tres años un ala completa del hospital, solamente tienen un quirófano operativo y con deficiencias de mantenimiento y no hay Servicio de Imagenología. La situación del único quirófano y la ausencia de tomógrafo se repite en el Hospital Vargas, con el agregado de que la planta física del hospital prácticamente se desmorona a causa de la humedad y que en la actualidad no tiene condiciones sanitarias adecuadas para recibir pacientes. Tampoco tiene servicio de emergencias este hospital, que es quizá el único que se encuentra en peores condiciones que El Algodonal, el de la Sala de Hospitalización de Tórax recién inaugurada.

El 7 de octubre de 2010, más de un mes después de la cadena presidencial, los trabajadores de este centro de salud manifestaron ante las puertas de su hospital. La causa: las remodelaciones inconclusas. Ante las cámaras de Globovisión, Pablo Zambrano, líder sindical del Vargas, pidió: “Señora ministra, póngale. Nosotros estamos dispuestos, los trabajadores del sector salud, hasta a colaborar, a buscar fórmulas para que los hospitales se recuperen. Estamos dispuestos, si es necesario, a trabajar con el que quiera para recuperar la infraestructura, para colaborar con el que sea. Nosotros queremos que usted entienda que nosotros estamos aquí para trabajar, para garantizarle el derecho a la vida a todos los venezolanos que asisten a nuestro centro a buscar solución a su problema de salud”.

Sin embargo, el estado del Vargas no forma parte de la agenda de salud actual. Si bien hay pomposos despliegues comunicacionales en las reinauguraciones tardías de servicios en otros hospitales (como en El Algodonal, que inauguró su sala de hospitalización obstétrica el pasado 15 de mayo de 2010, o los quirófanos superiores de Lídice, rescatados por Fundeeh luego de 10 años de abandono), la miseria del Hospital Vargas, en toda la extensión de la palabra miseria, no es conocida por muchos.

“Actualmente ejecutamos 20 obras en el Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó. Si hicieran falta obras adicionales dígame, señora ministra, que yo busco los recursos donde sea para acelerar la misión Barrio Adentro III y IV”, respondió el presidente Chávez a la petición de Alí Barrios, de vuelta al Teatro Teresa Carreño. Que en un hospital se ejecuten 20 obras a la vez habla de dos cosas: en primer lugar, de la magnitud de la inversión económica que el Estado dispuso para las refacciones hospitalarias anunciadas

en 2003. En segundo lugar, de una falta de planificación, pues son 20 obras ejecutadas en simultáneo en el hospital, en un lapso de tres años que inicialmente eran tres meses. Como en este hospital, hay 11 obras activas en el Vargas, 7 en Lídice, y 7 en Los Magallanes de Catia. La desactivación de tantos servicios, en tantos hospitales a la vez (la mitad de la red hospitalaria de alta complejidad), generó un caos que ni siquiera el gobierno pudo prever, porque simplemente no hubo planificación, como lo admite el MPPS y como lo admite Fundeeh –ente responsable de la mayoría de las remodelaciones hospitalarias-.

“Señora ministra, cuente con mi apoyo para reacondicionar El Algodonal... Quiero decirle que no puede fallar, hay que retomar las ‘3R’: revisar, rectificar y reimpulsar. La salud socialista es vida para el pueblo”, respaldó el Presidente. Minutos después, anunciaba el pase a la segunda inauguración de la noche: “El Hospital Jesús Yerena, de Lídice. Vamos a inaugurar allí la emergencia pediátrica. Eso fue una transformación estructural, no es que vamos a cambiar unas lozas y pintar unas paredes, no: es la adecuación de aires acondicionados, sistema eléctrico, aguas blancas y servidas. Es todo un sistema... Adelante a la doctora María Eugenia Guédez, directora de este hospital”.

En la emergencia pediátrica del Hospital de Lídice no hay nada de menor calidad que en una clínica privada. En el espacio es visible la inversión, y de no ser porque fue entregada con el mismo patrón de tardanza de tres años en vez de tres meses, podría ser considerada una muestra de la excelencia. “Esta es una hermosa sala, como se puede ver, señor Presidente. Con una inversión de casi tres millardos, entre equipamiento e infraestructura, tiene tres consultorios, área de nebulización, termoterapia, traumashock, lámparas cialíticas, oxígeno, negatoscopios, equipos de ultrasonido y electrocardiograma... Ahora sí podemos atender en una condición digna. Tenemos seis camacunas, dos áreas con incubadoras, dos salas de aislamiento y, como se puede ver, también se pensó en la madre: tenemos unas poltronas para que la madre pueda acompañar y darle apoyo a su bebé en el proceso de hospitalización”, explicaba María Eugenia Guédez a las cámaras mientras mostraba los espacios completamente operativos.

Chávez, complacido, pidió aplausos para la obra y el personal que la inauguraba. “Felicitaciones, entonces. Queda inaugurada la emergencia pediátrica del Hospital Jesús Yerena de Lídice. No es fácil reconstruir hospitales sin pararlos, sino avanzando sobre la marcha. Y estos son hospitales de primera, que no tienen nada que envidiarle a una clínica privada”, aplaudió el Presidente. En el pase, además de la directora del hospital, se encontraba la jefa de enfermeras del servicio y una vocera del Consejo Comunal “El Cañón”, del sector. Al contrario de lo que cabría esperar, el jefe del Servicio de Pediatría y

de la emergencia pediátrica, Manuel Parra, no se presentó al acto. Su negativa se fundamentó en el lapso de tres años que, junto a sus residentes, pasó hacinado atendiendo emergencia y hospitalización en un espacio ínfimo mientras el servicio original permanecía cerrado por remodelaciones. Las forzosas condiciones de trabajo, además de un salario nada proporcional al esfuerzo realizado, llevaron al servicio de 22 residentes a solamente siete en servicio, entre renuncias y vacantes en las postulaciones al posgrado de pediatría de este hospital.

Parra se fue de vacaciones dos semanas antes de la inauguración del servicio y se reintegró un mes después de que éste entró en funcionamiento. “No me sirve de nada ese espacio sin los residentes necesarios para que esté operativo”, había anunciado antes de la inauguración. Y aunque la remodelación, como expresó Alí Barrios, “fortalezca el SPNS”, la explicación de los hospitales socialistas no es la más adecuada: la inauguración –tardía, pero inauguración al fin–, mitiga un poco el colapso físico de la red hospitalaria metropolitana. Con la resolución definitiva de este drama de infraestructura, salarios deficientes, inseguridad galopante e insuficiencia de personal, se consolidaría radicalmente el Sistema Público Nacional de Salud, más que simplemente “fortalecerse”. Manuel Parra, una veintena de médicos y enfermeras, protagonistas de este sistema entrevistados para el presente reportaje, respaldan la idea de que mientras estas condiciones no mejoren, la atención médica prestada en la red hospitalaria metropolitana de alta complejidad –estos ocho centros de salud– no podrá ser la adecuada. Y, por más que ellos mismos crean en él como una excelente iniciativa de la Quinta República, en medio de este caos sanitario no hay Sistema Público Nacional de Salud que valga.

### **“SPNS: evaluación e inversión en los centros de salud”**

En julio, el viceministro de Recursos para la Salud era el médico oncólogo Iver Gil. En aquel momento, Gil atendía su teléfono celular aún sin conocer el número remitente. Así fue como llegamos a él, con una llamada telefónica que, para sorpresa nuestra, culminó en una atenta invitación de su parte a hacerle una entrevista el día 14 de julio de 2010. “Ese día tenemos, un poco después de mediodía, una rueda de prensa con los directivos de los 14 hospitales de Caracas. Si les interesa, se los presento y hacemos el contacto de una vez, después de la entrevista”, dijo por teléfono. Luego, por si fuera escasa la oferta, agregó a modo de explicación: “Es que hay toda una campaña mediática desatada, hay medios que se empeñan en dar a conocer solamente lo malo que está sucediendo en los hospitales y también están pasando cosas buenas. Tenemos los recursos, tenemos misiones. Es bueno

que vengan ustedes para acá, que nos ayuden a difundir lo que verdaderamente está pasando con la salud nacional”.

Bastante puntual, el entonces viceministro nos recibió en la oficina 311 del piso tres de la Torre Sur del Centro Simón Bolívar, en El Silencio, Caracas (sede del MPPS). De aspecto pulcrísimo y voz ecuánime, la conversación con él fluye amena. En su discurso, hechos históricos habitualmente presentes como argumentos del sector oficial contra el sector de oposición al gobierno, como los 40 años de puntofijismo, el paro petrolero de 2002 y las astronómicas cifras de inversión estatal en atención social de estos últimos diez años, cobran un peso implacable, absolutamente convincente.

Para Iver Gil, parte importante de la actual crisis de la infraestructura hospitalaria metropolitana tiene sus inicios en la década de los setenta: “Después de haber consolidado hospitales y servicios en los años sesenta, vino una importante desinversión en salud: no se atendió más la infraestructura existente, se paralizó la inversión en nuevas tecnologías equipos y se desatendió el mantenimiento preventivo, correctivo y operativo de muchos equipos. Esta desinversión propició el surgimiento del sector privado, que no son más que las clínicas”.

Después de este trecho de historia, aparece en escena el SPNS, una innovación de la Constitución Nacional del año 1999. En el artículo 84 de la Carta Magna se especifica: “Para garantizar el derecho a la salud, el estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un Sistema Público Nacional de Salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El SPNS dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad”. Antes de ese momento, nunca antes Venezuela había contado, en papel, con un sistema similar, que fusionara la red hospitalaria del IVSS con la del MPPS y las instalaciones sanitarias del Ministerio de la Defensa. Más nunca fue necesario estar inscrito y cotizar el seguro social obligatorio o ser familiar de algún militar para poder acudir, en Caracas, a los hospitales tipo IV del Llanito (Domingo Luciani), al Pérez Carreño –en El Pescozón–, o al Hospital Militar Carlos Arvelo, de San Martín. Un dato importante es que desde 2002 se han discutido en la Asamblea Nacional 82 anteproyectos de Ley Orgánica de Salud, que precisaría objetivos, funciones y organismos rectores para el SPNS, sin embargo, ninguno ha logrado ser aprobado en ocho años de discusión.

“A partir de la creación del SPNS, comienza la evaluación de los centros públicos de salud y comienza la inversión en ellos. Pero en 2003, después del paro petrolero, la crisis ya existente se agudiza”, explica Iver Gil. En este momento, nace la Misión Barrio Adentro, que poco a poco iría desarrollándose y ampliando su nivel de alcance. En su primera etapa, esta misión estuvo destinada exclusivamente a la estructuración de una red de atención primaria con presencia en todo el territorio nacional. Posteriormente, Barrio Adentro II dio inicio a la construcción y dotación de Centros de Diagnóstico Integral, Centros de Alta Tecnología, Salas de Rehabilitación Integral y Clínicas Populares, para complementar la red adelantada en la primera etapa de la misión. Según Gil, de 4.000 centros de atención primaria existentes en el año 2003, la cifra creció a 10.000 centros operativos en el año 2010. “Lo que pasa es que la gente se ha acostumbrado a la cercanía con estos centros y como que los ha olvidado”, enfatiza.

En 2005 el gobierno nacional lanza al ruedo la Misión Barrio Adentro III, creada específicamente para la repotenciación de la red hospitalaria existente en el país. En una primera fase, estuvo contemplado abarcar casi 80 hospitales. Luego, en el año 2007, se anunció el plan de refacción hospitalaria, ahora sí de lleno, con la intervención de 220 hospitales más en todo el territorio nacional. En este plan no podían faltar los ocho hospitales más complejos del Distrito Metropolitano a ser culminados en el año 2008, lo cual nunca ocurrió.

Además de las remodelaciones en las infraestructuras hospitalarias, Barrio Adentro III estipulaba destinar parte de la inversión a renovar la planta tecnológica de los hospitales nacionales. “Esto a través de convenios internacionales con países como Cuba, Argentina, Nicaragua, China, Rusia y Bielorrusia”, destaca Gil. En julio, el entonces viceministro podía jactarse de que, gracias a estos convenios, su gestión acababa de “dejar a tono” el Servicio de Imagenología del Hospital General del Oeste, en Los Magallanes de Catia. Sin embargo, a esta fecha, este servicio –que surte a todo el hospital– continúa cerrado, esperando su apertura. Aún faltan algunos trabajos de reacondicionamiento de la estructura física del servicio: “Todavía tenemos que acondicionar los espacios para que los equipos queden completamente operativos”.

Sin embargo, aunque Iver Gil está consciente del “problema” en el que se transformó la refacción simultánea de más de 200 hospitales en todo el país, para él el peor problema que padece ahora el Sistema Público Nacional de Salud y que ha recibido más “ataques mediáticos” es la disminución de la oferta médica especializada. Esto es, la falta de personal médico en los distintos centros asistenciales públicos: “Las

universidades, sobre todo las autónomas, no adecuaron la formación académica de personal en relación con la infraestructura médica que se desarrolló en el país”, acusa.

En este contexto, Gil considera lógica y plausible la solución propuesta por el Estado, que no es otra sino la implementación del programa de formación de Médicos Integrales Comunitarios (MIC): según sus cifras son 8.600 los estudiantes de esta carrera que actualmente se encuentran en quinto año, esperando graduarse en 2011. En Caracas, sólo cuatro hospitales generales de alta complejidad (El Algodonal, Domingo Luciani, Magallanes de Catia y Lídice) han recibido a estos estudiantes para la realización de su internado rotatorio. Pero la realidad es que estos jóvenes están siendo preparados, en teoría, para prestar servicio en la red primaria de atención (ambulatorios, ambulatorios rurales y módulos de Barrio Adentro), por lo que no constituyen realmente una solución al déficit de especialistas que mencionaba Gil y cuya gravedad sólo constataríamos después en hospitales como el de Los Magallanes de Catia, Universitario, El Algodonal y Vargas.

“También estudiamos ahora la estrategia de formación de especialistas. En la provincia hay muchos médicos a los que les es muy costoso venir a Caracas a hacer postgrado. Hemos visto disminuir a Caracas como cantera de formación de médicos”, explica Gil. Sólo se entiende la magnitud de esta afirmación al conocer a alguno de los residentes que se forman actualmente en cualquiera de estos hospitales. Un ejemplo podría ser Juan Carlos Hernández, residente de primer año del Servicio de Gineco-obstetricia del Complejo Hospitalario El Algodonal y quien proviene del estado Guárico. “Cuando yo llegué aquí, la convocatoria a este posgrado prometía de todo: vivienda, bono de alimentación, condiciones de trabajo excelentes... Y después con el tiempo vi que me habían engañado”, explica.

Hernández vive en una habitación en la residencia de unos familiares, en Charallave. Con los 2.500 bolívares que recibe mensualmente las tiene difíciles para comer, ayudar en su vivienda y mantener a un hijo que tiene en Guárico. La prometida residencia que encontró en el Complejo Hospitalario, donde puede pasar guardias de 36 horas por jornada dejaba mucho que desear: el lugar destinado para su descanso diario y estudio, no era sino una habitación originalmente diseñada para dos camas, ocupada con dos camas tipo litera y una fila de aproximadamente seis casilleros para el uso diario de los residentes. La ventilación del cuarto estaba parcialmente obstruida por uno de los casilleros que alcanzaba la ventana, en medio del “apretuje” de la habitación; esto hacía más fácil que el sudor se acumulara en el ambiente y en los vencidos colchones de las literas, y con el tiempo, pudiera respirarse en el aire en la forma de un desagradable olor.

Más allá, el baño de la residencia tampoco facilitaba las cosas: un sifón tapado se transformaba en una erupción constante de aguas negras que se mezclaban con el agua blanca de la regadera, goteando persistentemente hasta finalmente rebasar el tobo dispuesto a sus pies y comenzar a derramarse por todo el piso sin encontrar escape, más que piso mohoso y con manchas de óxido. Al final, a él y a cualquier residente que quisiera todavía bañarse ahí, no le quedaba sino montarse sobre un banquito reposapiés dispuesto dentro de la ducha para no tener que pisar el charco y así disminuir el riesgo de contraer alguna infección.

Escenarios como éste, aunados a la grave problemática salarial, podrían definitivamente ser una explicación a la ausencia de postulantes para los distintos postgrados que dicta la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV), a través de los hospitales docentes. Especializaciones como Neonatología, Pediatría y Anestesiología se quedaron sin inscritos, llevando a medidas drásticas como el cierre de la Unidad de Terapia Intensiva neonatal del Hospital de Los Magallanes de Catia, por falta de especialistas y adjuntos para atenderla. En este mismo centro, la falta de personal obligó a los residentes de Medicina Interna a redistribuir su trabajo para poder pasar tiempo tanto en la emergencia como en el servicio en sí –lo que es llamado “piso” por el personal asistencial–: esto ha dejado prácticamente paralizada la atención en la sala de emergencias del hospital más grande del Oeste caraqueño, que ahora sólo cuenta en esta área con una residente del servicio de Cirugía que debe estabilizar a buena parte de los pacientes y referirlos verbalmente, o pedirles que esperen a los residentes de medicina interna para que sean atendidos, porque como ella misma dice, “legalmente, no puedo asumir responsabilidades de otros postgrados, porque si pasara algo con el paciente, la culpa sería mía, que sólo quise ayudar”.

Pero, para Iver Gil, estas cosas “a veces se presentan como ‘lo malo, lo que dejaron de atender y ha disminuido’, pero no es algo solamente inherente al sistema, sino que hay que ver que la formación académica no es de un año para otro, son necesariamente tres años de posgrado. Estamos buscando estrategias en función de eso”. Y las estrategias hasta ahora han sido más bien experimentos. De la idea aplicada, por ejemplo, en el Hospital Vargas, de trasladar a los médicos residentes provisionalmente al Hospital Militar para completar allí los servicios deficientes, sólo quedaron irregularidades administrativas –el Hospital Militar no pudo asumir los pagos de estos especialistas, y el Vargas tampoco podía hacerlo siendo que no operaban en su planta– y protestas estudiantiles que obligaron a las autoridades a devolver el personal al hospital ubicado en San José. Eventualmente los cursantes del Posgrado de Cirugía en este hospital fueron reubicados

en otros centros, pero siguiendo los procedimientos completos tras haberlo ellos solicitado, pues las condiciones del nosocomio (la ausencia de quirófanos adecuados, por ejemplo) les impedían asumir la carga práctica de su formación. Sin embargo, Gil asegura que la estrategia ha sido efectiva en los periféricos y las maternidades capitalinas, centros que no se incluyen en esta investigación.

Otra salida ideada por el MPPS, como explicó Gil, ha sido la de “importar” médicos de otros países, interesados en ejercer en Venezuela. Según el ex viceministro, la estrategia funcionó en el hospital de Cúa que, después de una inyección de personal cubano, reabría como un materno infantil. “Esta alianza también está vigente para surtir otros hospitales, pero Cuba tampoco tiene tantos médicos como para traérmolos todos para acá. Hasta donde se ha podido, han enviado especialistas. Y ahora estamos captando a los que están egresando de nuestras universidades, igual que especialistas en otros que no estén trabajando allí, estamos llamándolos para saber si quieren trabajar aquí”, explica. Y aunque confiesa que “no podemos confirmar fechas o cifras de personal”, ya hay especialistas dominicanos, ecuatorianos y bolivianos ejerciendo funciones, por ejemplo, en el Hospital Militar.

“Hay que recordar que esta crisis no es solamente en Venezuela, también se ha dado por ejemplo en España; generalmente en Europa las condiciones de trabajo son mucho más severas que en Venezuela. Aquí se trabaja más fácil y se vive más económico que allá. Pero la crisis se ha acentuado porque crecimos mucho, con todo el plan Barrio Adentro y no tenemos todos los médicos necesarios para todos estos centros abiertos”, concluye.

Los intentos subsiguientes de conversar de nuevo con el viceministro Iver Gil no fueron tan exitosos como el primero. A los días, el nombramiento del actual director del Hospital Universitario de Caracas, el doctor José Vladimir España, como viceministro de Redes de Salud, lo aclaró todo. En esos momentos de transición entre cargos, la comunicación puede fácilmente entorpecerse.

### **En espera del día que el SPNS esté en manos de venezolanos**

España dice que la condición que se le exigió para entregarle el viceministerio fue la obligatoriedad de despachar desde la dirección del HUC. El ‘ascenso’, por así llamarlo, no lo relegó de sus funciones originarias como director de este hospital. Por esos días, a finales de julio, acababa de ocurrir un atraco a mano armada en el piso siete, Servicio de

Otorrinolaringología. Los estudiantes de cuarto año de la escuela de medicina Luis Razetti se encontraban en clases, cuando llegaron dos personas vestidas con el uniforme del personal obrero del hospital, armados. Inmediatamente sometieron al curso, cargaron con celulares y dinero. Salieron de la edificación por la puerta de entrada. Ya no había remedio, pero el doctor España no podía descuidar su cargo de director en medio de un problema así, que despertó de inmediato todos los cuestionamientos posibles sobre la seguridad en el hospital, en varias asambleas estudiantiles y de personal.

Pero la inseguridad del HUC no fue el tema que conversamos con España en esa oportunidad, porque se trataba de una entrevista a un viceministro bastante accesible y no al copado director del hospital más grande de Caracas.

España es de los que, como Iver Gil, piensa que las remodelaciones en la red sanitaria ciertamente han afectado a todos los hospitales de Caracas, incluyendo el suyo, aunque actualmente no se estén realizando trabajos de mayor envergadura en él. “Es cierto que aquí ya no tenemos obras en ejecución. Tampoco en el Militar, Pérez Carreño ni Domingo Luciani. Pero todos los movimientos de obras afectan a los cuatro hospitales, porque ellos deben recibir la carga sanitaria de la ciudad, mientras concluyen las obras en otros centros”, afirma. Esta situación es particularmente notoria en el Hospital Universitario y en el Pérez Carreño, que poseen las salas de emergencia más avanzadas existentes en el país a la fecha, pero cuya calidad de atención está mermada por la saturación de pacientes que padecen, aunada, en el caso del HUC, a un grave déficit de residentes que complica aún más las cosas.

Para España, un problema grave como el que se presenta actualmente en El Algodonal –que en niveles prácticos ya no puede considerarse un hospital tipo IV, pues realmente no presta atención en todas las especialidades que ofrece–, tiene su fundamento en otras razones, nada vinculadas al grave deterioro físico que, entre remodelaciones inconclusas y falta de mantenimiento, muestra este hospital que sirve a las comunidades de Carapita, Antímano y El Algodonal.

“Ese hospital fue construido para el tratamiento de enfermedades torácicas y pediátricas. Con el transcurso de los años y como pasó con el HUC (que inicialmente no atendía emergencias), se fue transformando en otro hospital, prestando atención gineco-obstétrica, entre otras especialidades. Pero probablemente la idea ahora sea rescatar el origen de ese hospital para convertirlo a mediano plazo en un complejo hospitalario como fue en sus inicios, que atienda a pacientes con otro tipo de complejidad y no como se tiene actualmente: atendiendo funciones para las cuales no se hizo”, explica. Hay que reconocer

que el crecimiento desorganizado de la metrópolis hizo que esto sucediera no sólo con este hospital, concebido en la década de 1940, sino con todos los hospitales de Caracas. De la red hospitalaria caraqueña inicial, los únicos hospitales diseñados para atender emergencias eran los Periféricos de Catia y Coche, el Pérez de León y el antiguo hospital de Salas, que por su ubicación (en los extremos de la Caracas anterior a 1960), eran útiles como hospitales de choque. Mientras tanto, la Maternidad Concepción Palacios y el hospital J.M. de los Ríos, se especializaban en emergencia obstétrica y pediátrica, respectivamente.

Pero con el pasar del tiempo, todos los hospitales generales tuvieron que adecuarse a las necesidades de una ciudad con aproximadamente seis millones de habitantes, cifra que casi duplica a la población total de Venezuela en 1940 (3.7 millones de habitantes). Como el mismo viceministro España reconoce, “aquí hubo un cambio de patrón importante”: todos los hospitales del Distrito Metropolitano, especializados o generales, cuentan hoy en día con atención de emergencia, sirviendo a populosos sectores, exceptuando los casos en los que condiciones como falta de personal, de insumos o deficiencias en la infraestructura lo impiden. De hecho, el hospital más joven de Caracas, el Domingo Luciani –que data de finales de la década de 1980–, fue construido bajo el criterio de la necesidad de prestar atención en emergencias, y como tal cuenta con un espacio para este fin específicamente. Pero España piensa que no sólo El Algodonal, sino todos los hospitales que se “desvirtuaron de sus funciones iniciales”, deberían pronto volver a sus orígenes.

La idea de España implicaría desaparecer las salas de emergencia del hospital Vargas, del HUC, y del Complejo Hospitalario El Algodonal. Esta idea también podría interpretarse, si de regresar a las funciones originales de cada centro hospitalario se trata, como la necesidad de que el Hospital Militar vuelva a brindar atención exclusiva al cuerpo castrense y que tanto el hospital Pérez Carreño como el Domingo Luciani reciban únicamente a cotizantes del IVSS, porque así fueron pensados inicialmente. La dedicación actual del gobierno al levantamiento de nuevos hospitales especializados (la misión Barrio Adentro IV), como el caso del Hospital Cardiológico Infantil “Doctor Gilberto Rodríguez Ochoa”, podría tanto fortalecer la tesis de España –en caso de que se levanten tantos hospitales como especializaciones médicas existen y cada uno atiende emergencias únicamente en su área–, como invalidarla, si no es esta la situación y, al contrario, impide la construcción de más hospitales generales con atención de emergencias para las zonas que quedarían desabastecidas de materializarse su propuesta.

Más allá de estas proyecciones, el viceministro España comparte con Iver Gil la visión de una solución a la crisis hospitalaria metropolitana, a mediano plazo. “Hay que reorganizar la atención sanitaria en la ciudad y eso es fortalecer el sistema Barrio Adentro y la red de atención primaria”. Esto se lograría a través de la incorporación de los MIC al nivel primario: “Cuando se gradúen, ellos van a reemplazar a los cubanos que tenemos ahora ejerciendo la medicina en el sistema Barrio Adentro”. Por eso, explica que el internado rotatorio y las pasantías médicas de estos estudiantes, no se hacen en hospitales complejos sino en la red primaria, “porque para ella es que se están formando”.

Sobre la política de “importación” de médicos extranjeros, aparte de los cubanos –a los cuales defiende sin titubear–, España aporta un dato nuevo: parte de la finalidad de esta iniciativa, además de surtir de residentes a los hospitales, es también “ayudar a países muy pobres, como Bolivia o Nicaragua”, a formar especialistas. Un paliativo, si se piensa que, tarde o temprano, estos médicos regresarán a sus países de origen. La reflexión final del viceministro para este proceso inicial de auscultación de las salas de emergencia capitalinas es que la actual política del MPPS y suya propia, como viceministro de Redes de Salud, espera que “tarde o temprano sólo los venezolanos manejemos nuestro sistema de salud”. Una idea justa y necesaria, pero que con base en lo que han sido hasta ahora las soluciones y resoluciones del ministerio en materia de salud, parece estar bastante lejana a materializarse.

### **Fundeeh está en guerra**

Llegar a Fundeeh es más fácil de lo que podría pensarse. Sólo hay que anunciarse en la planta baja de la Torre Sur del Centro Simón Bolívar y tomar el ascensor hasta el piso siete. Allí queda la presidencia de la Fundación de Edificaciones y Equipamientos Hospitalarios (Fundeeh), una oficina que, por ejemplo, un miércoles –día de audiencias– está atestada de visitantes que pueden esperar todo el día por una entrevista con la ingeniera Carmen Espósito, su presidenta.

Por la mínima recepción de la oficina, pueden desfilan tanto ingenieros contratistas, como integrantes de consejos comunales, directivos de hospitales o, por qué no, periodistas. Es necesario anunciarse y esperar a que la ingeniera se desocupe un poco para recibir al que desee hablar con ella. Siguiendo este procedimiento, nadie advertiría que se trata de una fundación que “está en guerra”. Eso a menos de que, antes de acudir directamente a la presidencia, se dé una vuelta primero por el piso seis, donde funcionan

algunas de sus dependencias, relacionadas directamente con el levantamiento de obras. Allí es bastante difícil obtener algún tipo de información, más allá de la hora y el estado del clima, porque sobre el seguimiento de las obras, montos en ejecución e inversión en equipamiento para alguno de los más de doscientos hospitales que se encuentran en remodelación desde el año 2007, bajo la dirección de Fundeeh, nadie dice nada. Y eso sin saber que están hablando con dos periodistas.

“Espérense un momentico, ya voy a traer al que puede hablarles sobre eso”, anuncia un funcionario del Departamento de Electromecánica, después de saber que la “preguntadera” es para un “trabajo de investigación académico”, sin ahondar en que se trata de un reportaje, o nada parecido. Después de esperar algunos minutos, sale de una puerta al fondo de una oficina en apariencia vacía, un hombre mayor, probablemente ingeniero, probablemente de mayor jerarquía que el que salió primero a recibirnos. Con paso firme y tono amenazante, suelta la pregunta de bienvenida: “¿Qué es lo que ustedes quieren saber?”.

Al conocer el motivo de nuestra visita, la respuesta es un escueto “aquí no podemos hablar de eso”. Sorprendentemente, después de la sequedad inicial todavía caben explicaciones como “lo tenemos prohibido”, “aquí no manejamos esa información” y “suban un piso y vayan directamente a hablar con la presidenta, la ingeniera Espósito, que ella sí está autorizada”. Parece que la hostilidad se apacigua un poco en el ingeniero cuando escucha el nombre de la Universidad Central de Venezuela, porque su hija es ucevista, y porque él mismo se graduó ahí. Pero de todos modos, el trato tiene que ser directamente con la presidenta, sin excepción.

A punto de subir al piso siete, nos alcanza de nuevo el primer hombre, el del Departamento de Electromecánica. “Muchachas, es que tenemos prohibido dar esa información”, se excusa, un poco apenado. De repente, la cara se le ilumina y parece gustoso de poder ayudarnos, con una solución que aparentemente acaba de llegarle a la mente: “O bueno, ¿Mejor por qué no van a los hospitales, que ahí hay unas pancartas bien grandes que dicen Fundeeh y que explican las obras que se están haciendo? Así es más fácil, eso está ahí, en todos los hospitales”. Se refiere a las vallas que adornan los trabajos de remodelación. Después las veríamos, aunque no para tomar información de ellas, sino porque obligatoriamente en cada hospital de los ocho que visitamos hay al menos una o dos que, con generosos montos y complejas descripciones, anuncian con bombos y platillos que la “revolución” llegó al sector salud.

En el Hospital Universitario de Caracas (HUC) hay una de esas vallas, bastante grande, que se encarga de recordarle a la gente que la pequeña pero impecable área de emergencia que desde hace un año y medio ostenta este hospital le costó al Estado más de 12.000 millones de bolívares. En el Hospital de Lídice hay otra que, refiriéndose al renovado Servicio de Oftalmología, apela a la Misión Milagro. La del HUC se mantiene en buen estado, no dice en ningún lado que los trabajos duraron más de un año a pesar de que su conclusión había sido prometida para tres meses. En el Hospital Vargas hay otra valla en la parte trasera de la emergencia. Parece que el clima tuvo la decencia de derribarla hace ya algún tiempo –no es mucho lo que en ella puede leerse a causa del óxido que la viste–. Abajo la valla, es más fácil no pensar en que las remodelaciones de esta área están paralizadas después de tres años de haber sido iniciadas. Tres años, el mismo tiempo que tardó en construirse el hospital completo, entre 1888 y 1891.

Las vallas no son la respuesta más idónea si de una investigación periodística se trata. Por eso, le explicamos al señor que subiríamos a hablar con la ingeniera Espósito, o al menos a intentarlo. “Sí, de verdad que es lo mejor –explica, mirando al techo de cielo raso–, porque aquí, en los techos, hay micrófonos y cámaras, y si ven que uno anda hablando mucho...”, explica, pero no concluye la frase. El resto se entiende.

La ingeniera Espósito es bastante cordial. Después de la espera de seis horas para poder hablar con ella, al menos es cordial. “Ustedes no son de Globovisión, ¿verdad?”, pregunta. Y la pregunta es en serio, porque pronto nos dice que, aunque seamos estudiantes, podríamos también ser pasantes de Globovisión. “Ustedes entenderán que estamos en guerra”, dice. Tiene la mesa llena de papeles, pero la oficina está bastante limpia: tiene aire acondicionado y las paredes están perfectamente frizadas. Todo un contraste con, por ejemplo, la sala de parto de la emergencia obstétrica del Complejo Hospitalario El Algodonal, que a pesar de ser un espacio quirúrgico, no cuenta con un aire acondicionado que funcione y las cerámicas –material prohibido en salas quirúrgicas, según convenios internacionales– se están cayendo de sus paredes a pedazos.

Todo el proceso de remodelaciones y reacondicionamiento llevado a cabo en seis de los ocho hospitales más complejos de Caracas –Hospital Universitario, El Algodonal, Vargas, Lídice, Militar y Los Magallanes de Catia– corre a cuenta de Fundeeh (los otros dos hospitales, el Domingo Luciani de El Llanito y el Pérez Carreño, son reacondicionados por la Gerencia de Mantenimiento del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, IVSS). Esta fundación es, en esencia, el brazo ejecutor del MPPS para las más de 100 obras que actualmente se mantienen abiertas en diez hospitales de Caracas: su creación ocurrió en

noviembre del año 2006 y desde ese momento hasta febrero de 2010 estuvo presidida por los distintos ministros de turno. Fue en esa fecha cuando, tras la advertencia del presidente Chávez de que la salud estaba en emergencia, llegó a dirigirla la ingeniera Carmen Espósito. Dato importante, considerando que desde el primer momento la misión de Fundeeh no fue otra sino comandar y ejecutar las remodelaciones estructurales y tecnológicas de los establecimientos de salud –un hecho en teoría pertinente a un ingeniero o a un médico– pero durante más de dos años esta labor descansó en manos de militares ocupando cargos ministeriales.

Carmen Espósito aplaude, entonces, la decisión que en febrero de 2010 tomara el entonces ministro del Poder Popular para la Salud, Luis Reyes Reyes, de inaugurar mesas técnicas (constituidas por médicos e ingenieros) para discutir y acelerar los trabajos que durante tres años han tenido paralizada la atención en zonas críticas como la emergencia y quirófanos del hospital Vargas, la emergencia pediátrica y la morgue del Complejo Hospitalario El Algodonal, así como los quirófanos del hospital de Lídice. En la emergencia pediátrica de este nosocomio y la emergencia del Hospital Universitario, estos trabajos –ya culminados–, mantuvieron por más de dos años no paralizada sino limitada la atención al paciente por razones de espacio físico. Aunque los servicios fueron cerrados, la atención se desplazó a otras áreas, como por ejemplo los servicios de Pediatría y Medicina Interna de ambos hospitales, congestionándolos y dificultando la atención en ellos normalmente prestada.

Esta es sólo una parte muy pequeña del panorama que actualmente presenta la infraestructura física de los ocho establecimientos de salud más complejos del Distrito Metropolitano: la demolición y levantamiento de más de cien obras en diez hospitales aparentemente no correspondió a un “plan de refacción”, por el mismo asunto de la ausencia de mesas técnicas que previeran los efectos caóticos que podía tener esta idea. En palabras del ex viceministro de Redes de Salud, el doctor Iver Gil, “en 2007 esta estrategia de reacondicionar hospitales nos trajo los problemas que tenemos ahora. Los recursos se utilizaron para iniciar varias obras a la vez, y ahí comenzó la crisis, pues los procesos de refacción de las infraestructuras hospitalarias son muy complicados, porque son construcciones complejas. Además, está la eventualidad de que estos hospitales están funcionando. Tenemos también lo difícil que fue trabajar en todos los hospitales simultáneamente y muchas cosas a la vez. Esto nos trajo como consecuencia que los hospitales disminuyeran un poco su capacidad de atención, que algunos pacientes fueran referidos a otros centros y dando la impresión de que estamos abarrotados, porque un

hospital que atendía antes con 700 camas ahora lo hace sólo con 300, mientras las otras 400 camas esperan a que se remodelen los espacios”.

Conversar sobre estos temas con la ingeniera Espósito no es fácil. La clave para ir abordando puntos álgidos es, precisamente, la entrevista que días antes nos concedió el doctor Iver Gil, que para ese momento todavía era viceministro de Redes de Salud. Es una cuestión jerárquica: es más fácil hablar de “remodelaciones simultáneas” como un error si otro de los ‘cuadros’ del ministerio –probablemente uno más alto– ya lo hizo. La verdad es que la información que ella suministra es bastante optimista y hasta creíble en el contexto en el que dice las cosas: la impecabilidad del despacho de Fundeeh es capaz de aislar de la realidad que se ve en los hospitales. Allí no hay paredes mohosas, ascensores poco confiables o techos que, literalmente, se están cayendo. Espósito realmente cree en la contraloría social para los trabajos que ella dirige y no duda en afirmar que los ‘defensores de la salud’ (integrantes de los consejos comunales) están “pendientes de las obras, y en lo que ven fallas, nos avisan con un mensaje de texto”.

Es que la gravedad de las remodelaciones simultáneas sólo se puede apreciar personalmente, viendo cómo estos ocho hospitales tipo IV, aun cuando lo tienen prohibido por norma, terminan refiriendo a los pacientes, pues su capacidad operativa está mermada a causa de los distintos servicios que, en uno o en otro, no están funcionando. En la actualidad, los hospitales que no contra refieren a sus pacientes de emergencia son los dos que pertenecen al IVSS y el Hospital Militar, que depende del Ministerio del Poder Popular para la Defensa. El resto de estos centros tiene obligatoriamente que referir a los pacientes de emergencia para que sean atendidos, bien sea por las remodelaciones –que hacen colapsar los servicios– o por falta de personal asistencial o déficit de insumos, como se verá más adelante.

De resto, la ingeniera sólo pudo advertir la complejidad del caos al regirse por la lista de obras que maneja. Este archivo en su computadora da cuenta de las 71 obras en diez hospitales que resultaron ‘favorecidas’ para su pronta conclusión, bajo el primer crédito adicional aprobado en 2010 para la red hospitalaria capitalina, con montos aprobados por obra y por hospital. De este listado, la ingeniera nos facilitó durante la reunión una parte, no sin antes detenerse a analizar las cifras que nos entregaba en el caso del Hospital Militar, y decidir, tijera en mano, recortar una parte del documento, porque “estamos en guerra y esos números están muy feos”. Al final, nos entregó cuatro páginas de información, más una tira de papel del tamaño de un talonario con las dos obras que nos autorizó a conocer del Hospital Militar, ambas terminadas y entregadas: el

reacondicionamiento de la Unidad de Diálisis y Nefrología, y la instalación de cuatro lavamanos quirúrgicos, no se sabe en qué servicio.

Según este listado, solamente en el Complejo Hospitalario El Algodonal, llegaron a ejecutarse simultáneamente 20 obras. En tres años, de estas 20 obras sólo se han inaugurado seis: el ala izquierda de Hospitalización del piso uno, Servicio de Gineco-obstetricia en el edificio del hospital materno, los servicios de Neonatología y Banco de Sangre en este mismo edificio, las calderas del complejo, el piso dos de la Unidad de Rehabilitación de Consulta Externa y, el último en entregarse, en cadena nacional de radio y televisión el pasado 26 de agosto: el Servicio de Medicina I, específicamente la Sala dos de Hospitalización de Tórax, en la planta baja del edificio Simón Bolívar. Entre las 15 obras que quedan pendientes cuentan, por ejemplo, el reacondicionamiento del sistema de aguas claras de la maternidad; morgue, cocina y lavanderías del edificio Bolívar y cocina del materno.

Eso en el caso de las obras que se están realizando, pues los médicos del complejo han denunciado reiteradamente que los trabajos del edificio pediátrico se encuentran paralizados desde el mismo instante en el que se inhabilitó la estructura. El director de este centro hospitalario, Alí Barrios, afirma que a estos trabajos específicamente “todavía les falta”, pero al pasar por el edificio y ver el estado de la estructura, sin ventanas, con la fachada tan deteriorada y sobre todo sin movimiento de obreros en su interior, es fácil concluir que a estos trabajos lo que les falta, precisamente, es comenzar.

## **En pañales**

La presidenta de Fundeeh es autocrítica con el tema de las remodelaciones y admite que “había que organizarlas”. Todo era simplemente sentarse un equipo de médicos e ingenieros a planificar. Antes, el ministro de turno era el presidente de Fundeeh. Y ese era el problema. ¿Tú crees que un ministro, con todos los problemas que tiene, se va a sentar a planificar?”.

Con la llegada de Espósito al despacho de Fundeeh, el problema se ha asumido con nuevas políticas que han dado resultados parciales. Desde febrero y como explica el ex viceministro Iver Gil, “la estrategia para la acometida de los hospitales es ir terminando todo lo que tenemos comenzado, antes de ir abriendo nuevos frentes”. Esto después de una sucesión de mesas técnicas que ayudaron a Fundeeh a esclarecer un poco el turbio panorama, aportando datos vitales como los criterios de priorización necesarios para,

paulatinamente, garantizar la atención crítica de todos los hospitales desarmados. Es así como, en primer lugar, Fundeeh ha centrado esfuerzos en quirófanos, terapias intensivas y salas de emergencia, así como en el apoyo a estos servicios –como redes eléctricas y de aguas blancas y servidas–. Espósito afirma que el factor médico es lo que define la priorización de áreas a reacondicionar por hospitales es el conocimiento de los médicos en cuanto a las necesidades de cada centro. Si no tomas en cuenta a los médicos para planificar, pasa lo que pasó con todos estos hospitales.

Este año se han entregado algunas obras, no sólo en el Complejo Hospitalario El Algodonal sino también, por ejemplo, el sistema eléctrico y la terapia intensiva del hospital Vargas, el Servicio de Oftalmología y la nueva emergencia pediátrica del Hospital de Lídice, además de la visible prosecución de algunos trabajos como en el piso seis del Hospital de Los Magallanes de Catia. “Ahora tenemos un norte, y para allá vamos: esperamos concluir este mismo año las obras, si Dios quiere”, asegura Carmen Espósito.

Pero parece que no todo depende, precisamente, de que Dios quiera que se le dé punto final a este ‘cangrejo’ que, por ejemplo, mantiene inoperativa el ala Oeste del Hospital Los Magallanes de Catia, además del Servicio de Imagenología y el aire acondicionado de la emergencia de este mismo centro. Después de observar el estado actual de estos seis hospitales cuyas remodelaciones dependen de Fundeeh, no es osado pensar que está bastante lejos la meta que tiene planteada esta fundación, si ya transcurre el último trimestre del año y todavía no se entregan la mitad de las obras en curso. Ya en octubre de los trabajos de la emergencia del Hospital Vargas nadie sabe nada, ni siquiera el personal de este hospital. Por ejemplo los bomberos metropolitanos mantienen la norma tácita de no llevar enfermos o heridos en situación complicada a este hospital, porque simplemente “no los van a recibir”. En los Magallanes de Catia sigue siendo necesario enviar a los pacientes de la emergencia a hacerse tomografías y estudios de imagen en centros privados o, con suerte, en la Clínica Popular de la avenida Sucre, porque aunque han escuchado insistentemente que imagenología está pronta a ser inaugurada, después de seis años esperando, ya los médicos del servicio no tienen mucha fe en las promesas.

“El plan es sentarnos a reunir todos los pedacitos que habían roto antes. Como armar un rompecabezas de la red hospitalaria”, es toda la explicación de Espósito para lo que se tiene planteado para solventar la crisis. Sus críticas se dirigen a la falta de organización y a la estrategia de trabajo de Fundeeh, antes de su llegada. También de planificación económica: “El problema fue que iniciamos un plan muy ambicioso, pero que

no tenía el apoyo financiero para ser culminado: había un gran pote de dinero, pero sin planes tampoco puedes calcular y nadie se percató de que no les iba a alcanzar para todo”. Sin embargo, se mantiene optimista; piensa que tres años de atención en salud deficiente por fallas graves en la infraestructura sanitaria son un “aprendizaje” para la fundación, que “apenas está naciendo y está en pañales”.

No sólo Fundeeh está en pañales: el avance de buena parte de las obras reflejadas en el listado de control de Fundeeh, al menos en dos hospitales (José María Vargas y El Algodonal), también lo está. Y aún cuando los estándares recomiendan que los bebés dejen el uso de pañales al cumplir 24 meses de edad, los trabajos de remodelación de la infraestructura hospitalaria en Caracas tienen ya más de tres años. Aún así, todavía caben explicaciones de Carmen Espósito. “De aquí acaba de salir la directora del Hospital de Coche, donde echamos a perder unas cosas y estamos tratando de corregírselas. Sólo podremos decir que Fundeeh ha acertado cuando hagamos planes y los sigamos”. Son 36 meses y contando.

## **1.2.- Auscultando**

*El término clínico hace referencia a la acción que lleva a cabo el médico cuando con el estetoscopio escucha atentamente los latidos del paciente. La investigación etnográfica nos permitió ser partícipes de la dinámica que se gesta en las salas de emergencia de los ocho hospitales tipo IV del área metropolitana.*

*Sin más que un oído bien afinado y la observación etnográfica como herramientas, pudimos recoger información valiosa que se tradujo en los latidos o vivencias que a continuación son presentados, en parte, de manera narrativa, con el fin de transmitir en este reportaje lo que se vive en una sala de emergencia. Además, de cómo la rutina que en ellas se articula es clave importante para comprender su funcionamiento y contribuye, de igual manera, para aproximarse a los problemas que hoy enfrenta*

### **Pérez Carreño: la espera es larga, pero la atención es segura**

El hospital Miguel Pérez Carreño, fundado en 1970, se encuentra en la llamada Vuelta el Pescozón, en el sector Bella Vista de la Parroquia Antímano, Distrito Capital. Este centro de salud, adscrito al IVSS, sirve a los sectores populares ubicados al suroeste de la capital por ser, en términos prácticos, el hospital de mayor complejidad cercano a zonas como La Yaguara, Carapita, Mamera y las comunidades populares en ellas asentadas (Barrios Santa Ana, Las Clavellinas, El Refugio, La Redoma, La Acequia, El Carmen, Vuelta del Fraile, Buena Vista, Párate Bueno y Los Manguitos, entre otros).

La emergencia del Hospital Pérez Carreño fue remodelada hace tres años. En julio del año 2007, cuando fue inaugurada, se convirtió en la sala más grande y mejor equipada del área Metropolitana. Al presente año, sigue siendo la emergencia que ofrece mayor capacidad de atención, pero parte de los equipos que la catalogaban como “la emergencia de punta”, están dañados. El tomógrafo, por ejemplo, no funciona desde hace un año y, recientemente, se sumaron a la lista el resonador y dos escáneres. Sin embargo, sigue siendo la sala de emergencia con mayor alcance: aproximadamente 700 pacientes diarios y 15.000 mensuales, según relata Juan Pinto, residente del posgrado de cirugía plástica.

Debido a la afluencia de personas, quienes acuden para ser atendidos por triaje saben que deben esperar. “Aquí te atienden bien, pero hay que esperar mucho”, dice una señora que espera en uno de los 73 asientos que comparten la antesala a la emergencia de adultos y la emergencia pediátrica. Se trata de un área amplia, se aprecia no sólo en el espacio donde están ubicadas las sillas, sino también donde llegan las ambulancias: siete unidades de atención móvil están estacionadas y el hospital no se siente todavía

abarroto. El lugar está rodeado por árboles y es quizá lo que contribuye al desahogo. Esto no oculta las siete ambulancias estacionadas, ni las 73 sillas ocupadas. Por el contrario, es fácil concluir que la situación en el espacio cerrado que constituye la emergencia es otra.

Cuatro militares de la reserva, uno en cada módulo de admisión (pediátrico-adulto) y dos en la zona donde se estacionan las ambulancias, permanecen atentos custodiando el perímetro. Los dos que se encuentran afuera mantienen una conversación desde hace rato. Sin mirarse a la cara, pues no dejan de girar la cabeza en actitud vigilante, se logra apreciar lo que fue el fin del diálogo: “Yo se los he dicho, el que se viene para acá sabe lo que le espera. Aquí hay que estar pendientes. Uno no viene a dormir parado, sino a estar atentos; no se sabe cuándo es que llega algo complicado. Quédese aquí, yo me voy para aquel lado”, señalando con su boca hacia el otro extremo del punto donde estaban ubicados, se retira uno de los reservistas.

Ese señalamiento es de fácil comprobación. Además de los cuatro funcionarios de la Guardia Nacional, dos vigilantes resguardan la entrada de cada una de las emergencias y dos más entran y salen constantemente. Aquí ninguno de los que cumple con funciones de seguridad está sentado. Uno de los vigilantes, un joven de 21 años, que forma parte del equipo interno del hospital, solicita frecuentemente a los acompañantes que despejen el área, pues no sabe cuando llega otra ambulancia. “Ahorita en la mañana se trabaja más tranquilo. Hay que estar ‘pilas’, pero es más tranquilo. En la noche es que ya el ambiente se pone tenso, después de las seis de la tarde. Lo que pasa es que a esa hora también llegan más militares y policías que nos ayudan. De viernes a domingo, en la tarde, hay aquí 15 Guardias Nacionales, diez policías y nosotros que somos diez vigilantes de seguridad preventiva”.

Lo que quiere decir que, cada día durante el fin de semana, 35 personas resguardan la seguridad en la emergencia del Pérez Carreño. Según el joven vigilante esa es una cifra que se mantiene, pues en un lugar como éste “no se puede trabajar sin ese apoyo”. “Ya yo voy a cumplir aquí tres meses y el promedio que yo he sacado es de cinco a seis heridos por arma de fuego en un día del fin de semana, y el domingo lo podemos cerrar con un total de 15 personas que ingresaron por tiros o por puñaladas”.

Juan Pinto resume esta situación diciendo que la emergencia de este hospital es “una emergencia de guerra” y añade: “La violencia se ha incrementado, no nos vamos a engañar, aquí se multiplican los heridos por armas. La mayoría viene para acá porque la zona en la que estamos ubicados ha crecido también en índices delictivos y este es el

hospital más cercano y mejor dotado. Aunque también llegan muchos heridos de otras zonas como El Valle y Coche. Otra situación que colapsa esta emergencia son los politraumatismos como consecuencia de accidentes en moto. ¡Eso ya puede constituir un problema de salud pública!”.

La sala de emergencia del Pérez Carreño tiene capacidad para más de 60 camas, entre la atención a adultos, pediátrica y obstétrica. Un sábado de quincena, aproximadamente veinte personas, entre médicos y enfermeras, trabajan sin cesar en el servicio: todo el mundo tiene algo que hacer, sobre todo si hay pacientes recibiendo tratamiento incluso en los pasillos. Adentro hay camillas que pertenecen a las ambulancias estacionadas afuera. “Si cuando traemos a una persona no hay camas disponibles, la atienden en la misma camilla que la ingresamos y nosotros tenemos que esperar a que nos la devuelvan”, relata Nelson Pérez, quien forma parte del cuerpo de bomberos del Distrito Capital. Y sí, en el lugar hay cuatro camillas que no han sido devueltas a las unidades de atención móviles correspondientes, pues los pacientes están recibiendo en ellas tratamiento intravenoso.

La sobredemanda deriva en que pronto, por ejemplo, la cama 20 se transforme en la cama 20 A, para que una camilla a un lado del estar médico sea la cama 20B. Después de la sala de emergencia, se extienden blancos pasillos que comunican áreas independientes como sala de yeso, nebulización, sala de parto y emergencia pediátrica, todas bien delimitadas y equipadas. Los denominadores comunes para todas las áreas son los pisos de cerámica pulida, las paredes impecables y los aires acondicionados plenamente operativos. La única mácula es el bullicio que producen quienes atienden y quienes son atendidos, también las eventuales gasas tiradas en el piso de la sala, una falla comprensible en un día que los heridos politraumatizados son la prioridad de la jornada.

Sin embargo, uno de los residentes del posgrado de traumatología, sostiene que aun cuando no es quincena quienes trabajan en el hospital deben hacerlo en esas mismas condiciones. “Uno tiene que acostumbrarse porque el ritmo de trabajo aquí y en otros hospitales es acelerado. La sala de emergencia no está hoy así porque sea quincena o porque sea sábado. De los hospitales públicos este es el mejor y por eso la gente viene para acá. Tenemos que sumar también las referencias; el Hospital Clínico y el Militar nos refieren muchos pacientes. Uno de nuestros problemas y, que es algo que hace que tengamos camas ocupadas, es que entre la solicitud del material quirúrgico y la entrega, se tardan mucho, por eso nos tardamos, los médicos, en pasar a los pacientes al pabellón.

También necesitamos más enfermeras, tenemos un alto déficit, eso es un problema, pues son ellas las que nos apoyan”.

En el Hospital Miguel Pérez Carreño, diariamente, esas 73 sillas que hay para esperar afuera de la emergencia, están ocupadas. Los pacientes prefieren esperar en vez de iniciar lo que sería un periplo por los demás hospitales del área metropolitana.

## **Hospital Militar: una brigada de pacientes espera**

El Hospital Militar “Doctor Carlos Arvelo” se encuentra en la urbanización San Martín. Desde el final de la avenida José Ángel Lamas, su dirección oficial, los balcones de este edificio de dos alas tienen vista a la concurrida avenida San Martín. Fundado en 1972, este hospital de 900 camas presupuestadas, es uno de los centros de salud de alta complejidad más grandes de la ciudad. Aunque fue concebido como un hospital de atención exclusiva para integrantes de las Fuerzas Armadas Nacionales y sus familiares, actualmente se encuentra abierto a todo el público. Sin embargo, continúa adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Defensa.

“¡Por orden de llegada, por favor!” Así recibía guardia la enfermera, aún con un bolso en la espalda y una cartera en el hombro. Mientras cruzaba la sala y se ubicaba detrás de la taquilla, seguía repitiendo la frase e incrementando los decibeles al pronunciarla. Aquello ya no sonaba a una solicitud meramente organizacional, sino a un regaño dirigido a quienes, desde las 6 de la mañana, se aglomeraban frente a la taquilla. “¡Cómo que por orden de llegada! Nosotros ya estamos por orden de llegada”, refutaba un señor mientras que, con los pies anclados a su lugar en la cola, movía el torso y unas radiografías de un lado a otro de manera desafiante hacia la enfermera. Sin poder dejar de contornearse y pronunciar palabras, la increpó una vez más:

–Quien tuvo problemas con lo de llegar fue usted. ¡Mire la hora que es! Está llegando muy tarde como para que nos esté regañando, ¿no le parece?

–No puedo hacer nada –le respondió sin el mayor rasgo emotivo: plano y escueto.

–¿Cómo que no puede hacer nada? Le voy a decir lo que puede hacer: ¡puede llegar temprano! Desde las 6 de la mañana estoy acá. Si soy yo quien llega tarde a mi trabajo, me devuelven.

El señor, con el cuerpo pegado a la taquilla de atención y con evidentes ganas de atravesar el vidrio, le ofreció a la enfermera una lógica solución:

–¡Llegue usted también temprano a su trabajo!

–Ajá, el primer paciente –hacía el llamado como si aquellas frases antes pronunciadas se dirigían a otra persona.

–¡Ah, no, pues! Ahora, así, sin dar los buenos días siquiera y con desgano empieza a llamar a los pacientes. ¡No te digo yo! En vez de llegar jalando bolas, llega regañando. Así

sea por decencia, señorita, invéntese algo: “Mi mamá no había llegado y no podía dejar a los niños solos”. ¡Cualquier cosa!

Se pudiera pensar que el Hospital Militar, por pertenecer al Ministerio de la Defensa y, en principio, haber sido concebido sólo para prestar atención a los militares y sus familiares inmediatos, no presenta problemas como lo son la congestión de sus áreas críticas y el déficit de personal. Sin embargo, desde que este hospital recibe a cualquier persona que necesite atención médica, sin importar que no tenga carrera militar o esté vinculada directamente a este grupo, comenzó a sufrir males como el colapso de su sala de emergencia: se amplió el alcance de la institución, pero no se le hizo frente con una ampliación evidente.

De hecho, Elaine Gavidia, emergencióloga del hospital desde hace un año, sostiene que la estructura física debe crecer con la población a la que progresivamente se alcanza. La población crece. “Los niños que hace diez años pertenecían a la parte pediátrica son ahora nuestros pacientes en esta área de adultos. Hay que pensar también en quienes vienen del interior. ¿Y quienes no quieren ir a otro hospital del área metropolitana y vienen a éste? ¿Y quienes se mudaron? Esta zona, como verás, ha crecido mucho. En fin, todo se trata de planificar y esta emergencia se nos está quedando chiquita”. Aunque para el hospital quizá sería ideal que Fundeeh incorporara un proyecto de ampliación, que incluya la remodelación de su servicio de emergencia, no existe esta iniciativa en el plan vigente de refacciones hospitalarias; afortunadamente, pues el contexto actual de la red hospitalaria metropolitana, colapsada por remodelaciones simultáneas, no podría permitirse lo que el ex viceministro Iver Gil llamaría “la apertura de un nuevo frente”.

Debido a que se trata de un hospital militar no llegan casi heridos por armas de fuego. Luis Cressa, residente del posgrado de Cardiología, apunta que las emergencias de ese tipo son más filtradas que en otros hospitales. “Sí llegan, como también llegan emergencias para el área de traumashock, como accidentes de tránsito, pero no en el mismo volumen como quizá llegan a otros centros hospitalarios que se ven colapsados por estos casos”. No obstante, al hospital acuden emergencias desde tempranas horas de la mañana para garantizar que alrededor de las 8 de la mañana hayan sido atendidos: ¿cultura hospitalaria?

–Mira, yo te digo algo: yo me vine desde las 6 de la mañana porque mi mamá pasó toda la noche con dolores de pecho. ¿Cómo es posible que sean las 8 y pico y no me la han atendido? –me dice, con los brazos cruzados la señora Isoli, mientras alza la cabeza como

quien busca y busca con la mirada un médico, pero sabe que todavía hay que esperar un poco.

-¿Y esto ha sido siempre así? -le pregunto.

-¡No, mi vida! -todavía, a pesar de la espera, es capaz de responderme con amabilidad.

-Esto antes no era así. Claro, mi hermano es militar, por eso traigo a mi mamá para acá, porque y que me la atienden más rápido por ser socia.

-Pero ahora reciben a cualquier paciente, ¿no?

-Sí, claro, por eso te digo, ahora reciben más, y eso está bien, lo que no está bien es que hay pocos médicos, como te dicen allá adentro, -alza la cabeza y señala con la boca al vigilante que va llamando a los pacientes delante de una puerta cerrada-. Ese señor que tú viste gritando no es el único que está molesto. Toda esta gente que está aquí en esta salita llegó también desde las 6 de la mañana, y allá afuera ni te cuento, ¡debe haber un gentío! ¿Y qué te dicen? "Si quiere espere, sino va a otro hospital".

-¿Y se va a ir a otro hospital?

-¡No, mi amor! ¿Cómo me voy a ir? Yo sé que aquí tengo que esperar a que los médicos se desocupen, pero yo sé que, así sea tarde, me la atienden. ¿Qué sé yo con qué me salen en otro hospital? La cosa está muy fea como para andar averiguando en cuál te reciben y en cuál no. Yo espero aquí -dice, mientras llama a su mamá de un grito para que se siente en una silla que se liberó-. ¡Mamá, múdese para acá! Aquí hay una silla, espere ahí.

Y sí, esperaron. Aproximadamente 40 minutos después llamaron a la señora. La enfermera detrás de la taquilla copia los datos y ahora la llama el vigilante que controla la puerta, el mismo que le dijo que allá adentro había pocos médicos, por eso había que esperar. Quienes deben esperar para ser atendidos se van acomodando, si hay espacio, en una sala que no tiene más de 12 metros cuadrados y tan sólo unas seis sillas. Un militar custodia la entrada a esa sala y, cuando adentro se han aglomerado más de 30 personas, solicita que "se esperen afuera". La gente hace caso omiso y prefiere esperar, compartiendo hombro con hombro y desahogando la molestia. El militar no insiste, pero impide, trancando la puerta que alguien más ingrese: "Esperen afuera, más nadie me pasa".

Lo que separa esa pequeña sala de del área de atención es una puerta y el vigilante que va llamando en el orden que le dicta la enfermera detrás de la taquilla. Después de esa puerta: el área de atención. La doctora Gavidia acota que esa emergencia tiene una sala que otros hospitales no tienen en lo que es propiamente el área de emergencia. “Tenemos una sala que no debe estar en el servicio de emergencia. Aunque no se trata de una sala de hospitalización hay pacientes que, aun sin estar hospitalizados, pasan en el área más de 24 horas, situación que no es normal. Todo paciente que ingresa a una emergencia no debe durar más de 24 horas, si dura más de eso hay que hospitalizarlo en el servicio que sea más indicado para él. ¿Qué pasa? A veces no hay capacidad en los servicios y retenemos al paciente ahí, en observación. El problema es que hay pacientes que pasan tres o cuatro días ahí... eso no está bien”.

Este colapso que se vive en la sala de emergencia del hospital, Cressa lo atribuye al problema general que hay en la red de atención primaria. “Sucede que la red no está funcionando; muchas cosas que pudieran ser resueltas en un ambulatorio terminan llegando a estos hospitales tipo IV, como éste, y lo que hacen es sencillamente congestionar el servicio. Además de congestionarle y trabarle el camino a pacientes que sí lo necesitan, colapsan la emergencia. Por eso, cuando llega un caso que sí amerita ser tratado en un hospital tipo IV, la emergencia está full de pacientes que potencialmente pudieron ser resueltos en un ambulatorio. El que va a una emergencia tiene que esperar debido a esa afluencia de pacientes”.

La sala de emergencia del Hospital Militar fue remodelada en 2006, por lo que escapa al caos de las refacciones simultáneas. Reequipada con nuevos implementos de avanzada, la sala sigue siendo pequeña para la población que recibe, pues no se le hicieron reestructuraciones físicas. Exceptuando algunas remodelaciones menores, el hospital se mantiene en buenas condiciones, no sólo de infraestructura sino de orden público. La antesala a la emergencia es quizá el único espacio que no es del todo alcanzado por el estricto orden militar: las áreas críticas siempre son más proclives a la impaciencia de los pacientes. Pero de resto, desde el sótano –donde funciona la consulta de los servicios de Cardiología, Urología y Otorrinolaringología– hasta los pisos de hospitalización, el nosocomio funciona con la parsimonia de una clínica privada.

Quienes esperan en el Hospital Militar suelen vérselas más fáciles que los que esperan en salas de emergencia de otros hospitales. Este centro, amplio y organizado, cuenta con extensas áreas verdes e instalaciones en buen estado, como por ejemplo, varios cafetines comparables a los que se encuentran en una clínica privada. Fuera de la sala de

espera de la emergencia, se organizan en hileras casi una treintena de asientos debajo de un toldo, de modo que sólo esperan parados dentro de la sala quienes piensan que así ejercerán presión para ser atendidos pronto. Avances como estos contrastan con detalles como la existencia de un único y mínimo baño para el servicio, con una poceta a la que le falta el asiento y la tapa del tanque. Además, una puerta sin cerradura deja ver lo que sucede entre las cuatro paredes del sanitario. Esperar en el Hospital Militar podría ser un poco mejor. Sobre todo si inevitablemente hay que esperar.

–¡Mira, ya le hicieron la evaluación a mi mamá! –dice Isoli mientras se hace espacio entre la gente para salir de la sala de 12 metros cuadrados.

–¿Ya se van?

–¡No! Si ahora me dicen que el examen que necesita no se lo pueden hacer aquí. Que se lo haga en una clínica y vuelva con los resultados. Voy a llamar a mi hermano para que nos venga a buscar.

Adentro, en el área de atención, quedó la mamá de Isoli esperando que la vengan a buscar porque en estos momentos no tienen material para hacer ese examen.

## **El Clínico: “Una bomba de tiempo”**

El Hospital Universitario de Caracas (HUC) reside desde 1956 –año de su inauguración– en la Ciudad Universitaria de Caracas, campus de la Universidad Central de Venezuela. Inicialmente concebido como un hospital docente, con el paso del tiempo añadió a su oferta de servicios la atención en emergencia pediátrica, obstétrica y de adultos, en una infraestructura originalmente no planificada para ello. El HUC, prácticamente posicionado en el centro geográfico de la ciudad, sirve a sectores residenciales como Los Chaguaramos, Santa Mónica; San Pedro; a sectores populares como El Valle, Coche y El Cementerio; a las zonas comerciales de Plaza Venezuela y Sabana Grande, siendo en la actualidad centro de referencia nacional.

“El Clínico es como si juntaras el hospital Domingo Luciani y el Pérez Carreño”, sugiere su director, José Vladimir España, para ilustrar la capacidad del que, efectivamente, es el hospital más grande de Caracas. Si para calificarse como de alta complejidad, un hospital debe tener 300 camas, el Hospital Universitario de Caracas –su nombre oficial– tiene 1.100. Por su tamaño, entre otras cosas, es que es un hospital de características distintas a las de otros integrantes de la red hospitalaria metropolitana: el HUC, en primer lugar, es un hospital autónomo. Aunque dependiente del MPPS, el Universitario recibe directamente su presupuesto anual y lo administra en función de sus requerimientos, sin mayores trámites.

En segundo lugar, su condición de hospital docente. Distinto al resto de los hospitales generales tipo IV, el HUC forma estudiantes de medicina de la UCV desde el pregrado, condición compartida con el Hospital Vargas, aunque éste no se encuentre actualmente en condiciones para ejercer como centro docente. Por esta condición, no es arriesgado afirmar que el HUC funciona gracias a la labor de sus estudiantes. En posgrado, solamente, son 400 residentes que forman parte de la plantilla asistencial de este hospital, según cifras de su director.

En tercer lugar, su ubicación. Enmarcado en la Ciudad Universitaria de Caracas, el HUC se encuentra en un ambiente que, contradictoriamente, lo hace más inseguro. Preceptos como la autonomía universitaria y la prohibición de ingreso de armas al campus literalmente obligan al hospital a contar únicamente con sus funcionarios internos de seguridad, excluyendo el eventual apoyo que cuerpos policiales o Guardia Nacional pudieran prestarle para combatir la inseguridad. La delincuencia, en cambio, no conoce la autonomía universitaria. Al Clínico como también es llamado–, ingresan a diario armas, se

cometen robos y el personal asistencial teme constantemente las agresiones de las que pueden ser víctimas durante el ejercicio de su trabajo.

La inseguridad, junto a la sobredemanda de pacientes, son los problemas más graves de este hospital, como lo reconoce su director. Estos dos factores suelen venir ligados. “Yo terminé el posgrado y la inseguridad me corrió del hospital”, explica Eibys Reyes, pediatra quien se desempeñó como residente en el hospital hasta febrero de este año. Una vez concluida su formación, decidió marcharse del Universitario por la alta inseguridad que en él se vive: la cercanía con zonas rojas como El Valle, Coche y El Cementerio, favorece que a la emergencia de este centro lleguen regularmente heridos de bala o de objetos punzopetrantes, sobre todo los fines de semana. Especialmente durante estos días la sala se colma de grupos de usuarios que exigen, a como dé lugar, ser atendidos pronto. Y no siempre es posible complacerlos.

Jhony Pantoja es vigilante del HUC desde hace tres años. Una o dos veces a la semana, le toca la puerta externa de la sala de emergencia. Allí funge de “filtro” ante la multitud que pretende ingresar a la sala permanentemente: sentado en una silla, la frase que más repite en un día de guardia es “Señor, ¿Qué desea?” o “¿Qué le pasó al paciente?”. Allí escucha la explicación que, la verdad, le es indiferente, porque como él mismo asegura, “Esta es una emergencia y aquí no se le niega el paso a nadie”. La única barrera entre la realidad de la Ciudad Universitaria y la vulnerabilidad de la emergencia del Clínico es un detector de metales que tampoco ha podido evitar que ocasionalmente entren personas armadas al servicio, amenazando al personal médico para ser atendidos, indiferentemente de si se trata de un balazo o de una gripe.

“A nosotros llegan demasiados pacientes con fiebre y moco, a cualquier hora. Eso es lo que hace colapsar la emergencia. ¿Qué hace un residente manejando a las 3 de la madrugada un cuadro febril, estando completamente agotado, cuando eso se puede atender en el día en un ambulatorio? Es muy injusto”, argumenta Eibys Reyes. Estos casos acumulados en una emergencia pediátrica que tan sólo cuenta con tres camas y dos incubadoras, son puestos en espera mientras se manejan casos de mayor gravedad, que siempre hay en una sala de emergencia. “Es entonces cuando viene la agresividad, porque no entienden que estamos ocupados con emergencias reales. Se entiende que toda madre cree que el malestar de su hijo es una emergencia, pero hay una red ambulatoria a la que acudir, y los pacientes no hacen uso de ella. Por eso colapsa el hospital”, asegura Reyes.

De aquí se derivan las historias que regularmente publica la prensa sobre la inseguridad en el recinto hospitalario. Los vigilantes confiesan haber tenido que sacar en

varias oportunidades al personal asistencial después de encierros por horas en las residencias, ante las amenazas de pacientes y sus familiares para recibir atención lo más rápido posible. Pocas personas están en capacidad de comprender el reducidísimo tamaño que tiene la emergencia de este hospital, nada proporcional a las 1.100 camas que tiene para hospitalización: únicamente 17 camas posee la emergencia de adultos. Es que el HUC no fue concebido como un hospital para brindar atención de emergencias; sin embargo, recibe más de doscientos casos al día en una sala modelo, un calco de la del hospital Pérez Carreño aunque de dimensiones mínimas. Pero no todo el mundo entiende eso.

“Esta emergencia es como una bomba de tiempo. De repente puede estar tranquila, pero en un minuto esto se llena y llegan seis o siete emergencias a la vez, y ahí se pone difícil la cosa”, explica el vigilante. Según su experiencia, los pacientes se molestan si no hay cupo, se molestan si la sala está saturada y deben pasar sin acompañante, y se molestan si se les pide que despejen la puerta de entrada, porque se trata de un servicio de emergencias y es necesario que el acceso esté libre ante alguna eventualidad. Rodolfo, supervisor nocturno de seguridad del HUC desde hace 27 años, afirma que, como vigilantes, prefieren que sea el médico quien informe a los pacientes cuando deben ser referidos, cuando no hay insumos, o cuando no hay capacidad para recibirlos. Y eso, para la doctora Eibys Reyes, es terrible: “Decirle a alguien ‘tiene que esperar’ es horrible, porque no sabes lo que viene después de eso”, explica.

La emergencia no colapsa únicamente por su tamaño y la sobredemanda. La situación se acentúa si, como ahora, hay déficit de residentes en posgrados cruciales como medicina interna y emergenciológica. Una situación que el doctor España, director del HUC, asegura que se debe a un “estricto reglamento interno” establecido en los posgrados: “Entre los residentes se imponen reglas de trabajo extremas. Por ejemplo, no pueden dormir o comer durante sus horas de trabajo. Ellos mismos fijan sus reglas, es una estructura vertical que va de los residentes de tercer año hasta los de primero, y luego, cuando el residente de primer año pasa a segundo año, cobra venganza aplicándole la normativa a los nuevos ingresos. Por eso renuncian a los posgrados, o simplemente no se postulan”, teoriza. Aunque episodios como estos sí suceden, sobre todo en el posgrado de medicina interna, personal asistencial del HUC niega que esa sea la razón por la que faltan médicos para atender en la sala de emergencia. Detrás de la deficiencia podría haber un abanico entero de explicaciones.

“A veces llegan los heridos, y detrás de ellos bandas armadas persiguiéndolos para rematarlos. Muchas veces los pacientes son el enemigo que se les escapó. Por eso, a la

emergencia llegan a terminar el trabajo mal hecho: asesinarlo”, como explica Giovanni Provenza, estudiante de sexto año de la Escuela de Medicina Luis Razetti de la UCV, y externo del hospital. Provenza da fe del déficit de residentes en la sala de emergencia, particularmente en especialidades como medicina interna y traumatología. Atribuye esta situación al problema salarial que actualmente vive el sector salud aunado a la inseguridad que, una noche, lo obligó a él y a un grupo de tres compañeros más de pregrado a esconderse en una de las residencias cuando recibieron a un paciente sin vida y tuvieron que comunicarle a sus familiares la noticia. “Les dijimos que ya no había nada que hacer. Ahí mismo nos mostraron la pistola y tuvimos que correr a escondernos”, asegura.

“En la emergencia pediátrica agreden los acompañantes, nunca los pacientes”, explica Eibys Reyes, quien asegura que, para evitar la ira del usuario al ser referido, reciben pacientes para estabilizar hasta en sillas de la sala de espera. Las dos camas de traumashock no pueden ocuparse con pacientes en observación –deben estar disponibles para pacientes politraumatizados–, y sin embargo, ante la presión del público, “hemos llegado a utilizarlas”, asegura. Todo se agudiza en horas críticas: “A las tres de la madrugada la emergencia se queda sin vigilancia. No sabemos por qué, pero a esa hora los vigilantes desaparecen de la sala”, observa Reyes, quien, junto a sus compañeros, denunció varias veces ante el director del hospital este problema. Mientras el cuerpo de seguridad no reconoce esta situación, España asegura que el HUC no puede habilitar más camas, pues la mayor parte del presupuesto se va en los “pacientes no programados, los de la emergencia”.

El colapso es evidente. A mediados de septiembre de 2010, la emergencia pediátrica pasó varios días cerrada por falta de cupos. Los pacientes con casos severos de dengue copaban el servicio. El anuncio lo hacía un cartel pegado en la puerta de entrada, que permanecía cerrada, con las luces internas apagadas. Ni vigilantes ni médicos explicaban las circunstancias, sólo se atendían emergencias de adultos y obstétricas, entrando por la puerta de acceso interno del hospital. Durante el año 2010, estudiantes de pregrado voluntariamente asumieron algunas guardias nocturnas para cubrir el déficit de residentes en el servicio de medicina interna. Entre ellos Provenza, quien afirma que conformaban un grupo de más de 10 externos: después de la noche que tuvieron que esconderse para no ser lastimados, los voluntarios se redujeron a cuatro, que culminaron en agosto sus actividades en el hospital. De nuevo puede agudizarse el problema.

Sin embargo, el personal del HUC reconoce las virtudes de este hospital, por eso no dudan en posicionarlo sobre otros integrantes de la red hospitalaria de alta complejidad

capitalina. Quienes hacen vida en el Clínico alaban su pulcritud, su “excelente docencia” y la atención que presta “a pesar de los pesares”, como dice el supervisor, Rodolfo Díaz. Casi sin déficit de insumos, Giovanni Provenza afirma que inclusive la sobredemanda de pacientes es un conflicto “manejable”. El único problema de gravedad que le quedaría al hospital es la inseguridad, justamente el que hasta ahora no vislumbra solución, más que ocasionales asambleas del personal hospitalario para discutir la situación. Eibys Reyes, después de tres años como personal activo del hospital, se atreve a describir el drama en sus propias palabras: “El Clínico funciona muy bien durante el día, hasta que oscurece. El verdadero problema del hospital comienza cuando llega la noche. Y, lamentablemente, todo día tiene su noche”.

### **Domingo Luciani: “Aquí no referimos pacientes; los recibimos”**

El Hospital General del Este “Doctor Domingo Luciani”, perteneciente a la red de atención del IVSS, es el más joven de Caracas. Construido en El Llanito en 1987, el hospital más al Este del Distrito Metropolitano sirve al sector de Petare, el segundo más populoso de América Latina; urbanizaciones como El Llanito, La Urbina y La California, todas con considerables desarrollos comerciales y a otras zonas periféricas como Caucagüita, Mariches, Guarenas y Guatire (Edo. Miranda). La ausencia de centros de salud de alta complejidad en poblados como Caucagua e Higuerote, convierten automáticamente al Domingo Luciani en receptor de casos provenientes de esas localidades, pues es en sentido Este-Oeste el primer hospital de Caracas.

La sala de emergencia del Hospital Domingo Luciani es sumamente pequeña, contradiciendo al monstruo de edificio que la alberga. Con capacidad para 600 camas, servicios que van desde Medicina Interna hasta Cirugía Maxilofacial, Cirugía Bariátrica y Oncología Pediátrica. Su emergencia cuenta apenas con ocho camas, dos sillas para atender a los pacientes y un banco largo de cemento, similar al de una plaza, para que quienes vayan llegando puedan esperar allí sentados a ser atendidos. El servicio está permanentemente copado. A veces con pacientes en observación que no pueden ser trasladados a piso, desde que las remodelaciones en el servicio de medicina interna redujeron a la mitad las camas operativas. Por eso, hay un hombre mayor que se encuentra sentado en el banco, con el concreto de la pared como respaldo. A su lado, un microgotero del que pende una bolsa de suero fisiológico. Al no haber una mejor opción, le toca recibir hidratación allí, en la contingencia del cemento, mientras se desocupa alguna de las camas o sillas.

–Todo el que se siente ahí, lo puyo y lo mando a hidratar –exclama con voz enérgica y la jocosa residente de guardia, Mildred Lima, invitando así a depurar el banco de acompañantes. En estos momentos, los puestos en el asiento son, técnicamente, sillas de hospitalización.

En el estar de enfermeras, que no es tal, sino un escritorio de oficina, la técnico cardiopulmonar de guardia explica que “no puede dar entrevistas, porque justo en frente nos pusieron una cámara para evitar eso”. Lo dice casi en un susurro y sin ver mucho la pared al frente. El personal de la emergencia pediátrica afirma que esas cámaras están conectadas a unos monitores en la dirección del hospital. Comentan que el director, el doctor Alexis Parra, “persigue” a los que se atrevan a dar declaraciones a la prensa. Parece que ya ha pasado antes.

-¿Usted es paciente? -pregunta la residente de la emergencia de adultos a un hombre que, entrando a la sala, pretende sentarse en el banco. Cuando el hombre le explica con un gesto que es el acompañante de la mujer que tiene al lado, la residente responde: "Entonces es ella la que se va a sentar, por favor".

A pesar de sus reducidas dimensiones, ambas emergencias reciben permanentemente pacientes referidos. Una adjunta de la emergencia pediátrica, que no da su nombre por el mismo asunto de las cámaras, enseña con frustración una carpeta marrón que almacena más o menos una resma de papeles maltratados: son las referencias que reciben, en su mayoría provenientes de módulos de Barrio Adentro y CDI de toda Caracas, Guarenas, Guatire, Higuerote y Caucagua. Todas elaboradas en los formatos médicos pertenecientes a cada centro. En cambio, en la emergencia pediátrica del Domingo Luciani, los médicos deben escribir récipes de productos farmacéuticos e indicaciones en blocks cortesía de los laboratorios. Nadie recuerda ya cuándo los surtieron de papelería para algo tan básico como una receta médica. Los visitantes médicos, que conocen las circunstancias de trabajo del hospital, llevan al servicio este material de cortesía, así como muestras médicas, que los residentes clasifican y almacenan en gabinetes bajo llave en la residencia, para asistir a los pacientes, que suelen no tener cómo proveerse el tratamiento.

Lo curioso es que casi todas las hojas de referencia tienen escuetas explicaciones como "cefalea", "vómito", "irritación de garganta", "diarrea", "plaquetas bajas". "En un Barrio Adentro esos médicos cubanos no saben ni siquiera que, hoy en día, plaquetas bajas quiere decir dengue. ¡Ni un dengue pueden diagnosticar! Te imaginarás la calidad de la medicina cubana. Y a esos es a los que el gobierno les da la plata", acusa una de las adjuntas.

Una mujer entra corriendo a la emergencia pediátrica, con una niña de menos de diez años en brazos. La niña, delgada en extremo, va en los brazos de la madre con la mirada perdida y un hematoma que le sobresale de la frente. De inmediato la jefa de la emergencia pregunta qué le pasó a la pequeña.

-Se cayó de una escalera de caracol al vacío -responde la mujer, jadeando. De inmediato la hacen dejar a la niña en una camilla y comienzan a examinarla.

-Gracias a Dios que tenemos tomógrafo hace un mes, después de cinco años sin el servicio, por las benditas remodelaciones -dice una de las adjuntas.

La jefa del servicio, después de 25 años ininterrumpidos trabajando para el hospital, ha tenido que “pedirle permiso a Tony, el cubano”, del CDI Salvador Allende en Chuao, para hacer una tomografía. “Qué nivel de degradación”, se queja, mientras se llevan a la niña en una camilla hacia el Servicio de Imagenología.

A diferencia de la emergencia de adultos, la pediátrica tiene algunas camas desocupadas: buena parte de los casos que allí se atienden suelen ser de rápida resolución, por el mismo problema de las referencias innecesarias que expiden del sistema Barrio Adentro, e inclusive del Hospital Pérez de León y privados como Rescarven. El servicio tiene aire acondicionado, que ya es bastante en comparación con emergencias como la del hospital de Los Magallanes de Catia, o El Algodonal, pero todo el cielo raso tiene boquetes que dejan ver a la perfección los ductos. Debajo de cada boquete, hay un tobo que recibe el agua que permanentemente escurren las goteras en el techo. El personal asistencial sospecha que se trata de aguas negras, por el olor. Cuando llueve, el flujo de las goteras se incrementa. Hace unos meses, la presión del agua hizo que el cielo raso de la sala de asma se desplomara. Afortunadamente, no había personal o pacientes en el área y sólo hubo que clausurarla hasta que, al mes, repararon el techo caído. Pero las otras goteras siguen; de ellas las enfermeras aseguran haber visto caer ratones.

En la emergencia de adultos, si llega alguien en estado crítico y no hay cama para recibirlo, lo ingresan en la camilla en la que llegó –si fue en una ambulancia– y se estabiliza allí, literalmente donde quepa. Así han tenido hasta ocho pacientes intubados, cada uno en su camilla. “Aquí no referimos pacientes; los recibimos. Sólo referimos si sabemos que pueden atenderlo mejor en otro lugar, como en Los Magallanes de Catia o el Vargas”, explica Lima. Para atender esta área crítica, solamente hay seis residentes: los médicos del servicio estipulan que el mínimo debería ser 18. Ahora, cada uno puede tener a su cargo a 12 pacientes simultáneamente. Esta es la misma situación que se vive en la emergencia pediátrica, en la que de 30 residentes necesarios, sólo cuentan con cuatro de segundo año y siete de tercero, que están por graduarse. En este servicio recuerdan todavía la sonada renuncia de uno de los residentes, que un día bajaba del quirófano en el segundo piso hacia su residencia, cuando fue interceptado en las escaleras externas que comunican la emergencia con la entrada principal del hospital. Al no tener para “pagar peaje” –sólo tenía puesto el mono quirúrgico–, le dieron una puñalada. También recuerdan a la enfermera que terminó con el rostro desfigurado por un paral que le arrojó un paciente al no poder ser atendido pronto. Episodios como estos sobran.

Este es, pues, el peor problema que padece el hospital Domingo Luciani, al criterio del personal que en él labora. “La sobredemanda que tenemos conduce a una agresividad terrible en los pacientes y sus familiares”, confiesan las doctoras de la emergencia pediátrica, que le temen más todavía a los arranques de ira de los padres de sus pacientes, desde que el personal ha mermado tanto y, por la naturaleza del servicio, 98% de la plantilla son mujeres.

–Pero tú ves, esas cámaras apuntan toditas a nuestros escritorios, como si las delinquentes o las violentas fuéramos nosotras. En vez de poner esa broma a grabar lo que hace falta: la inseguridad tan grande que aquí se vive –opina una de las adjuntas.

En la emergencia de adultos, el déficit es de enfermeras. Maribel, trabajadora de la Unidad de Politrauma, explica que la inseguridad y el maltrato que el usuario propina constantemente al personal ya es costumbre: “Nos dicen ‘me lo atiendes o te mato, puta, coño e’ tu madre’, todo el tiempo. ¿Cómo pretenden que los atendamos así?”. Mildred Lima considera que sus ganancias por quince días de trabajo en el hospital Domingo Luciani equivalen a lo que podría hacer en apenas dos días de trabajo en una clínica privada, evidentemente en mejores condiciones. El déficit se explica solo.

También se quejan de las residencias del servicio. En la emergencia pediátrica, los residentes trabajan frente a un escritorio con una silla cuyo respaldar se desprendió hace tiempo, y tienen sólo tres camas para cuatro residentes de guardia. “Yo dormía aquí amorochada, embarazada y todo, porque no hay más camas”, recuerda una de las adjuntas, sentada sobre un sofá cama extendido. Al cojín del sofá se le ven parches que disimulan los resortes a punto de traspasar la tela. Son baches producto del uso y abuso que ha sufrido en por lo menos diez años. En la habitación –al igual que en ambos servicios, emergencias pediátrica y de adultos–, no cuentan con jabón ni productos de aseo doméstico. Maribel, la enfermera de politrauma, especula que la empresa privada encargada de la limpieza del hospital solamente se ocupa de áreas comunes, porque “seguro está contratada solo para eso”. Tanto médicos como enfermeras y pacientes deben ocuparse de asear sus estares. Las residencias no son la excepción: “Nosotros compramos coletos para la residencia, porque con suerte, si nos pasan el colete es el mismo con el que limpiaron ya la sangre y el vómito”, asegura una de las adjuntas.

La residencia tiene una nevera ejecutiva y un televisor donados por PDVSA, pero el personal no tiene agua para tomar en ningún punto del servicio. El aire acondicionado funciona y el mobiliario, a pesar de ser bastante modesto, es funcional. Sin embargo no son las condiciones adecuadas para estudiantes que, como buena parte de los médicos

residentes en hospitales capitalinos, vienen del interior y pasan muchas horas continuas trabajando en su servicio. Sobre todo en lo que a la calidad del reposo se refiere. “¿Cómo vienen a hacer los muchachos un posgrado así, en estas condiciones, encima pagándoles tan mal?”, reflexiona la jefa del servicio, quien opina que “estos muebles parecen sacados del retén de La Planta”. La verdad es que todavía hay residencias médicas en peores condiciones, sin que esto desmerite la apreciación de la pediatra, que es válida: la calidad de la salud pública en Venezuela no debería medirse por ser “menos mala que”, o “más mala que”. Sin embargo, esas son las unidades del baremo en la red hospitalaria de Caracas. El Hospital General del Este no es la excepción.

## **Lídice: un “provisional” de 40 años**

El Hospital General “Doctor Jesús Yerena” está en lo más alto del sector Lídice, parroquia La Pastora (Noroeste de la ciudad). Se trata de un hospital bastante más pequeño que cualquiera de los otros siete hospitales de alta complejidad de Caracas. Este hospital, centro docente de enfermería, fue construido durante el primer gobierno de Rafael Caldera (1968-1972), como un “hospital provisional”, mientras se levantaba un centro de salud más grande. Posteriormente, fueron surgiendo hospitales más grandes en el área metropolitana, pero el Jesús Yerena, u Hospital de Lídice, como también es llamado por su ubicación, no cesó sus funciones y prevaleció, aunque pequeño, como un hospital tipo IV con todas las especialidades, además de atención de emergencia pediátrica, obstétrica y de adultos. Durante años, este hospital y el Periférico de Catia han fungido como factores de descongestión del Hospital General del Oeste, habitualmente copado por ser un centro más grande. Hoy en día, la situación se encuentra revertida: a pesar de no contar con la planta física del hospital de Los Magallanes de Catia, en Lídice reciben permanentemente a los pacientes que no pueden ser atendidos allá, por el déficit de médicos que atraviesa esta institución.

Lídice es un hospital que, por su número de camas, no puede catalogarse como un centro tipo IV. El requisito son 300 camas, Lídice ofrece 100 menos que esta cifra. Pero por especialidades –cirugía general y plástica, oftalmología, odontología, radiología, pediatría, traumatología, neurocirugía, gastroenterología, medicina interna, entre otras–, el hospital se califica como un hospital de alta complejidad. “Pequeño pero cumplidor”, podría decirse. Sin embargo, la situación de crisis existente en Los Magallanes de Catia, que aumenta la cantidad de pacientes referidos a Lídice, hace que la sala de emergencia de adultos, de 12 camas, se quede pequeña. Con la plantilla médica completa en este servicio, el hospital termina atendiendo simultáneamente hasta 25 personas en emergencia, distribuidas entre la consulta de medicina interna, triaje, traumatología, y sentadas en sillas o en camillas en los pasillos.

La infraestructura de emergencia de adultos no es precisamente la más adecuada. Aunque el espacio en sí no presenta deficiencias, a la edificación se le comienzan a notar los años auestas, sin mantenimiento. Hasta hace un mes, este servicio contó con un único quirófano, el cual presentaba graves problemas en los ductos de aire acondicionado. De las rejillas se desprendían virutas y hollín, que constituían un serio riesgo de contaminación para los pacientes atendidos en esta área quirúrgica. Esta situación obligó al hospital a suspender la realización de cirugías electivas, pues este quirófano fue, por un tiempo, el

único que surtía a todos los servicios. El área quirúrgica quedó destinada exclusivamente a la realización de cirugías críticas de emergencia, como la extracción de balazos o heridas profundas –que junto a los politraumatismos a causa de accidentes en moto, son las situaciones más atendidas en este servicio–. Sin embargo, ni siquiera en estas circunstancias, Lídice refería pacientes, porque como explica la directora del centro, “si el paciente está en riesgo de muerte, prefiero que se infecte a que se muera”.

Con la plantilla de médicos completa, la emergencia de adultos del hospital de Lídice es una de las más eficientes de la zona metropolitana, en la medida de su limitada capacidad física. La situación es atípica: en esta sala, el déficit es de enfermeras, especialmente en horario nocturno. Susana Urdaneta, supervisora nocturna de enfermería, piensa que podría tratarse de un problema vinculado a la ausencia de cargos fijos. Buena parte del personal debe trabajar bajo la figura de contratado, que no genera iguales beneficios laborales. Sin embargo, el servicio bandea el déficit de enfermeras con el personal médico, plenamente operativo. En cuanto a insumos, como en otros centros hospitalarios, la ausencia es intermitente: hay algunas cosas cuando faltan otras, y la reposición se efectúa en la medida que lo permitan los recursos que asigna el ministerio.

Pero Lídice es un hospital de contradicciones: las tres emergencias con las que normalmente cuenta un hospital tipo IV, aquí muestran las características más dispares. Su emergencia pediátrica, una sala al nivel de la mejor clínica privada, fue inaugurada por el presidente Chávez en cadena nacional el 26 de agosto pasado. Es, como dice el jefe del servicio de pediatría, Manuel Parra, una “tacita de plata”. Como en otras remodelaciones adelantadas por Fundeeh, los trabajos en esta sala estaban previstos inicialmente para ser concretados en tres meses, pero los lapsos no se cumplieron, y lograr tal joya en este hospital fue un largo peregrinaje, tanto para médicos como para los pacientes que hacían uso regular del servicio: “Tú ves como está eso ahorita: es una belleza. Pero ¿Cuál fue el problema?, se tardaron tres años en entregármela. ¿Qué pasaba? A cada rato paraban los trabajos. Yo protestaba. Continuaban. Había un sólo obrero, yo protestaba. Entonces, comenzaron a trabajar de lleno, pero fueron tres años”, explica Parra.

Con topes de granito en los mesones de trabajo y áreas de estar, además de amplias poncheras con grifería de lujo para estabilizar la temperatura de los infantes –termoterapia–, la nueva emergencia pediátrica de Lídice cuenta con seis camas de observación, más dos en cuartos de aislamiento. Dos incubadoras, sala de traumashock y tres consultorios de triaje complementan el servicio, que cuenta con nebulizadores y equipos de avanzada. Junto a las camas de observación, se previó la colocación de

mecedoras para la estancia de las madres como acompañantes por excelencia de los pacientes de un servicio de pediatría. Todo esto representa una diferencia abismal con la emergencia pediátrica que funcionó, durante los tres años de remodelaciones, como una contingencia prolongada: en la hospitalización de pediatría, ubicada en la planta alta del edificio principal, se hacinaban camas de observación, camas de hospitalización, traumatología pediátrica y nebulización. El jefe del servicio tuvo, en su momento, que dismantelar el cuarto de juegos para convertirlo en un consultorio. Finalmente, los juguetes terminaron apilados, sin uso, limitando el espacio de los médicos en la jefatura del servicio.

En esta emergencia, en la que convivían sin privacidad y con riesgos constantes de contagio los pacientes graves con pacientes en recuperación, se brindaba atención médica y se realizaban prácticas académicas de especialización en pediatría, pues el hospital funge también como centro docente de la UCV. Estas condiciones, aunadas a problemas salariales y la inseguridad que también afecta al hospital, condujeron a la actual situación de la emergencia pediátrica, en palabras de Manuel Parra: “Tengo la infraestructura, sí. Tengo los equipos, también. Pero no tengo personal”.

La completa operatividad del servicio de emergencia pediátrica del hospital de Lídice no es posible de no inscribirse nuevos estudiantes para la especialización. Hoy en día, con siete residentes, la emergencia se maneja únicamente con un médico de guardia al día. “Algunas veces hay dos”, apunta la directora del hospital, la doctora Guédez. De estos siete residentes, dos son cursantes de tercer año, lo que quiere decir que este año se gradúan, y su permanencia en el hospital después de eso depende de una eventual contratación. Tampoco se han presentado aspirantes para iniciar actividades académicas este año. El jefe del servicio ve la situación de modo crítico: “Esa sala se inauguró, pero con un grave problema: no tenemos médicos. Para que funcione como debe funcionar, yo necesito 16 médicos, más los siete que ya tengo. Si no, funciona un 25 por ciento, y eso no tiene sentido”, explica.

La problemática de las tres emergencias de Lídice podría verse como si de un triángulo se tratara: en un vértice, la emergencia de adultos –con personal pero con deficiencias importantes de infraestructura–. En otro vértice, la emergencia pediátrica, con excelentes condiciones físicas y tecnológicas, pero sin personal médico para asumirla. Y, por último, el tercer vértice es la emergencia obstétrica del hospital, que tiene ya tres años cerrada por remodelaciones. De esta área, dividida en dos sectores –hospitalización y triaje–, se conoce que en la parte correspondiente a hospitalización ha habido movimiento de obras.

La directora del hospital asegura encontrarse a la espera de recibir la infraestructura culminada, en un aproximado de dos semanas, “para comenzar entonces a equiparla”.

En la parte de triaje, donde en su momento se realizaba la consulta y procedimientos como los legrados uterinos, los Bomberos Metropolitanos clausuraron el área al iniciar las remodelaciones, pues las bases de la estructura cedieron. Susana Urdaneta afirma que el informe de los bomberos dictaminaba que “eso hay prácticamente que demolerlo y volverlo a construir, porque en cualquier momento se va a desplomar”. Al hospital continúan presentándose eventualmente embarazadas que desconocen la situación, pero inmediatamente son referidas.

María Eugenia Guédez puntualiza que el personal de la emergencia obstétrica fue reubicado en otros hospitales, pero están listos para volver a sus funciones en el hospital cuando se rehabilite el área. Urdaneta, con 32 años de servicio en el hospital, señala con nostalgia que después de tres años viendo el servicio cerrado, sólo puede sentir tristeza. Añade que lo primordial es que abran pronto la emergencia obstétrica, pues tanto los pacientes como el personal asistencial los requieren. Este es el tercer vértice de este triángulo, un área que no tiene infraestructura operativa y tampoco tiene médicos en servicio, ni siquiera en otros espacios del hospital, que físicamente no se da abasto. Una emergencia completamente cerrada.

El Hospital Jesús Yerena tampoco escapa de la inseguridad que caracteriza a la red hospitalaria metropolitana. Enmarcado en el populoso sector de Lídice, no es casualidad que el mayor número de ingresos por emergencia sea por heridas a causa de heridas punzopenetrantes y balazos. En la zona hay eventualmente enfrentamientos entre bandas, persecuciones policiales; el hampa común suele estar bastante presente en el sector. El hospital no es territorio ajeno para estos sucesos, por eso médicos como el doctor Parra aseguran “no sentirse resguardados” en las instalaciones.

La falta de cuerpos de seguridad permanentemente instalados en el hospital es una de las explicaciones que el personal asistencial halla al problema de inseguridad y es, a la vez, una de las promesas más repetidas que ha hecho el MPPS ante la crisis. Sin embargo, después de una década en la que la situación se ha agudizado, la única seguridad existente en el hospital es proporcionada por su vigilancia interna, hombres y mujeres identificados con chalecos rojos, completamente desarmados. Su reducida capacidad de acción ha quedado demostrada en escenarios críticos como el tiroteo entre antisociales y policías que se presentó en la emergencia de adultos, en mayo de 2009. Lídice es igualmente una

estructura muy abierta, con amplias entradas por la emergencia, anatomía patológica y puerta principal, lo que no favorece la seguridad en el recinto.

Otros hechos violentos en Lídice son producto de la marcada tensión política que se vive en este centro de salud. En 2009, ante una protesta del personal asistencial del hospital, liderizada por el doctor Parra, el entonces ministro Carlos Rotondaro (actual presidente del Seguro Social) enviaría un autobús lleno de médicos identificados con su gestión. “Ya estábamos cansados de la situación que atravesaba el hospital, si ahorita pasamos por un momento difícil, imagínate en aquél momento que lo que queríamos era llevar al hospital a un cierre técnico. No nos habían pagado, los episodios de violencia se repetían, las remodelaciones estaban estancadas, el hospital no podía responder. Organizamos una protesta, ya habíamos contactado a los medios. Justo antes de que llegaran, arribó un autobús rotulado con imágenes alusivas a las misiones médicas, por supuesto, adentro quienes venían eran doctores que iban a repartirse por los servicios, haciendo ver que estaban operativos. Nos dimos cuenta y secuestramos el autobús: ¡no los dejamos bajar de ahí!”.

El factor político ha penetrado, incluso, las paredes del hospital. Aspectos que deberían estar desvinculados de posturas políticas, no lo están. Cabe mencionar lo difícil que fue concretar la mudanza de los servicios médicos a los quirófanos remodelados, que desde agosto funcionan en reemplazo del único pabellón que funcionaba en el hospital: el de la sala de emergencia. “Siempre alegaban que había ‘detallitos’ que solucionar, no eran todos, pero hubo un grupo de médicos que se oponía a operar en estos quirófanos nuevos. ¿Cómo iban a preferir operar en el quirófano de la emergencia? Ahí había riesgos de contaminación. Ellos pedían soluciones, yo les di soluciones: cuatro quirófanos nuevos. Esa área era un depósito y sí, pasó mucho tiempo (10 años), pero lo logramos. Se los entregué y no querían mudarse. Sí, hubo un problema político. Ahora debemos trabajar para que eso no se repita”. Para la directora del hospital sólo es pertinente una reflexión: “Los pacientes no tienen color y las enfermedades no distinguen”.

## **Los Magallanes de Catia: “El hospital general del Lejano Oeste”**

El Hospital General del Oeste “Doctor José Gregorio Hernández” se encuentra en Los Magallanes de Catia. Siendo el hospital más grande del Oeste capitalino, sirve en general a la población de Catia, incluyendo a los sectores populares que alberga, como Casalta, Las Brisas, Los Flores, La Laguna, Gramoven y, por supuesto, Los Magallanes. También es cercano a los asentamientos ubicados en la Carretera Vieja Caracas-La Guaira y tiene acceso desde la carretera hacia el poblado de El Junquito.

–Mi amor, una pregunta, chiquitica, chiquitica –se acerca una mujer que ronda los 70 años al estar de enfermeras. Le dirige la palabra a una muchacha joven, que si no tuviera la bata blanca puesta no aparentaría ser médico.

La única residente presente en la sala de emergencia del Hospital General del Oeste, en Los Magallanes de Catia, se aparta un momento del grupo de cuatro pacientes que, literalmente, la tienen rodeada entre preguntas y formularios médicos. Se acerca entonces a la anciana y, viéndola sostener entre manos una bolsa vacía de suero fisiológico que tiene salida directa a una vía intravenosa en su mano, le pregunta: “¿Ya pasaron las tres bolsas?”.

–Sí, ya.

Adivinando la pregunta de la paciente, escrita en su cara, la residente responde –Tienes casi 800 de azúcar en la sangre. Cuando tú comes se te sube el azúcar. Si la tienes en 800, te puede dar algo. El cuerpo está tratando de eliminar el azúcar como sea, por eso la sed y las ganas de orinar. Yo no te puedo dejar ir así, tienes que sentarte a esperar que lleguen los muchachos de medicina interna.

–Bueno, yo espero por aquí –replica resignada la mujer, devolviéndose a la dura silla metálica de la que se había levantado.

La anciana se había presentado con el malestar propio de un diabético mal controlado en la sala de emergencias del hospital de Los Magallanes de Catia, justo uno de los cuatro días a la semana que no se cuenta allí con la presencia de residentes de medicina interna. De doce residentes que debería haber prestando servicios en esta área crítica, solamente hay seis, que deben repartirse entre el servicio en piso y la emergencia, de modo que sólo tienen guardia en la emergencia de adultos tres días a la semana.

Parte de quienes laboran en este hospital coinciden en que este es el problema más grave que allí se padece, la falta de personal médico. La situación es también extensiva a la

emergencia pediátrica, que desde diciembre de 2009 perdió su condición práctica de “sala de emergencia”: ningún recinto que sólo reciba 60 casos al día, por orden de llegada, en horario restringido de 7 am hasta el mediodía, puede considerarse verdaderamente una sala de emergencia. La explicación: es en ese horario cuando se encuentran los adjuntos que pueden asumir los casos. El resto del día, el servicio entero de pediatría queda a cargo de un residente de guardia, que debe repartirse entre seis pisos del hospital, donde se encuentra la sala de hospitalización, emergencia, sala de parto, retén de niños enfermos y retén de niños sanos. Son seis en total los residentes que prestan servicio aquí, de los cuales cinco se gradúan este año. La situación es crítica.

En la emergencia de adultos, que incluye el área obstétrica, sólo hay presencia diaria de los residentes de cirugía, que a pesar de que cuentan con un solo quirófano para desempeñarse, consideran que su postgrado se encuentra en condiciones relativamente buenas. La residente de guardia de aquel día, Daniela Corales, debía darse abasto para atender a sus pacientes, estabilizar a los que iban llegando que pertenecían al servicio de medicina interna y remitir a los que podía.

-Doctora, firmeme esta hoja para irme al Clínico, que allá me reciben –pidió un señor mayor, sosteniendo una hoja en blanco.

-Yo no puedo firmarte eso, porque además de que está prohibido, yo como hospital no puedo referirte al Clínico o al Pérez Carreño, menos puedo firmarte nada si no te he revisado. Tienes que esperar a los internistas –respondió ella, mientras llenaba unos formatos de historia médica de otro paciente.

Sin embargo, a pesar de lo que podría esperarse, la emergencia de adultos de este hospital se encuentra prácticamente vacía. De una docena de camas encontradas en ese espacio amplio, pero mustio y caluroso, sólo cinco estaban ocupadas. El grueso de los pacientes, los que estaban en condiciones de esperar por los internistas, se ubican en la antesala, algunos siendo nebulizados, otros recibiendo hidratación, otros simplemente quejándose sin saber cuándo llegarían los médicos. Las emergencias obstétricas solamente se atienden si vienen sin complicaciones, pues sólo hay pediatras a cargo de los neonatos y no hay terapia intensiva neonatal. En la puerta de la emergencia, los vigilantes dicen que “sólo atienden partos si el muchacho ya está afuera”. Si no, se remiten, aunque después los acusen de cometer violencia obstétrica. No les queda otra alternativa.

La idea tampoco es referir a los pacientes, a menos que sea necesario. A pesar del marcado déficit de médicos, y de los insumos que se encuentran en la sala de modo

“intermitente”, como explica el personal del hospital, y a pesar del servicio de rayos X, cerrado hace cuatro años, y de que el único ascensor del hospital transporta comida e insumos junto a desechos biológicos y cadáveres; incluso a pesar del calor sofocante que mantiene al espacio sumergido en un sopor indescriptible, favoreciendo la proliferación de bacterias y obligando a los pacientes a llevar sus propios ventiladores a las camas de observación, la sala se encuentra parcialmente operativa. Además, el hospital recibe constantemente referencias de centros saturados, como el Hospital Universitario, el Pérez Carreño y Lídice: los residentes de Cirugía, imposibilitados de responsabilizarse por pacientes que escapan de su competencia, los estabilizan “con el medicamento que haya”, y les piden que esperen, o si es muy grave, los refieren.

La emergencia pediátrica solventa la crisis de equipos y especialistas como los intensivistas con un sistema de interconsultas. María Auxiliadora Villarroel, jefa del servicio, explica que se refiere a los pacientes a hacerse estudios, sobre todo al hospital Pérez Carreño. A cambio Los Magallanes recibe pacientes para Gastropediatría, referidos de aquel hospital. Sin embargo, se teme un colapso inminente, porque son más los referidos que los recibidos. “Va a llegar el momento en que nos digan ‘pero bueno, ¿Hasta cuándo?’”.

La mano de las remodelaciones alcanzó a este centro hospitalario y clausuró hace ya tres años toda su ala este, disminuyendo su capacidad de atención en 50 por ciento: de 80 camas que funcionaban en el servicio de pediatría, hoy sólo se dispone de 40, de las cuales 20 están inoperativas. Igual sucede en el resto de los servicios. Otras salas en buenas condiciones permanecen cerradas por falta de médicos. Éste es el caso de cuidados intensivos pediátricos y de adultos, como en la emergencia.

Ella, una paciente joven afectada por un dolor en el bajo vientre, esperaba de pie junto al estar de enfermeras para ser atendida. “Tengo como una hora aquí esperando”, se quejaba. El dolor estaba aparentemente relacionado con una intervención reciente que se había hecho en el hospital, por eso estaba ahí. Al preguntársele por el ambulatorio de su zona, seguramente más expedito que la emergencia, su respuesta fue que “eso no sirve”. Unos minutos más tarde, la residente la recibió en el cuarto de triaje ginecológico. A los cuarenta minutos ya Ella se había marchado, con un récipe médico en la mano. No era nada grave.

“Aquí han venido hasta con una espinilla, te lo juro, con una espinilla en la cara”, explica la doctora Corales, todavía despachando pacientes junto al estar repleto de enfermeras sin mucho trabajo. Sentada entre ellas, el único apoyo médico de la residente

de guardia es un médico general que sólo ve “algunas cositas”. Pero de resto, los residentes de medicina interna y cirugía tienen que lidiar con cualquier cosa que llegue. Cualquier cosa.

-A veces vienen con, por ejemplo, la espinilla, y por el lado les está pasando uno con una puñalada.

La inseguridad es otra de las situaciones que más afectan al hospital. La violencia que caracteriza a los sectores aledaños a la institución ha tornado peligrosa la estancia en ella, aseguran sus empleados. En la entrada de la emergencia de adultos, permanece apostado un vigilante sin más arma que un chaleco rojo: armamento ideológico. Pero ni médicos ni enfermeras del hospital se acostumbran a las agresiones “de siempre”: “Aquí entran cómo y cuándo les da la gana. Los vigilantes no ponen peros. Si no, la agarran con ellos”. El personal reporta que “siempre” llegan pacientes heridos con tiros o puñaladas. Con ellos, vienen sus familiares armados.

-Llegan así y te dicen ‘atiéndemelo, atiéndemelo’, y no entienden la situación que tenemos con la falta de residentes. Te dicen ‘Me lo atiendes, porque si no, te entro a coñazos, y te persigo cuando salgas de aquí. Yo sé para dónde vas tú cuando sales de aquí’  
-relata Corales, todavía ocupada con historias médicas.

Hace unos meses sustrajeron dos veces los equipos de Cirugía Maxilofacial. La misma suerte corrieron los equipos de otorrinolaringología utilizados en la emergencia pediátrica. Por esto, la jefa del servicio confiesa que “piratean” a los pacientes, porque el robo los dejó sin instrumentos para revisar los oídos de los niños. Al menos antes robaban los carros en el estacionamiento, ahora no; pero cada vez son más frecuentes las llamadas a la policía para que saque de la emergencia a pacientes y sus familiares armados. “Como pacientes, les es difícil entender que a ti te puedo atender y a aquel no, por mi especialidad”, explica Corales. Pero lo cierto es que hay personal del hospital que asegura, después de haber tenido que esconderse por tiroteos frente a la fachada, o por agresiones dentro del edificio, que el Hospital General del Oeste es lo más parecido que existe al Lejano Oeste.

Mientras tanto, pacientes salen y pacientes llegan a la sala. Algunos, los que podían irse por sus propios medios, se fueron. Otros nuevos todavía esperan ser atendidos por la residente, prácticamente haciendo una cola de cinco personas frente al estar de enfermeras; tantas camas vacías en la sala dan la ilusión de que hay cupo para recibirlos. Pero sin médicos de guardia, va a ser difícil. Por cierto, la señora diabética continúa

sentada en la silla metálica. Ya tiene una bolsa nueva de suero fisiológico: ha sido larga la espera. Lo que ella no sabe es que ni siquiera la residente de guardia tiene alguna idea de cuánto tiempo falta para que lleguen quienes pueden atenderla. Corales sólo es capaz de responder “¿Los residentes? Supuestamente vienen hoy. Pero la verdad es que aquí eso nunca se sabe”.

## **El Algodonal absorbe el agua de lluvia**

Al final de la avenida Principal de El Algodonal (parroquia Antímamo) se ubica el Complejo Hospitalario "Doctor José Ignacio Baldó", formado por un conjunto de hospitales e institutos ubicados en un terreno de 14 hectáreas: el edificio Simón Bolívar, el pediátrico Luisa Cáceres de Arismendi, el materno Andrés Herrera Vegas y el Instituto Nacional de Tuberculosis. Inaugurado en 1940, el Hospital El Algodonal, como también es llamado, posee la particular característica de la extensión y disposición de su terreno: al tratarse originalmente de un sanatorio antituberculoso, la vegetación que lo rodea es extensa, idónea para el tratamiento de enfermedades respiratorias. Hasta hace un lustro, este centro de salud tipo IV sumaba 398 camas presupuestadas, distribuidas entre los tres edificios principales. Hoy en día, la inoperatividad del edificio pediátrico restó camas a esa cifra y aunado a las especialidades cerradas en el hospital (como Pediatría y Medicina Interna), y servicios desmantelados (como las emergencias pediátrica y de adultos), la clasificación tipo IV de este hospital se mantiene en la teoría, pero no en la práctica.

Dicen que el agua hay que dejarla correr. Que no hay que preocuparse cuando llueve, sino dejar que llueva. Aquí, en El Algodonal, dejar que llueva es permitir que el agua se empoce. Cada nube que explota no trae consigo la sensación de nostalgia, sino de contrariedad y paradoja. ¿Cómo se deja empozar el agua en un hospital? Hay un criadero seguro y albergue garantizado para zancudos. Hay hedor en un recinto cuyo color insigne, universalmente, es el impoluto blanco.

Sin embargo, el color que recordarán las pacientes de la Sala de partos, que funciona en el edificio Andrés Herrera Vegas del complejo hospitalario El Algodonal, será el marrón turbio y el verde mohoso que se funden en la planta baja y que puede observarse desde las ventanas cercanas. Las escaleras conducen a lo debería ser un sótano. Pero al llegar al último escalón quien transita por el hospital se da cuenta que lo que sigue es, más que un sótano, un depósito. Y cuando es temporada de lluvias se evidencia aun más. El agua turbia alcanza niveles más altos abajo. Se puede medir, pues la misma cubre toda una hilera de escalones. ¿Marea en un hospital? Así parece. Los desechos médicos como tapabocas, monos quirúrgicos e inyectoras, van y vienen entre otros de mayor tamaño como sillas de espera, microgoteros (paral metálico del cual se guinda el tratamiento líquido), gavetas e incluso se alcanza a distinguir una cama clínica.

Sigue lloviendo. Las enfermeras del área obstétrica pasan y no pueden evitar asomarse por las ventanas y aprovechar el momento para fumar con el acompañamiento de las gotas de agua, comentan con un tono que va desde el desgano a la obstinación sobre

lo que ha adquirido mayor nivel y luce más como una piscina que como simple agua empozada.

–¡De aquí al viernes el agua nos llega hasta el segundo piso! –dice una enfermera mientras la fuerte brisa que trae consigo la lluvia le impide encender un cigarrillo. Con el mismo la boca y la piedra del yesquero rodando intento tras intento, arruga la cara y mirando a su compañera sólo es capaz de exclamar:

–¡Qué asco!

–¡Que no hagan un coño! ¡Que nos dejen si quieren ahogar aquí! –le dice la otra enfermera mientras con las dos manos evade la brisa de su colega para que, por fin, el humo le sirva ahora de mecanismo liberador.

La lluvia perenne no detiene la llegada de embarazadas. Una enfermera solicita los datos de quienes van llegando y con una sola frase, sin intercambiar saludo, evidencia el apuro: “¿Qué tienes?”. Si hay sillas disponibles, pueden aguardar en un área de aproximadamente seis metros cuadrados que seguramente no les hará confortable la espera: la ventana con la que cuentan en ese espacio sólo les ha traído el olor del agua empozada que ha opacado cualquier esencia de lluvia. Cerámicas rotas trazan el camino hacia el escritorio ubicado entre la sala de espera y la sala de atención. Otra de las enfermeras de guardia es quien va llamando a las pacientes y adelantando las historias, pues en ese momento no estaba el médico residente para atender a las mujeres. Un vigilante se asoma de repente y, al darse cuenta que las sillas ya no son suficientes, insta a las embarazadas a esperar en el piso de abajo: “Por favor, es para que no se congestione el lugar”. Entre quejas algunas van saliendo.

–¿Cómo vamos a esperar abajo? Yo tengo cuatro horas con mi hija acá y no la han atendido. Ya viene con dolores de parto y ni la han revisado. Yo lo que quiero es lanzar una bomba para ver si sale alguien de allá adentro que me diga cuando la van a atender o cuando va a aparecer el médico.

El vigilante se acerca y remarca que no se puede esperar en el pasillo tampoco, sino abajo.

–Señora, ya se los dije. A ella la van a atender, pero esperen allá abajo.

–¿Y si pare allá abajo, quién me la va a atender?

–Si ya la anotó la enfermera, a ella la van a llamar.

La calma del vigilante sólo parecía poner más nerviosa a la señora.

–Sí, a ella la anotaron, la vaina es que no aparece el Doctor. ¿Cómo hago?

La pregunta y la impotencia con que fue formulada persuadieron al vigilante. Miró a su alrededor, miró hacia la sala, miró a la hija de la señora y, ahora compartiendo el drama, sentenció:

–Aquí afuera tampoco la van a atender: pasa, pasa... Los médicos están allá adentro, pasa. Insiste adentro.

–¡Entra, hija!

–¡Bueno, mamá, yo veo cómo me siento allá! ¡Ajá! Pero, ¿y si no me aguanto? Yo me entro p'allá donde está la enfermera.

–¡Claro, hija! –Le insiste con actitud desesperada. El contonear de su cuerpo y las manos en la cara, lo evidencian. –¡Pasa de una vez! ¡Le dices a la enfermera que tienes la 'cuca' así de grande! –le muestra las manos como si sostuviera un balón de fútbol entre ellas.

El vigilante, ante la última exclamación de la madre, no pudo hacer más que apartarse y dejarla entrar.

El equipo de guardia debería estar constituido por tres médicos del posgrado de Ginecoobstetricia (uno por cada año), las enfermeras, el médico anesthesiólogo y un médico pediatra. Luis López, residente de tercer año del posgrado de ginecoobstetricia, explica que desde hace tiempo no tienen el equipo completo para atender los casos que se reciben en el hospital materno. “Un día sucede que estamos todos: podemos trabajar. Otro día, por el contrario, nos falta el pediatra o nos falta el anesthesiólogo y eso ya nos complica la jornada. Yo no puedo recibir a una embarazada en trabajo de parto sin un pediatra, por ejemplo. Pudo haberse tratado de un embarazo sano, sin complicaciones, pero yo no me puedo hacer responsable por ese niño: ¿Y si le pasa algo?”. Por esta razón López sostiene que en este hospital se maltrata al paciente. “Esta situación de maltrato puede presentarse en el hospital unas dos o tres veces por semana, que durante 24 horas no se pueda atender partos en la emergencia obstétrica. No estoy hablando de un problema que estalló hace nada. El edificio pediátrico está cerrado desde hace cinco años porque se dañó una tubería, por esa razón se fueron los residentes de pediatría: ¿en dónde iban a trabajar? Se cerró, entonces, el posgrado, no hubo más residentes y comienza la falta de pediatras. Contamos solamente con los médicos adjuntos que hacen guardias”.

Como si el doctor López necesitara más evidencias para sustentar su posición, el doctor Danilo, residente de segundo año quien comparte ese día la guardia con él, se acerca turbado porque ya tiene los resultados de una paciente que se encontraba en la emergencia y necesitaba una intervención:

-Doctor, el anesthesiólogo va a estar ahora en la mañana en el Bolívar, en la noche es que viene para acá.

-¿Y qué va a hacer en la noche aquí si no hay pediatra?

-Eso fue lo que me dijeron, que venía a la maternidad en la noche.

-Refiere a esa paciente, entonces.

-¿Pérez Carreño?

-¡Pérez Carreño! -ratifica López de inmediato, sin pensar siquiera en otra opción.

El doctor Danilo se retira para gestionar la referencia, y López no puede más que reiterar aquello que ya había manifestado: "Ves, no hay anesthesiólogo. Eso es que va a venir uno para todo el centro hospitalario; debe ser que hay intervenciones programadas abajo en el Simón Bolívar, ¿cómo hace para estar abajo y aquí? Yo no puedo ingresar a nadie hoy sin anesthesiólogo; así sea un parto normal le puede pasar algo a la mamá y la tengo que operar, como había que operar a esta paciente. ¡Eso es violencia!, es uno de los riesgos que se corre al venir a este hospital".

Quizá una embarazada asista mañana y el equipo médico esté completo, pero esta futura madre correrá con otros riesgos que no son transitorios que se han arraigado en el hospital de lunes a lunes. El trayecto hacia la sala de partos se hace por un pasillo de baldosas de plástico agrietadas. Las paredes están cubiertas hasta la mitad de cerámica, material que facilita la proliferación de bacterias, pues se anidan en los espacios que sirven de separadores. Justo antes de entrar a la sala, un anuncio le recuerda al personal que para cruzar la próxima puerta deben hacerlo portando gorro, tapaboca y botas. Al lado de esa misma puerta está un haragán arropado con un paño con el que pareciera se limpió todo el complejo hospitalario antes de ser dejado, evidenciando el descuido, delante de un aviso que exige debida indumentaria quirúrgica por los posibles riesgos de contaminación.

Una vez en la sala de partos, las paredes no albergan sino más descuido. Dos camas especiales para atender a las embarazadas son lo único bien resguardado. La sala está dividida en dos, y en cada sección hay una cama dispuesta en el centro. Alrededor de ellas

el mobiliario, donde se guarda el material clínico como gasas, inyectoras, algodón y algunas soluciones médicas, no refleja un color concreto; el óxido lo va vistiendo. De manera desordenada hay bancos reposapiés y bancos giratorios que ahora deben ser arrastrados, pues su ruedas oxidadas ya no cumplen sino la función de soporte.

Más allá de lo palpable existe un aspecto que angustia a los médicos. Se trata de la simple actividad mecánica que implica respirar en esa área. López explica el deterioro del sistema de aires acondicionados que surte la Sala de partos y el quirófano. “El aire debe fluir en una sola dirección para que las bacterias no entren: debe ir desde la parte más interna de la sala hacia fuera, a una temperatura establecida. Eso desde hace tiempo, por los problemas que presentan los ductos, no es así. Por ejemplo, en el caso del quirófano la situación es incluso más seria. Hace tres años se nos dañó el aire. Nos dijeron ‘mientras tanto pondremos un *Split*... Mira el tiempo que ha pasado y todavía lo tenemos en el quirófano. ¡En cualquier parte del mundo eso está prohibido! ¿Por qué? Bueno, ¡el *Split* recicla el aire y gotea, eso repercute en las heridas de los pacientes!”

Y sí, en la sala de partos se comprueba lo que menciona Luis López. En el techo las ventanillas de los aires acondicionados están totalmente recubiertas de polvo y las filtraciones van trazando líneas a lo largo del recinto.

¿Cómo siguen llegando mujeres embarazadas? ¿Saben ellas que corren tantos riesgos? López reflexiona sobre lo que para él es vital en entornos como éste: “A nuestras pacientes las salva el sistema inmunológico súper desarrollado que tienen, ¡más nada! Son personas que debido a las condiciones en que han crecido, el agua que han bebido toda su vida, y al ambiente que han estado expuestas, han fortificado sus defensas. Sin embargo, hemos perdido pacientes porque se nos han complicado en el quirófano. No han sido muchos casos, pero nos ha pasado”.

Adentro pululan las bacterias por todas estas condiciones. Mientras tanto, afuera, la situación no cambia; sigue lloviendo, siguen llegando mujeres a la maternidad Andrés Herrera Vegas. Sigue habiendo casa en el sótano y esquinas de las escaleras para el dengue e infecciones. Sigue creciendo una piscina, que también es foco para que se esparza el hedor que ni los tupidos árboles a su alrededor logran esconder.

## **En el Hospital Vargas hay más gatos que especialistas**

El Hospital "Doctor José María Vargas", edificado en 1891, está ubicado en San José, tan al norte de Caracas que casi roza con el cerro Ávila. Con más de 450 camas presupuestadas –hasta hace cuatro años–, este hospital fue por excelencia centro docente de la Escuela de Medicina José María Vargas de la UCV, además de diversas especializaciones, durante un siglo. Sirve a las comunidades de Cotiza, Altagracia, La Pastora y San José, asentamiento que se formó en torno al hospital y creció con él hasta convertirse en un populoso sector. La desincorporación de algunos servicios de su oferta médica especializada por falta de residentes y la desactivación de su servicio de emergencias lo han convertido en uno de los hospitales que, en términos prácticos, no puede ser considerado un hospital tipo IV.

El hospital Vargas no tiene emergencia, pero está en emergencia. Su sala ya tiene cuatro años cerrada. Hace tres que se anunció su remodelación como parte del plan de refacción hospitalaria del MPPS, pero obreros del hospital aseguran que antes de 2007, ya la emergencia había permanecido un tiempo cerrada por trabajos. Ivonne Muñoz, camarera y sindicalista con 22 años de servicio en el Vargas, dice que "ya esa emergencia la habían remodelado antes. Como no sirvió lo que construyeron, la volvieron a tumbar". Hasta hoy en día, que el servicio continúa inhabilitado sin que nadie sepa cómo avanzan los trabajos, porque las entradas fueron cerradas con candado. Ni siquiera las protestas del personal han permitido a la comunidad efectuar la llamada contraloría social. Lo cierto es que el cierre de la emergencia condenó al hospital a su actual situación de crisis.

"Este hospital se encuentra operativo en menos de 25% de su capacidad", denuncia el residente de tercer año de urología, Eduardo Rivas. Señala a su alrededor radiografías, muestras médicas y estudios empapados por la lluvia del día anterior. Pasa que cuando llueve, también cae el agua dentro del edificio, colándose por filtraciones en el techo. Esto ocurre también en otras tantas salas de las 22 de hospitalización con las que cuenta el hospital, sólo que ya los médicos de cada servicio están acostumbrados, o bueno, los que quedan.

En diciembre de 2009, los integrantes del postgrado de cirugía pidieron ser trasladados a otros hospitales docentes, porque la existencia de un solo quirófano para realizar sus prácticas –además compartido con el plan quirúrgico electivo de las otras especialidades del hospital–, limitaba enormemente su formación académica. Al menos desde este incidente, el quirófano –sin aire acondicionado funcionando–, rinde más para la concreción de cirugías electivas en las especialidades de pediatría, urología, neumonología

y cirugía plástica, que son prácticamente las únicas que funcionan en el hospital, otrora centro de referencia nacional. En el edificio anexo se despacha la consulta externa de estas especialidades. Medicina interna, posgrado vital para el engranaje de un centro de salud, se maneja a diario con un residente de guardia, más el adjunto. Tampoco es tan grave el déficit desde el punto de vista de que no hay situaciones críticas que atender. De hecho, escasamente hay pacientes que atender en un servicio que no tiene consulta externa y tampoco sala de emergencia: la sala 14 de triaje es el espacio destinado en este hospital para recibir las “emergencias” que pudieran presentarse, en horario de 7 de la mañana a 5 de la tarde, de lunes a viernes. “En esta situación, hacemos lo que podemos”, justifica Rivas.

Desde el año 2008, el llamado de los médicos del Hospital Vargas a los pacientes es a acudir directamente a otros hospitales en caso de emergencia, porque la operatividad de un único quirófano y la ausencia de la unidad de terapia intensiva –remodelada y entregada por Fundeeh al hospital hace un año, pero con un grave déficit de intensivistas–, implican un cierre técnico del servicio. El Vargas no está en condiciones de recibir pacientes en emergencia, de hecho, son más las camas vacías que pacientes en la sala 14. La gente ha dejado de ir al hospital, que evidencia el abandono en el que se encuentra en todos los rincones de su estructura. Los viernes y fines de semana, días que regularmente hacen colapsar las salas de emergencia en la mayoría de los hospitales de la capital, el Vargas luce como un edificio fantasma. La humedad y el moho carcomen las paredes, también las columnas. La pintura color salmón del edificio ha adquirido, con el tiempo, un tono verdoso. Las antiguas salas de hospitalización de servicios como cirugía de tórax, traumatología, quirófanos de cardiología, fueron clausuradas hace un tiempo, ahora permanecen simplemente en desuso o como depósito de insumos médicos. No se escuchan casi las voces de médicos o pacientes y las únicas incondicionales con el hospital son las enfermeras, que rompen un poco el mutismo tenebroso del sitio. El Vargas, comenzando desde la fachada, podría perfectamente pasar por un edificio abandonado.

La excepción son los gatos que hacen vida en el hospital. Los obreros contabilizan más de 100 de ellos, que entran y salen a su antojo de las pocas salas operativas, se arrellanan en las sillas dispuestas para la espera de los pacientes en los pasillos y, lógicamente, hacen sus necesidades en cualquier parte del edificio. Eso explica el penetrante olor a orine de gato, impregnado en todo un hospital que, mal que bien, recibe pacientes, aunque en su plantilla cuente efectivamente con más felinos que médicos. Los jardines internos, propios de una edificación con más de 120 años de existencia, se desbordan de maleza y basura, además de convertirse en depósito de agua empozada en

temporada de lluvias. Ni siquiera el reciente brote de dengue ha motivado a las autoridades a adecuar estos espacios abiertos, para que dejen de ser los criaderos de patas blancas oficiales del centro hospitalario.

En la sala 14 hay algunas camas modernas y monitores, además de otros equipos de reciente data, sin uso alguno por el déficit de médicos y, parece increíble, el de pacientes. También residen en la sala colchones viejos, suturados con adhesivo médico, más algunas camas que, en vez de sábanas, tienen bolsas negras. La sala no cuenta con aire acondicionado, pues el hospital se encuentra tan cerca de la montaña que realmente es innecesario. Detrás de los jardines se accede a las residencias de las camareras: habitaciones con literas hacinadas, de viejos colchones, donde el personal nocturno pasa sus horas de descanso. Sus lavamanos son unas antiguas bateas de grifería oxidada y superficie hongosa que sólo utilizan para desechar el agua de botellón con la que se asean, porque no cuentan con agua potable. Rodeando las residencias, extensiones de paredes mohosas que albergan botaderos de basura y cachivaches. Espacios como éstos sobreabundan en el hospital Vargas: cuanta área esté en desuso opta a convertirse en basurero o depósito, por ejemplo, un cuarto en las oficinas del personal obrero, en el que existen almacenados más de cincuenta bultos de papel higiénico y diez cajas de papel absorbente. “Eso tiene ahí tiempo”, señala Muñoz, quien enseguida observa: “Aquí los pacientes tienen que traer cada uno su papel toilette”.

El anexo, un edificio pequeño y más moderno que alberga los laboratorios y el servicio de radiología, tiene dos pisos completos convertidos en depósitos de escombros y basura, aislados del público por rejas que no ocultan la desidia que los invade desde hace años. En el servicio de radiología no hay aire acondicionado, no obstante el calor que generan equipos como mamógrafo, resonador magnético, adicionalmente a las máquinas de ecosonogramas. En esta lista no se cuenta el tomógrafo, tan importante en un centro de salud, porque no existe alguno en el hospital.

El edificio anexo de consulta externa, ubicado a una cuadra del hospital, detrás de la Escuela de Medicina Vargas de la UCV, es un caso aparte. Esta edificación, una estructura moderna de 11 niveles, ideada para descongestionar al hospital, ofreciendo consulta externa de todos los servicios, también se cae a causa de las filtraciones. Los techos de cada piso, compuestos por listones se desprenden, dejando a la vista ductos y tuberías. El sótano, originalmente perteneciente al servicio de medicina interna, permanece clausurado. Ivonne Muñoz explica que el área “la están remodelando desde hace 10 años”. El sótano completo es un tiradero de escombros, basura e historias médicas mal

desincorporadas del archivo del hospital: carpetas con informes fechados en la década de 1940 se arruman en una habitación. Sin orden alguno, llenas de moho en su superficie, almacenan hongos y esporas en ellas. Es casi imposible caminar por lo que era el servicio, ante los escombros y barro que cubren por completo el piso. La recepción, sala de espera y cuartos de triaje se inundan por completo sin que nadie pueda saber lo que se gesta ahí dentro –ratones, murciélagos, reptiles–, porque no tienen ya iluminación. Mientras tanto, las paredes se desmoronan por efecto de la humedad. La atención que prestaba esta sala fue trasladada hace una década al edificio principal, donde funcionó hasta hace tres semanas en la habitación 19. El espacio fue clausurado, y ahora el triaje y la observación de medicina interna se efectúan en la sala 14, la “emergencia” del Hospital Vargas.

En situación similar se encuentran los pisos octavo y noveno, correspondientes a la consulta de los servicios de reumatología y nefrología. Inundados, permanecen como botaderos de escombros. El único ascensor del edificio, al subir hasta estos pisos, pareciera poder desprenderse en cualquier instante: a medida que va subiendo, se tambalea y suena exageradamente. La mezzanina, que en teoría alberga el servicio social, y la planta baja, que funcionó en su momento como triaje pediátrico, también cayeron en el olvido. Miembros del personal obrero del hospital aseguran no saber “qué pasó con eso”.

La inseguridad es la explicación al horario restringido de atención en emergencia: el hospital, por su entorno, es blanco frecuente de atracos en sus puertas; adentro de ellas, la situación de violencia no cambiaba cuando se recibían emergencias las 24 horas del día. Los médicos eran agredidos por los acompañantes de los pacientes que llegaban con politraumatismos de bala o armas punzopenetrantes, hasta que finalmente se restringió el horario operativo. No obstante, las agresiones persistieron a plena luz del día, aunque en menor medida. Alberto Hernández, camillero del turno nocturno, explica que ni los empleados son atendidos después de las 7 de la noche, o los fines de semana. Hace dos años les fue suprimida la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad, porque según el MPPS los empleados “tenían cobertura garantizada en su sitio de trabajo”. Pero ahora, con esta política, quedaron desprotegidos. Y en cuanto a las funciones que, como él y Muñoz, desempeña el personal nocturno, ambos explican que sólo acuden al hospital “a cumplir horario”, porque en la noche la actividad es nula. Los vigilantes, como en el resto de la red hospitalaria, no tienen armas. Ni siquiera tienen linternas para alumbrar la penumbra en la que viven los espacios abandonados de la estructura. “Es deprimente”, opina el doctor Rivas.

El Hospital Vargas de Caracas es la conjunción de todos los problemas que puede presentar, actualmente, la red hospitalaria de alta complejidad capitalina. Deficiencias estructurales, remodelaciones inconclusas, déficit de personal médico, inseguridad e irregularidades en los insumos son los factores que han llevado a este centro hospitalario al punto crítico que vive, mientras, como dice el residente Eduardo Rivas, las autoridades se encuentran en “desconocimiento de la realidad”.

### **1.3 Percutiendo**

*Percutir al paciente implica tocarlo para reconocer los diferentes sonidos que produce su cuerpo y distinguir si éstos se corresponden a los que efectúa el organismo en estado normal, o si por el contrario, evidencian la presencia de alguna patología. Esta es la última fase del examen físico: aquí pulsamos la opinión del personal asistencial. Escuchamos sus valoraciones y, como en la parte deductiva de la medicina, detectamos los cambios que han surgido en los últimos años en nuestro paciente: las salas de emergencia*

Las salas de emergencia públicas se han convertido en puntos neurálgicos de trabajo que difieren en la práctica del deber ser. Este contexto podría modificar la eficacia de la atención sanitaria pública del Distrito Metropolitano. En ese sentido resulta pertinente evaluarlas desde la voz de quienes prestan atención en ellas, a partir de variables reseñadas en prensa nacional desde julio del año 2008 hasta septiembre del año 2010. Estas variables que inciden directamente en la prestación del servicio de salud están vinculadas no sólo con la estructura física del hospital, sino también con aspectos propios de la rutina asistencial como lo son los insumos y las condiciones de trabajo.

Si bien son muchos los que hacen vida en un hospital, se pudiera decir que una gran parte está constituida por un grupo que puede denominarse temporal, ciertamente hace uso de las instalaciones, pero sus actividades cotidianas se desarrollan extramuros. Es el caso propio de los pacientes y acompañantes que, además se configuran como categoría, pero constantemente cambian; lo que hay es un fluir diario de ellos pero como bien es sabido, varían. Y con ellos varían las necesidades y demandas por las cuales acudieron al recinto.

Existe otro grupo que, debido al rol que desempeña, está en constante interacción con las actividades que se gestan intramuros. Quienes están encargados directamente de prestar atención al paciente, no sólo permanecen en el recinto, incluso días enteros cuando cumplen con las guardias, sino que además son partícipes del proceso que implica curar al paciente. La cadena de atención comienza desde el mismo momento en que el usuario es recibido por un camillero en las puertas de la emergencia. Una vez adentro se ocupan de él médicos y el personal de enfermería. Este equipo asistencial no sólo debe construir parte de su mundo al cobijo de la infraestructura hospitalaria, sino que además, por ese uso cotidiano que hacen de ella, conocen su estado. Más allá de atender a un paciente en un quirófano de una sala de emergencia, saben si las condiciones están dadas

para que la persona al salir del pabellón sólo lo haga con el camino de la recuperación por recorrer.

Las enfermeras, por su parte, comparten con los afectados el proceso de mejoría: aplican tratamientos y cumplen con una labor que muchas veces se hace ardua cuando, debido al déficit de personal, deben asistir a más personas de las que humanamente están en capacidad de atender. Son los médicos quienes también, a causa de la disminución de residentes en los hospitales, deben desdoblarse para encargarse de hasta doce pacientes en una guardia.

Aunado a esto, el personal asistencial, por el tiempo que pasa en él, se desenvuelve en la zona circundante al establecimiento. En muchos casos esto acarrea una serie de complicaciones que repercuten en su labor, como por ejemplo, la más mencionada: la inseguridad. A pesar de que están al servicio de la comunidad son blanco de agresiones y robos. Como se abordará en *Pasando revista*, frecuentemente las agresiones a las que están expuestos se debe a la poca respuesta que pueden dar por déficit de personal, colapso de la infraestructura, servicios cerrados, entre otros. En cuanto a los robos, como ellos explican, se debe a las condiciones del entorno donde están ubicados estos centros hospitalarios.

Así, los profesionales que forman parte del equipo de salud son quienes han configurado, por su experiencia, una opinión más compleja sobre el centro hospitalario en que laboran. No se trata simplemente de examinar a través de sus palabras si la infraestructura del hospital corresponde con la demanda de pacientes que alcanzan, sino que también se busca fusionar aspectos más intrínsecos a la atención médica como lo son los insumos, los equipos clínicos y los quirófanos, con el propósito de brindar una evaluación calificada sobre las condiciones en que se presta servicio.

Son las frases del personal asistencial las que han quedado recogidas en la tabla cualitativa que se presenta a continuación (**Anexo 1: Tabla Cualitativa**). La selección de las mismas se hizo a partir de los testimonios que nos proporcionaron, y en los que destacan juicios que pudieran catalogarse como desesperados debido a las condiciones laborales actuales.

## 2. Pasando revista

*La revista médica la hacen el especialista de guardia y el médico tratante cada mañana a sus pacientes en observación, tanto en las salas de emergencia como en los servicios ubicados en los demás pisos del hospital. Se hace con el fin de conocer el estado de los afectados y examinar cómo han reaccionado al tratamiento que han recibido. Igual que en este proceso, pasaremos revista a los actores que se desenvuelven en las ocho salas de emergencia más complejas del área metropolitana para conocer sus vivencias y opiniones*

Resulta esencial la experiencia que han vivido quienes configuran el grupo transitorio que debe acudir a alguno de estos hospitales observados. Asisten como pacientes, hacen uso de la infraestructura, protagonizan el inicio de la cadena de atención y enfrentan situaciones adversas en un recinto, teóricamente, presto para brindarles una rehabilitación de calidad.

Darle mayor importancia al personal asistencial (médicos adjuntos, residentes y cuerpo de enfermería) no bastaría. Si bien ellos son parte importante en este capítulo, pues a su alrededor se teje toda una serie de vicisitudes que comprometen su función, y que son abordadas como variables de esta investigación. Hemos considerado, en todo momento, parte relevante de este reportaje a otros grupos que, de igual manera, se desenvuelven bajo la infraestructura hospitalaria y que por su rutina conocen las condiciones de ese entorno. Nos referimos a los trabajadores que también deben cumplir guardias y que permanecen en contacto directo con los pacientes. En ese sentido, resultó primordial el testimonio que nos brindaron dos vigilantes del Hospital Clínico Universitario. Parte del grupo de camareras del Hospital Vargas cuya voz cantante es la señora Ivonne Muñoz; un camillero, también del Vargas y un técnico de medicina pre-hospitalaria adscrito al cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano.

Otro grupo valioso está constituido por las autoridades: ¿Qué tienen que decir sobre el estado actual del Sistema Público Nacional de Salud? ¿Están al tanto de la crisis que atraviesa? Sobre todo, nos interesa rescatar qué tipo de soluciones, desde el respectivo puesto de trabajo que ocupan, proponen.

Así, este apartado, se articula con la indagación profunda que hicimos a través de entrevistas sobre los puntos álgidos de este trabajo. Las variables contempladas se redimensionan a partir de la triangulación de opiniones y experiencias de los actores propuestos

## **2.1.- Ser paciente no es fácil**

*En mayo del año 2010 fallas en el aire acondicionado dejaba al hospital El Algodonal tres semanas sin quirófano; para principios de enero del 2009 el aire acondicionado de la sala de emergencia del Hospital Magallanes de Catia, cumplía un año dañado, para octubre de este año, sigue en las mismas condiciones. Las anteriores afirmaciones fueron reseñadas por el diario El Universal y Últimas Noticias, respectivamente. Son punto de partida para evidenciar la minusvalía de los pacientes en recintos dispuestos para su atención que, en algunos casos, deviene en la prestación de un servicio limitado o, peor, en un ambiente que potencia sus afecciones, pues la temperatura adecuada es vital para una sala de emergencia*

Manuel Parra, jefe del servicio de Pediatría del hospital de Lídice, se atreve a asegurar que de 100 casos que acuden a una emergencia 95 pueden resolverse en la red primaria de atención. Parra sentencia que la razón principal para que la gente no vaya, por ejemplo a un ambulatorio, es porque la red primaria de atención “no sirve”. Sin embargo, en un área multidisciplinaria, como lo es la salud, hay que reconocer que existen factores socioculturales que refuerzan esta problemática. De hecho, Parra incorpora a las razones que en el país no existe una cultura sobre lo que es la medicina preventiva. “El tema es complejo. Una parte corresponde a los médicos, otra a las autoridades y otra a los pacientes. En el caso de estos últimos lo ideal sería que cultivaran el hábito de los chequeos periódicos y entender que no toda fiebre y no todo moco se trata en un hospital general, deberían acudir a otros centros de salud primarios”.

La situación descrita por Parra es evidente. En la antesala dispuesta para que las personas aguarden por la atención médica, hay quienes lucen, a primera vista, estables. Claro está, en muchos casos, como dicen el “dolor va por dentro”. Es por ello que cabe la pregunta: ¿por qué prefieren esperar, si están en condiciones físicas de acudir a otro centro asistencial? Además, al no tratarse de una emergencia evidente, ¿por qué no se dirigen a un ambulatorio? Según reseñó el diario *El Universal* el 18 de agosto de 2010: “Los pacientes que acuden a la Emergencia del Hospital Universitario de Caracas deben esperar un promedio de seis horas o más para ser atendidos”. Esto se repite en los otros siete hospitales del área metropolitana. Es común escuchar entre los afectados frases como “desde las seis de la mañana hay que estar aquí para que por lo menos a las 9 de la mañana te atiendan”, “yo prefiero esperar cuatro horas y saber que me van a atender”, “hay que esperar, pero te atienden bien”, “yo confío más en los hospitales, por eso prefiero esperar”.

Sumando la confianza que genera el hospital y las pocas ganas de emprender lo que pudiera ser un periplo, en muchos casos es preferible esperar. “Yo no voy a llevarme a mi mamá para ver en dónde me la atienden, mientras podamos esperar aquí, esperamos. Ya está anotada en la lista, eso me da seguridad de que me la van a ver los médicos”, añade un familiar quien aguarda en el hospital Militar para que atiendan a su mamá desde hace dos horas y media. Es casos como este el rol de quienes acompañan a sus familiares resulta vital. Esta misma acompañante explica que si bien recogen los datos del futuro paciente, se debe estar atento y asomarse constantemente en el puesto de las enfermeras. “No es que uno se va a confiar. Nosotras llegamos tempranito para que la anotaran, pero yo dejo a mi mamá sentadita y a cada rato le pregunto a una enfermera o al vigilante que está en la puerta. Si a uno le dijeron ‘no es que los médicos no han llegado’, uno va y pregunta a cada rato ‘¿llegaron los médicos?’. Así te ven la cara y no se les olvida que estás aquí. Yo lo que digo es que hay que estar pendientes. Ellos están full allá adentro porque a veces no están todos los doctores, pero uno también necesita que lo atiendan. Así que hay que insistir”.

La situación que se vive en estos centros asistenciales es conocida y reseñada por la prensa. El verbo “esperar” más que una constante se ha convertido en algo redundante para referirse a la atención médica. Quienes pueden salen preparados de sus casas. La antesala de cualquiera de estos hospitales luce como un terminal: enormes bolsos, a simple vista, bien equipados; grandes almohadas; gruesas cobijas y bolsas que contienen recipientes con comida y un respectivo termo para el café o la manzanilla. Afuera de estos ocho hospitales se gesta un movimiento bien articulado: conseguir atención médica.

A pesar de lo bien equipados que puedan estar los pacientes y acompañantes, existe una situación que escapa de sus manos y a la que deben hacer frente sin reparo de las condiciones del lugar: ir al baño. Como en cualquier bomba de gasolina de carretera, los sanitarios públicos del Pérez Carreño y El Algodonal se valen del método menos moderno para hacer funcionar sus inodoros: bidones de agua que son vertidos en ellos cada cierto tiempo para limpiarlos. En cuanto a los servicios sanitarios disponibles en los hospitales Militar y Lídice, el problema es otro: el aspecto evidente de estos recintos. Baldosas rotas; pisos agrietados; grifería oxidada y, en algunos casos dañada; cerraduras rotas, propiciando la violación a la privacidad; paredes evidentemente sucias y, por lo menos, uno de los inodoros totalmente inservible. La situación más engorrosa la atraviesan quienes deben aguardar en hospitales como Los Magallanes de Catia y el Vargas. En el primero, está el anuncio y la distinción de cada puerta: “Damas” y “Caballeros”, pero las cerraduras permanecen cerradas, pues desde hace tiempo están dañados. Quienes lo necesiten deben abandonar el área de emergencia, incluso, esa ala

Oeste y dirigirse a la parte Este para poder ir al baño. Una vez ahí, más sanitarios clausurados hasta que den con el único baño disponible en la planta baja para visitantes: el del auditorio del hospital. En la sala donde funciona la emergencia del Hospital Vargas, tampoco hay baños cerca. Y como dicen “*preguntando se llega a Roma*”, hay que preguntar a quienes trabajan en el nosocomio para encontrar el baño que esté funcionando.

### **Esperar es sólo la antesala**

Una vez que la persona es atendida, le corresponde enfrentarse al ambiente de la sala de emergencia. En hospitales como El Llanito y los Magallanes de Catia, si el motivo por el cual acudieron amerita, por ejemplo, hidratación, los enfermos son sentados uno al lado del otro en un largo banco para recibir el tratamiento, pues los cubículos están reservados para casos más complejos. Esto también se hace para evitar la congestión de la zona crítica de atención, pues hay que tener presente que la deshidratación no es propiamente una emergencia que deba ser atendida en un hospital tipo IV. Lo que sucede, como explican los médicos, es que si el paciente está esperando por ese tratamiento, no va a ser referido a otro centro asistencial como un ambulatorio; si ya acudió al hospital debe ser atendido.

La situación de congestiónamiento se vive más intensamente intramuros en el hospital Pérez Carreño. Ciertamente se trata de la sala de emergencia más grande y con mayor capacidad asistencial del área metropolitana. Sin embargo, debido a la sobredemanda, los pacientes son atendidos muchas veces en las camillas que ingresaron. Adentro, esa sala aun con su amplitud, luce pequeña. Los cubículos ya no gozan de la privacidad con que fueron ideados, pues deben ser divididos para atender a dos pacientes y, algunos casos, tres. “¿Cuántas veces no nos han atendido pacientes en nuestras propias camillas? ¿Cuántas veces no les han dejado nuestro collarín puesto a los politraumatizados que traemos porque adentro no tienen suficientes?”, reflexiona Nelson Pérez, bombero del Distrito Metropolitano. Añade que la manera en que grupos de rescate como el de él, pueden colaborar es esa. “Nosotros no nos vamos a llevar a un herido porque adentro no tengan camilla; lo importante es que haya quien lo atienda. Y si nos lo reciben en nuestra camilla, entonces, lo ingresamos así, aunque eso signifique esperar”. Cerca del estar de enfermeras habilitaron un espacio para atender a quienes acuden por hidratación. Cuatro sillas fijas y otras que se van sumando, siempre y cuando no se interrumpa el tránsito por la sala, están dispuestas para atender estos casos. En medio del ruido y el paso acelerado

del personal médico, estas personas observan durante su estancia una situación que lejos de contribuir a su recuperación les suma estrés.

Pérez explica que otra de las formas en que funcionarios como él han debido prestar apoyo es sirviendo de “ambulancia intrahospitalaria”. “Muchas veces tienen los médicos y pueden recibir al afectado, pero ¿qué pasa si no funciona, por ejemplo, el tomógrafo? Nosotros llevamos al paciente para que le hagan el examen que le corresponda en otro hospital cercano y lo traemos de vuelta”. Hay pacientes que, dependiendo de su condición, deben dirigirse en taxi o trasladarse en el vehículo de algún familiar hacia otro centro asistencial para hacerse un análisis de laboratorio, pues sucede que ciertos exámenes por falta de insumos o deterioro de los equipos no están disponibles en el hospital que acudieron.

### **Los riesgos más allá del bisturí**

En cuatro de los ocho hospitales del área metropolitana ser atendido por una emergencia quirúrgica tiene sus riesgos más allá del que ya implica ingresar a pabellón. En los hospitales Vargas, Lídice, Los Magallanes de Catia y El Algodonal los ductos por los cuales circula el aire acondicionado se han visto afectados por el tiempo que tienen sin mantenimiento: en ninguno de estos existe una temperatura controlada y adecuada para hacer intervenciones. Luis López, residente de tercer año del posgrado de ginecología en el Algodonal, añade que además de “que prácticamente hace calor en los quirófanos”, las rejillas tienen polvo de lo tapadas que están”. Para paliar la situación térmica de estos espacios, el residente relata alarmado, como hace tres años la directiva colocó “mientras tanto” modelos *Split* en los pabellones. López recalca los riesgos de contaminación que tienen las mujeres que deben ser intervenidas quirúrgicamente. En la sala de partos de este mismo hospital la situación se repite: las rejillas de los aires acondicionados están obstruidas por el polvo. Además, son visibles las filtraciones en el techo. Razón por la cual, la humedad se suma como otro factor de contaminación; atrae bacterias y contamina el aire del recinto.

En el Hospital de Lídice, como ya mencionó su directora, la prioridad es atender al paciente aunque esto implique una infección. La sala de emergencia cuenta con un quirófano por cuya ductería se desprenden virutas de hollín. Fue por este motivo que en ese pabellón no se realizaron más operaciones electivas y sólo se opera en los casos que la vida del paciente corre peligro. Cabe preguntarse si a futuro la infección que se pudiera

adquirir en un quirófano como éste no se traduce en un peligro mayor. O simplemente es pertinente, de nuevo, la presunción hecha por López y recogida en el capítulo 1.2 *Auscultando*: “A nuestras pacientes las salva el sistema inmunológico súper desarrollado que tienen, ¡más nada! Son personas que debido a las condiciones en que han crecido, el agua que han bebido toda su vida y al ambiente que han estado expuestas, han fortificado sus defensas”. Sólo que ahora habría que añadir que no sólo es a las pacientes de El Algodonal, sino también a quienes acuden a los otros tres hospitales mencionados y que están expuestos a este aire contaminado.

### **“Sólo se atienden estrictas emergencias”**

Existe una realidad mucho más compleja que deben encarar los venezolanos que requieran atención: ser referidos. Si se trata de una emergencia pediátrica, por ejemplo, en el Hospital General del Oeste sólo atienden por triaje hasta la 1 de la tarde y entregan 60 números. Si una madre llega después de esa hora y no se trata de una “estricta emergencia”, como reza un documento en los portones, debe acudir a otro centro asistencial. El documento no explica a los pacientes qué se considera como tal. “Yo vine para acá porque en el Hospital Pediátrico Elías Toro no hay pediatras suficientes y están refiriendo. Aquí resulta que sólo atienden `estrictas emergencias´. Para mí es una emergencia que a mi hijo haya que nebulizarlo. A mí me tocó un número, menos mal, pero ¿y si vienen una madre más tarde? ¿Quién le explica a uno todo angustiado que `su caso no es una estricta emergencia´?” La situación se repite en el Hospital Clínico Universitario. En los portones cerrados de la emergencia pediátrica se encuentra un oficio sellado por la jefatura del servicio que explica sus condiciones actuales: “No hay cama para hospitalización; no hay cama para dengue; no hay cama ni silla en observación; no hay cama para UTI (Unidad de Terapia Intensiva) y no hay cama para neonatos”. La misiva termina con la frase “Sólo se atienden estrictas emergencias – Emergencia colapsada”.

La comunidad de Antímano que por su cercanía hace uso del Complejo Hospitalario El Algodonal, es víctima de las remodelaciones tardías. El edificio de pediatría, según relata María Yánes, miembro de la Sociedad de Médicos del Algodonal, “tiene ya más de cuatro años en remodelación, uno pasa por ahí y la obra se ve prácticamente abandonada. Lo que trajo como consecuencia la disgregación del servicio y, por supuesto, la imposibilidad de ingresar niños por emergencia. Lo que hay es un pasillo en el edificio en la Maternidad Andrés Herrera Vegas donde, con los pocos médicos que contamos, se atiende esa población infantil que acude”.

Si se trata de una emergencia de adultos, en el Hospital Vargas las mismas no se atienden después de las 7 de la noche. Y según el vigilante quien custodia el portón cerrado del edificio principal, “abrimos si viene alguien con sangre afuera”. La frase pronunciada por el funcionario es una prueba de la restringida atención que se presta. Lo que constituía el área de emergencia del Vargas está en remodelación desde hace cuatro años y, a pesar de lo que pronosticaba el director del hospital, Francisco Hernández, cuando el 24 de marzo del año 2009 declarara al diario *El Universal* que “a lo sumo en un año las instalaciones estarán recuperadas” para octubre del año 2010, los trabajos que se llevan a cabo en el área de la emergencia siguen inconclusos. Más preocupante aun, pues “ahí no se ve a nadie trabajando”, como denuncian los vecinos de la zona.

En el hospital de los Magallanes de Catia, cuatro días a la semana no hay presencia de residentes de Medicina Interna. Lo que quiere decir que si un paciente acude, durante esos días, por una subida de azúcar, tensión alta u otra afección que amerite ser tratada por los residentes de ese servicio, deberá ser referido, pues no hay quien le preste la atención debida. En el mismo nosocomio otro anuncio sellado le anticipa al usuario la situación: “No hay suficientes camas de hospitalización”.

### **Como si dar a luz fuera fácil**

La abuela de Nathaniel, quien acompañó a su hija durante lo que denominó “un camino tortuoso”, confiesa que lo que hoy la llena de regocijo es ver a su hija recuperándose y tener en los brazos a su nieto. “Salimos temprano de nuestra casa en los Valles del Tuy, alrededor de las 6 de la mañana para tomar el ferrocarril. Nos vinimos directamente a Caracas porque uno sabe que allá los hospitales están peor. Nos dirigimos primero al Clínico, había que esperar mucho. Como lo que tenía era todavía dolores de parto, preferimos desplazarnos a otro lugar. Fuimos a la Maternidad Concepción Palacios. ¿Qué pasó? No tenían cupo para ingresar a embarazadas. ¡Todavía no entiendo por qué si es sólo para esos casos! Ahí en la Maternidad nos recomendaron que fuéramos a El Algodonal, que ahí sí era más seguro que la recibieran. Pues la atendieron, pero fue muy duro para ella; ya estaba estresada. Además, le tuvieron que hacer cesárea. Ahora está recuperándose, pero si ya un trabajo de parto es duro, tener que pasar la mañana y parte del mediodía buscando cupo en un hospital, lo hace más fuerte”, narró la abuela mientras sostiene en brazos a su nieto. “Mi hija me dijo: ‘Mamá, yo no quiero tener más hijos’. Yo sé que lo dice porque se siente mal, después cambiará de parecer, espero”.

La situación que vivieron madre e hija para poder hoy tener a Nathaniel con ellas guarda estrecha relación con las condiciones en que se encuentran las emergencias obstétricas del área metropolitana. Para octubre de este año el panorama se vislumbra así: dos emergencias obstétricas cerradas (hospital Vargas y hospital de Lídice); una emergencia en la que sólo atienden, como relata el vigilante de guardia en los Magallanes de Catia, “si el muchacho viene ya afuera” y una emergencia “intermitente”, la de El Algodonal, paradójicamente lugar donde la madre de Nathaniel pudo ser atendida.

En El Algodonal, aunado a la problemática de su sistema artificial de ventilación, se debe lidiar con un déficit de médicos pediatras y anestesiólogos, además carecen de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, lo que repercute directamente en el número de referencias diarias que se deben hacer. López explica que para poder admitir a una embarazada hace falta más que el equipo formado por los residentes de ginecología. Según especifica, por muy sano que haya sido el embarazo, siempre hace falta un pediatra, pues no se sabe si el niño pueda venir con alguna complicación propia de un recién nacido. Surge el primer problema: cada seis días no hay pediatra en la maternidad. Por muy preparado que esté el ginecólogo, traer a un niño al mundo sin el apoyo del pediatra es un riesgo, pues si algo ocurriese quien tiene la responsabilidad final es él. Si se trata de un embarazo de riesgo y la madre debe ser intervenida quirúrgicamente, se presenta el segundo problema: no hay anestesiólogo en la plantilla del hospital. Se contrató uno por guardias que no va todos los días. Según declara López, “avisan temprano si el anestesiólogo va a venir, así ya sabemos si se puede recibir embarazadas o si por el contrario ese día hay que referirlas”. Referir pacientes debido a la ausencia de anestesiólogos es algo que, como revela López, ocurre dos o tres veces por semana. Lo que deja en evidencia la intermitente atención que se presta en la maternidad Andrés Herrera Vegas de El Algodonal.

### **Impaciencia e impotencia desbordadas**

Manuel Parra, jefe del servicio de Pediatría en el hospital de Lídice, explica que se difunde un discurso desde las autoridades más altas en materia de salud y que la realidad es otra. “Se dice que nuestros centros hospitalarios están bien dotados, que el equipo médico es suficiente. Cuando la gente debe acudir a éstos se da cuenta que el escenario es otro. Quien paga los platos rotos es el médico de guardia quien recibe las agresiones”. Al respecto López recuerda cómo varias veces, cuando hacía sus primeros años de residencia, tuvo que hacer frente a amenazas: “Si mientras cumplía mis guardias nocturnas, llegaba

una paciente a las tres de la mañana en trabajo de parto y se trataba de un embarazo de menos de 38 semanas, me tocaba referirla. ¿Cómo la ingresaba si no contamos con Unidad de Cuidados Neonatales? Por supuesto que eso me generaba un conflicto, con ella no, porque una mujer así sólo está pendiente del dolor, pero con el familiar sí. Los esposos nos amenazaban, nos insultaban. Uno como médico entiende, pues buscar dónde dar a luz o ser atendida en la madrugada...". La cara de la López al finalizar el relato ha de ser como la misma de muchos doctores que sin importar la hora deben decirle a un paciente que no lo pueden ingresar porque, como también añade, con total impotencia, Eibys Reyes, quien hizo su residencia en pediatría en el Hospital Clínico: "Uno no quisiera referir a nadie, para eso no fue que elegimos esta profesión".

Parra señala que la inseguridad que se puede generar en un establecimiento hospitalario está siempre latente, pues constantemente llegan personas y en muchos casos han pasado por más de un hospital, es lo que él llama un "reciclaje de pacientes". Las circunstancias enfrentan a paciente-médico, una relación que, primordialmente, está basada en curar. A cualquier hora del día no es fácil informarle a un afectado que el centro al que acudió no está en condiciones de recibirlo, pues esto se traduce en una búsqueda en la que sufre no sólo el paciente, sino también el familiar. Lo que se conoce hoy como 'ruleteo' es una de las consecuencias más lamentables que han devenido de la situación actual de los hospitales del área metropolitana.

Según Yolanda D'Elía, citada en el diario *El Universal* del 6 de junio de 2010 y quien es representante del Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud, el ruleteo viola directamente el derecho constitucional del acceso a servicios de salud; atenta contra el derecho a la vida. "El ruleteo es el resultado del desmantelamiento y cierre de servicios en hospitales, que es a donde acude la mayoría de la población. Además, esta situación pone en riesgo a los trabajadores que en realidad no tienen capacidad para resolver y son agredidos". D'Elía agrega que en "el 2008 hasta mediados de 2009 habían fallecido 300 personas por ruleteo, según la información de casos denunciados por familiares a través de los medios de comunicación".

## **2.2. Personal asistencial: “Trabajando con las uñas”**

*Médicos y enfermeras tienen mucho que decir sobre el Sistema Público Nacional de Salud. Como vectores de las políticas de salud emanadas del Estado a través del MPPS, son igualmente protagonistas de la salud pública nacional. Desempeñar su labor en recintos hospitalarios durante jornadas que pueden alcanzar las 36 horas continuas, los convierte en los mejores conocedores de las fortalezas y debilidades de la red hospitalaria metropolitana y les da la autoridad necesaria para hablar con propiedad de los problemas que puede estar padeciendo actualmente el SPNS. Escuchar a los médicos y enfermeras de las salas de emergencia de los ocho hospitales más complejos del Distrito Metropolitano es conocer, desde el escenario más crítico, todo lo que puede desencadenar la decisión de un paciente de ir a un centro asistencial de alta complejidad. Indicadores como inseguridad, referencias, deficiencias estructurales y déficit de salarios cobran vida propia en las impresiones de quienes viven literalmente inmersos en nuestro SPNS*

El déficit de recurso humano nunca había sido una afección de la salud pública nacional, o al menos no en la medida en la que lo es hoy en día. Si bien males como inseguridad y déficit de insumos habían aquejado a la red hospitalaria metropolitana de alta complejidad desde al menos dos décadas, hasta hace cuatro años era muy difícil prever que el padecimiento más grave de la salud pública venezolana sería la falta de médicos –especialistas y residentes– y enfermeras para asumir nuestro Sistema Público Nacional de Salud. “En los años noventa se gestó una campaña en contra del excesivo número de médicos que se pensaba que había en el país. Yo manifesté y me quejé de que aquí había demasiados médicos, o eso creíamos algunos. Hoy en día sabemos que no es así, formar médicos es una prioridad para consolidar el SPNS”, afirma José Vladimir España, director del HUC y actual viceministro de Redes de Salud.

“Esta es la situación más crítica de los últimos tiempos”, opina María Yanes, nefróloga y presidenta de la Sociedad de Médicos del Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó, en El Algodonal. Se trata de una problemática con dos variables: por un lado, la ausencia de postulantes ante la Comisión de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UCV. Este departamento, encargado de la convocatoria y selección de los médicos optantes a realizar una especialización médica en cualquiera de los centros docentes adscritos a la universidad –entre los que se cuentan los ocho hospitales más complejos de Caracas–, se vio en 2009 en la necesidad de realizar tres convocatorias para asignar los cupos disponibles en la red hospitalaria. En sus 40 años de existencia, esta es la

primera oportunidad en la que se hicieron tres llamados al público: normalmente era uno solo, anual, y los aspirantes desbordaban la demanda para una oferta limitada.

A pesar de las tres convocatorias, aún quedaron posgrados cerrados por falta de postulaciones, como el caso de Neonatología. Otras especializaciones abrieron con los cupos que pudieron ser llenados. Es el caso de Pediatría, cuyo déficit es palpable en hospitales como Lídice, Domingo Luciani, El Algodonal y Magallanes de Catia. Otro ejemplo es Medicina Interna, con vacantes en el HUC, Vargas, El Algodonal y Magallanes de Catia. Manuel Parra, quien además de jefe de la emergencia pediátrica del Hospital de Lídice es igualmente director de la especialización en Pediatría de este hospital, asegura que para el año académico que inicia en 2011 tampoco espera cursantes, porque hasta donde sabe, no se ha inscrito nadie en el posgrado.

Los residentes hacen marchar los hospitales. En medicina, hacer una especialización no es como hacerla en otras profesiones: los posgrados de esta carrera implican una carga teórica y una práctica, expresada en la atención que deben prestar durante los tres años de su formación en el centro hospitalario al que sean asignados. Por la carga asistencial, que es en sí el ejercicio de su profesión, el Estado remunera a los estudiantes de las especializaciones médicas con un salario más ciertos beneficios. En hospitales tipo IV, es normal encontrar posgrados con cupos para 10 residentes por año de formación: 10 para primer año, 10 para segundo año y 10 para tercer año. Matemáticamente, tienen que haber más residentes que especialistas o adjuntos –los capacitadores docentes de los posgrados, además–, pues sobre ellos pesa el grueso de la atención, incluyendo las guardias nocturnas. Pero el déficit de residentes para la red hospitalaria nacional es tan grande que hay servicios que funcionan únicamente con especialistas, en horario restringido, como las unidades de terapia intensiva de adultos y neonatal del Hospital de Los Magallanes de Catia.

Por otra parte, la segunda variable de esta situación de déficit: no se trata sólo de los médicos que no se presentan a cursar especializaciones y prestar sus servicios en la red hospitalaria metropolitana. También hay que abordar el caso de aquellos residentes que, ya incorporados a la atención en un hospital, deciden renunciar a su cargo, a su formación, y abandonan su puesto de trabajo. Esta situación se ha presentado ya en centros de salud como el HUC, en el Pérez Carreño –que contabilizó cinco renunciadas en Medicina Interna durante 2010– y en el Domingo Luciani –una renuncia en el posgrado de Pediatría–. Así se ha diseminado la epidemia de renunciadas en un sector que ya está en crisis.

Un ejemplo palpable de la situación: en el Complejo Hospitalario El Algodonal, funcionó hasta el año 2009 un servicio de emergencia denominado AMA –Atención Médica de Adultos–, operativo de ocho de la mañana a cuatro de la tarde, todos los días. Este servicio funcionaba como un triaje de emergencias, que hospitalizaba en el complejo a los pacientes que lo necesitaran, y refería a los que no pudiera recibir. El servicio dejó de funcionar en el año 2009 porque los residentes y especialistas renunciaron y la estructura fue desmantelada –se encontraba en el edificio ambulatorio César Rodríguez del complejo hospitalario–. La idea pereció con la crisis, y el hospital El Algodonal hoy en día no cuenta sino con un solo servicio de emergencia, la obstétrica.

Una extensión de este último escenario es protagonizada por médicos especialistas –llamados adjuntos en la jerarquía hospitalaria–, y enfermeras, que también hacen sentir su ausencia en los servicios críticos como las salas de emergencia. En el caso de las enfermeras, el déficit siempre es menor que el de personal médico, pero hay quienes acusan su disminución en hospitales como Lídice, Domingo Luciani y Los Magallanes de Catia.

El déficit encuentra su explicación en la actual situación de la red hospitalaria metropolitana: un problema de vieja data como la carencia de insumos y materiales, aunado a nuevos indicadores como la creciente inseguridad, graves deficiencias de la infraestructura sanitaria y conflictos salariales son las razones que los médicos y enfermeras, protagonistas del SPNS, atribuyen a la crisis.

### **La agresividad es una constante**

El 4 de junio de 2009, Últimas Noticias publicaba las declaraciones de Juan Correa, entonces presidente de la Sociedad de Médicos del Hospital Domingo Luciani. La preocupación de este médico era tangible: su denuncia era que, de “agresiones light” como insultos o amenazas sin fundamento, los pacientes de este centro hospitalario habían evolucionado al uso cotidiano de armas blancas o de fuego dentro del recinto.

Siete de los ocho hospitales de mayor complejidad de Caracas se encuentran, literalmente, enclavados junto a sectores populosos con repuntes de inseguridad elevados. El HUC es quizá la única excepción, pues de algún modo la Ciudad Universitaria lo aísla, mas no lo aleja de zonas rojas como Coche, El Valle, San Pedro, la avenida Presidente Medina y El Cementerio. De este modo, la inseguridad se encuentra latente para quienes laboran en estos centros. Hospital por hospital, es posible ir recopilando historias que

reflejan el panorama de la inseguridad que se vive en los centros asistenciales caraqueños, particularmente en el escenario crítico de las salas de emergencia.

“Saliendo del hospital, me pusieron una pistola en la cabeza para robarme el Blackberry”, comenta Juan Pinto, residente del primer año de Cirugía Plástica del Hospital Pérez Carreño. Como la de Pinto, existen otras muchas oportunidades para que el hampa común haga de las suyas en una red hospitalaria que no cuenta con mayor seguridad interna y que vive permanentemente colapsada por sobredemanda de usuarios, lo que favorece estas situaciones en un ambiente, además, caótico como puede ser la entrada de un hospital público. En este hospital y en el Domingo Luciani, un objetivo fijo del hampa suelen ser los carros aparcados en los estacionamientos de ambos centros: Pinto explica que dos veces a la semana se escucha del robo de algún carro en el hospital. Una de las especialistas de la emergencia pediátrica del Hospital de El Llanito, hace un año, salió de su guardia y simplemente no encontró su vehículo. Se lo habían llevado. Todavía la pediatra no se explica cómo pudo suceder si había vigilancia en el estacionamiento.

Las enfermeras de este hospital y de Los Magallanes de Catia denuncian que la inseguridad a la salida de ambos centros es “espantosa”. Entre las medidas de previsión que toman está el dirigirse al trabajo sin ropa ostentosa: si pueden vestir únicamente franela y bluyín, mejor. “De vaina llevamos la cartera”, como asegura Lenina, enfermera del Servicio de Cirugía del Hospital General del Oeste. Ambos centros hospitalarios, así como el Pérez Carreño, son blanco de denuncias por parte del personal asistencial sobre la deficiente proporción de vigilantes con respecto al volumen de usuarios: en el Domingo Luciani son comunes los atracos en las escaleras internas y pasillos, según Mary Carmen Ribas y Cruz Espinoza, enfermeras de la Unidad de Hematooncología Pediátrica. Esta unidad presta atención de emergencias, y tiene ya dos años sin residentes. Sólo atienden allí las enfermeras y la adjunta.

Hay quienes piensan que la seguridad interna de los hospitales es insuficiente porque sus efectivos no están armados: “Ellos también son humanos, y muchas veces también los agreden porque saben que no tienen con qué defenderse”, afirman Ribas y Espinoza. En cambio, hay quienes agradecen que no sea de otro modo. El personal de la emergencia pediátrica del Domingo Luciani asegura que “algunos de esos seguridad son reinsertados después de pasar por la Misión Negra Hipólita y no están verdaderamente readaptados. Son más malandros que los malandros”. En este caso particular no es difícil comprender el porqué de tan negativa calificación: el personal asistencial de este servicio denuncia que tras extensas jornadas de trabajo, han escuchado durante su almuerzo en la

residencia, a las 9 de la noche, que los vigilantes le digan a los pacientes “tócales, tócales la puerta, que las doctoras están ahí adentro echando carro”.

En esta situación, el problema no es la procedencia de los vigilantes del hospital. La razón de la agresión es, como resume Luis Cressa, residente de tercer año de Cardiología del Hospital Militar, que “se fomenta el maltrato al médico y eso es ya una política de Estado”. Manuel Parra avala su opinión: “El constante irrespeto al médico en el discurso político del gobierno se ha convertido en la patente de corso para que cualquiera venga a agredirnos”. Y este es precisamente el origen de la otra carga de inseguridad que afecta al sector:

En mayo de 2009, un residente que prestaba guardia en la sala de emergencia del Hospital de Lídice tuvo que esconderse por 12 horas. La razón: los acompañantes de un politraumatizado por accidente en moto que no puedo salvar lo iban a matar a tiros, porque según ellos, él era el culpable del deceso. Este hecho, reseñado por *El Universal* del 12 de mayo de 2009, todavía permanece en la memoria de los médicos del hospital. Mientras, otros episodios de este corte también se cuentan como gajes del oficio en el HUC. Los pacientes y acompañantes hacen uso de la violencia contra el personal asistencial como medida de presión o como castigo si no son atendidos pronto. Los médicos temen recibir al paciente fallecido, porque para algunos acompañantes, el deceso es culpa del propio doctor, y como la Ley del Talión, el médico debe pagar con su vida la pérdida. La orden tácita para los residentes es preservar la vida propia y, en la medida de lo posible, resguardarse en escenarios de agresividad por parte del paciente y sus acompañantes. Pero no siempre es posible. Por ejemplo, los residentes de Cirugía en Los Magallanes de Catia han sido llevados a quirófano “a punta e’ pistola” para atender balazos, puñaladas y accidentes en moto, como testimonia personal del hospital.

Es que la violencia no tiene que ser sólo con armas de fuego. “Pueden no encañonarte, pero agredirte con golpes e insultos”, explica Manuel Parra. Adjuntos, residentes y enfermeras de las salas de emergencia de los ocho hospitales acusan, en alguna oportunidad, haber sido víctimas de lenguaje soez como presión para atender rápido casos emergentes. “De coño e’ tu madre y puta para abajo”, asegura Maribel, enfermera de la Unidad de Politrauma de la emergencia del Hospital Domingo Luciani.

“Golpes” es un término que no describe adecuadamente el tamaño de la violencia física que puede ejercer un paciente inconforme. Personal del hospital de El Llanito asegura haber sido testigo de cómo a una enfermera le desfiguraban el rostro con un microgotero al pedirle al paciente que esperara que la sala de emergencia se

descongestionara. Un sólo golpe en la cara con una barra metálica de dos metros de largo: una enfermera que en cuanto se recuperó de la agresión firmó su renuncia. Una vacante más en este centro de salud. Esa es la relación déficit de personal – inseguridad.

José Manuel Olivares, interno del Hospital Vargas hasta agosto de 2010, también recuerda un episodio en particular que ilustra los niveles de agresividad a los que están expuestos los trabajadores de la red hospitalaria metropolitana. “Durante una guardia, eran las siete y media de la noche y había gente pidiendo atención a las puertas del hospital. Pero la orden del director es que a las siete de la noche ya las puertas se cierren y no se atiende a nadie, absolutamente a nadie, por la inseguridad del sector; después de esa hora ya nadie nos garantiza nuestra seguridad. Yo salí a decirle al vigilante que tenía que cerrar ya la puerta porque no íbamos a recibir más casos, y me encuentro con un paciente apuñalado cuyos acompañantes discutían con el vigilante, pidiendo ser atendidos. Cuando el vigilante está cerrando la puerta, una de las acompañantes lo golpea. Yo me acerco, entonces, a explicarles que con gusto los atendería, pero que tenemos un único quirófano y no podemos recibir al paciente, no tenemos las condiciones y así van a perder tiempo vital. Es preferible que resuelvan, que se vayan a otro hospital de una vez, les explico. Pero la gente se quedó ahí, forzaron la puerta. En media hora ya habían entrado al hospital: al vigilante le arrancaron de un mordisco un pedazo de la oreja. Comenzaron a buscarnos a nosotros, los médicos, para matarnos. Tuvimos que encerrarnos en el cuarto de atrás de la Sala 19 (la “emergencia” del hospital) para esperar a que se fueran”. En algunas oportunidades, los médicos salvan su vida gracias a casualidades: Olivares, en compañía del grupo de aquella guardia atendían un infarto, encerrados en la sala, cuando ingresaron los agresores al hospital por la fuerza. Los camilleros lograron “dar el pitazo” y en cuanto estabilizaron al infartado se escondieron. Fue una cuestión de segundos.

Como se puede ver, no sólo médicos y enfermeras son susceptibles a la ira de los usuarios. Los vigilantes, por representar el primer contacto del hospital con el usuario, son también potenciales víctimas de la inseguridad. Quizá sea por esto que el personal asistencial denuncia “ausencias convenientes” de los vigilantes de los hospitales: “a las tres de la madrugada no hay ni un solo vigilante a las puertas del servicio de emergencia”, afirma Eibys Reyes, ex residente de Pediatría del HUC. “Mientras estuve en ese hospital, mi única exigencia y la de mis residentes siempre era que sólo trabajáramos si había vigilantes para apoyarnos, sobre todo en las noches. Cuando el vigilante desaparecía, nosotros parábamos la atención. ¡Qué cosas, ahí mismo aparecía un vigilante! Teníamos que ejercer presión siempre”, denuncia Reyes.

Para apoyar al personal interno de seguridad, buena parte de los hospitales de alta complejidad han requerido de la presencia de cuerpos oficiales en sus instalaciones. El Pérez Carreño es uno de los que, por los momentos y desde hace más de tres meses, cuenta con la asistencia de quince miembros de la Reserva durante los fines de semana para lidiar con eventualidades producto de la aguda congestión de pacientes que suele afrontar este hospital esos días. En el resto de los hospitales, el personal denuncia el irregular apoyo que prestan policías y Guardias Nacionales. La queja es que no pasan más que unos cuantos días custodiando las instalaciones, y al cabo de 15 ó 20 días, no regresan más. Para muestra, un botón: en mayo de 2009, los trabajadores del Hospital de Lídice lograron la asignación de una comitiva de la Guardia Nacional (GN) para proteger el nosocomio después del episodio con el residente que tuvo que esconderse. Hoy en día, los factores que propician la inseguridad en Lídice no han cambiado, en cambio la seguridad del hospital continúa en manos de su personal interno. Los GN no volvieron a presentarse en el hospital desde el año 2009.

Otra fuente de inseguridad es la naturaleza de los casos que se reciben en las salas de emergencia de estos hospitales. Por su ubicación y por la gratuidad de su atención, la red hospitalaria capitalina de alta complejidad es receptora habitual de heridos por arma de fuego y heridos por objetos punzopetrantes. En ocasiones, los heridos son simples víctimas de la inseguridad caraqueña; otras veces, los heridos son antisociales que se presentan en grupo en el hospital. El riesgo de salvarle la vida a un delincuente puede manifestarse en dos posibilidades: la primera, que la “banda” a la que pertenece el herido se presente en la sala y exija con amenazas la atención. La otra posibilidad, completamente factible pues suele suceder, es que se presente el agresor en la emergencia para rematar al herido. En mayo de 2009 una situación así culminó en un tiroteo en la emergencia del Hospital de Lídice: dos bandas enemigas se disputaban la vida de un herido de arma de fuego. El servicio completo quedó retenido en la sala, mientras en la entrada los antisociales intercambiaban disparos.

El Pérez Carreño también es propenso a anécdotas de este tipo. Juan Pinto, como residente de Cirugía Plástica que presta atención en emergencias, tiene una historia que contar: “En la emergencia atendemos en el mismo cuarto Cirugía de Mano, Traumatología y Cirugía Plástica. Estaba un día de guardia. Cuando entré al cuarto, había ahí un herido en la cama, el residente junto a otra persona más. De repente, el residente de Cirugía de Mano me agarró por el brazo y me dijo ‘vente, vámonos’. Yo tenía algo que hacer en el área, no recuerdo qué. Le dije ‘no, mira, yo vine a ver algo aquí’, pero el residente insistía, ‘vente, vamos afuera un momento’. Me arrastraba fuera del cuarto. Cuando estábamos lejos del

área, me explicó que el paciente venía con un impacto de bala, que la otra persona que estaba en el cuarto era el agresor que había llegado a rematarlo. No podía creerlo”. La situación es común en los hospitales Domingo Luciani, Magallanes de Catia, Lídice y Universitario.

Precisamente este hospital es propenso a servir de escenario para este problema, por la ausencia de cuerpos oficiales de seguridad en la Ciudad Universitaria de Caracas. Los episodios de inseguridad en el Clínico solamente pueden disolverse con la mediación de los vigilantes internos, que pueden hacer únicamente eso: mediar. Policías y efectivos militares tienen prohibida la entrada al recinto universitario. El personal del hospital denuncia que los antisociales aprovechan esta circunstancia. Justamente es el HUC uno de los hospitales con mayor sobredemanda de pacientes y acentuado déficit de residentes para atención crítica: causa y efecto de la inseguridad, respectivamente.

El Hospital Militar es la excepción al drama. La presencia permanente de efectivos militares custodiando las instalaciones limita, desde un principio, la llegada de heridos politraumatizados con heridas de bala y otras agresiones. Los residentes de este centro hospitalario, de hecho, no consideran que la inseguridad sea uno de los problemas que los aquejan. Al contrario, para un residente esta circunstancia es una de las “ventajas” que tiene ser asignado al Hospital Militar para la realización del posgrado, como asegura Luis Cressa, residente de Cardiología. La custodia militar suele frenar al hampa común y bajar los niveles de agresividad en los pacientes y acompañantes, además de que ‘filtra’ la llegada de heridos críticos. Sin embargo, fuera de las paredes del nosocomio, donde la seguridad militar no tiene alcance, la inseguridad repunta. El personal asistencial del Hospital Militar no puede dejar el recinto hospitalario muy tarde en la noche o muy temprano en la mañana, porque, según afirman, el hampa hace de las suyas en la anarquía de la Avenida San Martín. Pero aún con la oscuridad como aliada.

Ni siquiera la custodia permanente de la Policía Militar puede descartar a la inseguridad como una característica de la red hospitalaria metropolitana, formadora de médicos especialistas y que funciona con centros de referencia nacional. No hay resguardo para el personal asistencial de nuestro SPNS. Como sentencia Juan Pinto: “A pesar de la policía, a pesar de los militares, la seguridad en los hospitales es completamente virtual”.

### **Infraestructura: deficiencias e insuficiencias**

En enero de 2009, Últimas Noticias reseñaba las declaraciones del personal médico del Hospital General del Oeste, esperando la entrega de obras inconclusas en el nosocomio más grande del Oeste metropolitano: para aquel entonces, se esperaba la “pronta apertura” del Servicio de Imagenología (en reconstrucción desde 2007) y la rehabilitación del aire acondicionado de la sala de emergencia, dañado desde 2008. En octubre de 2009, la proporción de 180 camas operativas contra 500 presupuestadas en el Complejo Hospitalario El Algodonal era noticia en el mismo diario, que también comentaba la aparición de un rabipelado y una serpiente en uno de los servicios de este complejo. La explicación era la oleada de remodelaciones emprendidas en este centro hospitalario, sin conclusión para el momento. Hospitales como el Vargas también aparecieron durante 2009 en prensa por la situación crítica de su infraestructura: en marzo, el director del hospital, Francisco Hernández, declaraba a Últimas Noticias que en marzo de 2010 el hospital laboraría de nuevo a toda su capacidad. Sin embargo, para el 29 de marzo de este año, *El Universal* reportó que sólo estaba adelantado 30 por ciento de los trabajos de reconstrucción del área de emergencias en este centro.

Por su parte, las inversiones mil millonarias en las salas de emergencia de los hospitales Universitario de Caracas y Pérez Carreño también fueron noticia durante 2009 en prensa nacional. La Agencia Venezolana de Noticias (AVN) anunció en mayo la suma invertida en la emergencia del HUC: 3.6 millones de bolívares fuertes. Para ambos hospitales, el seguimiento de la prensa en cuanto a la calidad de su infraestructura ha sido de comentarios positivos. Pero el historial del HUC se ve pronto empañado por las declaraciones de su director, José Vladimir España, en junio de 2009. La falta de 18 residentes en la sala de emergencia era noticia en el diario Últimas Noticias por la inevitable disminución que representaba en la operatividad del servicio, no obstante la calidad de sus instalaciones.

Las condiciones físicas de trabajo para el personal asistencial de los ocho hospitales más complejos de Caracas no son precisamente las más idóneas. La remodelación en simultáneo de la red hospitalaria nacional puesta en marcha con la misión Barrio Adentro III dejó en situación precaria espacios donde enfermeras y médicos pueden pasar jornadas laborales que van de ocho a 36 horas, prestando atención en emergencias.

Las salas de emergencia de los hospitales Pérez Carreño y Universitario, remodeladas y mantenidas a tono, son emblemas de una infraestructura hospitalaria estrella que realmente no existe, sobre todo en cuanto a salas de emergencia se refiere. Del

lujo de ambas salas a los detalles ineludibles de las emergencias de los hospitales Militar, Domingo Luciani y Magallanes de Catia, a la operatividad parcial de las emergencias en los hospitales de Lídice y El Algodonal y finalmente a la inexistencia de un servicio de emergencias en el Hospital Vargas, hay diferencias abismales que se traducen en deficiencias importantes tanto en la atención que reciben los usuarios como en el ejercicio laboral del personal asistencial.

Más allá de paredes agrietadas, ductos de aire acondicionado contaminados y pisos en mal estado, las remodelaciones han afectado la capacidad operativa de estos hospitales. Que el pediátrico Luisa Cáceres de Arismendi del Complejo José Ignacio Baldó esté cerrado por deficiencias estructurales, que el ala Oeste del Hospital José Gregorio Hernández de Los Magallanes de Catia se encuentre inhabilitada por las refacciones nunca concluidas, que sólo opere un quirófano en este nosocomio y la situación sea la misma en el Hospital Vargas, son hechos que disminuyen efectivamente la capacidad de atención y hospitalización de estos centros. Esto contribuye al colapso por sobredemanda de pacientes, porque no hay suficientes cupos para las especialidades requeridas.

El personal médico entrevistado en estos ocho centros coincide en cuestionar la falta de planificación con la que se asumieron las refacciones hospitalarias, y la tardanza con la que han sido entregadas las obras. Por ejemplo, en mayo de 2009, fue inaugurada la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Vargas, un espacio con equipos de avanzada y cuya estructura contrasta radicalmente con el abandono en el que está sumido este hospital. Sin embargo, la sala de emergencias, un servicio crítico más importante por tanto más personas se beneficiarían de él, lleva esperando cuatro años para ser reinaugurada. Médicos del hospital sostienen que la inexistencia de un servicio de emergencias, más el cierre de otros servicios vitales como el de Cirugía, mantienen a la terapia intensiva en “funcionamiento aislado”, porque los servicios que por naturaleza le proveerían más pacientes no se encuentran operativos.

Más allá de la simple tardanza, el personal asistencial de estos centros denuncia que hay trabajos que, después de mantener durante tres años servicios inhabilitados, hoy en día ni siquiera han comenzado. En el Hospital General del Oeste, en Los Magallanes de Catia, médicos y enfermeras denuncian que el ala Oeste se mantiene clausurada sin explicación, porque no han visto movimiento de obreros o escombros que certifiquen que se están llevando a cabo las remodelaciones prometidas. Es la misma situación del edificio pediátrico Luisa Cáceres de Arismendi en El Algodonal, como aseguran sus residentes; como se puede apreciar a simple vista al pasar frente al edificio abandonado. Igualmente,

médicos y empleados del Hospital Vargas acusan a las autoridades hospitalarias y ministeriales de ocultar el estado actual de lo que era la sala de emergencias: según afirman, ese espacio hoy no es más que un terreno baldío en el que no hay construcción adelantada después de cuatro años de trabajos estructurales. Las comunidades tampoco supervisan los trabajos, ni se unen al personal de estos hospitales en la protestas contra esta irregularidad. No existe la contraloría social más allá de los “mensajitos de texto” que Carmen Espósito, presidenta de Fundeeh, asegura recibir de los consejos comunales cuando una obra no marcha como debería. Lo cierto es que el tema de las remodelaciones mantiene al personal asistencial de manos atadas, pues se encuentra fuera de su alcance una solución pronta y sólo les queda esperar a que reactiven los servicios afectados.

Las deficiencias estructurales hospitalarias también inciden de modo negativo en la calidad de la formación de los residentes, futuros especialistas. “Los residentes tienen que manejar casos críticos en salas de emergencia durante su formación. No sirve de nada que aprendan teoría para que la apliquen solamente en escenarios de consulta externa, porque las emergencias existen en el ejercicio de la profesión”, apunta María Yanes, presidenta de la Sociedad de Médicos del Complejo Hospitalario El Algodonal. Sin embargo, los residentes de este hospital y del Vargas trabajan sin servicios de emergencia en términos prácticos, por las deficiencias estructurales de ambos centros. Ya el Vargas, precisamente por contar con un único quirófano, trasladó a sus residentes de Cirugía al Hospital Militar, porque no podían formarse con deficiencias en la parte práctica. Sin quirófanos suficientes y adecuados, no pueden formarse cirujanos. Aun así, funciona un posgrado de Cirugía en el Hospital de Los Magallanes de Catia, que cuenta con un solo pabellón. “¿Cómo puedo hacer un posgrado en esas condiciones?”, se pregunta José Manuel Olivares, que acaba de culminar su año de externo y en noviembre recibe su título de Médico General de la UCV. Tras terminar el año de rural, contemplado en el artículo 8 de la Ley de Ejercicio de la Medicina, debería inscribirse en la especialización de su preferencia, sin embargo, lo está pensando, como lo piensan muchos”, confiesa.

Parte de las deficiencias en la infraestructura hospitalaria es también responsabilidad del mantenimiento inadecuado a una red levantada, en promedio, hace treinta años. Más allá de las salas de emergencia, hay un mínimo de condiciones sanitarias que deben mantenerse en un centro dispensador de salud. No se trata de tecnicismos, sino de brindar un ambiente de trabajo apto para el ejercicio de la medicina. En el Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó, por ejemplo, la maleza desbordada devora las edificaciones donde funcionan servicios de hospitalización, e inclusive la emergencia obstétrica: “Aquí todas las semanas sale alguien del personal con dengue”, asevera Luis

López, residente de Gineco-obstetricia del complejo. El olor del agua de lluvia empozada durante tres días junto a la sala de parto tampoco es un estándar idóneo de trabajo, ni para médicos, enfermeras, ni para pacientes. Sin embargo son las condiciones en El Algodonal y en el Vargas, que huele a orine de gato; tampoco se trabaja bien en la sofocación del aire acondicionado inservible de la emergencia de Los Magallanes de Catia. Y el personal asistencial de estos centros tiene que sobrellevar las circunstancias.

Las enfermeras denuncian que el deterioro de las instalaciones sanitarias también es responsabilidad del usuario. Las quejas más comunes son el desecho inapropiado de desperdicios, que se transforma en basura en los pasillos de los hospitales y el maltrato a las paredes, apoyando los pies en ellas. Externos del HUC aseguran que la sala de emergencia es víctima de estos abusos y por eso comienza a hacerse evidente cierto decaimiento en cuanto a su conservación. Los detalles como cerraduras dañadas, pintura desconchada en las paredes y falta de higiene comienzan a mermar la calidad física de la sala de emergencias de este hospital. La falla concreta es la ausencia de “cultura hospitalaria”, un término acuñado por el personal asistencial para referirse tanto al mal uso de la red sanitaria –patente con la eterna vigencia del modelo asistencial de pirámide invertida– como al abuso de las instalaciones hospitalarias, por desidia y descuido del usuario.

Una de las explicaciones que tanto médicos especialistas como residentes de la red metropolitana encuentra a la situación de déficit de personal es la falta de incentivos. Salarios deficientes, inseguridad y una infraestructura hospitalaria que no se da abasto no constituyen precisamente incentivos para estimular la incorporación de médicos al sector público. Luis López es directo: “Si aquí (en El Algodonal) no hubiese posgrado, sólo habría adjuntos”. Nadie iría entonces a formarse voluntariamente en un hospital con las condiciones de El Algodonal, bajo su visión.

Sobre lo que respecta a las remodelaciones, Manuel Parra, jefe del Servicio de Pediatría del Hospital de Lídice, no abandona su postura crítica: “Me están entregando una emergencia pediátrica ahora hermosa, con este plan de refacciones. Pero yo simplemente no voy a inaugurarla, yo me voy ahorita de vacaciones y que la directora y el gobierno abran la emergencia que les tomó tres años concluir, mientras aquí en el servicio nos hacinábamos”, amenazaba en julio. El 26 de agosto de 2010 el espacio quedó oficialmente inaugurado en la cadena nacional de radio y televisión, y Parra no se presentó al acto. Parte de sus quejas también apuntan a que con un déficit tan grande de residentes como el que maneja su servicio (faltan 16 médicos para llenar la plantilla) no tiene mucho sentido

inaugurar una emergencia pediátrica como la que se inauguró, de avanzada, si no va a funcionar a su capacidad completa porque no hay quienes se hagan cargo de ella. Esta es exactamente la situación de otros servicios como las unidades de Terapia Intensiva de adultos de Los Magallanes de Catia y del Hospital Vargas.

En algunos hospitales se reforman los espacios, quedando excelentes para prestar atención al público, pero no hay personal para que estos servicios funcionen con toda su capacidad –como la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Vargas–. Otras veces, está el personal completo, pero la limitación es de estructura física o prevalecen equipos médicos que no son completamente funcionales, como en la emergencia de adultos del Hospital de Lídice. María Yanes, presidenta de la Sociedad de Médicos del Complejo Hospitalario El Algodonal, avala esta teoría desde su vivencia: el Servicio de Nefrología, donde se desempeña como jefe, tiene la plantilla médica copada. La deficiencia, en este caso, es la planta de tratamiento de agua para diálisis. Sin la posibilidad de dializar, ella explica que este servicio no puede considerarse operativo sino como una consulta ambulatoria: “Eso pasa con la salud pública en Venezuela: si no falta una cosa, falta la otra”.

### **Insumos: “Cuando levantamos la voz, nos surten”**

No siempre faltan los insumos en la red hospitalaria capitalina, contrariamente a lo que muchos podrían pensar. Si bien este problema ha tenido picos críticos en los 30 años de existencia de la red hospitalaria de Caracas, sobre todo en la década de 1990, hoy en día no es el peor problema que atraviesa la red: el personal de estos ocho hospitales coincide en el carácter intermitente o cíclico de la carencia de insumos. Aunque en noviembre de 2009 Últimas Noticias reseñaba que por problemas con los proveedores de insumos para los servicios de Traumatología y Neurocirugía, el Hospital de Lídice se mantenía en protestas, las carencias fueron suplidas pronto y el hospital regresó a su funcionamiento normal. Desde 2008 no es noticia el déficit de insumos en El Algodonal. En el resto de los hospitales de alta complejidad, otros problemas acaparan el centimetro de la prensa nacional.

“Que no hay guantes e inyectoras, eso es falso. Sí hay esas cosas en el Hospital Vargas”, desmitifica José Manuel Olivares, ex interno del Hospital Vargas, agregando que “pueden faltar tanto tratamientos muy especializados como cosas muy básicas, pero en general el hospital está surtido. El director se encarga de surtir las deficiencias cuando

alzamos la voz, es algo cíclico”. En líneas generales, este es el panorama que retrata el personal asistencial de los otros centros hospitalarios.

Puede que la percepción generalizada de intermitencia en cuanto a los insumos se deba a que es común que el personal médico mande a los pacientes a comprar ciertos medicamentos, o compense la ausencia de algunos tratamientos con la aplicación de otros similares. Por ejemplo, en la emergencia obstétrica de El Algodonal, la carencia de *amlodipina*, un hipotensor, se solventa con la utilización de *nifedipina* como sustituto. No es lo mismo, pero se parece. Si no hay en existencia algún similar o análogo, el paciente debe conseguir el medicamento necesario. Médicos de los hospitales Pérez Carreño y El Algodonal afirman que se ven obligados a mandar al paciente a adquirir medicamentos o insumos prácticamente todos los días. Y esa no es la situación ideal, como explica Manuel Parra, jefe del Servicio de Pediatría y de la emergencia pediátrica del Hospital de Lídice: “Si tengo pacientes hospitalizados, debo suministrarles el tratamiento. De otro modo, esto es un ambulatorio”, señala. Este médico además denuncia que este año ha tenido que elaborar “exposiciones de motivos” ante el jefe de farmacia del Hospital de Lídice para que surta de insumos al servicio. “Yo no manejo presupuestos. Yo manejo pacientes y si necesito el tratamiento es para ellos. El Estado tiene que ver cómo me surte las herramientas, ese no es problema mío”, cuestiona.

“Cuando levantamos la voz, nos surten”, es la impresión general de las enfermeras de los hospitales Domingo Luciani y Magallanes de Catia. En los Hospitales de Lídice, Vargas, El Algodonal y HUC, los médicos también trabajan de este modo. Por eso describen la situación como “intermitente”: son abastecidos de insumos y a medida que se van agotando los materiales, comienzan las protestas, hasta llegar a puntos críticos en los que hay servicios que tienen que cerrar, como sucedió a mediados de 2010 con la emergencia de adultos de Los Magallanes de Catia. Ni siquiera había inyectoras. La presión surte efecto, llega la reposición de insumos y finalmente el ciclo se repite. “A veces no hay unas cosas, y luego llegan. Cuando éstas llegan, comienzan a faltar otras. Así funciona. Sin embargo, los insumos no han sido nunca la causa para parar el hospital. Es manejable”, asegura Luis López, residente de tercer año del Servicio de Gineco-obstetricia de El Algodonal.

Una queja frecuente es la burocracia que caracteriza a los trámites para pedir reposición de insumos en estos hospitales: “En el almacén pueden decirte que no hay algo, pero de repente lo hay en el servicio y en el almacén no lo saben. O a veces el almacén tiene el insumo y el servicio no, y lo buscas en el servicio y todos te dicen que no hay de

eso en el hospital, pero sí lo hay en el depósito, y simplemente no lo notificaron. Es demasiada burocracia”, corrobora Juan Pinto, residente del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pérez Carreño. Una de las medidas tomadas por las enfermeras en estos hospitales, es almacenar por cuenta propia todos los sobrantes de insumos utilizados y administrarlos para casos emergentes, como explican. Las emergencias no entienden de trámites administrativos.

En la emergencia pediátrica del Domingo Luciani, las carencias se suplen con las donaciones de laboratorios farmacéuticos: una muestra gratis de un medicamento puede ser vital para un paciente, como explican las adjuntas del servicio. En Los Magallanes de Catia, las muestras médicas también subsanan el déficit y se mantienen “bajo llave”, según la jefa de la emergencia pediátrica, María Auxiliadora Villarroel. “Todo en este hospital tiene que ser bajo llave”, asegura.

También bajo llave guardan las enfermeras de la Sala de Hospitalización de Pediatría los insumos básicos que compran por su cuenta o que toman de las clínicas privadas en las que trabajan para abastecer sus necesidades: ese es el déficit más acentuado de insumos en la red hospitalaria. “No hay jabón, y la norma es que después de ver a cada paciente hay que lavarse las manos para evitar el intercambio de bacterias e infecciones”, explica Gabriela Sanz, interna de este centro de salud. Y esta misma carencia la denuncian en El Algodonal, Domingo Luciani y Vargas. El personal asistencial compra estos insumos básicos para preservar su propia salud. “Hacemos colectas entre nosotros mismos, y surtimos jabón, alcohol, gasas, algodón, materiales de limpieza. Lo esencial”, observa Julia Guarisma, enfermera del Servicio de Pediatría de este hospital. Pero estos paliativos se quedan cortos cuando se presenta un déficit imposible de esquivar: durante 2010 el servicio de agua del Hospital General del Oeste ha sido irregular. Con cortes de al menos una vez al mes, hay días que el hospital se queda sin agua. Y en ese caso, no hay jabón que valga.

“Tampoco podemos hablar de una evaluación real de insumos, porque hay servicios que se encuentran parcialmente operativos, y así es obvio que los materiales rinden más. Pero es probable que si atendiéramos en horario completo, al volumen de pacientes que acuden a una emergencia, los insumos no alcanzarían”, analiza María Auxiliadora Villarroel, jefa de la emergencia pediátrica de Los Magallanes de Catia. De acuerdo con ella, no podría hacerse una evaluación precisa de insumos y materiales en salas que, por una u otra razón, no funcionan a toda su capacidad, como la del HUC, Magallanes de Catia. El Algodonal y Lídice (emergencia pediátrica), por falta de personal

asistencial, y la del Vargas, que suma a este problema las graves deficiencias estructurales que presenta. También hay ocasiones en las que definir realmente la situación de este problema es complicado, pues hay materiales que en teoría son desechables pero en la práctica de la red hospitalaria metropolitana de alta complejidad se reutilizan. A veces sin esterilizar, porque son vitales y no hay tiempo para eso; tampoco hay el insumo suficiente para utilizarlo de modo descartable. En la Unidad de Politrauma del Hospital Domingo Luciani, pasa esto con las mascarillas de intubación. La conclusión es que no hay una existencia real del insumo en proporción a la demanda que recibe el hospital.

En los hospitales Militar y Pérez Carreño, la situación es menos irregular. “Estamos bien de insumos. Siempre una que otra cosa, pero las faltas se reponen pronto. Quizás no el mismo día, pero sí al siguiente. Siempre hemos podido resolver”, juzga Elaine Gavidia, emergencióloga del Hospital Militar. Por su parte, Juan Pinto, residente de Cirugía Plástica en el Pérez Carreño y quien hasta 2009 fue residente del posgrado de Cirugía General del HUC, siente que el eventual déficit que pudiera presentarse en el hospital Pérez Carreño es menor que en otros hospitales. Algo paradójico tratándose del hospital de alta complejidad con mayor demanda en el Distrito Metropolitano. “Yo estoy seguro de que en este hospital se consiguen cosas que no hay en otros centros y aunque los pacientes deban comprar algunos insumos, siempre son cosas muy puntuales. La verdad, no sé por qué. Pero sé que es así”, considera.

### **La vocación es el impulso**

Según la última contratación colectiva del personal médico, firmada en el año 2000, y con los correspondientes aumentos salariales promulgados en los subsiguientes decretos presidenciales –el último data de abril de 2010 y estipula un incremento de 40 por ciento–, el sueldo de un médico residente está fijado en 2.535 bolívares. A este salario base se suman los tickets de alimentación, más la bonificación de las horas nocturnas: cada residente tiene permitido hacer hasta seis guardias nocturnas al mes, que le generan un ingreso adicional de aproximadamente 1.200 bolívares, entre todas. La situación depende también del organismo al que esté adscrito el hospital en el que el médico ejerce sus funciones: el IVSS mantiene una escala de sueldos ligeramente superior a los que ofrece el MPPS y el Ministerio de la Defensa, no obstante la homologación salarial entre las tres dependencias gubernamentales firmada en el año 2002.

Esta contratación colectiva del año 2000 fue la última suscrita entre el Estado y el gremio médico. A pesar de que la Ley Orgánica del Trabajo establece que cada dos años la contratación colectiva debe ser renovada de acuerdo con los intereses comunes del gobierno y el gremio, desde 2002, fecha en la que se vencía la contratación colectiva, no se suscriben nuevas condiciones de trabajo para el personal médico. “El Presidente es el que decreta los aumentos de 10 por ciento, 20 por ciento ó 40 por ciento anual, según su estado de humor”, cuestiona Manuel Parra.

La contratación colectiva suscrita en el año 2000 no contempla beneficios como seguridad social, póliza de hospitalización, cirugía y maternidad (HCM); caja de ahorros o bono de vivienda, ni para residentes ni para adjuntos, quienes perciben mensualmente 2.800 bolívares, después de seis años de estudio en pregrado más una especialización de tres años. Los beneficios a largo plazo residen en la contratación colectiva que hasta ahora no se ha firmado; una de las quejas recurrentes del gremio médico es que a pesar de haber recibido un aumento de 40 por ciento, su sueldo continúe siendo deficiente. “2.500 bolívares mensuales no son nada”, observa María Yanes, presidenta de la Sociedad de Médicos del Hospital El Algodonal.

La realidad es que el sueldo que percibe un médico residente en la actualidad no está equiparado al salario que recibe un profesional de alguna otra especialidad por un trabajo que requiere menor dedicación horaria. Este es uno de los problemas con los que tiene que lidiar el personal médico del SPNS. Y la situación puede empeorar si el residente proviene del interior del país y cursa la especialización en Caracas. Muchos residentes se desplazan de sus hogares en el interior del país para formarse en la capital, lo que implica mayores gastos en vivienda y alimentación. Iver Gil, ex viceministro de Redes de Salud, calificaba a Caracas como “cantera de formación de médicos”, pues los centros docentes de mayor complejidad y de referencia nacional se encuentran en la metrópoli. Tampoco se consideran bonificaciones especiales para estos casos: “Uno que vive en Caracas tiene su casa, tiene su cuestión, pero una persona que viene del interior, que tiene que pagar alquiler mucho menos le alcanza”, dice Luis Cressa, residente de Cardiología del Hospital Militar.

“Para que 40 por ciento verdaderamente represente un aumento, tendríamos que hablar de un sueldo base de 10.000 bolívares: que te aumenten 40 por ciento si percibes sólo 2.500, no es un verdadero incremento”, subraya Manuel Parra. Actualmente, la Federación Médica Venezolana (FMV) aspira a un aumento salarial que eleve el sueldo mínimo de un médico rural a aproximadamente 135 unidades tributarias, o lo que es lo

mismo, 8.700 bolívares mensuales. También se prevé la instauración de un régimen de seguridad social que incluya póliza de HCM. De lo contrario, los médicos tendrán que seguir acudiendo a sus centros de trabajo para ser atendidos en caso de enfermedad, como sucede hasta ahora. Ninguno de los médicos entrevistados para esta investigación se manifestó conforme con su salario, menos aún los residentes de los distintos servicios de estos ocho hospitales. Como reflexionan las adjuntas de la emergencia pediátrica del Hospital Domingo Luciani, “¿Cómo van a hacer un posgrado en estas condiciones de infraestructura y violencia, si encima les pagan mal?”.

En el caso de los residentes, el contrato laboral suscrito establece la dedicación exclusiva a la especialización. En términos prácticos, esta es una prohibición expresa de ejercer cargos en otros centros de salud, tanto públicos como privados. Sin embargo, la crisis obliga a hacer caso omiso de la normativa, pues buena parte de los residentes atienden consultas e inclusive hacen intervenciones en el sector privado. La percepción de Mildred Lima, residente de primer año de Medicina Interna del hospital Domingo Luciani, de que lo que se puede ganar en quince días de trabajo arduo en el hospital iguala a la suma que puede producir durante dos días de trabajo regular en una clínica privada parece ser cierta: “Los médicos tenemos que trabajar en otros sitios para poder completar un ingreso decente. Mis residentes (de primero y segundo año, a su cargo), hacen guardias nocturnas en clínicas para ayudarse. Y si en este hospital se prueba que yo tengo otro trabajo, automáticamente me botan del posgrado. Lo que pasa es que aquí todo el mundo lo hace, porque todo el mundo entiende que el sueldo, pues...”, confiesa uno de los residentes entrevistados.

Otro residente de una especialización quirúrgica realiza intervenciones simples en centros privados, paralelamente a la formación que recibe en su hospital de trabajo confiesa que “en teoría yo no debería operar afuera, pero no puedo esperar tres años a obtener mis credenciales y comenzar a producir dinero, Es que nadie come del sueldo de un hospital”, protesta. Y no es el único que piensa así. Alf Barrios, director del Hospital El Algodonal, confiesa que además de su cargo, despacha igualmente consulta privada de gineco-obstetricia en una clínica al suroeste de Caracas: “Yo soy súper socialista, pero también tengo derecho a garantizarme mi propio desarrollo endógeno”, afirma. Como médico jefe, la escala salarial vigente le adjudica únicamente 4.717 bolívares, a pesar de los más de 20 años de servicio que cuentan en su currículum. No es muy favorable la situación salarial, ni siquiera para los directores de hospitales tipo IV, los mejores remunerados de la escala. En su caso, la propuesta de contratación colectiva planteada por

la FMV, llevaría su salario mensual a 16.000 bolívares, casi cuatro veces el que percibe en la actualidad.

El artículo 96 de la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela reza: “Todos los trabajadores y las trabajadoras del sector público y del privado tienen derecho a la negociación colectiva voluntaria y a celebrar convenciones colectivas de trabajo, sin más requisitos que los que establezca la ley. El Estado garantizará su desarrollo y establecerá lo conducente para favorecer las relaciones colectivas y la solución de los conflictos laborales. Las convenciones colectivas ampararán a todos los trabajadores y trabajadoras activos y activas al momento de su suscripción y a quienes ingresen con posterioridad”. El incumplimiento de la ley es flagrante, aunque el Estado esgrima un único argumento para negarse a discutir con el gremio la contratación: la “invalidez” de la Federación Médica Venezolana como órgano gremial. Como esta federación no ha renovado sus autoridades en la última década, entonces en teoría no representa los intereses de los médicos. Pero ha habido razones de peso para que no se realicen elecciones en la FMV, las cuales abordaremos más adelante.

El sinsabor salarial tiene un agregado: la imposibilidad de manifestar. “Cuando protestamos por las mejoras salariales y las condiciones laborales en las que nos encontramos, nos tildan de guarimberos y flojos. Nos lo dicen, nos pegan papeles en los ascensores del hospital. No es justo lo que está pasando”, afirma Eibys Reyes, residente hasta febrero de 2010 del Servicio de Pediatría del HUC. Los residentes se quejan de la politización de la lucha salarial, que les impide salir a protestar por sus derechos sin ser agredidos verbalmente por terceros. Aparentemente, el médico nunca puede protestar, so pena de ser tildado de “capitalista” o de “falta de consciencia social”, como apunta Luis López, residente del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital El Algodonal.

“Nos llaman peseteros cuando exigimos mejoras. Yo pregunto, cuáles son las pesetas, ¿2.500 bolívares al mes? Evidentemente yo no estoy aquí por lo que me pagan, porque si no, no estuviera aquí. Este es un sueldo miserable, sin beneficios. Lo peor es que el gobierno nacional no quiere ver que la única forma de conseguir que se incorpore el personal asistencial necesario es subiendo los sueldos como lo establece la Constitución Nacional: con una convención colectiva”, recrimina Manuel Parra, jefe del Servicio de Emergencia del Hospital de Lídice. Y al referirse al personal asistencial, integralmente, lo hace con conocimiento de causa: las enfermeras no creen en contrataciones colectivas eternamente anunciadas y jamás materializadas. Una licenciada en Enfermería, tanto si trabaja en un hospital del IVSS como para el MPPS o el Ministerio de la Defensa,

únicamente devenga 1.400 bolívares al mes. Casi un sueldo mínimo. Licenciadas y magísteres cobran exactamente el mismo monto, por lo que ni siquiera hay un incentivo económico para la actualización profesional.

“Nuestro salario está muy por debajo de la cesta básica. Se supone que teníamos que recibir un bono compensatorio por cada año que ha pasado sin firmar el contrato colectivo: han pasado más de cinco años que no recibimos el bono y tampoco se ve venir la firma del contrato”, denuncia Lenina, enfermera del Servicio de Cirugía del Hospital de Los Magallanes de Catia. Por eso es que en el medio se dice que ser enfermera solamente puede responder a un llamado vocacional, pues la remuneración es inclusive peor que la del personal médico. Y repitiendo el patrón del personal médico, el denominador común de las enfermeras entrevistadas para este reportaje es que todas trabajan en clínicas privadas, en paralelo a su ejercicio en el sector público.

“El sistema se mueve gracias a los residentes, que trabajamos con el estímulo de nuestra formación. No hay beneficios económicos, ni condiciones adecuadas en el ambiente laboral, y sin embargo tratamos a los pacientes porque hay un interés académico. Pero hay cosas que verdaderamente se escapan de nuestras manos, nosotros no podemos trabajar con las uñas y ni que ni siquiera podamos protestar para que mejoren nuestras condiciones”, concluye Luis López.

### **La ‘referenciología’ como especialización médica**

La falta de personal y las deficiencias en espacios físicos para recibir pacientes generan en muchas ocasiones la necesidad de referir usuarios a las puertas de las salas de emergencia, por sobredemanda. Los médicos de la red hospitalaria metropolitana de alta complejidad coinciden en que el hospital para referir pacientes es, por excelencia, el Pérez Carreño, pues cuenta con la emergencia más avanzada y completa del país. Mientras en el HUC pueden faltar médicos y cupos para hospitalización de emergencia, y el Hospital Militar ofrece una menor capacidad física, el Pérez Carreño recibe regularmente a referidos de todos los hospitales del país.

“Puede pasar que necesitemos referir a un paciente, quizá porque estemos abarrotados o no haya cupo en la Unidad de Terapia Intensiva. Es difícil, pero pasa. Entonces referimos a los hospitales de Lídice, Militar o Domingo Luciani”, afirma Juan Pinto sobre el Hospital Miguel Pérez Carreño. En estos tres centros, la demanda también es bastante acentuada. Manuel Parra asegura que la premisa es no referir al paciente a

menos que sea estrictamente necesario, por lo que durante el tiempo que trabajaron en la emergencia pediátrica improvisada en la sala de hospitalización de Lídice, recibían a los casos hasta llegar a condiciones de hacinamiento. Sin embargo, este hospital se mantiene en contacto permanente con Los Magallanes de Catia, para hacer 'intercambios' de pacientes en función de los cupos disponibles en diferentes servicios, como explica Manuel Parra, jefe del Servicio de Pediatría. En el Hospital General del Oeste, a pesar de las deficiencias, suelen llegar casos referidos regularmente, como explica Daniela Corales, residente del primer año de Cirugía de este hospital.

En el Hospital Militar se trata de un problema de capacidad. Los servicios se copan fácilmente, pues hay que recordar que este hospital no fue construido para atender a la población en general, sino a una fracción como lo es la población militar. Elaine Gavidia, emergencióloga de este centro asistencial, explica que cuando no hay cupos y es posible referir sin que la vida del paciente se vea comprometida, se refiere verbalmente a los pacientes. No se entregan formatos de referencia, o no deberían entregarse, en ninguno de estos ocho hospitales porque, por su nivel de complejidad, existe la prohibición de referir. Se supone que todos los hospitales tipo IV, al ser la punta de la pirámide asistencial, son la última opción del paciente. No se puede referir a un usuario de un hospital tipo IV a cualquier otro centro asistencial, salvo que se trate de uno especializado. El médico no debería entregar un formato que constituya una prueba de la referencia: en teoría todos los hospitales tipo IV cuentan con el personal suficiente, los equipos necesarios y el cupo para atender las afecciones que a él llegan. Sin embargo, no es así.

La espera por atención en el hospital puede ser larga, sobre todo si se trata de centros especialmente congestionados, como el mismo Militar, el HUC, el Pérez Carreño y el Domingo Luciani. Sin embargo, el personal de estos tres centros asegura que aunque la espera se prolongue, la atención es segura. Pero nunca faltan los pacientes que se marchan sin esperar mucho tiempo. En este caso, abandonar el hospital es una mala decisión, pues los médicos aseguran que en su experiencia, el paciente nunca se hace los exámenes necesarios y finalmente decide automedicarse y nunca regresa. Evidentemente, esto puede dar pie a afecciones serias a largo plazo.

Servicios de emergencia que suelen referir a sus pacientes son El Algodonal y el Vargas. El primero, porque al no contar con la presencia permanente de anesthesiólogo y pediatra, no siempre está en condiciones de atender partos. El segundo, porque su emergencia, como ya se sabe, solamente funciona de lunes a viernes, de siete de la mañana a siete de la noche, y con un solo quirófano no puede recibir determinados casos,

como los que pertenecen al servicio de traumatología. “Durante mi formación en el Vargas, muchas veces me pregunté si aprendía a ser médico o ‘referenciólogo’: muchos casos que llegan al hospital tienen que ser referidos inmediatamente, aunque contemos con los insumos. Eso no sirve de nada si no tenemos el personal y las instalaciones”, explica José Manuel Olivares, interno de este centro asistencial hasta agosto de 2010.

Para atender un caso en una sala de emergencia de adultos, siempre es requisito contar con un residente de las cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía, pediatría y obstetricia. Por las características de las emergencias recibidas en Venezuela, hay quienes agregan a estos requerimientos un especialista de traumatología, que es la especialidad que junto a cirugía, asume los heridos de bala, arma blanca y accidentes vehiculares. Es principalmente por el déficit de médicos que el HUC también refiere considerablemente a sus pacientes, aunque en menor medida. En cuanto al Hospital de Lídice, no es habitual que refiera pacientes, excepto a las embarazadas, porque este nosocomio no cuenta en la actualidad con el servicio de emergencia obstétrica. A Los Magallanes de Catia acuden eventualmente embarazadas, sin saber que corren un alto riesgo de no ser atendidas: este hospital solamente atiende partos que vengan en condiciones muy estables, pues no cuenta con una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal operativa. Esto quiere decir que no se podría preservar allí la vida de algún bebé que naciera con complicaciones y ni siquiera la madre estaría a resguardo, porque la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos tampoco funciona a cabalidad. “Es preferible referir a las embarazadas, porque la mejor incubadora siempre será el vientre de la madre. Pero es un dilema, porque las referimos e inmediatamente se nos acusa de cometer violencia obstétrica”, manifiesta María Auxiliadora Villarroel, jefa de la emergencia pediátrica de este centro de salud.

Un hospital que es centro habitual de referencia es el Domingo Luciani, según el personal de sus servicios de emergencia. Aunque la imposibilidad de referir no permite llevar un registro estadístico, allí aseguran que es mayor el número de referidos recibidos que de referencias expedidas, según los cálculos de su personal. Una de las quejas en el servicio de emergencia pediátrica de este hospital es el gran número de referencias que reciben, sobre todo de la red de Barrio Adentro I, por casos que podrían resolverse directamente en un ambulatorio o módulo de consulta externa. Esto contribuye notablemente a la congestión de sus salas de emergencia, como apunta el personal asistencial de este centro.

“A la emergencia pediátrica del HUC llegan a diario cosas muy elementales como fiebre, moco, síntomas de gripe y los especialistas no estamos para atender esos casos. Lo hacemos, sí, pero no porque nos corresponda. La gente no sabe utilizar la red asistencial”, explica Eibys Reyes. Las estadísticas de los médicos, enfermeras y directores de hospital entrevistados para este reportaje hacen referencia a 95 por ciento de casos que llegan a los hospitales de alta complejidad sin que ameriten acudir allí directamente. Dolores de mediana intensidad, malestar, resfriado común, fiebre, diarrea y otras afecciones colapsan las emergencias de los hospitales tipo IV, cuando el modelo ideal de atención supondría acudir directamente a la base de la pirámide: la red primaria asistencial. Este nivel de atención debería realizar el despistaje de padecimientos graves y referir a la red hospitalaria solamente las patologías que así lo requieran.

“Si un paciente, por ejemplo, se operó en este hospital hace algún tiempo, siempre va a volver aquí a atenderse. Así se trate de un síntoma que no tiene nada que ver con la operación, y hay que recibirlo”, explica Daniela Corales, residente de Cirugía del Hospital General del Oeste. Lo ideal sería que después de concluir el postoperatorio, estos casos regresaran al ambulatorio o módulo que les correspondiera según su zona de residencia, como explica José España, viceministro de Redes de Salud y director del HUC. Por esta tendencia errada, los hospitales colapsan su cupo y se privan de atender casos más graves por brindar atención a problemas menos complejos. Así comienzan las referencias.

“Ese es el modelo asistencial de pirámide invertida: la gente no acude a sus ambulatorios, y quizá 95% de las emergencias que colapsan nuestros hospitales podría resolverse ahí. No hay educación para la salud, y estamos copados de emergencias que realmente no son emergencias”, estima Manuel Parra, jefe del Servicio de Pediatría y de la emergencia pediátrica del Hospital de Lídice. Y una vez que el paciente llega al hospital hay que atenderlo, tenga la patología que tenga. El flujo de pacientes establecido en la pirámide asistencial supone que un usuario puede ser referido de un ambulatorio a un hospital, pero nunca de un hospital a un nivel de atención de menor complejidad. Esta es una norma tácita que deben tomar en cuenta los médicos de la red asistencial metropolitana: por eso, un paciente referido siempre va de un hospital a otro hospital, y jamás de un hospital a un ambulatorio. Ese es el patrón de las referencias que se dan en el SPNS.

El correcto mantenimiento del nivel primario de atención es vital para el funcionamiento adecuado del SPNS. Es fácil de comprender: si la base de la pirámide está bien cimentada, la pirámide se mantendrá en pie. Sin embargo, aunque el Estado ha

invertido en el reacondicionamiento de la red primaria asistencial (con la misión Barrio Adentro I), los pacientes no dejan de acudir directamente a los centros de mayor complejidad. “La gente tiene un nivel de exigencia. Los pacientes quieren ser atendidos en el hospital. Tú mandas a la gente a los ambulatorios o CDI porque sus enfermedades no corresponden a un hospital tipo IV, pero el usuario dice ‘no, yo me quedo aquí y aquí me atienden’”, dice la emergencióloga Elaine Gavidia.

“La gente no confía en los médicos que el gobierno ha dispuesto para los CDI. Tampoco hay confianza en los Médicos Integrales Comunitarios (MIC), porque saben que no reciben la formación del médico venezolano tradicional, que es excelente”, asegura una de las adjuntas de la emergencia pediátrica del hospital Domingo Luciani. Médicos entrevistados para este reportaje explican que la medicina cubana sigue un modelo radicalmente distinto al tradicional venezolano. Inclusive, las diferencias estarían patentes en nomenclaturas de escalas y medidas. Por las condiciones históricas y políticas de Cuba, en este país se fomenta la medicina preventiva, que es más económica que la curativa, pero que está enfocada a otro tipo de usuario. Esto es lo que se quiere lograr con la incorporación de los MIC a la red asistencial venezolana, tradicionalmente practicante de la medicina curativa o de choque.

Una de las críticas que el gremio médico hace al plan de formación de los MIC es que éstos entran en contacto con los pacientes a partir del quinto año de estudios, mientras que un estudiante de Medicina General lo hace desde tercer año. Hay inclusive quienes aseguran que, aunque su pensum de estudios contempla más de 7.000 horas académicas –que son las requeridas para alcanzar el título de Médico General en una universidad venezolana de trayectoria–, el método de aprendizaje no es el más adecuado para el estudio de la medicina: “Ellos ven las clases de anatomía en VHS. Imagínate la calidad de su conocimiento, que ni siquiera tocan cadáveres. Y las horas de estudio en VHS las cuentan como horas académicas”, según Manuel Parra. Esto implicaría una ausencia de formación semiológica, que es el área de conocimiento que se intenta reforzar en los estudiantes de Medicina General al exponerlos a los pacientes desde antes de alcanzar la mitad de de su formación. El contacto directo con las patologías para aprender a reconocer síntomas y signos en los pacientes es fundamental para un médico en formación y en el caso de los MIC, este peldaño no se aprecia claramente en su esquema académico.

La prueba más grande de que la medicina venezolana es curativa es justamente que durante años la inversión estatal estuvo orientada a la punta de la pirámide, que son los hospitales, y no a la base, que son los ambulatorios, encargados de prevenir y

administrar salud en los casos más básicos. Para subsanar este modelo, se destina ahora el grueso de la inversión a Barrio Adentro como la nueva red primaria asistencial. Esto es aplaudido por parte de los médicos entrevistados para este reportaje. Sin embargo, los cuestionamientos se erigen en torno a la ocupación del sistema por médicos cubanos. José Manuel Olivares, interno del Hospital Vargas hasta agosto de 2010 es uno de los tantos partidarios que, como el viceministro España, apoyan la idea de que sean los venezolanos quienes asuman el sistema. Por eso, en noviembre de 2009 dirigió una carta abierta al MPPS y junto a un grupo de colegas, que se les entregara la red Barrio Adentro para realizar en ella las prácticas rurales obligatorias que establece la Ley del Ejercicio de la Medicina en su artículo 8. Sin embargo, no hubo respuesta de las autoridades.

Aunque el MPPS asegura que los médicos cubanos que quedan en la red Barrio Adentro I abandonarán el país en algún tiempo, la solución definitiva que se propone es la incorporación de los MIC a la red primaria. Estos estudiantes ya rotan por algunos de los hospitales de mayor complejidad de Caracas: El Algodonal, Lídice, Los Magallanes de Catia, Domingo Luciani. En las emergencias de estos cuatro hospitales, el personal reveló haberse negado a permitir que los MIC entraran en contacto con los pacientes: adjuntos y residentes les levantaron prohibiciones expresas de escribir en las historias, administrar tratamientos, o siquiera tocar a los pacientes. En el Domingo Luciani, una adjunta afirma que los MIC se negaron por sí mismos a atender pacientes, porque “estaban conscientes de que realmente no estaban preparados para aplicar un tratamiento”. Esta adjunta califica la diferencia de conocimientos entre un residente de primer año y un MIC como “abismal”.

También hay que tomar en cuenta que si bien es cierto que hay dos tipos de medicina, la preventiva y la curativa, no es lógico que un médico pueda especializarse en alguna de las dos sin haberse graduado primero como Médico General. Y esta es una de las críticas que hace Manuel Parra, jefe del Servicio de Pediatría de Lídice y director de la misma especialización en Pediatría, hace a esta alternativa propuesta por el Estado. El discurso oficial propone la tesis de que las diferencias entre la formación de los MIC y los Médicos Generales son válidas porque cada uno está destinado a cumplir funciones distintas: los primeros en la red primaria y los segundos en la red hospitalaria de mayor complejidad. Parra invalida este argumento con la siguiente reflexión: “Los pacientes corren hacia donde vean una bata blanca, ellos no discriminan. En una situación de crisis, nadie dice ‘este es un MIC, este es un cubano, este es un médico’. Por eso en los módulos tienen que estar profesionales preparados para atender hasta una convulsión”. Como facilitador académico del posgrado de Pediatría de Lídice, este médico admite no haberle

haberle puesto nota a los MIC que rotaron por su servicio, pues no quiso avalar con su firma “una preparación tan mínima”.

Como concluye Luis López, aunque la sobredemanda de pacientes hace más difícil el trabajo en un hospital, el personal asistencial debe lidiar con ella, pues se trata de una consecuencia natural de una política de Estado: “Es comprensible que se saturen las salas de emergencia con casos que no son emergencias si los pacientes, que son las grandes víctimas, no pueden confiar en la red primaria asistencial. ¿Quién va a confiar en un médico que no está inscrito en algún lado, que no tiene su título registrado en el MPPS y que nadie puede saber si realmente es médico? Por supuesto que es comprensible que vayan directamente a un hospital”.

### **El déficit de personal es el resultado de una suma de factores**

Según datos de la Comisión de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina UCV, desde 2002 se ha registrado una disminución progresiva de aspirantes a cursar los posgrados que ofrece. De 2.093 aspirantes inscritos en el año 2002, la cifra descendió a 747 para el año académico 2009-2010. Con esto, quedaron más de 160 vacantes, distribuidas en especialidades como Medicina Interna (32 cupos sin asignar), Pediatría y Puericultura (76 vacantes), Nefrología y Medicina Crítica (en ambas 8 vacantes para 10 cupos ofertados en cada una) y Psiquiatría (24 vacantes de 25 cupos ofertados. Para la especialización en Neonatología, no se presentó ningún aspirante. Se ofertaban 20 plazas. Como se puede apreciar, el déficit es particularmente notorio en especializaciones médicas –dictadas a través de la red hospitalaria metropolitana–. Especializaciones como Cirugía General en el Hospital Vargas y Pediatría en el Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó se encuentran formalmente cerradas por la ausencia de una infraestructura adecuada. Esta cifra de 747 inscritos finalmente se redujo a 635 personas que presentaron las pruebas de admisión.

Una vez ubicados los 635 cursantes en sus respectivas sedes, aproximadamente 15 por ciento de ellos renunció a las especializaciones durante 2010, según la comisión, argumentando limitaciones económicas inherentes a la vida en el área metropolitana, salarios insuficientes, estado físico de los hospitales, inseguridad personal, excesiva carga asistencial o proyectos académicos en el exterior. España y Estados Unidos son los principales receptores de estos casos. Un saldo aproximado de casi 600 residentes y 400

vacantes en la red hospitalaria metropolitana es el preámbulo necesario para comprender las dimensiones del déficit de personal asistencial en el SPNS.

El personal asistencial entrevistado para este reportaje se mostró de acuerdo con que el problema más grave que atraviesa la salud pública nacional es la ausencia de personal médico y de enfermería. Este déficit es atribuible a las deficiencias en todas las variables hasta ahora expuestas: pésimas condiciones de infraestructura hospitalaria, inseguridad elevada, abastecimiento irregular de insumos y sobredemanda de pacientes, precisamente en un momento en el que el personal no se da abasto. “Todo es una cadena que se entrelaza: inseguridad, insumos, infraestructura... Todos son indicadores que nos llevan a entender por qué nuestro personal asistencial se está yendo”, afirma María Yanes. Deficiencias en insumos e infraestructura, aunados a la sobredemanda de pacientes, conllevan a un ambiente de hostilidad e inseguridad que debe sobrellevar el personal médico, el cual finalmente renuncia a los posgrados o directamente se decide a cursarlos en el exterior. Es una suma total de elementos. Esto se traduce en la situación de déficit de personal, que refleja, a su vez, el nivel de confianza existente en el gremio médico y de enfermeras en el Sistema Público Nacional de Salud, al menos en sus condiciones actuales.

“La mitad de mi promoción, 84 médicos en total, se va al exterior a hacer posgrados”, asegura José Manuel Olivares, hasta agosto de 2010 interno del Hospital Vargas. En el exterior, los posgrados son mejor remunerados y hay mejores condiciones de trabajo, lo que podría estimular esta tendencia. Sin embargo, todavía hay médicos que sostienen que la calidad académica de las especializaciones venezolanas es inigualable, aunque este factor pareciera no pesar tanto al momento de tomar la decisión de emigrar. Hay que tener presente que un Médico General, solamente con su título de pregrado, no puede hacer mucho en el cambio profesional; a diferencia de otras disciplinas, la medicina requiere obligatoriamente de una especialización para su ejercicio, en términos prácticos. No así ocurre en el caso de las enfermeras, que pueden comenzar a ejercer con título de Técnico Superior Universitario. Si las condiciones no están dadas, los médicos recién graduados no se presentan a los posgrados. Esto afecta la calidad de los servicios asistenciales que presta el SPNS, pues desaparece el proceso de selección de candidatos a especializaciones y simplemente se asignan los cupos a quienes se presenten al examen. La calidad académica va disminuyendo de este modo.

Los médicos que quedan en el sistema deben sobrecargarse de trabajo: si a un residente de Medicina Interna en una emergencia de un hospital tipo IV le corresponden de tres a seis pacientes a su cargo en condiciones normales, hoy en día puede manejar

simultáneamente a 12 pacientes. El único hospital que no presenta estas circunstancias es el hospital de Lídice, que tiene la plantilla médica completa en su emergencia de adultos. El Hospital El Algodonal y el Vargas quizá sufren menos esta desproporción porque son hospitales que, por sus condiciones, reciben emergencias distintas y en menor medida.

Para las enfermeras, el déficit de médicos también implica sobrecarga de trabajo. Aunque no se habla abiertamente, algunas de ellas refieren episodios en los que han tenido que administrar tratamientos para estabilizar al paciente, en ausencia de especialistas o residentes. Aun si se trata de un acto ilegal, pues el personal de enfermería sólo puede medicar lo especificado en la hoja de historia del paciente, hay quienes confiesan haber incurrido en esta práctica para salvar una vida en un momento crítico: “En mi unidad pasó en el mes de abril: a las tres de la mañana llegó un paciente convulsionando, era una verdadera emergencia. No podíamos dejar de recibirlo, así que lo intubamos, porque ya sabemos cómo hacer eso después de años de práctica junto al médico. Luego, mi compañera llamó al médico a su celular y él indicó el tratamiento, paso por paso, y lo aplicamos nosotras. Así lo estabilizamos, y en la mañana llegó el médico y asumió el caso”.

El personal asistencial entrevistado no considera que el gremio –tanto de enfermeras como médico– sea un verdadero mediador ante la crisis que golpea al sector, no obstante el descuento periódico de la colegiatura que se hace de su salario mensual: “La directiva de la FMV tiene 10 años ahí. Nos quejamos del gobierno, pero somos peores”, afirma José Manuel Olivares. Fuera del sindicato, la acción civil que ejerce el personal asistencial se enfoca más a las protestas surgidas en momentos críticos como ausencia total de insumos, o episodios graves de inseguridad en la red hospitalaria. “Esta es una lucha efervescente, sube como la espuma y pronto baja. Tú protestas, sí, pero las deudas y la burocracia se comen el levantamiento de nuestras voces”, como opina María Yanes.

Olivares sostiene que el discurso de descalificación en contra del personal médico también juega un papel decisivo en la tranquilidad de los ánimos del gremio, a pesar de los problemas. Aunque se trata de una situación compleja y de largo aliento, no se suscitan mayores protestas entre el personal, que continúa trabajando en tensa calma o migrando hacia otras alternativas laborales, como el sector privado o el exterior del país. “Estamos muy cansados para asumir acciones civiles o gremiales. Este trabajo desgasta mucho como para incursionar en esas actividades. Nosotros trabajamos con lo que tenemos”, asegura Juan Pinto, residente del servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pérez Carreño. Aún si lo que se tiene para trabajar no son sino “las uñas”, como expresa Luis López

“A pesar de toda esta situación, no hemos querido radicalizarnos”, advierte Eduardo Rivas, residente del tercer año de Urología del Hospital Vargas. Quizá la presión tampoco tiene el efecto deseado porque la atención en las salas de emergencias nunca se detiene por protestas o manifestaciones. Ni siquiera en los peores momentos. La última huelga del gremio, en el año 2002, supuso la suspensión de consultas externas y operaciones electivas, pero la atención en emergencia durante estos 10 años solamente ha sido paralizada cuando los insumos o la inseguridad así lo han exigido. Ni siquiera el déficit de personal asistencial ha sido capaz de cerrar las puertas de las salas de emergencia en los hospitales metropolitanos de mayor complejidad: la sobrecarga de trabajo siempre es la alternativa preferible antes de un eventual cierre. Así trabajan los médicos y enfermeras de los hospitales tipo IV de Caracas: El Algodonal, Pérez Carreño, Militar, Lídice, Magallanes de Catia, Domingo Luciani, Universitario y Vargas.

### **2.3.- No sólo los médicos hacen guardia**

*Debido a la inmediatez, dinámica propuesta desde los medios de comunicación, prevalece la búsqueda de las fuentes directas. En el caso del sector salud, el mayor despliegue noticioso queda sustentado en la voz de los médicos. Se descartan otras personas, quienes también se desenvuelven en ese entorno inmediato y que pueden dar una perspectiva complementaria de la problemática actual. Con el fin de presentar una visión integral de las variables contempladas, a continuación se presentarán relatos de quienes, con su experiencia, constituyen parte importante de este reportaje*

La unidad en la que trabaja Nelson Pérez, técnico de medicina pre-hospitalaria de los Bomberos del Distrito Metropolitano, es una de las cuatro ambulancias que aguardan por la confirmación de ingreso de los pacientes que arribaron a la emergencia del Hospital Clínico Universitario. “Este caso es un niño de quince años que consumió productos rodenticidas. Se tomó dos sobres de *Campeón* con dos sobres de *Tres pasitos*. Se trataba de un intento de suicidio. Nos correspondía llevarlo, de acuerdo al protocolo, a un hospital especializado para que recibiera atención adecuada por eso nos dirigimos al Centro de Toxicología de Caracas, en Coche, pero no había toxicólogo, al parecer había trabajado hasta las 4 de la tarde y por eso no nos recibieron al niño. Procedimos a aplicar el segundo protocolo: darle respuesta efectiva. Si el paciente se complicaba en el camino, debido al retraso para atenderlo, necesitaría otro tipo de atención por eso acudimos a un hospital tipo IV y el más cercano a Coche es el Clínico”. Pérez añade que el déficit de médicos afecta directamente la atención que se presta en el área metropolitana, en el caso particular de los bomberos y demás unidades paramédicas la salud del paciente se ve comprometida por el retraso y el tiempo que les toma encontrar donde llevarlo. “Nosotros en lo que buscamos a un herido, un accidente, cualquier caso, comenzamos a radiar la información. Pero el deber ser es ir directamente con el afectado al centro asistencial que le corresponde. Lo que hacemos es ir por lo general a los hospitales tipo IV donde sabemos que aun con los déficits que pueden tener, nos reciben al paciente, aunque se tarden en atenderlo”.

La realidad compleja que abraza todo lo referente a la prestación del servicio de salud pública adquiere otra dimensión cuando se intenta desglosar por los personajes que la integran y sus roles. En el caso del apoyo que deben prestar los cuerpos paramédicos, haciendo referencia a los Bomberos, lo más importante para ellos es apersonarse de manera inmediata en el lugar donde se les requiera y luego poder trasladar al afectado prontamente al establecimiento que sea pertinente. Durante su ejercicio deben encarar

una situación que no es propia de la actividad para la cual se prepararon, pero que han debido sumar a su rutina, pues el actual sistema público de salud en el que se desenvuelven se los ha exigido. Aspectos como las sobredemanda de los hospitales y el reducido número de médicos con que cuentan los mismos, sólo ha propiciado el ya mencionado colapso de los centros asistenciales.

“Las condiciones de los hospitales repercuten en nuestro trabajo. Cuando nosotros llevamos a un paciente a una emergencia duramos aproximadamente cinco, doce, veinticuatro y hasta cuarenta ocho horas esperando afuera para que nos devuelvan nuestros equipos. Eso quiere decir que durante ese tiempo se tiene una ambulancia inutilizada. Si todo fuera más expedito, nosotros ingresaríamos al paciente, lo montan en la camilla, nos confirman su ingreso y nos vamos al comando para desinfectar la unidad, de manera que quede rápidamente en funcionamiento. Por el contrario ese camino regular desde hace tiempo no se cumple”. El paramédico explica que cuando, por ejemplo, transportan un politraumatizado y coordinan con el camillero del hospital la movilización del paciente, el mismo ingresa, dependiendo del caso, con el collarín de la ambulancia, cinturones o férula y hasta que esos equipos no sean devueltos a la unidad, no pueden abandonar el recinto. También se enfrentan a casos más complicados, pues si al hospital que acudieron no tiene en esos momentos camillas disponibles, el afectado ingresa en la de la unidad. Pérez acota que prefiere esperar por la camilla a poner en riesgo la vida del paciente buscando cupo en otro lugar.

“Atender un llamado de emergencia es sólo el principio de una cadena en la que es muy difícil señalar culpables. Lo que sabemos fácilmente es quien sufre las consecuencias. Si nosotros como cuerpo de rescate tenemos que esperar por horas en un hospital, hay que considerar que se trata también de todo un equipo que está inutilizado: mi ambulancia está parada aquí en vez de estar atendiendo otro llamado”. El funcionario señala que, además de lo expuesto, no hay suficientes ambulancias en el área metropolitana, razón por la cual la inutilización de una unidad potencia otra crisis.

Para Nelson Pérez existe una frase que, tristemente, describe lo que le ha tocado vivir cuando debe llevar un paciente al Hospital Clínico Universitario: “Nos dejan hospitalizados”. Confiesa como sus compañeros de trabajo y él temen llevar a un paciente al Clínico, lo hacen porque saben que si están cerca es lo más conveniente, pero siempre con la sensación de que trazan el camino para lo que será una larga espera. Si Pérez tuviera que clasificar los hospitales en función de lo que ha tenido que esperar diría que: “En primer lugar el Clínico donde lo mínimo es cinco horas; en segundo lugar el Militar, ahí

son cuatro horas, mínimo y en tercer lugar el Pérez Carreño donde la espera mínima es de tres horas”. Aclara que aquellos hospitales que ni siquiera entran en la clasificación, no se debe a que sean rápidos atendiendo al paciente, sino que están descartados, para él y sus compañeros, como “lugar destino”. “En estos hospitales hay que esperar, pero atienden. En cambio hay hospitales a los que ni radiamos porque ya sabemos cómo están. Eso era antes, hace más de tres años que todo politraumatizado lo llevábamos al Vargas, ya no; ese hospital está descartado, al igual que el de Lídice. Cuando me preguntan desde el comando ‘¿para dónde vas?’ Lo más seguro es que responda: Pérez Carreño. Con todo y lo que hay que esperar”.

El tiempo que tiene Nelson Pérez sin llevar un politraumatizado al hospital Vargas, coincide con los años que tiene la emergencia del hospital en remodelación. Momento que sólo propició, por el retraso que han tomado sus obras, el declive del hospital. “Es lamentable recordar cosas como esas, pues yo llegaba con la unidad al Vargas y eso era rapidito: de inmediato estaba el camillero, ‘pin-pum-pam’, montaban al paciente, hacían el ingreso y chao bombero”.

Otro de los aspectos negativos que devienen con esta problemática es que si un paramédico hace, como Pérez, guardias de 24 horas, en ocasiones, toda la guardia se cumple esperando afuera con la ambulancia, lo que quiere decir que si en promedio deberían hacer cinco servicios, por el contrario sólo pueden atender uno. O peor, si se trata de una espera de 48 horas, otro equipo de paramédicos debe apersonarse en el hospital para hacer el relevo.

### **Un vigilante abre más puertas que un doctor**

El señor Jhony Pantoja, acomodado en una silla frente a las puertas entreabiertas de la emergencia del Clínico específica, de manera taxativa, que él sólo cumple instrucciones. “La gente se me altera cuando uno le dice que se acabó el horario de visitas o que por cada paciente sólo puede pasar un acompañante; si es por ellos pasa la familia entera y no se puede, pues”. Pantoja, ubicado en ese punto estratégico, gestiona quién entra y se aparta para que por el angosto espacio que queda disponible, salgan los que ya abandonan el recinto.

–¡Buenas tardes! Dígame, ¿qué le pasa? –interpela Pantoja a un muchacho que buscaba la manera de pasar a la emergencia.

-No, no soy yo, es mi papá. Me dijeron que lo trajera para acá porque ya tenía las plaquetas muy bajas; tiene dengue.

-¡Ah, sí! ¿En cuánto las tiene? ¿Qué edad tiene? -pregunta Pantoja como si estuviera haciendo una revisión del paciente.

-Las tiene en 60... -le responde el muchacho expresando cierta confusión por el examen previo.

-¡Ah, pase, pase! -y desde la silla donde se encuentra, empuja con el brazo una de las puertas.

El señor Jhony, haciendo referencia a su compromiso con el paciente, precisa que “no se le puede negar a nadie atención. A todo aquél que lo necesite, yo lo dejo pasar”. Señala que cuando la situación detrás de esas puertas que custodia es de colapso, pues como apunta, “pueden llegar tres o cuatro casos seguiditos que ponen esa emergencia muy comprometida”, lo que hace es negarle el paso a los familiares, pero nunca al paciente.

Pantoja hace un análisis desde su experiencia, tres años como vigilante en la emergencia del Clínico, y dice que lo que hace falta es más médicos. “Si aquí, a diario, vienen como 200 personas y lo que hay en todo el día son dos o tres médicos, cómo no va a colapsar el lugar. Con esa carga de personas y con lo poquito que les pagan lo que quieren es reventarlos, por supuesto que se van a otros lugares. Nadie se va a quemar las pestañas por años para cobrar un sueldito y dejarse reventar”.

Esa condición de sobrecarga en la que deben trabajar los médicos en el área metropolitana trae consigo consecuencias como el agotamiento. Si el médico en una guardia que comienza en la tarde debe atender a más de quince personas, cuando la madrugada trae consigo muchas emergencias, como narra el señor Rodolfo, coordinador nocturno de seguridad del Clínico, “no quieren a atender a nadie porque ya no dan para más”. Si bien el señor Rodolfo no pretende justificarlos, manifiesta que por muy cansados que estén o porque debido al déficit no tienen el especialista que debe atender la emergencia, deben, al menos, darle la cara al paciente. “Nosotros los vigilantes, cuando estamos de guardia en la emergencia, somos la piedra de traba del médico. A veces están en el cuarto de descanso en la madrugada y nosotros vamos y tocamos hasta que salga; es verdad que está cansado, uno lo entiende, pero ya él está ahí y afuera lo necesitan. ¡Claro, también se da el caso que no hay especialista o cupo en hospitalización y hay que referir el paciente! Cuando eso pasa nosotros no dejamos que el médico nos diga ‘no lo dejen pasar

porque no se le puede atender debidamente'. ¡Eso lo tiene que hacer él, explicar la situación!".

Con respecto a la inseguridad que aqueja a los centros asistenciales del área metropolitana, ambos vigilantes están de acuerdo con que frecuentemente en esos recintos se debe lidiar con robos y agresiones, esto lo atribuyen al entorno que los rodea. "En todos los hospitales hay barrios cerca, eso lo complica todo. Siempre llegan malandros tiroteados, apuñaleados y con ellos los `panas` que vienen a velar para que lo atiendan. Uno lo que hace es estar atento. ¿Y si viene un tipo de eso con un arma? ¿Uno qué hace? ¡Quitarse! Uno no está armado, menos aun, se va a enfrentar", añade Pantoja.

### **Una guardia sin trabajo**

Alberto Hernández, quien se desempeña como camillero en el Hospital Vargas desde hace cinco años, exclama convencido: "¡Yo aquí no me saco ni una uña!". Las condiciones en que se encuentra actualmente el Vargas han acabado incluso con la posibilidad de que trabajadores como Hernández cumplan con las funciones para las cuales se entrenaron. "Aquí después de las 7 de la noche no hay más nada que hacer. Yo vengo prácticamente a cumplir horario; trabajo no tengo". Expresa como al menos durante el día traslada pacientes que necesiten exámenes en otra unidad o cómo en contados casos, pues como se ha mencionado la emergencia opera al mínimo, ingresa "alguno que otro paciente".

En el patio que está previo a la entrada principal se reúne parte del personal que como Hernández, una vez que cierran las rejas, no tienen mucho que hacer. Lo que sí se ha vuelto costumbre entre ellos, es recordar la época previa al declive del hospital y actualizarse con las noticias que tratan sobre el lugar donde laboran. "Por ahí y que vienen los reales que nos deben", dice Ivonne Muñoz, camarera del hospital desde hace 27 años, mientras sus compañeros se ríen, pues esa es otra de las cosas a la que ya están acostumbrados: frases como éstas.

"Las víctimas de esta situación son los pacientes. Es una emergencia menos; para acá no es conveniente venir. Incluso los que ya están hospitalizados acá corren riesgos. Hace nada se nos murió una persona en las manos; la mandaron a Rayos X sin oxígeno, no hay en el hospital, y en el camino se nos quedó", recuerda con impotencia Hernández. El deterioro es evidente en cualquier rincón y el Vargas ha quedado prácticamente desmantelado, pues los servicios vitales que ponen en marcha cualquier hospital en éste

están funcionando en un porcentaje menor a 25 por ciento, según Eduardo Rivas, residente de tercer año del servicio de Urología.

Muñoz hace referencia a cómo la simple actividad de caminar por el hospital ya implica un riesgo. “¡Siempre decimos que aquí hay más de cien gatos andando a sus anchas! ¡Ese orine esparcido lo que hace es contaminar el aire! Yo me he enfermado ya dos veces: infecciones respiratorias. Mi único trabajo es éste y donde paso la mayor parte del tiempo es acá”. Parte del equipo de trabajo que se desempeña en el hospital Vargas y que conversa, durante otra de sus muchas guardias sin actividad, coincide con la idea de Muñoz: “Aquí mataron la salud”.

## **2.4.- Las autoridades: ¿Ya escucharon la sirena?**

*La percepción del personal asistencial sobre la directiva de sus respectivos centros de trabajo es que, en definitiva, el director de turno del hospital "hace lo que puede". Quizás cabría esperar un aluvión de críticas a la postura pasiva de la directiva hospitalaria frente a la falta de respuestas del MPPS a problemas como las remodelaciones inconclusas, inseguridad y salarios insuficientes. Pero la buena comunicación que ellos mantienen con sus equipos de trabajo hace más llevadera la tensión que podría generar el ejercicio profesional en condiciones como las que ofrece la red hospitalaria metropolitana de alta complejidad. Sin embargo, el patrón de buena comunicación no prevalece en ellos para el trato con la prensa. Por esto sólo fue posible obtener respuesta positiva de Alí Barrios, María Eugenia Guédez y José España. Vale la pena escuchar su postura como voceros oficiales del Sistema Público Nacional de Salud, en contraste con la posición de la FMV, máxima autoridad gremial*

“¿Sobre las remodelaciones? Ahí hubo una visión buena, pero se equivocaron”. Así opina Alí Barrios, director desde 2008 del Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó sobre el proceso de reacondicionamiento hospitalario iniciado en 2007 por la Misión Barrio Adentro III. En líneas generales, podría decirse que en la directiva hospitalaria y del MPPS –hasta el despacho del viceministro de Redes de Salud–, se admite que comenzar a remodelar cinco de los ocho hospitales más complejos de Caracas en simultáneo fue una buena iniciativa pero mal aplicada. Aunque las refacciones no afecten directamente el área de trabajo de un director o viceministro ocupando funciones administrativas, siempre es más difícil lidiar con servicios inoperativos, protestas médicas y la sobredemanda de pacientes producto de obras inconclusas.

Barrios comprende las protestas. De hecho, el director de El Algodonal tiene su propio ejemplo para explicar por qué el personal asistencial se muestra inconforme con las remodelaciones que, como él mismo reconoce, no fueron planificadas: “Eso es como un matrimonio que, teniendo un apartamento, se acomoda ‘temporalmente’ arrimados en casa de los suegros, mientras convierten el apartamento en una mansión de lujo. Y es provisional, pero de repente se vuelve algo permanente. Si tú eres mi esposa, después de los tres meses que te prometí que iba a durar lo de estar arrimados, cuando pasen seis meses, nueve meses, un año, dos y luego tres años, lógicamente me vas a mandar pal’ carajo, te vas a buscar a otro marido. Bueno, así fue: se planificó mal hacer las cosas”.

Desde marzo de 2010, unos cuantos meses después de que entrara en vigencia la política de las “3R” a aplicar en materia de salud anunciada por el presidente Chávez, Alf Barrios ha mantenido una postura crítica con respecto al tema del emprendimiento simultáneo de obras de remodelación en 300 hospitales. Si en Fundeeh se comenzó a admitir la ausencia de planificación en las refacciones a partir de febrero de 2010, Alf Barrios se hizo eco de esta mea culpa el 29 de marzo de 2010 ante el diario *El Universal*. Precisamente su hospital es uno de los que presenta ahora mayores deficiencias físicas, a pesar de haber sido escogido por el Presidente para la inauguración en vivo transmitida en la cadena presidencial del pasado 26 de agosto.

Un hospital menos afectado por la ‘epidemia de remodelaciones’ fue el Hospital de Lídice. Aunque la deuda contraída por Fundeeh con este centro se engrosaba por la inoperatividad de la emergencia pediátrica y aunque aún no se reactiva la sala de emergencia obstétrica, prometida a la prensa para febrero de 2011, la infraestructura de este nosocomio no es de las más comprometidas del SPNS, sobre todo después de la inauguración de la emergencia pediátrica. Sin embargo, Lídice es un hospital ejemplo de hasta dónde puede llegar la polarización política presente en el sector salud: María Eugenia Guédez, su directora, ha tenido que lidiar con la retaliación política del personal médico de este hospital, reticente a ocupar las áreas recientemente remodeladas –como quirófanos y emergencia pediátrica– a modo de protesta ante la tardanza de los trabajos. “Siempre ponen un pero, es así. Cuando la gente no quiere, no quiere, y no hay manera. Yo misma me incorporé a los trabajos: limpiamos los quirófanos nuevos, que tenían diez años inhabilitados. Estaban convertidos en depósitos de insumos. Ahora están operativos, ese es un esfuerzo que hacemos por el paciente”, explica.

Guédez parte de que antes “se trabajaba con menos cosas”, para cuestionar la politización a la que están expuestas todas las decisiones tomadas en materia de salud, de parte y parte, refiriéndose al novedoso parque tecnológico con el que pueden contar hoy en día algunos servicios hospitalarios acondicionados por el Estado. Sin embargo, aunque su residencia no fue hace mucho tiempo –María Eugenia Guédez es una mujer menor de 40 años–, las condiciones de infraestructura hospitalaria en el momento de su formación no eran tan graves como en la actualidad. De ahí vienen las severas críticas que se le hacen al gobierno y que fomentan episodios de polarización como los que ella ha tenido que manejar desde septiembre de 2009, cuando asumió la dirección de este nosocomio. El personal asistencial de la red metropolitana de alta complejidad explica que no pierde de vista al paciente. La imposibilidad de suspender la atención en las áreas de emergencia es la evidencia más clara de esto. Pero no por ello pueden dejar de manifestarse en contra de

las condiciones de trabajo que les ha tocado vivir. Sobre todo en lo que a infraestructura se refiere.

La Federación Médica Venezolana (FMV) sostiene que las actuales condiciones de la infraestructura sanitaria limitan las posibilidades de un buen ejercicio de la medicina. “Los médicos son los protagonistas del sistema, que se desenvuelven en la infraestructura. Y en esas condiciones, no hay garantía de la ejecución de un buen acto médico, porque ni médicos ni enfermeras se encuentran en un ambiente de trabajo adecuado”, sostiene Dianela Parra, neurocirujana y vicepresidenta en funciones de la FMV.

En este momento, los correctivos para el brote de remodelaciones inconclusas están tomados. Ese es el estandarte actual del MPPS, de Fundeeh y la versión que mantienen los directores de los hospitales de El Algodonal, Lídice y Universitario. En la cadena de radio y televisión del 26 de agosto de 2010, la ministra del Poder Popular para la Salud, Eugenia Sáder, puntualizó ante el presidente Chávez: “Siguiendo sus instrucciones, señor Presidente, se le dio continuidad a las obras de remodelación de la red tradicional hospitalaria”. Sólo queda esperar que las palabras de la ministra se materialicen y no se queden en la promesa de una transmisión en cadena nacional en plena campaña electoral para los comicios parlamentarios del pasado 26 de septiembre.

### **La recentralización es la primera piedra**

El déficit de insumos no es un dolor de cabeza para los directores de hospitales. José Vladimir España asegura que “si faltan algunas cosas, es por problemas de distribución, o de los proveedores”. Desde la transferencia de los 14 hospitales pertenecientes a la Alcaldía Mayor al MPPS, en el año 2007, el mecanismo para surtir a los ocho hospitales más complejos del Distrito Metropolitano fue modificado: el abastecimiento de materiales es principalmente competencia del MPPS, que dota a los hospitales en función de sus solicitudes específicas. Para muchos, este método es cuestionable: “Está demostrada la eficacia de la descentralización cuando los gobiernos municipales administran los recursos”, sostiene María Yanes, como integrante de la Red de Sociedades Científicas de Venezuela.

La descentralización hospitalaria fue el proceso iniciado en 1993 por el gobierno nacional de la época. En aquel momento, algunos centros públicos de salud dejaron de funcionar como dependencias directas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y fueron asignados en términos administrativos a las alcaldías y gobernaciones de

cada estado. De este modo, cada entidad creó su propio instituto de salud, sin conexión directa con el ministerio, para regir autónomamente sus políticas y manejar los fondos que el MSAS le asignaba anualmente. Había un presupuesto y un esquema de trabajo distinto en cada estado venezolano.

Este modelo administrativo estuvo vigente para el Distrito Metropolitano hasta el año 2007. Cuando la oposición ganó la Alcaldía Metropolitana y Antonio Ledezma resultó electo alcalde, tanto Caracas como el estado Miranda perdieron injerencia sobre 14 hospitales que fueron recentralizados y recobraron su relación de dependencia directa del MPPS. La decisión tuvo en su momento muchas críticas por haber sido tomada en el momento justo en el que el oficialismo perdía control político sobre ambas regiones – acababa de ser electo gobernador en Miranda el candidato opositor Henrique Capriles Radonsky–, sin embargo el argumento oficial fue contundente: el MPPS debe ser el rector único en salud, y no pueden prevalecer políticas paralelas a través de institutos regionales. La transferencia hospitalaria no se revirtió.

Sin embargo, determinados estados permanecen con el modelo descentralizado. El estado Carabobo y el estado Sucre, por ejemplo, no fueron alcanzados por esta recentralización sanitaria: cada uno regula sus políticas a través de institutos autónomos, y determina, inclusive, el salario del personal asistencial adscrito a la gobernación. Aunque el gobierno asegura que la recentralización es parte fundamental en la construcción del SPNS, no parece haber intenciones de acabar con esta dualidad administrativa y centralizar todos los establecimientos de salud.

El gremio médico se ha manifestado en contra de la iniciativa de transferencia hospitalaria desde el preciso instante de su aplicación. La principal crítica es que alienta la burocracia en el sector salud, tanto en lo que se refiere a la obtención de fondos para solventar las deficiencias de los hospitales, como en lo respectivo a los compromisos salariales. “El SPNS es descentralizado por ley. Y esta característica, mencionada en el artículo 84 de la Constitución Nacional, el gobierno lucha constantemente por revertirla”, acusa Dianela Parra. Además de las críticas a la recentralización adelantada por el MPPS, la vicepresidenta de la FMV también erige cuestionamientos en torno al discurso de descalificación que el gobierno ha establecido contra el personal asistencial del SPNS. Según Parra, las ofensas y agresiones son detonantes del déficit de médicos en el sistema, y eso, para ella, es la falla más grave con la que tiene que lidiar el gobierno nacional para lograr la consolidación del SPNS. “Nuestros médicos se están yendo, y eso es grave, porque hasta ahora, somos los que le hemos sacado las patas del barro al gobierno”, apunta.

En el modelo centralizado (o recentralizado) aplicado en el Distrito Metropolitano, la institución administradora de los fondos para el sector es la Dirección de Salud del Distrito Capital. Cada hospital plantea ante ella su presupuesto anual, ella lo remite al ministerio y de allí se envían los fondos a ella para que los distribuya entre los centros que rige. Los hospitales hacen sus compras y requerimientos, y los proveedores esperan la cancelación de la factura por esta dirección, que va debitando los montos de la cuota asignada para cada centro asistencial. Para requerimientos extraordinarios, el MPPS puede efectuar las compras necesarias y entregarle los insumos directamente al hospital.

La transferencia de estos 14 hospitales metropolitanos –entre los que contaron Lídice, Los Magallanes de Catia y El Algodonal– es considerada por algunos médicos de la red metropolitana como un “experimento” en el que por impericia, salieron algunas cosas mal. Hay pagos de personal que, según denuncian médicos como Manuel Parra, jefe del Servicio de Pediatría del Hospital de Lídice, todavía no son asumidos por el MPPS como compromiso moratorio adquirido con la transferencia. Hay que tener en cuenta que centros asistenciales como el Hospital Vargas siempre pertenecieron al ministerio, primero al MSAS y luego al MPPS, paralelamente a los adscritos a la Alcaldía Metropolitana. La dualidad se presta para confusiones.

El discurso oficial apunta a la recentralización de la red asistencial nacional como los cimientos en la construcción del SPNS. España, Guédez y Barrios se hacen eco de la exposición que Iver Gil hacía para este reportaje, dejando claro que la decisión de recentralizar los servicios de salud obedeció a la necesidad de que el MPPS asumiera funciones como el rector absoluto en materia de salud. Alí Barrios afirma: “El MPPS debe ser el rector de la salud pública, no la alcaldía. ¿Cómo es que el alcalde va a saber lo que pasa en un hospital? No, el Estado es el rector de la salud, a través del ministerio y no de un alcalde. Antes había un despelote porque el ministerio transfería los recursos a las alcaldías y de ahí iban a los hospitales. Y eran lentos. Ese tipo de cosas deben venir regidas por el ministerio, que es el garante de las políticas públicas de salud, emanadas del Estado”.

Hay médicos que ven positiva la idea de que el rector único en salud no debe ser otro sino el ministerio. Sin embargo, reclaman la aplicación de un modelo administrativo descentralizado que agilice pagos de compromisos, reposición de insumos y contratos de las remodelaciones pero que se rija por los lineamientos emanados del Estado. Sin embargo, también son cuestionadas las políticas de salud estatales, pues durante los últimos años la publicación del boletín epidemiológico del MPPS ha sido irregular y el

Estado no ha anunciado acciones centralizadas para combatir brotes de enfermedades que se consideraban erradicadas como la malaria y la leishmaniasis, así como tampoco se han tomado decisiones relacionadas con enfermedades en repunte como el dengue y el mal de chagas.

“Lo primero que hay que sacarle de la cabeza a la población es que ‘es malo que el Estado se encargue de la salud’”, explica José Vladimir España. El viceministro afirma que su llegada al ministerio ocurre con el fin, entre otras cosas, de crear una matriz de opinión positiva entre los ciudadanos con respecto al tema hospitalario, como explica que existe en “países desarrollados como Francia, Inglaterra y Canadá”. Si los objetivos que se ha planteado el MPPS se cumplen, España asegura que nadie irá al sistema privado de salud; “¿Quién va a utilizar la medicina paga sabiendo que tiene acceso a una gratuita y excelente?”, afirma. Sin embargo, aparentemente la meta tampoco es desaparecer el sistema privado, o al menos a eso apuntan las reflexiones de España, que es partidario de establecer “límites de ganancias” que permitan que siga existiendo.

Mientras tanto, España, como vocero del MPPS, estima que podría darse la creación de un “modelo intermedio” entre el sistema público y el privado. Esto se alcanzaría a través de acuerdos con instituciones privadas. España tiene un ejemplo que ilustra el tipo de convenio que el MPPS podría tener interés en alcanzar con entes privados: si el HUC no tiene tomógrafo, pero el Centro Clínico El Valle sí, el hospital podría pagarle a éste una suma mensual, como un alquiler, para que sus pacientes puedan acceder a los estudios que ameriten tomógrafo, en este centro. “Ese es un equipo muy caro, que hay que comprar y mantener a tono. Es preferible que sea un privado el que haga la inversión, se le alquila a un precio razonable, él recupera su inversión y hace sus ganancias, pero es quien corre con el mantenimiento del equipo y no el hospital. Sería más económico para el Estado llegar a convenios así”, estima. Esto en el caso de que el SPNS no se consolidara a la velocidad necesaria para prescindir tajantemente del sector privado.

### **Déficit de personal, condiciones laborales y déficit de personal: un círculo vicioso**

Aunque el déficit de médicos que padece el sector público ahora podría ser, sin duda, la mejor protesta del gremio contra las actuales condiciones de la salud pública nacional, los directores de hospitales opinan que las deficiencias en plantillas de médicos y enfermeras se deben a una crisis internacional. “Estamos viviendo un momento de crisis a nivel mundial, esto no es sólo en Venezuela: en todo el mundo se está notando la falta de

médicos”, como apunta José Vladimir España, director del HUC y viceministro de Redes de Salud. Entre los altos escaños de los regentes del SPNS, sólo existe este discurso que afirma que las renunciaciones de residentes, especialistas y enfermeras son un problema que se escapa de las manos del Estado porque es mundial. Ni los salarios insuficientes, ni la inseguridad, ni las deficiencias estructurales podrían estar incitando al personal asistencial a abandonar sus puestos de trabajo o no postularse a las especializaciones.

“Los residentes no renuncian por falta de apoyo económico. Aquí en el HUC, que es un hospital autónomo, mantienen un sueldo de entre 6.000 y 7.000 bolívares. Con el aguinaldo y los bonos que se pagan en diciembre, el sueldo de uno de nuestros residentes ese mes puede llegar a los 16.000 bolívares fácilmente”, explica España. Sin embargo, Eibys Reyes, residente del Servicio de Pediatría hasta febrero de 2010, expresa que el sueldo de 7.000 bolívares mensuales solamente llegó a plantearse ante el MPPS, pero nunca fue aprobado. Ningún médico del HUC entrevistado para este reportaje admitió percibir esa cifra por concepto salarial.

En todo caso, para España el déficit de médicos podría no deberse tanto a renunciaciones como a ‘pérdida por motivos académicos’, algo similar a quien no aprueba un examen en sus estudios de pregrado: “Para que un residente pueda continuar trabajando en el HUC, debe presentar exámenes cada cuatro meses. Si no los pasas, si repruebas, te vas. Y muchos residentes se van porque no superan el régimen académico. No renuncian, más bien los perdemos”. Si bien la percepción de algunos residentes concuerda en que los posgrados de medicina interna requieren una dedicación teórico-práctica bastante intensiva, los postulantes “saben lo que les espera” desde el momento en el que ingresen al posgrado, pues la formación de los estudios de medicina, desde el pregrado, contempla una fuerte carga académica y un régimen que ellos califican como “militarizado” a partir de tercer año. “Si fuera por eso, entonces no habría especialistas en ningún servicio, porque la exigencia quizá es muy teórica en especializaciones como medicina interna, pero también muy práctica en posgrados quirúrgicos, y también hay niveles intermedios. Cada quien elige su especialización con base en sus destrezas”, señala Juan Pinto, residente de Cirugía Plástica del Hospital Pérez Carreño.

No obstante, el viceministro de Redes de Salud tiene más explicaciones para el déficit de personal, como el abuso de poder en la estructura vertical académica y asistencial que se mantiene en las especializaciones. De este argumento hablamos en nuestro primer capítulo (*Auscultando – El Clínico, “una bomba de tiempo*). Durante el trabajo de campo, descubrimos que las reacciones de los residentes ante esta teoría de

España eran de total desconcierto: aunque ciertamente dan referencia de maltratos y un régimen prácticamente militar en algunos posgrados –como Medicina Interna y especialidades quirúrgicas pediátricas, entre otras que no quisieron nombrar–, residentes del HUC dan fe de que las renunciaciones en áreas críticas que presenciaron en 2009 fueron, en su mayoría, motivadas por la inseguridad del hospital. José Manuel Olivares esgrime que “si por la exigencia y el abuso de los superiores fuera, entonces desde un principio nadie sería médico. Desde el tercer año de pregrado en medicina se trabaja con una estructura vertical, y nuestros superiores inmediatos abusan de su posición siempre más gerencial que asistencial para sobrecargar de trabajo a los años más bajos. Pero eso es normal, y se equilibra cuando vas ascendiendo el escalafón –pasar de primero a segundo año o de éste a tercero–”.

Las condiciones de trabajo del personal de salud son malas, pero el MPPS trabaja en función de mejorarlas, asegura Alí Barrios. Entre las políticas puestas en marcha para este fin, cuenta el aumento de 40% decretado por el presidente Chávez en mayo. “Consideramos que todavía debe mejorar la condición socioeconómica de todos los trabajadores del sector salud: vivienda, vehículo, alimentación, etcétera, todo con facilidades de pago. Eso está en proyecto. Puedes ganar 5.000 bolívares, pero si vives mal, y no tienes carro, eso te desmotiva”, apunta. Sin embargo, de la contratación colectiva no se vislumbra ni siquiera un intento en el discurso oficial.

“Todos los directores de hospitales estamos trabajando duro, y no es por un sueldo, porque no tenemos un buen sueldo”, apunta María Eugenia Guédez. Sucede que los directores de hospitales también entran en la problemática salarial que afecta al gremio, entre otras cosas, por la ausencia de un contrato colectivo que estipule los beneficios que percibiría desde un Médico Rural –el primer nivel salarial de un profesional de la medicina–, hasta un Médico Salud Pública Jefe III, escalafón correspondiente a la directiva de hospitales.

La posición del MPPS ante la discusión de un contrato colectivo que contemple los beneficios que menciona Alí Barrios, los mismos por los cuales igualmente claman otros médicos del sector, es de rotunda negativa. La razón: la FMV, máxima representación médica gremial, no renueva sus autoridades desde el año 2002, fecha en la que le correspondía a la actual directiva realizar elecciones. Con la entrada en vigor de la Constitución Nacional del año 1999, el CNE tomó control como el ente regulador de los procesos electorales nacionales y, desde el año 2002, no autoriza la realización de los comicios gremiales de la FMV, por distintas circunstancias que Dianela Parra, su

vicepresidenta por más de una década asegura no conocer. “Han tenido elecciones gremiales los abogados, periodistas, las Federaciones de Centros Universitarios... Todos los gremios menos el médico”, señala. El gobierno se niega a reconocer a la FMV como órgano para la discusión de la contratación colectiva. El argumento que sostiene es que sus autoridades ya no representan los intereses de la comunidad médica nacional, pues no se ha legitimado ante ella.

El artículo 72 de la Ley de Ejercicio de la Medicina establece: “La Federación Médica Venezolana queda facultada para contratar colectivamente con las entidades públicas o privadas a nombre de los médicos que allí presten labores en servicios asistenciales”. Sin embargo, el gobierno no acata esta ley y aunque esgrime un argumento, tampoco autoriza la realización de elecciones gremiales para que la FMV renueve su directiva y pueda entonces acudir a la discusión de un contrato colectivo. “Este gobierno quiere agotar a la sociedad intermedia y por eso nos prohíbe elegir a nuestros representantes. Así, no hay oxigenación en la lucha gremial”, afirma Dianela Parra.

La bienvenida a la sede de la FMV es un pendón que exhibe las fotografías de todos los presidentes que han regido la federación, citando su período de mandato. Al final de todos, aparece la estampa de Douglas León Natera, pero su gestión no muestra fecha de conclusión. Junto a la inscripción “2000” aparece un guión que por sí solo explica que continúa siendo presidente del gremio médico, siendo el que mayor tiempo ha permanecido al mando. Dadas las circunstancias, se podría pronosticar que a la estampa de León Natera le queda todavía algún tiempo allí, y con ella, Dianela Parra, su vicepresidenta, también tiene visa indefinida en la federación. Prolongada en el tiempo, junto a ambos, parece que queda la discusión del contrato colectivo para el personal médico del SPNS.

### **El SPNS es la solución**

Sistema Público Nacional de Salud se denomina a la iniciativa contemplada en el artículo 84 de la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela de 1999. Tal y como se estipula en este artículo, la misión del SPNS es la prestación y promoción de salud para el venezolano, a través del establecimiento de una red asistencial única e integrada en sus distintos niveles: primario (red ambulatoria) y complejo (red hospitalaria). Como hemos advertido en apartados anteriores, el nacimiento del SPNS da pie a la apertura al público en general de los hospitales del IVSS y del Ministerio del Poder

Popular para la Defensa. Sin embargo, la integración no ocurre del todo y existen algunas diferencias administrativas entre estos establecimientos de salud y los hospitales del MPPS. Además, las insuficiencias funcionales de los centros asistenciales del SPNS dan pie a que los médicos entrevistados para este reportaje coincidan en calificarlo como un proyecto que aún no se encuentra operativo, sin que esto vaya en desmedro de lo valiosa que es esta iniciativa para el país.

“Quiero que escriban que nuestro Sistema Público Nacional de Salud es el mejor del mundo”, pide el Coronel Nelson Rubio, Director del Sistema de Atención Médica de Urgencias (SIAMU), una solución ideada por el Estado en el año 2008 para gestionar el envío de ambulancias y obtención de cupos en la red hospitalaria metropolitana, dependiendo del caso. SIAMU cuenta con 24 ambulancias, las cuales obtuvo después de que durante la transferencia de 2007, le fueran retiradas a los hospitales. De los ocho centros más complejos del Distrito Metropolitano, sólo conservan una ambulancia cada uno los hospitales General del Oeste y General del Este Domingo Luciani. El Algodonal y el Vargas tienen bajo su dominio unas antiguas furgonetas que hace tres décadas eran ambulancias de avanzada, pero que hoy en día solo funcionan como transporte interno de equipos para esterilización. El resto de los centros dependen de la acción del SIAMU para traslados interhospitalarios.

Rubio sostiene que la gratuidad del SPNS es su mayor virtud, por encima de los problemas que presenta hasta ahora en su desarrollo. SIAMU debería asumir gran parte de las referencias a usuarios que se dan en los hospitales, por falta de capacidad física o de personal médico. Pero con 24 ambulancias para más de 14 hospitales en Caracas, es difícil hacerlo. Además, Rubio se atreve a inferir que los pacientes se refieren a sí mismos, producto de la ‘impaciencia del paciente’. “La gente se va en sus vehículos privados y rotan por la red hospitalaria porque no esperan a ser atendidos. Que no los atiendan, por lo que sea, es una gran mentira que sólo quiere descalificar a nuestro sistema de salud”, apunta.

Mientras tanto, el personal asistencial atribuye gran parte del colapso a la ausencia de una cultura hospitalaria en la población. Las autoridades avalan la teoría de que lo que se presenta en los hospitales es la práctica de un modelo asistencial de pirámide invertida. El porcentaje estimado de 95 por ciento de casos que se dirigen directamente a la red hospitalaria de alta complejidad con casos manejables en la red primaria, creando congestión excesiva es avalado por los cálculos de España, viceministro de Redes de Salud. Nuestras autoridades le achacan el problema a una cuestión de idiosincrasia: la llamada cultura hospitalaria de la que hablábamos antes. España, como viceministro de Redes de

Salud, confiesa que conserva la esperanza de que la mentalidad del venezolano evolucione poco a poco, aunque ahora parezca una misión titánica. Y lo es. Desarraigar décadas de costumbre no es cosa fácil, pero podría lograrse si se alcanza la operatividad absoluta de la red primaria asistencial y se motiva al usuario a hacer un correcto uso de ella.

Y el Estado ya comenzó, con la implementación de la Misión Barrio Adentro I. El reacondicionamiento de la red primaria es la punta de lanza del MPPS en la solución de este problema de pirámide invertida. “La descongestión de la red hospitalaria queremos lograrla con Barrio Adentro. Queremos revertir esos porcentajes de asistencia a las salas de emergencia de nuestros hospitales, porque para eso trabajamos en fortalecer la red primaria, en fortalecer Barrio Adentro”, dice España.

“Barrio Adentro nació como solo, por factores políticos y de otras índoles. Era como un huérfano, porque algunos médicos no creían en sus políticas de salud, y no le quedó otra cosa sino ir creciendo con el apoyo del Estado. De algún modo en el sistema hospitalario tradicional quisimos darle una patada, pero cuando creció, ahora sí queremos y tenemos que estar junto a Barrio Adentro. Esa es la integración por niveles. Esa es la creación de una red de atención primaria”, opina Alí Barrios. Sin embargo, parece que la falta de confianza o la desinformación están patentes entre la población y por eso los hospitales siguen colapsando. Ante estas circunstancias, hay quienes denuncian que la inversión se focalice en el sistema Barrio Adentro, en vez de ser dirigida a la red hospitalaria, que se mantiene sobredemandada; hay cálculos de algunos médicos participantes de esta investigación que estiman que Barrio Adentro sólo alcanza a 17 por ciento de la población en condiciones tecnológicas óptimas. Mientras, la infraestructura del sistema tradicional se mantiene en el piso.

Manuel Parra, jefe del Servicio de Pediatría del Hospital de Lídice, maneja sus propios cálculos, con los que desmonta el mensaje de excelencia que el gobierno proyecta sobre la efectividad de Barrio Adentro: “Jamás ha habido 370 millones de consultas en Barrio Adentro, porque si sumamos eso, más los millones de consultas de la red hospitalaria tradicional, más las millones atendidas en el sector privado, entre los 28 millones de venezolanos que somos, tendríamos como resultado un país enfermo”. La verdad es que no se manejan registros públicos de los casos atendidos en Barrio Adentro, y parte de nuestro personal asistencial considera que esa información sería vital para manejar datos que permitan construir estadísticas oficiales de patologías y elaborar, con base en ellas, las políticas de salud que tanto se cuestionan por inexistentes.

A pesar de las críticas, la batería del MPPS se encuentra enfilada hacia la integración de la red Barrio Adentro con la red hospitalaria tradicional, entre la que se cuentan los ocho hospitales complejos de Caracas. El viceministro España reconoce que hasta ahora, existe un paralelismo en el SPNS gracias a la división entre ambas redes, el cual debe ser “derrotado”, en sus palabras. “Sabemos que hay que trabajar por la integración entre ambos sistemas, para que el SPNS arranque con toda su capacidad”.

“Por eso los esfuerzos concentrados en Barrio Adentro y en los MIC, porque siempre será más económico prevenir que curar. Y esa es la misión de la red primaria. En los países desarrollados, como Alemania, las salas de emergencia siempre están vacías. Tenemos que llegar a un modelo de atención así”, cree María Eugenia Guédez. Como directora del Hospital de Lídice, respalda la formación de los MIC y asegura haber interrogado a los que rotaron por su hospital y haber concluido que sus conocimientos se equiparan a los de los médicos generales. Alí Barrios va más allá y afirma que los MIC “son el futuro de la nueva medicina venezolana”. Igualmente cuestiona a los médicos que en diversos hospitales como el Militar y el J.M. de los Ríos, se negaron a recibirlos, así como a los que ante la imposición en sus centros de trabajo, les dieron un trato “discriminatorio”.

En la FMV existen serias dudas con respecto a la formación de los MIC, en sintonía con los médicos participantes de esta investigación. “La idea es buena en papel. Si incorporan al gremio médico, no sólo en la elaboración de sus planes de estudio, sino en la creación de verdaderas políticas de salud, con base en estadísticas y metas, las cosas pueden cambiar. El Sistema Público Nacional de Salud, en pleno funcionamiento, es lo ideal. Pero lamentablemente no se va a consolidar mientras continúen recentralizándolo todo y sembrando la burocracia en la resolución de problemas como la inseguridad, las deficiencias estructurales y los conflictos salariales”, apunta Dianela Parra.

Las cartas están echadas y los objetivos están fijados: el SPNS intenta ponerse en marcha, pero sus protagonistas denuncian demasiadas fallas para que el “proyecto”, como lo califica Manuel Parra, alcance la operatividad deseada. En el MPPS, la posición es firme: “El SPNS es la solución a las fallas que existen en la atención en salud. No importa el Presidente, no importa el proyecto político, que sí lo hay; lo que importa es que nosotros como sociedad lo asimilemos”, asegura María Eugenia Guédez.

El viceministro de Redes de Salud, José Vladimir España, asegura que es la integración de las redes asistenciales lo que dará va a pie a la consolidación definitiva del SPNS y señala que en función de esto se trabaja en el MPPS. “La salud debe ser gerenciada por el Estado, y para eso fue establecido el Sistema Público Nacional. Médicos, enfermeras

y usuarios tienen que entenderlo”, expresa. Por su parte, Alí Barrios emite una apreciación final que resulta determinante para realizar un diagnóstico de la salud pública en Venezuela, más allá de los ocho hospitales en crisis y de los límites del Distrito Metropolitano: “Muchos quizá estarían de acuerdo con la centralización de las cosas, en lo que respecta al manejo de presupuestos y salarios, si el ministerio fuera realmente efectivo. No lo es tanto. La consolidación del SPNS es un proceso nada fácil, es algo muy lento: hay que unir muchos servicios y muchas redes. También corregir fallas. Quizás sea algo lento, pero seguro”.

### **La sirena que aún no es acatada**

Ya es 7 de octubre y el sol calienta las raídas paredes del edificio principal del Hospital Vargas. Aunque hace calor, el astro no logra calcinar los ánimos de una cincuentena de trabajadores obreros y administrativos del nosocomio ubicado en San José, que se encuentran en plena manifestación ante las cámaras de Globovisión y Radio Caracas Televisión.

Ivonne Muñoz, camarera de este hospital desde hace 27 años y actual líder sindical del grupo que allí manifiesta, es una de las que blande pancartas y hace alboroto a las puertas de este centro de salud. “Nosotros queremos recuperar nuestro hospital”, exclama ante los micrófonos. Detrás de ella, el ruido enardecido de pitos y consignas no logra acallar su voz, especialmente fuerte si de protestar por “su hospital” se trata. Si en el Hospital Vargas hubiera un gran volumen de pacientes como lo hubo hasta hace cuatro años, la protesta sería disuelta inmediatamente, porque no es apto semejante escándalo en las afueras de un dispensario de salud. Pero como en el Vargas prácticamente sólo habita la desidia, el bullicio es válido: le inyecta vida a un edificio que, de otro modo, luce como un indigente moribundo en una calle de San José.

“Queremos que nos paguen, que reconozcan nuestra contratación colectiva. Estamos cansados de burlas”, pide Muñoz, enérgica, y el tumulto agolpado a las puertas del hospital da signos de apoyo a sus palabras. La aprobación de la turba se hace aún más evidente cuando Ivonne hace mención al beneficiario principal de todos sus requerimientos: “su hospital”. Por algo las pancartas pegadas en las rejas de entrada al recinto albergan pintas como “queremos las mejoras de nuestro hospital ya”. Poco tiene que ver la manifestación con un asunto meramente salarial; aquí el móvil principal es el delicado estado de salud del Hospital Vargas.

“Pedimos hablar con la ministra (de salud) y lo que hacen es vacilarnos, no nos dan respuesta”, exclama Ivonne. Tan sólo un minuto ante una cámara de televisión es suficiente para denunciar cuatro años de abandono y negligencia: “¿Quieren cerrar nuestro hospital? ¿Quieren matar nuestro hospital? ¡Ya lo mataron!”, clama y los aplausos al fondo la respaldan. Los medios de comunicación presentes no pueden traspasar la barrera física de la reja del hospital, por eso no se puede apreciar la avasallante realidad de su estructura, cónsona con la severa acusación de la empleada. Las cámaras ahora enfocan las puertas de acero de lo que alguna vez fue la emergencia de este hospital: los candados que las sellan constituyen un verdadero blindaje contra todo aquel que quiera saber cómo van los trabajos físicos que, tras cuatro años, deberían estar ultimando los detalles de una sala de emergencia de avanzada. Quizá lo mejor sea no mirar lo que allí dentro sucede, porque la decepción sería capaz, inclusive, de apagar los ánimos de los manifestantes del Vargas, su hospital. La última petición de Ivonne engloba los deseos de todos los allí presentes, que aúpan su minuto de gloria con megáfonos: “Lo que queremos todos los trabajadores es que nos reabran la emergencia de nuestro hospital... Y que nos den nuestros pagos”.

Para que Hugo Chávez, presidente de la República, inaugurara el 26 de agosto de 2010 la Sala de Hospitalización de Tórax y la emergencia pediátrica de los hospitales de El Algodonal y Lídice, respectivamente, hicieron falta dos horas de transmisión en cadena nacional de radio y televisión. Ivonne Muñoz, camarera y sindicalista de un hospital metropolitano, sólo tuvo un minuto ante las cámaras de dos canales de televisión –uno de los cuales no puede verse actualmente en el territorio nacional– para pedirle a las autoridades de salud que escuchen la sirena del estado de alerta que del Hospital Vargas, se extiende peligrosamente a los otros siete hospitales metropolitanos de alta complejidad.

Esta manifestación en el Hospital José María Vargas fue el último acontecimiento noticioso recogido durante nuestra investigación. Y por ello quedará registrado como evidencia del presente. Se trata del caso más emblemático de deterioro e incumplimiento de obligaciones existente en el Sistema Público Nacional de Salud, en el Distrito Metropolitano. También es una prueba de que las remodelaciones inconclusas estancan el funcionamiento de los servicios hospitalarios, lo que inminentemente deviene en el colapso de los mismos.

### 3. Diagnóstico y terapéutica

#### 3.1.-Reflexión preliminar

Materializar esta investigación, además del logro que representa, acarrea consigo una incuestionable crítica al periodismo que desde hace ya un tiempo se lleva a cabo en nuestro país: el diarismo, una vez más, consume cuerpos enteros sin importar el formato del periódico. Que durante el trabajo de campo no se haya encontrado un reportaje reciente (2008-2009, incluso 2010) y complejo sobre el estado de la salud en el área metropolitana, fue aliciente para continuar, pero también evidencia para ratificar que el ejercicio periodístico se ve tentado constantemente a ceder ante la inmediatez. Redimir al ejercicio pareciera haber quedado en manos de quienes se forman académicamente en las distintas escuelas de Comunicación Social del país. El inexorable temor surge cuando nos preguntamos, si extramuros, la mencionada “calle” no funge como brazo extensivo de la academia. Podrá serlo cuando pensemos en ella no sólo como estructura física, sino también en quienes la integran: individuos egresados de universidades, quienes deben reflexionar constantemente sobre los problemas y acontecimientos que apenas desde los medios de comunicación se refieren.

El acceso a la fuente oficial de la salud también es un reto a vencer por el periodista. En un tema en el que están en juego intereses políticos y laborales, no siempre es fácil obtener declaraciones que ayuden a esclarecer el panorama que se quiere retratar. Los distintos niveles de actores participantes de esta investigación supusieron, en su momento, diferentes dificultades de acuerdo con sus circunstancias: el hallazgo fue que los pacientes son menos propensos a conversar, pues factores como el desconocimiento o la tensión emocional que supone estar en una sala de emergencia no son incentivos para declarar o denunciar hechos. Por su parte, no obstante la presión que implica el eventual riesgo de despido si violan cláusulas de confidencialidad, los médicos suelen estar más prestos a señalar las deficiencias que consideren importantes. La directiva hospitalaria y ministerial, como cabría esperar, es cónsona con el discurso oficial y aunque es relativamente receptiva, se mantiene firme a un modelo de declaración que se corresponde más al de un comunicado de relaciones públicas que a un sinceramiento de circunstancias. Para ilustrar mejor esto, proponemos la (***Tabla cualitativa de acceso a la fuente, Anexo 2***) como un anexo que fortalece el reportaje y que permite aportar sugerencias empíricas para iniciar investigaciones en salud con un amplio número de fuentes vivas.

A pesar de la ausencia de reportajes e investigaciones periodísticas sobre la salud pública, el tema no es descartado en los medios de comunicación. Las variables consideradas para iniciar este trabajo fueron seleccionadas a partir de las noticias reseñadas por la *Agencia Venezolana de Noticias (AVN)*, así como de los periódicos *Últimas Noticias* y *El Universal*. El cuestionamiento no surge por ausencia, sino por el poco encadenamiento que se hace de hechos como el deterioro de la infraestructura hospitalaria, retraso en las remodelaciones, déficit de médicos y referencias emitidas a los pacientes. Mensualmente, noticias sobre alguno de estos hechos son publicadas. Sin embargo, no se integran, junto a otras posibles variables, como factores para evaluar el Sistema Público Nacional de Salud, propuesto desde 1999 en la Constitución Nacional.

Fue precisamente ese el propósito de este reportaje. A partir de un derecho constitucional, evaluar el desempeño de las autoridades pertinentes para que lo que ahí se propone, se garantice y se consume.

Ciertamente, una serie de variables inciden de manera directa para que el venezolano, hoy, no pueda afirmar que cuenta con un Sistema Público Nacional de Salud digno. Pero han de ser manejadas, pues de lo contrario no podremos alcanzar la mencionada afirmación. A continuación, lo que se presenta es un diagnóstico que agrupa de manera encadenada los aspectos que han debilitado el artículo N° 84 de la Constitución Nacional, casi al punto de sentenciar que se incumple.

### 3.2.-Conclusiones

*“Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones de salud”. (Art. 84 – Constitución Nacional)*

Tras más de diez años de su creación, ni siquiera las autoridades ministeriales pueden confirmar la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS). A pesar de que son indudables las bondades que destilan esas palabras en el papel, la óptima aplicación de las mismas por el ente rector autorizado, Ministerio del Poder Popular para la Salud, es refutable. Lo que podemos observar es un escenario donde convergen una serie de variables que mitigan lo que, por ley, se interpreta como un derecho fundamental. El cumplimiento del deber del Estado, en este caso, orientado a promover y desarrollar políticas públicas que eleven la calidad de vida del ciudadano es discutible.

Lo que a simple vista pudiera significar un señalamiento directo al Ministerio del Poder Popular para la Salud, no es tal. Simplemente, constituye como ente rector un eslabón en una cadena cuyo propósito dista de señalar culpables. La intención es separar, en lo posible, los problemas que aquejan al SPNS, analizarlos y examinar su vinculación con otros eslabones. Lo que sí, desde los albores de esta investigación, llamó nuestra atención fue cómo durante los diez años de creación del SPNS, diez funcionarios diferentes han ejercido el cargo de Ministro para la Salud. Al tratarse de políticas sanitarias sólidas, el cambio no implicaría sino un procedimiento burocrático. Sin embargo, cuando evaluamos la crisis actual que atraviesa el sector salud, y consideramos esa rotación de ministros, cabe la reflexión sobre si las políticas públicas de esta cartera ministerial realmente son consistentes: ¿Se quebrantan con el cambio de jefe? ¿El cambio de autoridad se traduce inminentemente en un riesgo para la consecución de esas políticas? Debido a que desde 1999 no se ha visto una mejora sustancial en la atención pública de salud que se presta, pudiera concluirse que el cambio de autoridades se relaciona con un debilitamiento en los planes estatales para hacer frente a una reconocida crisis.

Al estudiar los hospitales Jesús Yerena (Lídice); José Gregorio Hernández (Los Magallanes de Catia); José Ignacio Baldó (El Algodonal); Miguel Pérez Carreño (El Pescozón); Domingo Luciani (El Llanito); José María Vargas (San José); Militar “Doctor Carlos Arvelo” (San Martín) y Universitario de Caracas (San Pedro), no sólo se está brindando una cobertura total de los hospitales tipo IV anclados en el área metropolitana, sino que también surgieron, por la complejidad de la investigación, aspectos que evidencian la atención que se presta en hospitales especializados y en los centros de salud que integran la red primaria, además de cómo el debilitamiento de los mismos ha repercutido en la red hospitalaria de alta complejidad.

Lo que primero quedó en evidencia fue el estado actual de las obras de remodelación emprendidas en el período 2005-2007 y en las que se contemplaban, entre otros, los ocho hospitales estudiados: inconclusas. No se pretende indagar si tres años fue un lapso suficiente para la concreción de estas refacciones; fueron las mismas autoridades encargadas las que ofrecieron entregar en un tiempo de tres a seis meses. El objetivo fundamental se centró en analizar cómo esas remodelaciones en simultáneo implicaron un problema que se acentuó con el incumplimiento de las refacciones. Situación que le resta credibilidad al órgano ejecutor.

Mientras se siga postergando la entrega de las obras en curso, las variables contempladas en este reportaje evolucionarán y potenciarán una crisis mayor. Sólo basta mencionar algunos casos para visualizar el posible escenario. Lo que es, quizá, el más dramático lo encarna el Hospital Vargas: sus estudiantes de posgrado piden ser trasladados a otros centros docentes y en el caso del servicio de Medicina Interna sólo hay un residente. El hospital no está en condiciones de albergar, menos aun, de preparar estudiantes. Como se ha mencionado, el déficit de médicos especialistas y de residentes constituye uno de los problemas más serios. En ese sentido es fácil prever que el escenario para el próximo año está lejos de mejorar. Si los residentes son el motor de los centros asistenciales y las convocatorias para las plazas de los posgrados en estos ocho hospitales no se han podido cubrir, ¿cómo en el 2011 se atenderá una mayor población con menos médicos generales en formación de posgrado? Además, hay que sumar que si como sucede con el Hospital Vargas, hay otros nosocomios cuyos servicios están prácticamente cerrados, es una población que acudirá a otro hospital que considere “esté mejor”. La balanza sigue inclinándose hacia una atención notablemente debilitada: servicios cerrados por remodelaciones deviene en más pacientes para otros hospitales y menos médicos quienes deberán atender no sólo a la población inmediata que alcanzan, sino a las personas referidas.

Con el retraso en la culminación de las obras de refracción sólo se fomenta el colapso de otros centros asistenciales como el Hospital Miguel Pérez Carreño, el Hospital Militar y el Hospital Clínico Universitario. Si ya éstos han fungido como receptores de esa población que no asiste a los que por zona les corresponde, contar con ellos como escudos para encarar el próximo año, tampoco será del todo posible. La sobredemanda con la que deberán trabajar no hará más que alimentar las debilidades que éstos albergan. Lo más lógico, además de ser lo más evidente, es que las obras que aún se llevan a cabo en cinco de los ocho hospitales estudiados se culminen. ¿Ahora bien, se traduciría esto en el fin de la crisis?

Una vez que las obras sean entregadas, el ambiente laboral para todo el cuerpo asistencial mejorará considerablemente. Se vio en el caso del Hospital Jesús Yerena (Lídice): luego de tres años de retraso, se hizo entrega al servicio de Pediatría de una sala de emergencias totalmente renovada. El equipo asistencial de ese servicio pasó del hacinamiento al que estuvo confinado por la tardanza, a un espacio apto para prestar atención. Aun así, la entrega no tuvo el desenlace de la satisfacción plena: el servicio de Pediatría opera sólo con siete médicos a un 25 por ciento. Para el 2011 la situación dista de mejorar, pues dos de los siete residentes se gradúan a finales del 2010. Lo que quiere decir que sin nuevos estudiantes inscritos este año, para el que viene la operatividad, de esa moderna sala, sólo bajará en porcentaje. Debido a que la situación en otros hospitales es similar: exigua convocatoria. Puede interpretarse fácilmente que ni la entrega completa de las obras paliará el problema ya avanzado del déficit de residentes.

Sin embargo, se convertiría en el primer paso, sólido, para solucionar el segundo problema: atraer la atención de médicos y futuros residentes que cubran las plazas vacantes. Las críticas hechas por el personal asistencial, con respecto al ambiente laboral, fueron remarcadas durante el transcurso de la investigación. Ciertamente, las remodelaciones consumadas son un estímulo para los estudiantes de medicina y carreras relacionadas. Pero hay que rescatar, que si bien hay un alto número de obras en ejecución, hay otras que son solicitadas por el personal y que no han sido consideradas. Estas solicitudes deberían ser atendidas y discutidas: lo propuesto por la ingeniera Carmen Espósito, presidenta de la Fundación de Edificaciones y Equipamientos Hospitalarios (Fundeeh), no debe quedar sólo en buenas iniciativas. Fundeeh tiene la responsabilidad, para remediar parte de sus errores, de unir fuerzas con el personal de los hospitales con el fin de priorizar las necesidades que ameriten ser atendidas. ¿Quién más que el equipo médico y asistencial del recinto para evaluar lo que necesita atención inmediata o a corto plazo?

Si haber acometido las remodelaciones al mismo tiempo devino en un contratiempo que, muy gradualmente, subsanan. A futuro, y es reconocido por la Fundación, no se puede arremeter con tan poca planificación. De igual manera, han de estar conscientes como órgano ejecutor del ministerio, que descartar, de nuevo, a los médicos de los proyectos sólo atentaría con aquello tan valorado por nuestra sociedad actual: el trabajo interdisciplinario y el conocimiento transversal. El sinónimo práctico de cualquier ministerio es planificar. Por esta razón, no se puede errar de manera reiterada en algo tan potencialmente delicado: excluir a los médicos y remodelar en simultáneo. ¿Cuál sería la razón de ser de un ministerio, entonces?

Al brindarle al personal asistencial cobijo, bajo una infraestructura en la que se sientan cómodos y fomente su aprendizaje, se está saldando, si se quiere la primera deuda. La segunda se ha postergado desde el 2000, año en que se firmó la última contratación colectiva del personal médico. Desde entonces no se discuten las condiciones laborales y pareciera que lo que estipula la Ley Orgánica del Trabajo pasó a ser letra muerta: cada dos años debe discutirse la contratación colectiva. Lo que da pie para interpretar que en el plano salarial también se ha descartado a los médicos para discutir las condiciones de una renovada contratación. Habría que tomar en cuenta que cinco veces se hizo caso omiso a lo que estipula ley: ¿se considerará eso cuando por fin se consolide la firme de una nueva?

El Presidente de la República ha decretado los respectivos aumentos salariales anuales, pero esto no se traduce en una ganancia sustancial. Cabe mencionar que la última contratación firmada no contemplaba beneficios como seguridad social, póliza de hospitalización, caja de ahorros ni bono de vivienda. Y son esos precisamente los beneficios que hoy son más demandados por los residentes y adjuntos. Han ser esos beneficios los discutidos en, lo que debería dilucidarse, como una inminente renovación de condiciones laborales. Ni la homologación salarial se traduce en un atractivo. Quienes vienen del interior a hacer su posgrado en la capital, y lo reconocía el ex viceministro Iver Gil, se ven atraídos con la posibilidad de instalarse en la residencia del hospital, mientras dure el posgrado, y poco a poco ahorrar para adquirir una vivienda. ¿Desde hace cuánto tiempo un residente no tiene esa posibilidad? Incluso peor, como manifestaron algunos de los entrevistados: no les cumplieron ni con la oferta de una residencia; han sido los estudiantes de posgrado quienes han buscado donde vivir. En la mayoría de los casos, esto se traduce en un gasto más, y con un sueldo promedio de 2.500 bolívares mensuales, además de pagar alquiler, ¿qué posibilidades de ahorro hay?

La situación económica que se vive en el país, aunado a un sueldo insuficiente, ha hecho que los estudiantes de posgrado también incumplan con una de las condiciones laborales expresas en su contrato: dedicación exclusiva al centro hospitalario donde se forman. La mayoría de los residentes entrevistados confiesan que aunque no les está permitido deben cumplir guardias en otros lugares. Lo hacen en clínicas privadas donde las guardias, sobre todo nocturnas, son mejor pagadas. A pesar de que conocen el riesgo que esto implica, ser expulsados del posgrado, lo hacen porque en definitiva: “¿Cómo hacemos para vivir?”. De hecho, muchos se atreven a presumir que los adjuntos encargados, están al tanto, pero no los sancionan porque, incluso ellos, para completar su ingreso monetario, atienden consultas en centros privados.

El problema salarial no sólo lo viven los médicos, como fue reseñado quienes se desempeñan en el área de enfermería también deben lidiar con el retraso de una renovación de la contratación colectiva. Además se les prometió un bono compensatorio por cada año que pase sin firmar el contrato, y eso también se les debe. Entonces, mientras lo que una al personal asistencial con las autoridades encargadas sea el no muy preciado lazo de la deuda, difícilmente se podrá captar la atención de residentes ni de enfermeras: del primer grupo depende la puesta en marcha de un hospital y el segundo constituye el apoyo fundamental de los médicos.

Una renovación de la contratación colectiva, que incluya las bonificaciones propuestas, constituiría el segundo paso sólido que debería dar el Ministerio del Poder Popular para la Salud. Sin embargo, pareciera estar lejos, pues la Federación Médica no ha podido relegitimarse a causa de los problemas, meramente políticos, que la enfrentan con la cartera ministerial en cuestión. Mientras esa negociación no se consolide, el sueldo seguirá siendo, lejos de un aliciente un obstáculo para el éxito de la convocatoria de aspirantes al posgrado.

La remuneración insuficiente que reciben quienes laboran en estos ocho hospitales exacerba a sus ojos las riesgosas condiciones laborales que impone el entorno donde se encuentran enclavados sus centros de trabajo. Lo que pudiera solapar un poco el problema de inseguridad con que debe lidiar a diario todo el equipo de trabajadores de los mencionados centros asistenciales, por el contrario, se constituye en un potenciador de las deficiencias que posee actualmente la red hospitalaria metropolitana de alta complejidad. Quizá un salario digno ayudaría a médicos y enfermeras a percibir con menos hostilidad el entorno inseguro, y eventualmente la remuneración económica haría que ‘valiera la pena’ soportar tantas vicisitudes a nivel de deficiencias estructurales e inseguridad personal.

Pero con sueldos que no compensan la difícil situación, las circunstancias son menos llevaderas y finalmente el personal opta por abandonar el sector salud, al menos a nivel público.

No obstante, no podemos dejar de lado que si bien estos serían los resultados positivos de una remuneración salarial justa para el personal asistencial, de igual modo el contexto violento e insalubre que proporcionan la inseguridad y las fallas infraestructurales no es el adecuado para quienes con su trabajo proveen salud. Por eso, independientemente de una eventual resolución del tema económico, es urgente que se subsanen las deficiencias que propician un entorno de trabajo inseguro e inadecuado.

Existe un problema estructural que, ni aun con la entrega de las remodelaciones, ni con equipos asistenciales completos en cada uno de los hospitales observados, se puede solventar a mediano plazo: la red hospitalaria de alta complejidad no creció proporcionalmente con la población del área metropolitana. El último hospital tipo IV se edificó en 1987, para ese momento histórico, por la densidad de población, un hospital general anclado en el extremo Este de la ciudad bastaba. Hoy hablamos del Distrito Metropolitano, y con la misma red de alta complejidad, instalada hasta 1987, se debe atender, incluso, municipios que forman parte de otros estados. Eso sólo puede solucionarse con la construcción de más hospitales complejos, pero es algo que ni está contemplado en los futuros planes del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Hemos considerado las salas de emergencia de los ocho hospitales tipo IV del área metropolitana como representación de un micromundo de la atención médica general que se presta en el SPNS. Son el escenario donde se ponen de manifiesto los conflictos que aquejan al sector público: ellas, en ese, si se quiere, reducido espacio albergan los vicios del Sistema. En este caso albergan años de descuido por parte de las autoridades ministeriales. Actualmente, se intenta dar solución a cada uno de esos problemas referenciados como eslabones de una cadena. Sin embargo, debido a la complejidad del hecho no se puede dilucidar una concreción de las mismas a corto plazo.

Así, las variables que presentamos de manera encadenada, anuncian la fibrilación de nuestras salas de emergencia. Lo que compromete la supervivencia del Sistema Público Nacional de Salud.

## Referencias

### Fuentes documentales

#### **Bibliográficas**

Ameigeiras, A. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En Vasilachis de Giardino, I. (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Alarcón, L., Gómez S., I., Rodríguez G., L. (2008). Método etnográfico y trabajo social: algunos aportes para las áreas de investigación e intervención social. *Revista Fermentum*, año 15, n° 44. Venezuela: SABER ULA. Disponible en <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/20637>.

Álvarez Pedrosian M. (2009). *Los estrategas del Maciel: etnografía de un hospital público*. Montevideo: Udelar

Atkinson R. (1998). *The life story interview*. Qualitative Research Method Series n° 44. Londres: Sage.

*Barrio Adentro III, la consolidación del bienestar*. Ministerio de Comunicación e Información, 2005. Disponible en [http://mci.gob.ve/actualidad/2/5614/barrio\\_adentro\\_iii.html](http://mci.gob.ve/actualidad/2/5614/barrio_adentro_iii.html)

Benavides J., Quintero C. (2004). *Escribir en prensa*. Madrid: Pearson education.

Castejón Lara E. (2009) *Periodismo: recursos para la verdad*. Caracas: Panapo

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Caracas, Marzo de 2000.

Giménez V., Mallimaci F. (2006). Historia de vida y métodos biográficos. En Vasilachis de Giardino, I. (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Gaceta Oficial N° 32.650 de la República de Venezuela. Caracas, Enero de 1983.

Gaceta Oficial N° 36.935 de la República Bolivariana de Venezuela. Reglamento interno del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Abril de 2000.

Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela.

Ley de Ejercicio de la Medicina. Agosto de 1982.

Ley Orgánica de Salud. Noviembre de 1998.

Ley Orgánica del Trabajo. Junio de 1997.

Martínez Miguélez, M (2009). Nuevos paradigmas en la investigación. Caracas: Alfa.

Organización Panamericana de la Salud, (2001), Perfil del Sistema de Servicios de Salud de la República Bolivariana de Venezuela [on line]. Disponible en: [www.lachealthsys.org/index.php?option=com\\_docman&task=doc](http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc)

Pineda, R. (s.f) *Aprender a investigar*. Bogotá: UNIANDES.

*Programa nacional de atención del niño, niña y adolescente. Ministerio del Poder Popular para la Salud, abril de 2006.* Disponible en <http://www.mpps.gob.ve/ms/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=443>

Santoro, D. (2005). *Técnica de Investigación. Métodos desarrollados en diarios y revistas de América Latina*. México: Fondo de Cultura Económica.

Taylor SJ, Bogdan R (1990). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós.

Velasco H., Díaz de Rada A. (1997). La lógica de la investigación etnográfica. Madrid: Trotta.

VI Convención colectiva de condiciones de trabajo entre la Federación Médica Venezolana y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social con las modificaciones del Segundo año. Marzo de 2003.

### **Hemerográficas**

Médicos aprobaron voto censura contra Secretaría de Salud (2008, junio 3). *El Universal*.

"No nos vamos de El Algodonal" (2008, junio 13). *Últimas Noticias*.

Chávez firmó decreto que transfiere hospitales de la Alcaldía Mayor al Ministerio de Salud (2008, junio 18). *AVN*.

Ministerio de Salud afirma que un paro médico sería criminal (2008, junio 24). *El Universal*.

Solicitan llaves de Barrio Adentro para hacer que la misión funcione (2008, junio 24). *El Universal*.

Activan plan para bajar ruleteo en los hospitales (2008, junio 24). *Últimas Noticias*.

Enfermeras de la Maternidad y del Vargas protestan de nuevo (2008, junio 24). *Últimas Noticias*.

Garantizan dotación de hospitales (2008, junio 27). *Últimas Noticias*

“Estamos creando el plan para hacer funcionar Barrio Adentro” (2008, junio 30). *El Universal*.

Bonitos pero calurosos quirófanos del Pérez Carreño (2008, julio 1). *Últimas Noticias*

Hospital Universitario de Caracas cuenta con avanzada tecnología (2008, julio 6). *AVN*.

Todavía en contingencia emergencias de hospitales (2008, julio 16). *Últimas Noticias*

Ambulatorios ícono de la zona ya no prestan iguales servicios (2008, agosto 11). *El Universal*.

13.830 empleados de la salud pasan a nómina ministerial (2008, agosto 14). *El Universal*.

Alcaldía Mayor "pichó" 14 hospitales a Min-Salud (2008, agosto 14). *Últimas Noticias*

En Lara suplen falta de médicos con galenos extranjeros (2008, agosto 18). *El Universal*.

“El reto es sobrevivir al gobierno que desprecia a los médicos” (2008, agosto 25). *El Universal*.

Barrio Adentro I ha realizado más de 300 millones de consultas desde su creación (2008, agosto 25). *AVN*.

Instan a comunidad internacional a activar emergencia sanitaria (2008, agosto 29). *El Universal*.

Medicina socialista y tecnología son fundamentales en sistema público de salud (2008, septiembre 11). *AVN*.

Medicina Integral Comunitaria debe desplazar a la medicina mercantilista e inhumana (2008, octubre 9). *AVN*.

Ministerio recibe este mes nómina de hospitales metropolitanos (2008, octubre 11). *El Universal*.

Hallan irregularidades en obras de 10 hospitales de Caracas (2008, octubre 13). *El Universal*.

Barrio Adentro II tiene 1.010 núcleos (2008, octubre 17). *El Universal*.

Hospital de El Algodonal sólo atenderá estrictas emergencias (2008, noviembre 4). *El Universal*.

En El Algodonal y Lídice sólo atenderán emergencias (2008, noviembre 4). *Últimas Noticias*

Más de Bs F.6 millardos invertidos en el fortalecimiento del sistema de salud (2008, noviembre 6). *AVN*.

Intervienen hospital de Lídice y Ocanto asume la dirección (2008, noviembre 21). *Últimas Noticias*

Sistema público de salud vive su peor crisis y tiende a agravarse (2008, diciembre 29). *El Universal*.

Aseguran normal funcionamiento de hospitales metropolitanos (2009, enero 2). *El Universal*.

En 3 años Gobierno ha construido 4 mil 31 centros de salud en todo el país (2009, enero 8). *AVN*.

Reparaciones de hospitales sin fecha de culminación (2009, enero 10). *Últimas Noticias*.

Barrio Adentro benefició casi 90% de población venezolana (2009, enero 14). *AVN*.

Venezuela avanza hacia la consolidación del Sistema Público de Salud Nacional (2009, enero 31). *AVN*.

Van 82 anteproyectos de Ley de Salud y ninguno aprobado (2009, febrero 4). *El Universal*.

Douglas León Natera afirma que déficit de médicos ronda 42% (2009, febrero 6). *El Universal*.

“Como en una casa nueva”. Emergencia del Universitario reabrió sus puertas a los pacientes (2009, febrero 11). *El Universal*.

180 cupos de residentes vacíos (2009, febrero 12). *El Universal*.

Trabajadores protestaron por asfixia de hospitales (2009, febrero 19). *Últimas Noticias*

Mantilla asegura que el déficit de médicos se está solucionando (2009, febrero 27) *El Universal*.

Hospital Universitario ofrece plena garantía en la operatividad de sus servicios (2009, marzo 5). *AVN*.

Un año más tardará el Vargas en volver a la normalidad (2009, marzo 10). *Últimas Noticias*

Situación hospitalaria va de mal en peor (2009, marzo 11). *Últimas Noticias*.

Salarios del sector salud se guiarán por escalafón del IVSS (2009, marzo 15). *El Universal*.

Avanza reconstrucción del Hospital Vargas en Caracas (2009, marzo 20). *AVN*.

Poder Popular ejercerá contraloría social para garantizar servicios en hospital Vargas (2009, marzo 25). *AVN*.

Nueva terapia intensiva del Vargas sin personal (2009, marzo 25). *Últimas Noticias*

Invitarán a pacientes a ver situación hospitalaria (2009, abril 3). *Últimas Noticias*

Médicos advierten que crisis de la salud puede empeorar (2009, abril 17). *El Universal*.

Médicos piden cambiar sede de los posgrados del Vargas (2009, abril 17). *Últimas Noticias*.

Médicos residentes amenazan con paro (2009, abril 18). *Últimas Noticias*.

Emergencias de hospitales siguen en remodelación (2009, abril 29). *Últimas Noticias*.

Director del Vargas: "Gracias al Hospital Militar los residentes han operado" (2009, mayo 9). *Últimas Noticias*.

Federación Médica Venezolana retoma intentos desestabilizadores en la salud pública (2009, mayo 27). *AVN*.

Sólo tres médicos atienden la emergencia del Clínico (2009, mayo 28). *Últimas Noticias*.

Cinco servicios están cerrados en el Vargas (2009, mayo 29). *Últimas Noticias*.

"El Vargas está agonizando y no queremos que muera" (2009, mayo 30). *Últimas Noticias*.

Residentes del Vargas están abiertos al diálogo (2009, junio 3). *Últimas Noticias*.

"El hampa clausuró Hospital de Lídice" (2009, mayo 17). *El Universal*.

Médicos piden al Gobierno sentarse a conversar (2009, junio 4). *Últimas Noticias*.

Reiniciaron obras de remodelación en el Vargas (2009, junio 4). *Últimas Noticias*.

Personal del Vargas pide recuperación total del centro (2009, junio 5). *Últimas Noticias*.

Más de 80% de los venezolanos utiliza el Sistema Público de Salud (2009, junio 11). *AVN*.

Hospitales se quedan sin médicos residentes (2009, junio 15). *Últimas Noticias*.

"Suficientes" pero no están en los centros públicos (2009, junio 15). *Últimas Noticias*.

Sólo hay 350 neonatólogos y hacen falta, al menos, 1.500 (2009, junio 16). *Últimas Noticias*.

Más de 22 mil médicos en formación fortalecerán Sistema Público Nacional de Salud (2009, junio 16). *AVN*.

Chávez prometió modernizar hospitales (2009, junio 21). *Últimas Noticias*.

Falta de neonatólogos desata el ruleteo de parturientas (2009, junio 24). *Últimas Noticias*.

Abarrotada sala de partos del Clínico Universitario. (2009, junio 30). *Últimas Noticias*.

Neonatólogos podrían retornar a centros críticos (2009, julio 1). *Últimas Noticias*

Desde hace dos años no hay cambios visibles en el Vargas (2009, julio 16). *Últimas Noticias*

Alertan que Barrio Adentro está en "riesgo letal" (2009, julio 17). *El Universal*.

El ruleteo es una forma de violencia obstétrica (2009, julio 28). *Últimas Noticias*

Joven vivió el ruleteo por partida doble (2009, agosto 5). *Últimas Noticias*

La Fiscalía está al tanto de los casos de ruleteo (2009, agosto 6). *Últimas Noticias*

Mujeres son ruleteadas hasta con el feto sin vida (2009, agosto 7). *Últimas Noticias*

Cierran servicio de radioterapia (2009, agosto 12). *Últimas Noticias*

"No dejaremos que el Hospital Vargas muera" (2009, agosto 18). *Últimas Noticias*.

Vamos hacia un sistema de salud público unificado (2009, agosto 18). *AVN*.

Al Hospital Vargas le pesan sus 121 años de creación (2009, agosto 18). *El Universal*.

Activarán 22 cupos de terapia intensiva neonatal esta semana (2009, agosto 19). *AVN*.

Min-Salud aplica medidas para resolver presunto déficit de anestesiólogos en el país (2009, agosto 20). *AVN*.

Hospital Algodonal y Materno Infantil recibieron nuevas dotaciones para el área obstetra (2009, agosto 25). *AVN*.

Con misión médica cubana se ha construido sistema nacional de salud (2009, agosto 26). *AVN*.

“Salud pública se ha convertido en un lucrativo negocio” (2009, agosto 30). *El Universal*.

Hemos logrado disminuir el “ruleteo” de parturientas (2009, septiembre 3). *AVN*.

Sector salud reclama pago de beneficios contractuales (2009, septiembre 16). *Últimas Noticias*.

Chávez declaró en emergencia la salud en Venezuela (2009, septiembre 20). *El Universal*.

Denuncian desidia de Chávez en crisis de la salud pública (2009, septiembre 22). *El Universal*.

Exigen investigar deterioro en la salud (2009, septiembre 22). *El Universal*.

Mesa unitaria pide descentralizar la salud (2009, septiembre 22). *El Universal*.

“Contingente cubano viene para hacer campaña política” (2009, septiembre 23). *El Universal*.

Emergencia llega con años de atraso a los hospitales (2009, septiembre 24). *El Universal*.

“Silencio epidemiológico incide en repunte de enfermedades” (2009, septiembre 25). *El Universal*.

Emergencia declarada en salud revela fracaso de recentralización (2009, septiembre 26). *El Universal*.

Faltan 12mil enfermeros en Caracas (2009, octubre 1). *Últimas Noticias*.

Min-Salud le meterá el pecho a 42 hospitales (2009, octubre 3). *Últimas Noticias*.

Obras inconclusas afectan a El Algodonal (2009, octubre 3). *Últimas Noticias*.

Ocho mil estudiantes de Medicina Comunitaria se integrarán a hospitales en 2010 (2009, octubre 5). *AVN*.

Anuncian activación de obras en hospitales (2009, octubre 7). *El Universal*.

Recuperación y modernización de hospitales comenzó en 42 centros asistenciales del país (2009, octubre 7). *AVN*.

Demanda de la salud pública se ha incrementado durante últimos cinco años (2009, octubre 7). *AVN*.

Chávez: "No pueden negar los avances en materia de salud" (2009, octubre 14). *El Universal*.

Incorporados 2.199 médicos cubanos a centros asistenciales (2009, octubre 15). *El Universal*.

Chávez anuncia mejoras a grandes hospitales del país. (2009, octubre 16). *El Universal*.

Emergencia: más churupos para tu salud (2009, octubre 18). *Últimas Noticias*.

Reimpulsan trabajos de infraestructura, dotación y seguridad en Hospital El Algodonal (2009, octubre 21). *AVN*.

Obras en El Algodonal llevan nueve meses hospitalizadas (2009, octubre 27). *Últimas Noticias*.

El Algodonal de brazos caídos (2009, octubre 29). *Últimas Noticias*.

Descentralizarán recursos para apoyar Barrio Adentro (2009, noviembre 09). *El Universal*.

Dotación de hospitales será prioridad en 2010 (2009, noviembre 10). *Últimas Noticias*.

"La fábrica de médicos del Vargas está a media máquina" (2009, noviembre 12). *El Universal*.

Pacientes de Lídice claman por insumos (2009, noviembre 12). *Últimas Noticias*.

Gobierno Nacional sí ha entregado insumos pero médicos del Lídice se niegan a operar a pacientes (2009, noviembre 13). *AVN*.

Sala de hospitalización de Lídice amaneció desierta (2009, noviembre 19). *Últimas Noticias*.

Sistema público de salud atiende lo que la medicina privada excluye (2009, noviembre 27). *AVN*.

Deudas afectan distribución de comida en hospitales (2009, diciembre 3). *El Universal*.

Salud pública es insuficiente (2009, diciembre 4). *El Universal*.

A punto de conflicto profesionales de enfermería (2009, diciembre 12). *Últimas Noticias*.

Cerradas terapia neonatal (2009, diciembre 17). *Últimas Noticias*.

Transferidos del sector salud denuncian peloteo (2009, diciembre 17). *Últimas Noticias*.

Federación Médica denunció déficit de 10 mil médicos (2009, diciembre 31). *El Universal*.

Crisis de personal anida en hospitales (2010, enero 18). *El Universal*.

“Hoy se normalizan operaciones en Lídice” (2010, enero 20). *Últimas Noticias*.

Emergencia del Clínico se quedó sin residentes (2010, enero 20). *Últimas Noticias*.

“Déficit de médicos intensivistas asciende a 80% en hospitales” (2010, enero 22). *El Universal*.

Contratan a 152 médicos para centros públicos (2010, enero 22). *Últimas Noticias*.

Salario del médico en el país es el más bajo del mundo (2010, enero 23). *El Universal*.

Déficit de médicos alcanza 50% en hospitales (2010, enero 23). *Últimas Noticias*.

50% de los médicos deja los hospitales porque los agreden (2010, enero 29). *El Universal*.

Universitario redujo en 50% el número de trasplantes de riñón (2010, febrero 01). *El Universal*.

Presencia de cubanos suma otro desestímulo para médicos locales (2010, febrero 6). *El Universal*.

Gobierno bolivariano espera rehabilitar 70% de infraestructura hospitalaria del país (2010, febrero 12). *AVN*.

Salud pública se deterioró con la gestión militar (2010, febrero 13). *El Universal*.

“Galenos venezolanos están en peor situación” (2010, febrero 23). *El Universal*.

Trabajadores reclaman mejores condiciones (2010, febrero 23). *El Universal*.

Universitario redujo en 50% atención de emergencias (2010, febrero 23). *El Universal*.

“Somos médicos, no peseteros” (2010, febrero 25). *El Universal*.

Min. Salud coordina nuevas medidas de dotación en hospitales de Caracas (2010, febrero 27). *AVN*.

“Por grave descuido se paralizó remodelación de hospitales” (2010, marzo 4). *El Universal*.

La FMV no tiene nada que celebrar en el Día del Médico (2010, marzo 8). *Últimas Noticias*.

“En este país da miedo ejercer la medicina pública” (2010, marzo 10). *El Universal*.

“Yo amo mi trabajo, por eso sigo en mi hospital” (2010, marzo 10). *El Universal*.

Médicos se organizan para exigir pago de deudas (2010, marzo 16). *Últimas Noticias*.

Improvisación retrasa la salud (2010, marzo 29). *El Universal*.

El 82% de la población utiliza el sistema público de salud (2010, abril 8). *AVN*.

Al borde del colapso terapia y emergencia de adultos (2010, abril 13). *Últimas Noticias*.

En el Pepo y en Lídice la atención se presta a medias (2010, abril 15). *Últimas Noticias*.

Médicos Integrales Comunitarios son capaces de resolver más del 85% de los problemas de salud (2010, abril 15). *AVN*.

Minsalud realiza inspección en remodelaciones de El Algodonal (2010, abril 27). *El Universal*.

Falla en aire dejó a El Algodonal tres semanas sin quirófanos (2010, abril 27). *El Universal*.

Estudiantes de medicina comunitaria a hospitales (2010, mayo 22). *Últimas Noticias*.

Gobierno Nacional inauguró área de maternidad del hospital El Algodonal (2010, mayo 25). *AVN*.

Orden de silencio en el IVSS pone a gremios médicos en alerta (2010, mayo 25). *El Universal*.

Nombrada Eugenia Sáder ministra de salud (2010, mayo 24). *Últimas Noticias*.

Falla de hospitales satura los CDI (2010, mayo 24). *El Universal*.

Sector salud se declaró de nuevo en asamblea (2010, mayo 28). *Últimas Noticias*.

Enfermeras se fajan duro y sólo ganan BsF 1.430 (2010, mayo 29). *Últimas Noticias*.

## Fuentes vivas

### Académicas

**Arturo Alvarado.** Profesor Agregado de la Cátedra de Farmacología y Toxicología de la Escuela de Medicina Luis Razetti. Coordinador Administrativo de la Facultad de Medicina de la UCV. Fecha de la entrevista: 27 de noviembre de 2009.

**Gidder Benítez.** Profesor Agregado de la Cátedra de Clínica Obstétrica "A" de la Escuela de Medicina Luis Razetti – Facultad de Medicina UCV. Editor y director de la Revista de la Facultad de Medicina UCV. Fecha de la entrevista: 1 de febrero de 2010.

**Hercilia Garnica.** Coordinadora de la sección *Vida* del Diario *Últimas Noticias*. Fecha de la entrevista: 7 de mayo de 2010.

**Gloria Acosta.** Abogada. Oficina de defensoría del niño y adolescente. Hospital General del Oeste – Los Magallanes de Catia. Fecha de la entrevista: 18 de agosto de 2010.

**Elba Meneses.** Trabajadora social del Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó – El Algodonal. Fecha de la entrevista: 7 de septiembre de 2010.

**Luis Gaslonde.** Director de la Comisión de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina UCV. Fecha de la entrevista: 7 de octubre de 2010.

### Pacientes

**Isoli Pérez.** Hospital Militar. Fecha de la entrevista: 30 de julio de 2010.

### Los que hacen guardia

**Jhony Pantoja.** Vigilante de las puertas del Hospital Universitario de Caracas. Fecha de la entrevista: 29 de julio de 2010.

**Nelson Pérez.** Bombero del Distrito Metropolitano. Técnico en medicina prehospitalaria. Fecha de la entrevista: 4 de agosto de 2010.

**Ermen Burguillos.** Conductor nocturno de la ambulancia del Hospital General del Oeste – Los Magallanes de Catia. Fecha de la entrevista: 19 de agosto de 2010.

**Rodolfo Díaz.** Supervisor nocturno de seguridad del Hospital Universitario de Caracas. Fecha de la Entrevista: 10 de septiembre de 2010.

**Alberto Hernández.** Camillero nocturno del Hospital José María Vargas. Fecha de la Entrevista: 12 de septiembre de 2010.

**Ivonne Muñoz.** Camarera nocturna del Hospital José María Vargas. Líder sindical de este centro. Fecha de la entrevista: 12 de septiembre de 2010.

### **Personal asistencial**

**Juan Carlos Hernández.** Residente de primer año del Servicio de Gineco-obstetricia del Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó – El Algodonal. Fecha de la entrevista: 28 de julio de 2010.

**Luis López.** Residente de tercer año del Servicio de Gineco-obstetricia del Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó – El Algodonal. Fecha de la entrevista: 28 de julio de 2010.

**Luis Cressa.** Residente del Servicio de Cardiología del Hospital Militar. Fecha de la entrevista: 30 de julio de 2010.

**Elaine Gavidia.** Emergencióloga – Hospital Militar. Fecha de la entrevista: 30 de julio de 2010.

**Eibys Reyes.** Residente de tercer año del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas. Fecha de la entrevista: 4 de agosto de 2010.

**Luis Santamaría.** Residente de segundo año del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas. Fecha de la entrevista: 4 de agosto de 2010.

**Manuel Parra.** Jefe del Servicio de Pediatría, de la emergencia pediátrica y director de la especialización en Pediatría del Hospital Jesús Yerena – Lídice. Fecha de la entrevista: 5 de agosto de 2010.

**Liris Sotillo.** Residente del Servicio de Medicina Interna del Hospital Jesús Yerena – Lídice. Fecha de la entrevista: 5 de agosto de 2010.

**José Manuel Olivares.** Interno del Hospital José María Vargas. Fecha de la entrevista: 6 de agosto de 2010

**Hugo Vetancourt.** Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó – El Algodonal. Fecha de la entrevista: 9 de agosto de 2010

**Juan Pinto.** Residente del primer año del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Miguel Pérez Carreño. Residente hasta diciembre de 2009 de la especialización en Cirugía General del Hospital Universitario de Caracas. Fecha de la entrevista: 11 de agosto de 2010.

**Cruz Espinoza.** Enfermera de Unidad de Hematooncología Pediátrica del Hospital Domingo Luciani. Fecha de la entrevista: 18 de agosto de 2010.

**Mary Carmen Ribas.** Enfermera de la Unidad de Hematooncología Pediátrica del Hospital Domingo Luciani. Fecha de la entrevista: 18 de agosto de 2010.

**Daniela Corales.** Residente de primer año del Servicio de Cirugía del Hospital General del Oeste – Los Magallanes de Catia. Fecha de la entrevista: 19 de agosto de 2010.

**Julia Guarisma.** Enfermera del Servicio de Pediatría del Hospital General del Oeste – Los Magallanes de Catia. Fecha de la entrevista: 19 de agosto de 2010.

**Lenina.** Enfermera del Servicio de Cirugía del Hospital General del Oeste – Los Magallanes de Catia. Fecha de la entrevista: 19 de agosto de 2010.

**Maribel.** Enfermera de la Unidad de Politrauma de la emergencia del Hospital Domingo Luciani. Fecha de la entrevista: 19 de agosto de 2010.

**Equipo de especialistas y residentes de la emergencia pediátrica del Hospital Domingo Luciani.** Fecha de la entrevista: 20 de agosto de 2010.

**María Auxiliadora Villarroel.** Jefa de la emergencia pediátrica del Hospital General del Oeste – Los Magallanes de Catia. Fecha de la entrevista: 20 de agosto de 2010.

**Mildred Lima.** Residente de primer año del Servicio de Medicina Interna del Hospital Domingo Luciani. Fecha de la entrevista: 20 de agosto de 2010.

**María Yanes.** Jefa del Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó – El Algodonal. Presidenta de la Sociedad de Médicos de este hospital e integrante de la Red de Sociedades Científicas Venezolana. Fecha de la entrevista: 24 de agosto de 2010.

**Personal del Servicio de Radiología – Hospital José María Vargas.** Fecha de la entrevista: 26 de agosto de 2010.

**Giovanni Provenza.** Estudiante de quinto año en la Escuela de Medicina Luis Razetti de la UCV. Externo del Hospital Clínico Universitario hasta agosto de 2010. Fecha de la entrevista: 26 de agosto de 2010.

**Eduardo Rivas.** Residente de tercer año del Servicio de Urología del Hospital José María Vargas. Fecha de la entrevista: 26 de agosto de 2010.

**Susana Urdaneta.** Coordinadora de enfermería del turno nocturno del Hospital Jesús Yerena – Lídice. Fecha de la entrevista: 24 de septiembre de 2010.

### **Autoridades**

**Iver Gil.** Viceministro de Redes de Salud. Fecha de la entrevista: 14 de julio de 2010.

**Carmen Espósito.** Presidenta de Fundeeh. Fecha de la entrevista: 21 de julio de 2010.

**Alí Barrios.** Director del Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó – El Algodonal. Jefe del Servicio de Gineco-obstetricia de este hospital. Fecha de la entrevista: 28 de julio de 2010.

**José Vladimir España.** Director del Hospital Universitario de Caracas. Fecha de la entrevista: 29 de julio de 2010.

**María Eugenia Guédez.** Directora del Hospital Jesús Yerena – Lídice. Fecha de la entrevista: 5 de agosto de 2010.

**Nelson Rubio.** Director de SIAMU. Fecha de la entrevista: 6 de agosto de 2010.

**José Vladimir España.** Viceministro de Redes de Salud. Director del Hospital Universitario de Caracas. Fecha de la entrevista: 5 de agosto de 2010.

**Dianela Parra.** Vicepresidenta de la Federación de Médicos Venezolana. Fecha de la entrevista: 25 de agosto de 2010.