

Edición Especial
Médicos opinan sobre el tema
Crisis y soluciones del sector salud en Venezuela

Editor Responsable Dr. Francisco Ruiz Manresa

Annie Suárez
Claudia De Oliveira

Resumen

A continuación se expone la visión de un grupo de 12 especialistas venezolanos, dedicados a la medicina y pertenecientes a distintas ramas (psiquiatría, traumatología, Infectología, cardiología, cirugía, medicina interna, farmacología, etc.) sobre la situación actual de la salud en Venezuela. De esta manera, estos expertos expresan sus opiniones sobre aspectos como: el ejercicio médico en este país latinoamericano; la formación académica de los profesionales pertenecientes a esta área a escala nacional; la reaparición de enfermedades como la tuberculosis y la fiebre amarilla en el territorio venezolano; y la aplicación de programas por parte del Estado como el Plan Barrio Adentro en la zona Metropolitana del país. Finalmente, cada uno de ellos aporta posibles soluciones a los problemas que afronta el sector.

Queremos ofrecer un especial reconocimiento al Dr. Francisco Ruiz Manresa, quien propuso la realización de este trabajo especial y en todo momento nos brindó su colaboración y ayuda para poder llevarlo a cabo.

Septiembre de 2003

Introducción

Sumado a los problemas que enfrenta el sector salud en Venezuela, en los últimos meses se han incorporado nuevos elementos dentro de este ámbito, que han sido centro de discusión y enfrentamientos por parte de los profesionales de la medicina.

La reaparición de enfermedades, que aparentemente habían sido erradicadas en el país como la fiebre amarilla, la tuberculosis y la leishmaniasis, ha creado cierta polémica entre los especialistas. Esto ha sido visto por algunos galenos como la manifestación de la ineficacia de las medidas asumidas por el Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS); mientras que para otros, la promoción del resurgimiento de dichos males, no es más que una estrategia para desprestigiar las acciones emprendidas por el gobierno nacional.

Por otra parte, la aplicación reciente en los sectores populares de la zona Metropolitana del país del Plan Barrio Adentro, que contempla la presencia de 1.500 médicos de origen cubano, se ha convertido también en un punto controversial, que cuenta con detractores y seguidores dentro del ámbito médico.

Además, algunos profesionales de la salud afirman que el ejercicio de la medicina se ha hecho más difícil en los últimos años; que médicos y pacientes son afectados emocional y económicamente por la crisis; que han aumentado los índices de enfermedades de tipo cardiovascular, inmunológicas, entre otras; y

que la formación profesional se ve afectada por la crisis económica que sufre este país latinoamericano. Entre tanto, otros galenos aseguran que los problemas enfrentados por el sector en la actualidad, no son más que una demostración de que es tiempo de cambiar la orientación curativa de la medicina venezolana, a una dirigida a la prevención, que resulte a la larga más económica para todos.

A fin de explorar más de cerca la realidad actual de la salud en Venezuela, se consultó a un grupo de 12 venezolanos, profesionales de la medicina y pertenecientes a distintas especialidades (psiquiatría, traumatología, Infectología, cardiología, cirugía, medicina interna, farmacología, etc.) sobre la situación de este sector en este país de América Latina. De esta manera, estos expertos manifiestan sus opiniones sobre aspectos como: el ejercicio médico a escala nacional, la formación académica de los profesionales venezolanos pertenecientes a este ámbito; los brotes de enfermedades como la tuberculosis y la fiebre amarilla en el territorio venezolano; y la aplicación de programas por parte del Estado como el Plan Barrio Adentro. Finalmente, cada uno de ellos aporta posibles medidas, que pudieran resolver los problemas que se afrontan en esta área.

Julio Acosta:

“Aumentan enfermedades cardiovasculares relacionadas con afecciones emocionales derivadas de la crisis”

El Presidente del Colegio Venezolano de Endotelio soporta su afirmación en un estudio hecho recientemente. En su opinión la situación que afronta el país representa el origen del problema. Por otra parte, afirma que acciones como el Plan Barrio resultan conflictivas e inadmisibles desde el punto de vista legal, gremial, profesional, técnico y hasta patriótico, por lo que asevera que sería mejor aplicar medidas a largo plazo que vayan al fondo del problema

acostajulio@yahoo.com

“Es impresionante que haya aumentado al doble la frecuencia de enfermedades cardiovasculares relacionadas con la ansiedad o depresión en los pacientes por la situación que se vive actualmente”, afirma Julio Acosta, cardiólogo y Presidente del Colegio Venezolano de Endotelio.

Acosta asegura que comparó 60 de sus pacientes con otros 60 que acudieron a su consulta hace diez años, para determinar a grosso modo si existía alguna diferencia. “Por ejemplo, en el perfil de pacientes con ansiedad o depresión yo tenía registrados el 23 o 25 % en el año 93 y ahora tengo el 56% de los pacientes en el año 2003”.

En el estudio efectuado por el cardiólogo venezolano, que toma como muestra un grupo de pacientes consecutivos recibidos durante este año y otro grupo del año 1993, reveló otro aspecto. “Noté enseguida cuando estuve revisando las historias clínicas, que ahora veo pacientes que están más enfermos que antes. Son pacientes que tienen cuatro o cinco diagnósticos, que necesitan mayor cantidad de fármacos”.

“La situación del país afecta las emociones del paciente”

“El paciente se ha convertido en un ente político. Todo el tiempo habla de política y ha convertido al médico en una especie de receptor”, afirma Acosta.

El cardiólogo expresa que la situación política, económica y social del país provoca que los pacientes estén más deprimidos y a su vez más enfermos físicamente. “Yo creo que aquí lo que se dio primero fue una situación de deslave geográfico y ahora también de deslave social y moral”, expresa Acosta, haciendo referencia a la tragedia ocasionada por las lluvias en diciembre de 1999 en el Estado Vargas, Venezuela.

“Se debe advertir a la población sobre el problema”

“Uno de los pilares fundamentales es la educación. Pienso que es necesario reforzar todas las cosas a nuestro alcance, con el propósito de minimizar y poner al conocimiento de la población que la depresión va aumentar, está aumentando, están aumentando las enfermedades cardíacas y que van a empeorar los enfermos del corazón; y también lo contrario, que el tratamiento de la depresión disminuye de manera importante ese padecimiento”, sostiene Acosta.

Por otra parte, el cardiólogo apunta que no todos los antidepresivos disminuyen las enfermedades cardiovasculares y plantea otro problema que tiene que ver con la selección del medicamento y las

posibilidades de adquisición del paciente de aquellos que efectivamente reducen las complicaciones cardíacas.

“Creo que debemos alertar a la población y a la sociedad sobre la depresión y formación de morbilidad cardiovascular. Lo mismo que los episodios de ira. La ira está asociada a un aumento del riesgo de sufrir de muerte súbita. La frustración y la falta de esperanza, también tienen una relación directa con las enfermedades cardíacas. De manera que, lo que podemos ofrecer nosotros a la población y al paciente, es alertarlos sobre qué es la depresión y cómo controlar los episodios de ira”, sugiere.

El médico cardiólogo también opina que todo ente académico o científico debería transformarse en mecanismos de alerta, de reclamo y liderazgo.

“Luchar es más beneficioso para la salud que la situación de derrota”

Acosta opina que la solución a este problema radica en no asumir la desesperanza como opción. Al respecto, el cardiólogo establece una relación entre la actitud que debe asumir el ser humano con el modelo de comportamiento animal. “El aspecto animal que se repite en el ser humano, es que si lucha, tiene un estímulo vital y energético y es posible que se acelere su corazón y se produce vasodilatación. Mientras que si se pone en la situación de desesperanza, sube la presión arterial, aumentan las rupturas de placas. Es preferible luchar. La condición de volar como las aves o de luchar como los animales, en los seres humanos es más beneficioso para la salud, que la situación de derrota”, expone Acosta con convicción.

“Plan Barrio Adentro es una medida conflictiva inadmisibles”

Al ser indagado sobre las medidas adoptadas por el Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS) para superar los problemas que afronta el país, y específicamente sobre el Plan Barrio Adentro, Acosta expresa no estar de acuerdo con esta última acción gubernamental. “No es una medida lógica la importación de médicos de ninguna parte para sustituir a los profesionales de la salud venezolanos. Sería más viable aplicar soluciones a largo plazo que vayan al fondo del problema, en vez de medidas conflictivas inadmisibles desde el punto de vista legal, gremial, profesional, técnico y hasta patriótico, si se quiere”, afirma.

En opinión del médico cardiólogo se deben corregir las condiciones que impidan que los médicos nacionales ocupen los cargos y cumplan sus funciones. “Podrían analizarse las causas y plantear soluciones a los obstáculos. Esto es, en el caso de la atención médica, la creación de las condiciones que la faciliten”.

Destaca el Presidente Colegio Venezolano de Endotelio que en Venezuela existen 3.000 cargos de primera línea que son ocupados por médicos nacionales y unos 80 sin cobertura. “Esto hace desproporcionada la solución de traer 1.000 médicos en una situación de franco desempleo profesional”, asegura.

“Mucho más económica, eficiente y desde luego plausible, sería la discusión franca de las causas de la ausencia del médico venezolano en esos sitios, así como la sincera disposición y acción para ofrecer condiciones de vida y de ejercicio profesional que resulten atractivos”, sugiere Acosta, ante los

señalamientos hechos por representantes del MSDS y otros profesionales de la salud, que respaldan el ejercicio de los médicos cubanos en las zonas periféricas del Área Metropolitana del país, como parte del Plan Barrio Adentro.

Anna Alfieri:

“Boticas populares del Gobierno perjudican al paciente y al farmacéutico”

En opinión de la Jefe de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de la UCV, esta medida agudiza más los problemas de los más desposeídos, quienes antes acudían al farmacéutico, si no tenían para la consulta médica, con lo cual se evitaban los errores generados por la automedicación. Además, indica que no se justifica en la Venezuela actual y va en contra de los avances de la farmacología. A esto, suma la venta en Venezuela de medicamentos sin registro sanitario, provenientes de países, donde el control de calidad es bajo o inexistente y cuya ruta de ingreso no es la habitual.

alfieria@camelot.rect.ucv.ve

“Los médicos son afectados con el Plan Barrio Adentro, nosotros los farmacéuticos estamos sufriendo con las boticas populares”, afirma Anna Alfieri, doctora en farmacología y Jefe de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Venezuela (UCV). “El gobierno ha comenzado a abrir una serie de bodegas de medicinas y aunque la botica es algo que existe dentro del reglamento de medicamentos, allí no existe un profesional farmacéutico”.

Alfieri explica que las bodegas colocadas por el gobierno se aplican a un medio rural, pero no en las ciudades. “No se justifica que a esta altura del desarrollo, nosotros estemos sustituyendo lo que es con frecuencia el único lugar donde se consigue un profesional para gran parte de la población”.

La profesora de la Universidad Central de Venezuela indica que si se limita el trabajo de los farmacéuticos, se perjudica aun más al paciente. “Muchas veces, las personas que no tienen para ir a una consulta o se les hace imposible acceder a un servicio médico en un hospital, acuden a una farmacia, donde al menos se espera que un profesional, con cinco años de estudio, los podrán orientar y se evitará que cometan más errores de los que ya podrían cometer si no existe alguien entre ellos y el medicamento que pretende tomar”.

No obstante, Alfieri asevera que para superar los problemas que afectan el área de la salud en Venezuela es importante seguir trabajando. “Y seguir haciéndolo bien. Transmitirle eso a la gente, porque hay mucha desesperanza en los que están por graduarse y en los que están trabajando. Debemos sobreponernos. Nosotros tenemos que mantenernos el nivel lo más arriba posible. Negarnos a volvernos buhoneros de la medicina”.

“No se justifica la implementación de boticas populares en la Venezuela de hoy”

En opinión de Alfieri, en la actualidad venezolana no se justifica la implementación de boticas populares. “Esto se justificó en la Venezuela rural, cuando muchas veces las comunidades no contaban con la presencia de ningún profesional de la salud. Es esos tiempos, el arsenal terapéutico era muy modesto y las formulaciones muy sencillas. Debemos recordar que una botica no es una farmacia, es un establecimiento comercial, donde por ley no se requiere de la presencia de un farmacéutico, pues solamente se espera que expendan medicamentos sin prescripción facultativa, es decir, que no necesitan receta médica, productos simples de almacenar o administrar. Como tales, estos establecimientos no están sometidos a los controles sanitarios, que si cumplen las farmacias”, explica.

Afirma la doctora en farmacología que hoy resulta imperioso la presencia de un farmacéutico en los establecimientos que expenden medicamentos. “El desarrollo actual de una terapéutica, que abarca miles de compuestos y medicamentos complejos, con numerosas posibles interacciones entre ellos, con contraindicaciones, con advertencias importantes sobre su uso, almacenamiento y dispensación, hace indispensable la participación oportuna del profesional de la farmacia, para garantizar la idoneidad del acto de dispensación de un fármaco”.

Jefe de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de la universidad venezolana, asegura que en los últimos años, la carrera de Farmacia ha experimentado importantes cambios a nivel mundial, todos ellos dirigidos a mejorar la atención al paciente. “Por ejemplo, la Facultad de Farmacia de la UCV ha dado pasos gigantescos en esta dirección, implementando desde hace 4 años un pensum de estudios totalmente renovado y actualizado con las nuevas disciplinas acordes a los avances disponibles en el siglo XXI”.

“Es paradójico que nuestras autoridades sanitarias deseen llevar el ejercicio de la profesión y la atención del paciente, en relación a sus medicamentos, a niveles del siglo XIX, con medicamentos vendidos en bodegas, que no cuentan con la presencia del farmacéutico. Estas boticas no tienen personal calificado ni acreditado, ejerciendo la tenencia de medicamentos, no se asegura a éstos condiciones que mantengan su calidad original. Además, se comercializan medicamentos de dudoso origen y de cuestionable actividad terapéutica, exponiendo a nuestra población a graves riesgos, en su salud, y probablemente sin lograr la curación de sus enfermedades”, asevera Alfieri.

“No se puede sacrificar la salud del paciente por el costo del medicamento”

“Ahora el paciente no tiene dinero para comprar medicamentos o el medicamento no se consigue. Debido a la crisis económica, la mayoría de las veces las personas recurren a lo que vende el buhonero en la esquina de su casa, porque es lo más barato”, indica Alfieri.

La doctora en farmacología sostiene que esto afecta al consumidor, pues no está en capacidad de discernir que lo que vende el buhonero en el piso, no es lo mismo que lo que se vende en las farmacias porque no ha pasado por los mismos niveles de control de calidad.

Por otra parte, señala que si el objetivo es abaratar los costos de los medicamentos, en lugar de implantar boticas populares, el Gobierno Nacional debería apoyarse en programas como el de las Farmacias Populares o el Sistema de Suministro de Medicamentos (SUMED). “De este modo se ayudaría a la población de escasos recursos sin disminuir el nivel de calidad de su atención sanitaria. Debemos recordar que cuando de salud se trata, no es posible sustituir fácilmente un producto por otro. No estamos hablando de harina precocida o de arroz, como los vendidos en los mercados populares. Si estos productos por ser más baratos son de menor calidad, el daño se limitará a un alimento con peor sabor o apariencia. En el caso de medicamentos, no puede sacrificarse la idoneidad y efectividad a favor del costo. La calidad debe ser garantizada al 100% y no se puede admitir nada menos; de lo contrario, lo que se pone en riesgo es la salud y la vida del paciente”.

De acuerdo a Alfieri, el problema del establecimiento de boticas populares, con respecto a las farmacias, no se trata de competencia comercial, sino de idoneidad terapéutica. “Todos los gobiernos han desarrollado programas mediante los cuales algunos medicamentos pueden obtenerse a menores

costos. Esto es válido y muy necesario. Sin embargo, la gravedad de esta situación es pretender sacar al medicamento del ámbito del profesional, que puede garantizar su calidad, su efectividad y su adecuada dispensación”.

“Tenemos medicamentos sin registro sanitario en Venezuela”

“Nosotros trabajamos una paradoja. Debemos mantener un excelente nivel en nuestro currículum de farmacia y medicina, se nos exige el conocimiento de los últimos mecanismos de acción, efectos del PH, biología molecular e ingeniería de las últimas técnicas; cuando simplemente la realidad es que el paciente muchas veces, por una laxitud hasta del mismo Estado en los mecanismos reguladores, hace uso de medicamentos no probados”, indica la doctora en Farmacología.

Aunque Alfieri indica que Venezuela ha sido reconocida por años en la región, como un país con uno de los controles más estrictos para el registro de medicamentos, independientemente de los Gobiernos o las tendencias políticas, asegura que “actualmente se ha comprobado en múltiples ocasiones por denuncias o investigaciones realizadas por los medios de comunicación social, en los hospitales, medicaturas y en las consultas del Programa Barrio Adentro, la aparición en Venezuela de medicamentos sin registro sanitario, provenientes de países donde el control de calidad es bajo o inexistente y cuya ruta de ingreso no es la habitual”.

Según Alfieri las autoridades sanitarias venezolanas “deben aclarar esta situación y aplicar los correctivos necesarios, para que nuestra población reciba solamente medicamentos presentes en los petitorios oficiales y que los mismo estén debidamente registrados en el país. Solamente de ese modo puede garantizarse la idoneidad del producto”.

“A parte de la situación de las Boticas Populares, nos enfrentamos actualmente a una alarmante proliferación de la venta, por parte de buhoneros, de compuestos envasados caseramente, entre los cuales se incluyen jarabes, elixires, cremas, cápsulas. Estos productos son comercializados como *medicamentos naturales* y nadie puede asegurar cuál es su contenido real. Dichos *brebajes y menjurjes* no han sido evaluados por ninguna autoridad competente y generalmente son elaborados en forma clandestina, sin ningún tipo de higiene o calidad”, asevera Alfieri, quien expresa que con esto “se está causando un daño gravísimo a la población que ingenuamente adquiere estos productos vendidos en las aceras, con la esperanza de poder aliviar su dolencia a un costo menor que el del medicamento prescrito por el médico y debidamente dispensado por un farmacéutico en una farmacia”.

Manifiesta la Jefe de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de UCV, que para los profesionales de la salud es obvio el riesgo que supone la utilización de estos productos. “Pero para el público en general, confundido, mal informado y sin recursos, es una esperanza, que sin duda los conduce a un tratamiento inadecuado de su enfermedad, que los expone a posibles intoxicaciones o a efectos adversos graves o, que simplemente, no produce ninguna mejoría de su dolencia”.

Alfieri indica que las autoridades competentes deben evitar esta situación, a través de controles y decomisos de mercancía con estas características, así como haciendo campañas de prevención, sobre todo en las comunidades, donde se advierta de los peligros del uso de compuestos de este tipo. “Adicionalmente, deberían aplicarse sanciones y multas para evitar la aparición de esos casos o la reincidencia. Las autoridades sanitarias no deberían tener mucho trabajo para constatar estas

irregularidades, puesto que los mismos buhoneros instalados en las cercanías del MSDS son algunos de los que han convertido las aceras en un punto de venta de estos artículos. Sólo deben bajar de sus despachos y pasearse entre los tarantines, para verificar la situación. El resto está en sus manos y en su conciencia”.

“Las investigaciones no cuentan con recursos suficientes”

En lo que respecta al desarrollo de investigaciones, Alfieri asegura que existe una carencia de recursos para seguir trabajando en esta área. “Prácticamente, organismos que ofrecen apoyo al investigador, como El Fondo Nacional de ciencia y Tecnología (FONACIT), están paralizados. En el año 2002 no se recibieron recursos para realizar investigaciones. Los proyectos básicos y clínicos tuvieron que seguir funcionando con lo que había. Eso provoca que una parte del proyecto avance, otra se detenga”, apunta.

Asimismo, Alfieri señala que la falta de recursos también atrasa el ingreso y la salida de los estudiantes de doctorado. “Si no se tiene un proyecto de investigación, no es posible finalizar el doctorado y, por lo tanto, no hay graduación. Además, se pierden infinidad de recursos, por que hay gente que abandona, porque no puede continuar”.

Por otra parte, la Jefe de Cátedra de Farmacología de la UCV indica que la crisis económica también afecta a los pacientes que antes participaban en las investigaciones. “Aunque todos los servicios sean gratuitos, las personas ahora no tienen el dinero ni siquiera para iniciar la batería de exámenes más mínima. Entonces, estamos en una situación donde los pacientes abandonan todos los proyectos de investigación en los que están insertos, a pesar de que todo lo que se les suministra es gratuito, porque no tienen el pasaje para ir los días que deben ir a consultarse”.

“Deterioro hasta a nivel de pre-grado”

En opinión de Alfieri el deterioro causado por la crisis económica afecta también a los estudiantes de pre-grado de la UCV. “Proyectos como Amazonas y Puerto Ayacucho, que permitían a los estudiantes del área de la salud llevar asistencia a áreas rurales, habitualmente más desposeídas, se han visto cada vez más menguados”.

La especialista en Farmacología afirma que la universidad no cuenta con suficientes recursos para dar continuidad a estos proyectos. “Eso tiene un costo: el traslado de los muchachos y su permanencia. Aunque con esto, los estudiantes cumplen una función importantísima en los medios rurales más desasistidos, con el tiempo estos proyectos van a ir desapareciendo, porque la universidad no tiene recursos ya para mandar durante 12 semanas a esas partes del país a un grupo de estudiantes de medicina, farmacia, odontología, etc.”

Fernando Alvarado:

“Logramos cifras record en Servicio de Cirugía Cardiovascular del HCUC entre 1999 y 2002”

El Subdirector Adjunto del Hospital Clínico Universitario de Caracas señala que el centro de salud del cual forma parte ha alcanzado estos logros gracias al empeño del personal de dicho centro de salud, el cual mantiene su mística de trabajo por encima de las posiciones políticas.

docalv@cantv.net

“Hemos alcanzado cifras record en el Servicio de Cirugía Cardiovascular. Desde el año 1999 a 2002 se operaron más pacientes de los que se habían intervenido desde que se abrió hasta 1998. Hemos logrado operar más de 400 personas en un año en este servicio”, asegura Fernando Alvarado, quien se desempeña actualmente como Subdirector Adjunto del Hospital Clínico Universitario de Caracas (HCUC), en Venezuela.

En opinión de Alvarado, el sentido de pertenencia que tiene el personal del HCUC es uno de los factores más importantes en estos logros. “Acabamos de hablar con los jefes de los servicios y expresaron que lo que quieren es poner su mejor esfuerzo por el hospital”.

“En el HCUC la mística es más importante que estar con o en contra del Gobierno”, asevera Alvarado. “Los profesionales de la salud podemos tener una posición política, pero no dentro del hospital. Aquí estamos para ser médicos”.

Alvarado señala que las metas alcanzadas por el hospital universitario también se deben a que se han recibido los recursos por parte del Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS). En este sentido, indica que con los fondos aportados por MSDS, que se están recibiendo en este momento, “se comprará un tomógrafo, un resonador y se mejorarán áreas como imagenología. Estamos tratando de optimizar las condiciones para los pacientes”.

“Plan Barrio Adentro beneficia a personas de menores recursos”

“Los médicos venezolanos siempre vamos a las medicaturas rurales, nunca entramos a un barrio a las tres de la mañana”, puntualiza Alvarado. “Desde mi punto de vista Barrio Adentro está brindando un beneficio a las personas de menores recursos”.

En lo referente a los cuestionamientos sobre esta acción del Gobierno, emprendida en las zonas populares periféricas al Área Metropolitana de Caracas, Alvarado responde que personalmente no comparte esa posición. “Los médicos cubanos trabajan directamente en los barrios, visitan las casas, se quedan allá. ¿Qué puedo criticar? Yo no lo hago”.

“Debemos olvidarnos de la política”

Al ser indagado sobre las posibles medidas que podrían aplicarse para solventar el problema de la crisis en el sector, el Subdirector Adjunto del HCUC, asegura que lo primero que se debe hacer es dejar de lado las posiciones políticas y emprender conjuntamente un plan de salud. “Creo que tenemos que ponernos de acuerdo todos: MSDS, gobernaciones y médicos para trabajar, porque nuestro norte debe

ser el paciente, él es quien debe ser beneficiado. Si queremos superar los problemas que tenemos en el área, no podemos seguir como islas”, sugiere.

Finalmente, Alvarado asevera que es preciso tener presente en todo momento la sensibilidad social, “porque sin eso no lograremos hacer nada”.

Graciela Angarita:

“La crisis del sector ha sido empeorada y exagerada por intereses particulares”

En opinión de la Directora del Hospital Martín Vegas del Estado Vargas, aunque es real el repunte de enfermedades como la fiebre amarilla, ha sido utilizado con fines políticos. Además, sostiene que es preciso hacer medicina preventiva en Venezuela. Asegura que el Plan Barrio Adentro es el primer paso para el Servicio Único de Salud en este país Latinoamericano. Finalmente, hace referencia al Plan Estratégico Social del MSDS.

gangar@cantv.net

“La crisis del sector salud se ha revelado fundamentalmente en demostraciones de tipo personal por parte de sindicalistas y trabajadores, una aparente falta de insumos, robos de material médico, así como en la manipulación de la información. Lo he vivido en carne propia en el hospital que dirijo, que podría considerarse como una manifestación a pequeña escala de lo que está pasando en el país. Obviamente, si sucede en un hospital de 100 personas, qué no sucederá en hospitales grandes”, asevera la traumatóloga, Graciela Angarita, quien dirige el Hospital Martín Vegas, en Catia La Mar, Estado Vargas, y está al servicio de la policlínica CABISOFAC y la Clínica Especialistas Unidos Dr. Pedro Pérez Velásquez, ambas ubicadas en Caracas.

“Hemos tomado todas las precauciones para mejorar las condiciones del hospital, pero hasta los mismos chóferes de las ambulancias forman parte de sindicatos, organizados por líderes pertenecientes al partido político Acción Democrática, que se ponen de acuerdo para sacar la gasolina de las unidades y pinchar los cauchos, todo esto para impedir que dichos vehículos funcionen. Durante el paro ni siquiera se presentaron a sus sitios de trabajo”, ejemplifica Angarita.

En lo referente a robos de material médico, la traumatóloga asegura que se han registrado en siete oportunidades desde noviembre a la fecha. “La aparente falta de de insumos se da por una falta de ética, si se quiere, pues al llegar estos, son robados. Esto se ha visto en el hospital incluso antes del paro”.

Por otra parte, la Directora del Hospital Martín Vegas señala que los massmedia también han tenido participación en el problema de la crisis. “La posición de los medios de comunicación (impresos, radio, televisión, etc.) ha sido muy parcializada y muy poco objetiva con respecto a la situación”.

A lo anteriores, Angarita suma otro elemento. “La Federación Médica tiene un paro desde hace un año. En mi opinión siempre han estado de paro. Los líderes de la Federación nunca han trabajado, nunca han hecho una supervisión estricta y objetiva”.

“No niego que existen problemas hospitalarios, si existen. Pero han estado allí desde que yo me hice médico hace 29 años y se han incrementando en los últimos 20 años. En todo esto, los más afectados son los más necesitados, porque los pacientes con pólizas de seguros pueden acudir a clínicas privadas. Estas no cesaron ni durante el paro, muchas estuvieron ejerciendo su trabajo”, agrega la traumatóloga.

“Repunte de fiebre amarilla ha sido utilizado como bandera política”

En lo referente a las causas de la reciente reaparición de enfermedades como la fiebre amarilla y la tuberculosis, Angarita asegura que no se trata de un problema nuevo. “Si la gente no tiene acceso a los

centros de salud, de vacunación, a los servicios médicos adecuados, por las razones esgrimidas anteriormente, están más propensas a adquirir enfermedades. Pero esto no es nuevo, esto vienen de unos años a esta parte y cada vez es peor”.

Por otra parte, la traumatóloga indica que se le ha dado promoción al actual brote de fiebre amarilla debido a intereses políticos. “No niego que exista un repunte de esta enfermedad, porque si está sucediendo, al igual que la tuberculosis en el Estado Vargas, porque esto ocurre con ciertas enfermedades cada cierto tiempo, como es el caso del dengue. Pero creo que en este momento, lejos de ser tan serio como lo quiere hacer ver la Federación Médica, es una bandera política”.

“Tendencia curativa de la medicina incrementa problemas de salud”

“La mayoría de los estudiantes de medicina se quieren radicar alrededor de las grandes urbes, en centros y hospitales, donde ellos puedan estudiar una especialidad, puedan hacer carrera, no solo hospitalaria, pero fundamentalmente medicina privada. Por eso es que en la medida que ha sucedido una explosión demográfica en Venezuela, la gente de los barrios, la gente más necesitada tiene menos acceso a los servicios de salud. Hacia esos sitios es que se debe canalizar la atención médica”, explica Angarita, quien afirma que la enseñanza de la medicina que se imparte en este país latinoamericano ha estado siempre orientada hacia lo curativo.

En opinión de la Directora del Hospital Martín Vegas es preciso cambiar la tendencia actual de la medicina venezolana a una que se aboque a la prevención. “Lo preventivo se ha desestimado y con eso el arraigo de enfermedades infecto-contagiosas”, indica

“Plan Barrio Adentro es la primera piedra para Servicio Único de Salud”

En opinión de Angarita el Plan Barrio Adentro, implementado por el Gobierno en zonas populares de la periferia del área Metropolitana del país, el cual representa la presencia de 1.500 médicos de origen cubano, es el primer paso para la creación de un Servicio Único de Salud. “Siempre se habló de esto, pero nunca fue conveniente para los políticos y los médicos políticos de este país”.

Angarita sostiene que este plan es realizado en este momento por médicos cubanos porque “se ha canalizado el estudio de la medicina hacia los hospitales y estas acciones, que son de tipo preventivo, nunca se habían dado hasta ahora”.

“He trabajado con los médicos cubanos en Vargas. Van desde Carayaca a todo lo largo y ancho del estado, han llegado a donde médicos venezolanos no habíamos llegado antes. Hacen una medicina de tipo social, sin obtener cobros, ni contrataciones particulares. Esto obedece a un plan internacional, están aquí para apoyar”, asevera la Directora del Hospital Martín Vegas, quien asegura que la presencia de profesionales de la salud extranjeros en Venezuela no es una novedad y que “nunca antes hubo un pronunciamiento del Colegio, ni de la Federación en contraposición”.

De acuerdo a la traumatóloga, se podría implementar un programa que permitiera a los recién egresados de las facultades de medicina, realizar la labor de los médicos cubanos. “Podría ser un sistema de rotación por los núcleos primarios a nivel de los barrios. Así tendríamos a médicos venezolanos ocupando el papel que están haciendo los cubanos en este momento”.

Plan Estratégico Social

Al ser consultada sobre posibles soluciones para los problemas del sector, Angarita señala que ya el Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS) está trabajando en esta dirección. “El Ministerio ya está tomando medidas al respecto, a través de la implementación del Plan Estratégico Social, que si se desarrolla por completo, será la gran solución en materia de salud en Venezuela. Este consiste en plantear las necesidades básicas de cada comunidad en cada territorio social de cada estado; además de establecer una conexión multidisciplinaria, hasta llegar a los entes ejecutores y financista de la salud del país”.

De igual forma, la traumatóloga indica que los médicos venezolanos deben rescatar el ejercicio de la profesión en el país. “Es preciso dejar las tendencias políticas de un lado y de otro, para mejorar la calidad de la medicina y los estudios de los futuros profesionales del área. Debemos recordar que existe un 80% de la población en estado de pobreza y que tenemos que abocarnos a una medicina de tipo social”.

Finalmente, Angarita hace referencia a la Federación Médica Venezolana. “Esta ha sido penetrada por quistes por muchos años y tenemos que drenarlos, para cambiar, para lograr un mejoramiento de la salud en Venezuela y evitar la politización”.

Fernando Bianco:

“Plan Barrio Adentro es la punta del Sistema Público Nacional de Salud”

El actual Presidente del Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas afirma que la puesta en marcha de dicho sistema, permitiría cambios positivos en el sector en un período de dos años. Por otra parte, sostiene que aunque la crisis en materia de salud no comenzó con este Gobierno, ha empeorado por la ineficiencia del MSDS

fbianco@eldish.net

“Barrio Adentro es la única acción en el sector salud que ha sido positiva. Este plan es la punta, la primera parte, la más básica, de lo que podría ser un Sistema Público Nacional de Salud, el cual tendría énfasis en desarrollar la prevención y promoción”, asevera Fernando Bianco, actual Presidente del Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas (CMDMC).

En opinión de Bianco, el plan emprendido por el Gobierno Nacional en las zonas periféricas menos privilegiadas del Área Metropolitana de Caracas, que contempla la presencia en Venezuela de 1.500 médicos Cubanos, como parte del convenio establecido con Cuba en el 2000, promueve lo establecido en ley. “Barrio Adentro cumple con lo que pide la Constitución Bolivariana, que es mantener el buen estado de salud de las personas, no evitar que se enfermen, que es lo que señala la Constitución de 1961”.

“Crisis del Sector no comenzó con el actual Gobierno”

Al ser indagado sobre los problemas del área de la salud en Venezuela, el Presidente del CMDMC hace una retrospectiva al respecto. “La crisis de este sector comenzó con su nacimiento, cuando fue puesto en dos cabezas distintas: El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) en 1938 y en Ministerio de Sanidad y Acción Social (MSAS) en 1939. Siempre ha habido dos cabezas: seguridad y sanidad. Luego, se complicó más con la creación del Instituto de Prevención Social del Profesorado (IPASME). Posteriormente, en 1965 con la distribución entre partidos hecha por el gobierno de ancha base, comienza la politización del MSAS, el IVSS y el IPASME”.

En opinión de Bianco los cambios emprendidos a partir de 1990 en materia de salud en este país latinoamericano tampoco sirvieron de mucho. “En la década de los ´90, la descentralización transfirió la competencia hacia las gobernaciones, pero con esto se transfirió todo, incluso los malos hábitos. El cambio de nombre del MSAS a Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS), fue visto como un posible cambio del ministerio, pero no fue así”.

Bianco señala que al comenzar el actual período de Gobierno en Venezuela, ya el área de la salud estaba en malas condiciones. “Gilberto Rodríguez Ochoa, primer Ministro de Salud del gobierno de Chávez, hizo una definición interesante sobre la situación del sector en enero del 2000. De acuerdo a su conceptualización, el sistema era centralista, clientelar, curativo y fragmentario. Para ese momento ya se determinó que existía una desaplicación institucional programática, un inadecuado modelo de asistencia, gerencial, de financiamiento y gestión”.

“Tenemos un MSDS carcomido y una ministra sin liderazgo”

Aunque Bianco indica que la crisis del sector no comenzó con el Gobierno Nacional actual, manifiesta que tanto el Ministerio como la Ministra Maria Lourdes Urbaneja (sustituida por Roger Capella el pasado 13 de septiembre) no han logrado ofrecer soluciones practicas al sector. “Tenemos un MSDS débil, que no es rector de nada, es un ministerio carcomido. Del año 1995 a la fecha, el MSDS, el IVSS, el IPASME y la Dirección Sectorial del Distrito Metropolitano han pasado por 45 gerencias. En los últimos 3 años hemos tenido 4 juntas directivas distintas del IVSS y como 3 del IPASME. Eso demuestra que es un sistema hecho para el robo, la corrupción y es insuficiente. Además, hemos tenido en los últimos años una ministra sin liderazgo”.

De acuerdo a Bianco la situación de la salud en Venezuela se ha empeorado aun más. “El sistema se sigue deteriorando. El Gobierno en materia de salud no ha hecho nada más allá de Barrio Adentro, más allá de la parte teórico-metodológica, más allá de la Ley Orgánica de Salud, más allá de programas puntuales como los viajes a Cuba. Se trata de una total ineficiencia”.

Precisamente ejemplificando el trabajo realizado por el ministerio de salud, el Presidente del CMDMC, señala el reciente brote de fiebre amarilla registrado en Venezuela. “Esto se debe a la total ineficiencia del Ministerio, que no tuvo centinela. La parte epidemiológica está abandonada”.

Por otra parte, Bianco suma a los problemas del sector, las acciones de personas que no están de acuerdo con las medidas del Gobierno y que tienen bajo su responsabilidad centros de salud. “Esta gente ha usado estos centros como arma política. Es el caso del Alcalde Metropolitano de Caracas, Alfredo Peña y su director de salud, el Dr. Aristimuño, con respecto a los 15 hospitales y 96 ambulatorios, que ellos manejan”.

Sistema Público Nacional de Salud

De acuerdo a Bianco la crisis en materia de salud sigue empeorando, porque el Gobierno aun no toma las medidas adecuadas y por falta de información por parte del Jefe del Estado venezolano. “El Presidente Chávez debe saber cuál es el problema del sector, porque está mal informado. Es por eso que las medidas que toma no se compaginan con la realidad”.

Bianco asegura que es preciso que el Presidente de la República decrete el Sistema Público Nacional de Salud y que nombre a una comisión que lo haga y la dirija, a fin de unificar al sector. “Este sistema debe ser nacional, rector y con capacidad de intervenir. Debe tener cinco funciones fundamentales: un plan de promoción y prevención; plan de restauración y rehabilitación de la salud; plan de interconectado nacional de la salud; plan de formación de profesionales; y plan de elaboración de insumos. Además, debe realizarse conjuntamente con un Fondo de la Salud”, explica.

“Debe haber un cambio de paradigma en la formación del médico”

En cuanto a la formación actual de los profesionales de la salud en Venezuela, Bianco asegura que debe cambiar su orientación de curativa a preventiva. “Los médicos salen formados para el diagnóstico y tratamiento, no para la prevención y promoción”.

Bianco sostiene que el cambio de paradigma en cuanto a la educación de los médicos, “tendría que venir con el cambio del Sistema Público Nacional de Salud.” En este sentido, el titular del CMDMC indica que “los estudiantes deberían hacer sus practicas clínicas barrio adentro, donde van a ver lo de todos los días, no en los hospitales donde ven las cosas más difíciles”.

Según Bianco, dicho cambio sólo puede lograrse con la integración de esfuerzos de todos los involucrados. “Significaría que habría que realizar un gran concierto de la salud, en el cual se reuniera el Estado y todas sus estructuras, universidades, los ministerios, empresas privadas, etc., para orientar más la medicina hacia la prevención y promoción, y menos hacia la curación”.

Otras sugerencias para solucionar los problemas del sector

A parte de señalar al Sistema Público Nacional de Salud como una medida importante ante el problema de la crisis en el sector, el titular del CMDMC afirma que los médicos deben tener una sola contratación. “Debe constar de 8 horas bien remuneradas, un convenio colectivo único, pero con cláusulas flexibles”.

Asimismo, asevera que es importante crear un archivo nacional que contemple a todas las personas que integran el sector, con la finalidad de manejar aspectos financieros como pagos.

“Se debe dar la interpretación correcta a la descentralización. Los hospitales deben tener autonomía administrativa y funcional, presupuesto, programa. Se debe quitar poder a los gobernadores y a los alcaldes, para dárselo a toda la comunidad”, aconseja.

En opinión de Bianco, podría aplicarse un pacto similar al de Toledo, hecho por la comunidad española. “Para esto, se debe mantener un nivel altamente técnico y todo el mundo debe colaborar con la posición del Gobierno para poner en funcionamiento el sistema”.

Bianco reconoce que la puesta en marcha de todas las medidas por él sugeridas, requiere de un gran esfuerzo y liderazgo. “Es difícil. Debe haber una conciencia clara y se debe trabajar duro. La corrupción se verá acorralada y es mejor si esto se hace entre muchos. Así, con este sistema, en dos años se podría ver un cambio vital en el sector”.

Isabel Carreira:

“El denominador común es la impotencia ante la situación de crisis”

La psiquiatra asegura que la pobreza que afecta al país ha alcanzado a pacientes, profesionales y estudiantes de la salud. En su opinión ha aumentado el número de personas afectadas por la ansiedad, la frecuencia de consultantes pertenecientes a otros estratos sociales que antes no acudían a los hospitales y de pacientes egresados que se suicidan. Además, señala que se ha visto perjudicado el ejercicio de la profesión y que ha decaído la calidad de la formación de los nuevos profesionales de la salud debido a la crisis económica. Por otra parte, afirma que el MSDS no está asumiendo medidas que resuelvan la situación de crisis que enfrenta el sector.

icarreira@yahoo.com

“No quiero ser pesimista, sino realista. Por más que hagamos lo mejor en nuestra área, el denominador común es la impotencia. Quiero hacer, pero cómo, si no tengo acceso a los recursos que lo permitan. Puedo tratar de hacerlo lo mejor posible en el hospital, en mi consulta privada, darle lo mejor de mí a mis residentes, pero uno llega hasta allí. De ahí en adelante, eso escapa de nuestras manos”, expresa Isabel Carreira, psiquiatra al servicio del Hospital Psiquiátrico El Peñón, ubicado en Baruta, Caracas, Venezuela.

No obstante, para Carreira “la alternativa es ser menos pasivos, sin tratar de ser políticos. Exponernos un poco más, por ejemplo, a través de entrevistas. Esa información alguien la leerá y le llegará a los pacientes, a los pacientes potenciales”.

“Pacientes psiquiátricos afectados por la crisis económica”

“Estamos viendo que el problema de la pobreza es realmente importante, y además se agrava. El paciente no tiene dinero para las medicinas, para la comida ¿Cómo uno lo resuelve? ¿Le indico un medicamento? No lo puede comprar. El hospital no tiene para ofrecérselo”, afirma Carreira, quien comenta que el Hospital Psiquiátrico sufre una fuerte crisis presupuestaria desde hace cuatro años. “El presupuesto del hospital se atrasó y se hicieron recortes en los presupuestos. Hemos tenido que visitar grandes empresas para que nos donaran comida para los pacientes. Además, tuvimos que acudir a los colegios cercanos, para que nos donaran los restos de comida que quedaban en la cantina”.

Asimismo, la psiquiatra asegura que el problema no termina allí. “No sólo es que no hay comida, sino que no hay medicinas, no hay infraestructura e incluso personal. Hay muchos que se jubilan y entonces no hay dinero para sustituirlos por otras personas. Para algunos la crisis empezó quizá este año, pero para otros la crisis se viene sintiendo, por lo menos, desde hace cuatro años a nivel hospitalario y a nivel de lo que a atención pública se refiere”, explica.

En palabras de Carreira la crisis afecta los métodos de atención al paciente. “La situación de crisis nos llena de impotencia hasta el punto de tener que decirle al familiar de un paciente que está en crisis que no lo podemos hospitalizar, si no le traen la comida y las medicinas. Por supuesto, el familiar prefiere llevarse al paciente a su casa porque no tiene para el transporte y para las demás cosas. Esa es una complicación prácticamente imposible de resolver”.

Además, Carreira asegura que en el Hospital Psiquiátrico del Peñón se ha visto como la crisis económica ha provocado el aumento del número de pacientes y se ha sumado otro estrato social al grupo de personas atendidas. “Antes, casi el 90% de los pacientes eran de los barrios circundantes al hospital.

Ahora hemos empezado a ver con asombro que desde el año pasado cada vez vienen más pacientes de Santa Mónica, Cumbres de Curumo, Prados del Este (zonas de población clase media y media-alta). Lo primero que dicen estos nuevos pacientes es que antes se veían con un psiquiatra o un psicólogo privado, pero que ahora no tienen dinero y se dirigen al hospital”.

“Los fármacos escasean”

Otro problema señalado por Carreira es la escasez de medicamentos. “Últimamente los dos medicamentos, considerados caballitos de batalla en los hospitales, han escaseado en todas sus presentaciones. Hemos consultado con los laboratorios y sencillamente nos dicen que algunos medicamento ya no existe. Así que tenemos problemas con aquellos pacientes que tenían años tomándolos para mantenerse estables”.

La psiquiatra expone que el problema de los fármacos complica la práctica para el especialista y la curación del paciente. “Los pacientes que se hospitalizan en psiquiatría requieren obligatoriamente los fármacos, no hay otra cosa que hacer. A lo mejor se dan casos de pacientes que una vez mejorados con el medicamento, se pueden ayudar con técnicas de psicoterapia en las cuales sólo se requiere del médico. Pero, cuando un paciente se ingresa por una crisis, es decir, un paciente agudo, no hay otra cosa que le pueda ayudar sino usar fármacos, porque sino tendríamos que apelar casi a la pre-historia de la psiquiatría. Me niego a hacer algo así, prefiero que el paciente se quede como está. Si no hay fármacos, porque no se pueden adquirir, porque no se consiguen en la farmacia, porque el familiar no tiene recursos, ¿qué vamos a hacer?”.

La especialista indica que conseguir el financiamiento de medicamentos por parte de los laboratorios, mientras se desarrollan trabajos de investigación, podría ser una vía para beneficiar a los pacientes, pero sólo por un tiempo. “El problema es que una vez terminado el trabajo de investigación y el paciente volverá a la farmacia, a la botica, es decir, volverá atrás, a recibir un fármaco que tiene una cantidad de efectos colaterales, que no los mejora lo suficiente”.

“Ansiedad a consecuencia de la crisis”

Por otra parte, de acuerdo a la psiquiatra afirma que un 80% de los pacientes atendidos entre mayo y julio de 2003, acuden a la consulta por problemas de tipo afectivo. “En lo que va de año, llevamos 400 pacientes que vienen por primera vez, y de esos 400 pacientes -no tengo el porcentaje exacto, pero me atrevería a afirmar- que, entre los meses de abril y mayo, por lo menos, lo que predominaban eran las quejas relacionadas con la ansiedad. Las personas angustiadas por la situación del país, que perdieron sus trabajos o que sus trabajos estaban en riesgo. Lo que predominaban eran las quejas sobre situaciones personales, pero también personas que venían con los efectos post-traumáticos de todo lo que había pasado los primeros meses del año”, amplia.

De igual manera, Carreira sostiene que los ahora los pacientes hablan más sobre la situación actual o lo que vieron en televisión que sobre su enfermedad. “Creo que esto es porque ahora es más difícil pagar

una consulta, comprar los medicamentos, o si los pueden comprar entonces no los consiguen... antes esas cosas no eran importantes, no existían en muchos casos, y el paciente venía a hablar de sus síntomas y de cómo se sentía”.

Por otra parte, la psiquiatra asevera que recientemente ha percibido un cierto número de pacientes psiquiátricos hospitalizados que mueren debido a otras enfermedades como diabetes e hipertensión, o aquellos egresados que se suicidan. “El número de pacientes, pero sobre todo, recién egresados, que se suicidan ha aumentado de manera llamativa. No son muchos pero esto no lo veíamos antes.”

“La formación de los nuevos médicos se ha visto perjudicada”

Carreira afirma que la formación de los médicos residentes se ha visto perjudicada por la situación actual. “Percibo una mezcla entre resignación y frustración en los médicos en formación que han entrado en los últimos años. Algunos de ellos se preguntan qué están aprendiendo si no se están hospitalizando pacientes. Como todos los pacientes que hemos recibido en consulta externa presentan trastornos afectivos, es normal que los estudiantes se pregunten qué están aprendiendo si todos los pacientes tienen lo mismo. Además, en la hospitalización si un estudiante no tiene sino un solo medicamento que es el que puede utilizar, no aprende. Uno se lo puede enseñar en la teoría, pero si no lo tiene en la práctica ¿qué hace?”.

Igualmente, la psiquiatra señala existe “esa sensación de que todo se va deteriorando, todo se va estropeando y no existe la posibilidad de ofrecerle ni al paciente ni al médico, información, algo alentador. También se hace más difícil el acceso a revistas internacionales y la asistencia a congresos”.

“El MSDS no está implementando planes de manera seria, organizada y efectiva”

En opinión de Carreira el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) no está asumiendo medidas que resuelvan la situación de crisis que enfrenta el sector salud. “¿Cuáles planes? ¿Se están implementando de manera seria, organizada y efectiva?”, expresa.

Al ser consultada sobre la efectividad de acciones específicas del MSDS, como el Plan Vitrina, la psiquiatra asegura que medidas como estas no solventan la crisis hospitalaria. “La agravan, pues el déficit persiste. Es maquillar la falta y eso no resuelve el problema sólo lo esconde”.

En lo concerniente al Plan Barrio Adentro, Carreira expresa que “es como las vallas publicitarias que dicen *Aquí se construirá la represa tal o el distribuidor cual*, pasa el tiempo y sólo queda la valla oxidada e inútil, tan inútil como lo que anuncia”.

Carreira afirma que su opinión sobre el Plan Barrio Adentro nada tiene que ver con la nacionalidad de los médicos que lo desarrollan en este momento. “Cualquier médico capacitado de cualquier parte del mundo, interesado en intercambiar sus experiencias con los nuestros, es bienvenido. Siempre y cuando, cumpla con los requisitos establecidos por las leyes para el ejercicio de su profesión, que pruebe que tiene conocimiento necesario y actualizados, para contribuir a mejorar la salud del paciente”.

La psiquiatra rechaza las opiniones expuestas por galenos y representantes del Gobierno que sostienen que los médicos venezolanos no están formados para realizar acciones en las zonas populares de la

ciudad como las contempladas por el Plan Barrio Adentro. “Los médicos venezolanos siempre han atendido a la población que reside en los barrios caraqueños, así como en el interior. En todos los barrios han existido ambulatorios, dispensarios y hospitales que reciben a la población de escasos recursos. Esos centros no están ubicados en las urbanizaciones de lujo y, además, ¿no son médicos venezolanos los que allí trabajan, incluso desde sus pasantías como estudiantes de medicina?”

Julio Castro:

“El Programa Barrio Adentro es un concepto absolutamente político”

El infectólogo-internista asegura que dicha acción emprendida por el Gobierno nacional, no solventa los problemas del sector salud en Venezuela. De igual forma, afirma que el Plan Vitrina sólo es una medida transitoria que no resuelve la falta de recursos en los hospitales nacionales. Además, considera que la crisis actual afecta la practica de la investigación y el ejercicio de la medicina en este país latinoamericano. Por otra parte, hace referencia a cambios en las patologías presentadas por el paciente, entre las cuales destacan complicaciones relacionadas con el aspecto emocional y la reaparición de enfermedades que estaban casi totalmente erradicadas en el territorio venezolano.

jcastron@cantv.net

“El Programa Barrio Adentro es un concepto absolutamente político, porque desde el punto de vista sanitario, los médicos cubanos no están haciendo lo que nosotros entendemos como mejorar los indicadores sanitarios de nuestro país. Esos médicos no van a mejorar la mortalidad materna, la mortalidad infantil., no van a mejorar los índices de nutrición, porque no están preparados para eso y esa no es la forma de hacerlo”, sostiene Julio Castro, médico infectólogo, internista e investigador adscrito a la Sección de Infectología, Instituto de Medicina Tropical, Universidad Central de Venezuela. “El problema de salud en Venezuela no se resuelve con que los médicos vayan a dormir en las zonas de más escasos recursos, para que la gente con menos posibilidades sienta que tiene el médico cerca. Nada hace un médico durmiendo en la casa de una persona enferma si no tiene medicina, políticas de salud, si no se tienen formas de atenderlo”.

Asevera Castro que la crisis de la salud en el país se resuelve si la gente tiene acceso a la alimentación, a los servicios sanitarios, a trabajos decentes y están contemplados dentro de una política de redistribución de la sanidad social justificada. “Si se tiene un sistema de sanidad que no funciona, se es preciso que sea arreglado, redistribuido, redimensionado. Pero no se debe poner otro estamento al lado, que se supone va a corregir los problemas del otro y que en realidad no lo hace”.

“Me cuesta mucho pensar que se puedan mejorar las condiciones de salud de un país, creando un establecimiento paralelo de atención de salud, que no está reglamentado legalmente, que no tiene la vigilancia de los entes competentes. Es inentendible que se tenga un modulo de sanidad del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), que rige la ministro de sanidad en un barrio, y tres cuabras más allá se tenga un modulo atendido por médicos cubanos, con medicinas que traen de Cuba, con medicinas que no están certificadas por los entes reguladores venezolanos; y que ambos dependan, de una manera u otra del Ministerio. Eso no tiene sentido, es absurdo”, explica el médico internista

Castro considera que el Plan Barrio Adentro no se ha desarrollado partiendo de un estudio previo. “No creo que se sustente en datos epidemiológicos o datos que intenten mejorar los números de salud pública del país”.

De acuerdo al médico internista, no se justifica que el Plan Barrio Adentro sea puesto en marcha por profesionales de la salud extranjeros. “Se podría entender, si necesitáramos médicos especialistas en determinado campo y no los tuviéramos en el país. Además, se pone todo el peso de la atención de esos centros de salud sobre médicos que no tiene certificación, por lo menos nosotros no tenemos la garantía de que la tengan”, afirma el médico internista.

“El médico no está para que la gente se le muera al lado”

“Los médicos están acostumbrados a hacer trabajo social durante toda su vida. No creo que si se les pide hacer un trabajo en los barrios no lo puedan hacer. Pero no creo que tenga sentido, en políticas públicas en salud, meterlo en un barrio un recurso que costo siete años de entrenamiento, para ver como la gente se le muere al lado. Lo que se debe hacer es sacar a la gente del barrio y no llevar a los médicos a los barrios. La gente debe tener un trabajo, comida y una vida decente. Cuando pasa eso, el médico no tiene que estar en el barrio. El médico no está para que la gente se le muera al lado, ese no es su papel”, expresa Castro con respecto a los argumentos de galenos y representantes del Gobierno nacional que aseguran que la presencia de los médicos cubanos en Venezuela es consecuencia de la falta de respuesta de los profesionales de la salud venezolanos, ante los concursos hechos en el país para la puesta en marcha del Plan Barrio Adentro.

Castro agrega que los concursos para el mencionado programa no se realizaron en condiciones apropiadas. “Existe suficiente demostración a través de la prensa, que el concurso inicial fue hecho bajo unos criterios con los cuales los colegios médicos no estaban de acuerdo. Por otra parte, no fueron publicados en los sitios adecuados”.

Asegura Castro que no se trata de que el médico venezolano no esté preparado para realizar este tipo de planes. “Si consideramos lo que los médicos venezolanos cobran en los hospitales, eso termina siendo un trabajo social, porque no se ofrece una remuneración acorde con el nivel de trabajo que ellos realizan. Además, están expuestos a una serie de riesgos profesionales y no profesionales”, manifiesta Castro.

Según el médico epidemiólogo, estudios realizados han comprobado que la medicina rural no ofrece resultados efectivos sin políticas sanitarias coherentes. “De nada sirve que yo trabaje con lo indios en el Amazonas, sin medicamentos. A parte de darles apoyo moral, ¿qué puedo hacer yo allá? Algo similar sucede con respecto a los médicos que están en los barrios. La gente se muere dentro del barrio con el médico al lado. Esa gente se muere porque allá hay violencia, heridos de bala, peleas entre bandas, muertes relacionadas con la droga. Nada de eso lo puede resolver un médico que duerme en la casa de las personas que tienen pocos recursos”, sostiene.

No obstante, en opinión de Castro, los médicos venezolanos que no desean participar en el Plan Barrio Adentro tienen razones que los justifican. “Su seguridad personal está comprometida, su calidad de atención médica está comprometida. Además, lo que es más importante e independientemente de lo otro, eso no resuelve los problemas de salud del país”.

“Plan Vitrina no resuelve crisis hospitalaria”

“El plan Vitrina definitivamente no resuelve el problema de la crisis hospitalaria. Obviamente, el hecho de asignar recursos importantes a unos hospitales por determinadas características, mejora la situación de esos centros de salud sólo en forma transitoria”, expresa Castro sobre la mencionada acción ejecutada recientemente por el Gobierno Nacional, que consistió en la asignación por parte del MSDS de fondos adicionales a cinco hospitales ubicados en la capital del país (Clínico Universitario de Caracas, Pérez Carreño, el de El Llanito, Pérez León y el Hospital Militar). “Creo que un ejemplo muy clásico es el Hospital Universitario de Caracas, al que se le asignó un monto importante de recursos durante un

tiempo, lo que hizo mejorar la infraestructura del este centro de salud y la atención prestada allí. Pero esto fue durante algún tiempo relativamente corto”.

De acuerdo a Castro, acciones como esta no resuelven la crisis de la salud en Venezuela. “En la medida que los Estados piensen que la solución es mejorar la cara externa de los hospitales, en esa misma medida van a tener fracasos. Se trata más bien de política pública, de diseño, no necesariamente de asignación de recursos a hospitales, que es un problema por si solo. La respuesta es una medida profunda, que ha sido inexistente durante los últimos años”.

El investigador del Instituto de Medicina Tropical de la UCV, expresa que el Plan Vitrina podría definirse como injusto. “No veo cuál es el criterio para que se asignen más recursos para un hospital y menos para otros, considerando que todos tienen el mismo tipo de pacientes, que atienden a la misma población. Me parece inclusive no muy ético desde el punto de vista de distribución de recursos. Obviamente, no resuelve los problemas centrales en cuanto a salud pública se refiere, probablemente los profundiza”.

“La crisis limita la investigación”

“Creo que en cuanto a los médicos, pienso que algunas cosas han cambiado fundamentalmente. Una tiene que ver directamente con lo que es investigación”, especifica.

El infectólogo afirma que en la actualidad existe una ansiedad importante dentro del campo de los investigadores, por varias razones. “Uno, porque los insumos de investigación cada vez son más escasos, sobre todo en relación con el problema financiero o el problema del dólar. Dos, que existen personas que han dedicados diez, quince años a la investigación y de repente se ven ante una situación en la cual eso se puede acabar por razones que son ajenas a la investigación primariamente, simplemente la gente ve que su futuro inmediato, es relativamente gris”.

En opinión de Castro también las oportunidades de estudios futuros, sobre todo para los investigadores que son todavía jóvenes, son oscuras. “Algunos que nos hemos propuesto seguir esa línea, ya a nivel de estudios de cuarto nivel, debamos posponer, postergar esa meta no sabemos para cuándo”.

De acuerdo a Castro otro aspecto que se ve perjudicado por la crisis es el contacto con colegas de otros países. “La comunicación con infectólogos de otras latitudes son fundamental para nosotros hoy, pues nos permite estar en la dinámica científica a una velocidad que es relativamente rápida. De lo contrario, probablemente nos quedemos atrás en algún momento y no sabemos si podamos montarnos en ese carril”.

Castro hace referencia a otro aspecto que tiene que ver con el área de investigación y de la publicación. “La crisis ha afectado a la industria farmacéutica, que representa una de nuestras fuente de financiamiento en la investigación y publicación, lo cual hace que ambas actividades estén cada vez más restringidas. Esto también puede afectar a publicaciones de algunas de nuestras sociedades científicas que tienen 10 o 15 años en el área”.

Cambios en el paciente y sus patologías

En cuanto a su trabajo como infectólogo, Castro señala como primer aspecto un aumento en el número de pacientes en su consulta. “Tengo la impresión de que vemos más pacientes este año en comparación con el año anterior”.

Asimismo, el infectólogo señala que ahora detecta en las personas que atiende complicaciones y otro tipo de patologías que antes no se presentaban. “Ahora vemos más condiciones posmórbidas, quizá relacionadas al mundo psicológico-psiquiátrico, que antes no las veíamos con tanta frecuencia”.

Otro aspecto indicado por Castro se refiere a la reaparición de enfermedades que estaban erradicadas. “Eso probablemente tiene que ver más con aspectos de salud pública que personales y eso sí realmente nos ha llamado mucho la atención y nos preocupa. No creo que sean solamente las causas ecológicas las que expliquen la reaparición de estas enfermedades. Algunas de estas enfermedades son la tuberculosis, la malaria, fiebre amarilla y leishmaniasis”.

De igual forma, Castro afirma que ha notado cambios en la manera como el paciente interactúa con el profesional de la medicina. “Probablemente, este aspecto ha cambiado, no sé si para mejor o peor, pero es diferente. Por ejemplo, cada vez vemos más consultas telefónicas y cada vez las consultas telefónicas son más largas”.

Castro señala que los pacientes demuestran estar más preocupados por la situación del país que por su propia patología. “Creo también que nuestros pacientes vienen con más deseos de hablar sobre lo que vieron ayer en la televisión y quizá con menos interés de que nosotros les expliquemos sobre sus triglicéridos, sobre su neumonía o sobre el HIV. Creo que nos buscan más como sus consejeros informativos, que como sus médicos de cabecera”.

Otro aspecto detectado por Castro tiene que ver con una tendencia al uso de medicina alternativa por parte de los pacientes. “Ahora vemos a pacientes con una serie de complicaciones de enfermedades conocidas, tratables, previsibles que han acudido al ámbito de la medicina paranormal, alternativa y sus diferentes denominaciones. Considero que eso es porque la gente busca opciones que ellos creen más baratas, pero que no necesariamente lo son. Eso es un signo persistente en nuestra clínica en los últimos tiempos”.

Finalmente, Castro sugiere que aunque médico y paciente se vean afectados por la crisis del país, es preciso buscar soluciones, porque “tal como decía Kafka: *la desesperanza es la puerta del infierno*”.

José Vladimir España:

“El Plan Barrio Adentro es legal y efectivo para solucionar problemas de atención primaria”

De acuerdo al actual Director del Hospital Clínico Universitario de Caracas (HCUC), es preciso que los médicos venezolanos se preparen para sustituir a los médicos cubanos que en este momento ponen en marcha dicha acción implementada por el gobierno nacional. Además, explica la situación del hospital que dirige y hace referencia al Plan Vitrina, el cual representa para este centro hospitalario un aporte adicional de recursos por parte del MSDS.

jvespanap@etheron.net

“Si se toman en cuenta que el Plan Barrio Adentro ha atendido a 300 mil personas hasta ahora y que los médicos cubanos han tenido tres o cuatro fallas, podría decirse que el rendimiento es espectacular, de un 99%”, afirma el actual Director del Hospital Clínico Universitario de Caracas (HCUC) con respecto a esta medida emprendida por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) en las zonas más pobres de la periferia del área Metropolitana de Caracas, y cuya puesta en marcha ha contemplado la incorporación al país de 1.500 médicos de origen cubano. “Creo que se ha satanizado esta acción del MSDS. Se trata de una connotación política asociada con el castrocomunismo. Tal vez si se tratara de médicos norteamericanos todo el mundo estaría tranquilo”.

De acuerdo a España con la puesta en marcha de acciones como esa, es posible reducir el número de casos recibidos en las emergencias de los hospitales, que no son realmente graves. “Podría decirse que el 80% de los casos que llegan a las emergencia de los hospitales, no son reales, son pacientes que tienen dolor de cabeza, diarrea, fiebre. Ahora con planes como este, esos problemas se pueden solucionar directamente en esas poblaciones”.

“Respaldo totalmente al Plan Barrio Adentro y no porque sean médicos cubanos. Porque he trabajado, conozco el barrio adentro y sé que esa es una población enorme, desprotegida de todo”, afirma España. “Desde el punto de vista de proyección social, es un plan importante. Además, tiene basamento legal. La ley del ejercicio de la medicina en el artículo 7 establece que el Estado venezolano está en la capacidad de contratar médicos extranjeros para planes específicos de sanidad. Ese es un plan sanitario básicamente”.

“Debe haber un cambio en la política del médico venezolano”

Ante las críticas hechas por parte de galenos venezolanos con respecto al Plan Barrio Adentro, las cuales sugieren que los médicos cubanos están ocupando puestos de trabajo que deberían pertenecer a profesionales formados en el país, España señala que estos especialista no deberían sentirse segregados por la presencia de extranjeros en el área. “Los médicos de origen cubano a la larga tendrán que ser sustituidos por venezolanos. Por eso, debe haber un cambio en la política del médico venezolano. Este debe estar formando para la Venezuela real”.

Según el Director del HCUC el médico venezolano no se ha formado para ejercer en barriadas populares. “En Venezuela, el médico que trabaja en el hospital, que estudia en la facultad, sabe manejar Internet, sabe cuál es la última revista médica, pero no maneja la atención primaria en salud...y se trata de comunidades difíciles”.

España asevera que debería formarse a los médicos venezolanos para enfrentar la realidad del país. “Se debe formar a un médico que atienda en niveles de atención primaria”.

“La red de atención primaria debe ser la prioridad en Venezuela”

Al ser consultado sobre las medidas que deberían ser implementadas para solucionar los problemas del sector salud en Venezuela, España afirma que es preciso implementar una red de atención primaria que realmente funcione. “No sólo debe ser barrio adentro, que representa los médicos trabajando directamente en las comunidades, es preciso implementar una red de ambulatorios que atiendan a todas las comunidades para resolver el 80% de problemas de salud”.

España asegura que el 15% de los casos restantes podrían ser resueltos en los hospitales generales. “El otro 5% se solucionaría en hospitales de grandes tecnologías, en los cuales muchas veces por resolver atención primaria no se puede contar con estas herramientas”.

“El HCUC logró sobreponerse al paro y superó metas”

“La crisis económica del país, se agravó con el paro y esto afectó al HCUC de manera grave, porque desde el mes de diciembre y sólo hasta finales de marzo, abril, fue cuando se empezaron a recibirse los recursos”, sostiene España. “Estamos hablando de una institución que estuvo funcionando sin recursos prácticamente durante tres o cuatro meses y se sobrevivió a duras penas con el material que conseguían los pacientes y gracias al espíritu de la gente que trabaja aquí”.

Sin embargo, España afirma que se hicieron 7.650 operaciones en seis meses en el HCUC, de las cuales 304 fueron de neurocirugía y 248 de cirugía cardiovascular. “Nosotros teníamos presupuestado para este año, hacer 7.314 operaciones en seis meses. Hicimos 300 más de las que estaban planificadas”.

“Plan Vitrina del MSDS aporta fondos al HCUC”

El Director del HCUC señala que en este momento el hospital “funciona a media máquina, con pocos insumos, porque fue más o menos a partir de abril – mayo, que empezó a estabilizarse la situación y ya para julio, el Ministerio de Salud nos dio el empujón importante que ahora se va a concretar con el Plan de Hospitales Vitrina”.

España asevera que el monto a ser aportado al HCUC por parte del Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS) corresponde a 24 mil millones de bolívares. “Ya empezó a llegar parte de ese dinero. Este Plan Vitrina del Ministerio incluye a cinco hospitales: HCUC, Pérez Carreño, el de El Llanito, Pérez León y el Hospital Militar”.

“El paro afectó a los postgrados durante el período diciembre-febrero”

El HCUC es sede en este momento de 42 post-gradados de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. De acuerdo a España estos fueron severamente afectados por el paro emprendido en el país en contra del gobierno nacional, desde diciembre del 2002 hasta febrero del 2003. “Tenemos postgrados en los que es requisito cierto número de pacientes y de procedimientos para

obtener el título. Estos se vieron perjudicados, se atrasaron, sobre todo aquellos que requieren de tecnología, por ejemplo, los de cirugía de gastroenterología, de hematología, es decir, aquellos en los que se requiere de insumos muy especiales”.

No obstante, España se muestra optimista con respecto al problema sufrido por los estudiantes de postgrado que en este momento se atrasaron por la paralización de actividades. “Nosotros pensamos que en los seis meses que restan de este año se pueden recuperar, que los objetivos se van a cumplir, porque si en el primer semestre se alcanzaron las metas planificadas sin tener recursos, ahora que sí vamos a tener más recursos deberíamos tener mejores resultados”.

Alejandro García Maldonado:

“Ahora veo en mi consulta más casos relacionados con la crisis”

El psiquiatra indica que los pacientes son afectados por la depresión y la ansiedad derivada de la crisis que vive Venezuela. Asimismo, afirma que los médicos están comenzando a sufrir frustración por la misma razón.

brasilpenta@hotmail.com

“He visto en mi consulta un aumento de casos relacionados con los conflictos que se viven en el país. Por cierto, el número de pacientes se ha visto limitado por la crisis económica que es bastante fuerte”, asevera Alejandro García Maldonado, médico psiquiatra, que ofrece su consulta en el Instituto Avicena, Centro Clínico Caurimare, Caracas Venezuela.

En opinión de García Maldonado resulta interesante determinar como trastornos de ansiedad y depresión están en este momento más relacionados con la crisis actual de Venezuela. “Los pacientes hablan cada vez más de aquellos temas referidos a la problemática política y social, de los problemas económicos derivados del conflicto político y sobre todo de la particular situación que vive el venezolano actualmente”.

Por otra parte, el psiquiatra establece que no sólo los pacientes han sido afectados por la crisis. “Yo no quiero ser pesimista, pero yo creo nosotros los médicos estamos sintiendo una gran frustración, que nos deprimimos un poco, igual que los pacientes, al enfrentarnos a una situación social como la que tenemos”.

“Más stress y pocas posibilidades de escape”

García Maldonado considera que se “vive en este momento una situación de stress, de tensión y peligrosidad muy grande, con pocas posibilidades de escape, que se ha hecho crónica, que se mantiene en el tiempo y en la cual las personas sienten un gran estado de impotencia para enfrentarlas”.

El psiquiatra sostiene que generalmente las situaciones prologadas de stress, “en un primer momento generan ansiedad, luego en un segundo momento se convierten en fobia y después en depresión”.

Explica García Maldonado que la capacidad de reacción psicológica del ser humano es limitada, de manera que, siempre frente al stress, a situaciones existenciales, existe un número determinado de reacciones. “Básicamente son la ansiedad y la depresión”, indica

Francisco Griffin:**“Boticas permiten acceso a medicamentos a sectores menos privilegiados”**

El actual Director del SEFAR del MSDS afirma que el acondicionamiento de locales farmacéuticos en sectores populares no compite con la red farmacéutica privada. Por otra parte, indica que el desabastecimiento de fármacos en el país corresponde a un 10 %. Señala que la presencia de nuevos productos importados es parte de la apertura a otros laboratorios. Además, hace referencia a la puesta en marcha del Programa de Medicamentos Esenciales.

sefarsumed_dg@cantv.net

“Las boticas no son un desplante impulsivo y caprichoso. Están perfectamente previstas, tanto en la ley de medicamentos como en la estrategia de suministro. Se han insertado dentro de una estrategia de seguridad del acceso”, asevera Francisco Griffin, Director del Servicio Autónomo de Elaboraciones Farmacéuticas (SEFAR), organismo adscrito al Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS).

De acuerdo a Griffin estas boticas están subsidiadas por el Estado venezolano. “Las personas obtienen allí un 85% de descuento del precio de los medicamentos esenciales y así se refuerza el programa de correspondiente a dichos medicamentos. Están especialmente dirigidas a los sitios de difícil acceso y donde habitan grupos económicos menos privilegiados, para garantizarles a ellos un suministro de calidad. Estas boticas no son improvisadas, tienen su farmacéutico, un respaldo técnico adecuado, tienen una supervisión adecuada desde el punto de vista profesional. Están dispuestas como garantía y seguridad para que muchos venezolanos tengan acceso a medicamentos”.

Griffin sostiene que la red de boticas populares implementada por el Gobierno no pretenden competir con las farmacias privadas. “Representan una alternativa suplementaria o complementaria de los mecanismos que tiene el Estado. En ningún momento colidan, ni entorpecen el sano y profesional ejercicio de las farmacias privadas”.

“El desabastecimiento de medicamentos ha sido de un 10 %”

Existe un desabastecimiento, pero lo calificaría en un 10 % y especialmente de algunos rubros vinculados a monoproveedores, es decir, laboratorios dueños de una patente, de unos productos que circulan de manera exclusiva bajo su capacidad de comercialización”, afirma el Director del SEFAR.

En lo referente a rubros de consumo masivo, Griffin sostiene que rubros de antibióticos, analgésicos, antihistamínicos y los antiparasitarios más comunes no han desaparecido. “Porque son comercializados en Venezuela por muchas casas y sus reservas les han permitido garantizar al mercado farmacéutico venezolano el abastecimiento. Por eso los medicamentos de consumo masivo, en su mayoría genéricos, no han fallado”.

Por otra parte, Griffin asegura que ante el temor de que la industria farmacéutica venezolana fuese afectada por el control de cambio, sobre todo por la importación de materia prima, el SEFAR enfatizó a la Comisión de Administración de Divisas (CADIVI) sobre la necesidad de que los laboratorios venezolanos tuvieran prioridad en la adquisición de materia prima. “Por eso, en este momento no contamos con un desabastecimiento que podríamos catalogar de preocupante”.

Griffin reconoce que se ha experimentado cierto desabastecimiento de medicamentos como por ejemplo, un determinado antineoplásico (Livec) y Oxitocina. Pero comenta que el SEFAR ha adoptado la previsión de proveer de algunos rubros especiales, por ejemplo: anticonvulsivantes, algunas drogas para enfermedades poco frecuentes como la miastemia grave y otras para el cáncer.

Por otra parte, el titular del SEFAR comenta que el Instituto Venezolano del Seguro Social está tratando de superar los problemas presentados con respecto a los medicamentos dirigidos a los enfermos de VIH y renales. “En estos momentos se están realizando compras de emergencia para garantizar que estos pacientes realmente tengan sus equipos, sus insumos y sus medicamentos, para realizar un proceso tan delicado como lo es la diálisis”.

Programa de medicamentos esenciales

En opinión de Griffin aunque la crisis “la situación ha llevado a muchos sectores a reconsiderar su posición estratégica en el ámbito de la salud. Por supuesto, al sector público venezolano le ha significado un aprendizaje bien interesante. En el aspecto de los medicamentos, por ejemplo, el déficit financiero, el desabastecimiento de algunos rubros, permitió por ejemplo, acelerar la implantación de un programa que hemos llamado “Programa de medicamentos esenciales”, que es la ruta que creemos fundamental en el suministro de medicamentos para garantizar el acceso con equidad a los fármacos, para la mayoría de la población venezolana”.

El titular del SEFAR explica que este programa consiste en seleccionar un número de medicamentos más importantes en términos de uso y demanda, para adquirirlos y distribuirlos de una manera eficiente, y prescribirlos con base en criterios científicos.

Griffin señala que en Venezuela, desde el 6 de diciembre del año 2002, ya se tiene una lista de medicamentos esenciales (aproximadamente unos 300 principios activos). “Estos abarcan una gran gama de productos que resuelven la mayoría de los problemas terapéuticos de las enfermedades más importantes en lo que llamamos los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población venezolana”.

De acuerdo a Griffin este es uno de los pilares trazados dentro de la estrategia del sistema nacional de suministro de medicamentos y representa cambios importantes en la cultura de prescripción de medicamentos por parte de los profesionales de la salud.

Importación, apertura del mercado y calidad de medicamentos

“Nosotros necesitamos quebrar monopolios. Eso no es un problema sólo de Venezuela, sino del mundo. Estamos demasiado restringido a algunas casas comerciales que jugaban, por no decir manipulaban, demasiado en el mercado. Hoy la India, China, Pakistán se han convertido en mercados emergentes poderosísimos del sector farmacéutico. De hecho, la mayoría de los grandes laboratorios del mundo están adquiriendo materias primas de estos países y nosotros no nos vamos a rezagar en eso”, sostiene Griffin al ser indagado sobre la presencia de medicamentos importados y no antes vistos en el mercado farmacéutico venezolano.

Ante el cuestionamiento de la calidad de estos medicamentos, Griffin asegura que este aspecto es corroborado por el MSDS. “Los puede utilizar el rico y el pobre en las mismas condiciones de seguridad y

de la calidad, porque el estado venezolano tiene en estos momentos los mecanismos de regulación en materia de salud, que nos permiten decir eso. Nuestros mecanismos siguen perfeccionándose. El Instituto Nacional de Higiene vigila mucho los aspectos técnicos y los legales reposan en la Dirección de Drogas y Cosméticos del Ministerio”.

Además, Griffin sostiene que se supervisa la comercialización de los medicamentos y que se sigan produciendo según controles y parámetros de calidad.

El Director del SEFAR afirma que esta medida de importación es factible en caso de que las casas comerciales no distribuyan los productos en el país. “Está previsto en la ley por la vía de la emergencia y como productos de servicio”.

Griffin asevera que no se está deformando el mercado. “Estamos garantizando, además ampliando las posibilidades de oferta farmacéutica en Venezuela. Esa es una competencia sana, antimonopólica y antioligopólica”.

El actual director del SEFAR comenta que el Estado ha aumentado su participación en el sector farmacéutico venezolano, especialmente en lo referente a medicamentos de alto costo. “El Estado venezolano siempre había movilizado más o menos el 2 o 3% en términos financieros en el sector farmacéutico. En este momento, maneja entre el 30 y el 35 %. Aspiramos al 50% del total del dinero que se mueve en el sector”.

Acentuar medidas

Entre las medidas requeridas para mejorar el área farmacéutica venezolana, el Director del SEFAR indica que el Estado necesita resolver el problema de la dispersión en la inversión de medicamentos. “El Estado en su conjunto está invirtiendo más de 600 millardos en medicamentos, pero esto es ineficiente porque es muy dispersa. En este momento estamos rediseñando las bases para esto. Se debe aumentar la eficiencia y debe aumentar la eficacia”.

De igual forma, Griffin señala que se deben acentuar los mecanismos reguladores para el control de la calidad de los medicamentos. En este sentido, al ser indagado sobre el problema de medicamentos falsos que se distribuyen en el país a través de la buhonería, asegura Griffin que “si ésta no es una acción mancomunada, en la que participen hasta los mismos laboratorios, entonces estamos perdidos, porque sí se trata de un problema grave”.

Por otra parte, afirma el Director del SEFAR que es importante “dar todas las facilidades a través de nuestra representación en CADIVI, para que la industria farmacéutica multinacional que opera en Venezuela y la nacional tengan la facilidad para adquirir las divisas suficientes para garantizar un abastecimiento adecuado, tanto en materias primas como en productos elaborados”.

Trina Istúriz de Mendoza:

“Plan Barrio Adentro demuestra que podemos fortalecer red primaria de atención en Venezuela”

En opinión de la cardióloga Directora del Servicio Médico del Ministerio de Finanzas los médicos cubanos no usurpan puestos de profesionales de la salud venezolanos. Además, señala que la crisis del sector salud no es un problema nuevo en Venezuela. Asimismo, sostiene que se debe cambiar la orientación curativa que tiene la práctica médica en este país Latinoamericano por una preventiva, en la que se haga hincapié en la sensibilidad social y en la visión del paciente como un todo.

cimendoza@cantv.net

“Los médicos cubanos del Plan Barrio Adentro han venido para mostrarnos como fortalecer la red primaria, para enseñarnos que esto es factible. Nos han demostrado como se hace medicina social, como se convive directamente en los barrios, tratando a la gente de tú a tú”, asevera la cardióloga, Trina Istúriz de Mendoza, Directora del Servicio Médico del Ministerio de Finanzas, quien además está al servicio de la Clínica Especialistas Unidos Dr. Pedro Pérez Velásquez.

Con respecto a las críticas hechas por parte de galenos venezolanos al Plan Barrio Adentro, la cardióloga señala que un médico con visión integral no debería estar en desacuerdo con este programa. “Por el contrario, tenemos que colaborar con este plan”.

La Directora del Servicio Médico del Ministerio de Finanzas sostiene que el Plan Barrio Adentro no limita las opciones laborales de los profesionales de la salud venezolanos, señala que por el contrario. “Para este plan se hizo concurso entre los médicos de aquí y quedaron vacantes, porque no se presentaron. Entiendo que a nosotros, nos cuesta quedarnos allá en el barrio, aunque sea una semana, porque hemos sido formados con otra mentalidad. Pero tenemos que sustituir a los médicos cubanos. Ellos están sólo por un tiempo determinado y tienen una función específica. Ellos no están contratados. A ellos no se les está permitiendo la revalida, ni que se queden en el país”.

De acuerdo a Trina Istúriz de Mendoza la participación de médicos extranjeros en planes de salud nacionales no es una novedad en Venezuela. “Durante el primer gobierno de Carlos Andrés Pérez, se contrataba a los estudiantes seis meses antes de graduarse, por que los médicos titulados no querían ir a rural. También por esta razón en ese tiempo vinieron médicos de origen dominicano y de otras partes de Latinoamérica”.

“La crisis no es un problema nuevo”

“La crisis del sector viene arrastrándose desde hace varios años. Cuando yo me gradué hace 20 años ya se hablaba del tema. Lo cierto es que se agrava porque se vienen sumando problemas”, afirma Istúriz de Mendoza.

“Desde siempre escuchamos sobre el sistema único de salud y el fortalecimiento de la red primaria. Hasta ahora nada de eso se ha hecho realidad”, indica.

“La medicina preventiva controlaría la proliferación de enfermedades”

“Realmente ha habido un repunte de fiebre amarilla y tuberculosis en los últimos años. Pero creo que esto se debe a que la medicina que hacemos desde hace mucho tiempo es de tipo curativo. Para erradicar este problema es preciso aplicar una medicina preventiva”, sostiene Istúriz de Mendoza, quien asegura que la prevención sí disminuye la presencia de enfermedades en la población venezolana. “A la larga, resulta más económico para el Estado”.

Explica la Directora del Servicio Médico del Ministerio de Finanzas, que parte de lo que representa esta medicina de tipo preventivo, contempla la presencia que un médico que atiende a un cierto número de familias, para que las oriente sobre cómo evitar enfermedades y mantener las condiciones óptimas, a fin de que prospere la salud.

“Se debe desarrollar e intensificar la medicina preventiva, porque de lo contrario nos mantendremos siempre en un círculo vicioso. Siempre enfermedades como la fiebre amarilla seguirán repuntando”, enfatiza.

No obstante, la cardióloga reconoce que el cambio que sugiere en lo referente al área médica venezolana implicaría modificar la visión que se tiene hacia el ejercicio de la medicina. “Aquí nadie practica medicina preventiva porque no da tantos beneficios económicos como la curativa. Pero hacerse médico no es para hacerse rico”.

“La preparación del médico debe apuntar a lo social”

En lo que respecta al nivel de la formación con el que actualmente cuentan los profesionales de la salud en Venezuela, Istúriz asegura que aunque se presentan las limitaciones que se observan en cualquier país en desarrollo, la define como bastante buena.

Sin embargo, la cardióloga indica que existen otras debilidades en el sector. “Se puede tener todo y toda la infraestructura, pero si no se tiene sensibilidad social, si no se mira a las personas como un todo, si sólo se hace un diagnóstico, los pacientes no podrán ser curados, por más que se trate. Se debe ir hacia la medicina social, a una medicina más humana. Hasta que los médicos no nos bajemos del pedestal, no vamos a hacer nada”, afirma.

En opinión de la Directora del Servicio de Salud del Ministerio de Finanzas, es importante comenzar a incorporar cambios en las mismas universidades, específicamente en las etapas de formación de los profesionales del área. “En el artículo 8, la práctica médica en el medio rural se expone como una exigencia para obtener el título. Hoy, la Federación Médica venezolana aprueba el rural en una clínica privada. Así se pierde la esencia de la medicina”.

Istúriz recomienda la incorporación de nuevas materias en la carrera médica. “Se deben incluir nuevas asignaturas que enseñen sensibilidad social al médico, que le permitan aprender a ver al paciente como un todo”.

“Fortalecimiento de programas del MSDS permitirá superar la crisis”

Istúriz reconoce que el problema en materia de salud en Venezuela es grave. No obstante, considera que se puede solucionarse si el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) asume su rol de órgano rector, y si se cuenta con la cooperación de todos los involucrados. “El Ministerio debe asumir su papel como gerente en materia de salud. Además, tenemos que unirnos todos los que tenemos que ver con el área para fortalecer todos los programas que se implementen”.

La Directora del Servicio de Salud del Ministerio de Finanzas explica que en este momento el MSDS está trabajando en tres líneas importantes para solucionar el problema de la crisis en el sector. “En primer lugar, se está trabajando en el desarrollo de un sistema único de salud. En segundo lugar, se está atendiendo lo referente a la red de atención primaria, con reforzamiento en lo que respecta a penetración rural, en los barrios, en la red de ambulatorios, la red de clínicas populares. Esto en relación con los hospitales grandes, que deben ser reforzados, porque somos una sola cadena. Es importante robustecer todo el sistema, toda la red de atención. En tercer lugar, la comunidad debe integrarse y ser vigilante para que esto se cumpla”.

Samir Kabbabe:

“Médicos y pacientes son afectados por la crisis del país”

El médico internista afirma que la situación actual no sólo influye en el estado anímico del enfermos y profesionales de la salud, sino que también limita las posibilidades de actualización académica de de los especialista. Por otra parte, Kabbabe asegura que planes como Barrio Adentro no solventan los problemas del sector salud.

samirk@telcel.net.ve

“De 121 pacientes que examiné durante el mes de junio, sólo 3 no hicieron comentarios acerca de la situación política”, afirma Samir Kabbabe, médico internista de la Policlínica Metropolitana, Caracas, Venezuela. “La persona que acude hoy a consulta, es un paciente que tiene un predicamento ansioso, depresivo y se expresa dentro de un colapso. Lo que manifiesta es eso, a pesar de que tenga enfermedades terribles. Muchos pacientes que acuden a consulta con síntomas estrictamente funcionales, vienen muy ansiosos, muy depresivos”, argumenta.

Además, asegura Kabbabe que los profesionales de la salud se ven afectados por la ansiedad de sus pacientes. “Los médicos no escapamos, de hecho yo creo que ahora debíamos asistir al analista unas tres veces por semana para poder estar exentos de sufrir la angustia, la ansiedad de estar una buena parte del día escuchando a los pacientes con estos contenidos de depresión y de sufrimiento. Y esto, por supuesto, implica una desaceleración, una desmotivación de parte de los colegas”.

“Se reduce la posibilidad de actualización académica”

En opinión de Kabbabe los problemas del país no sólo afecta a los médicos en el plano emocional. “Hoy cuando uno está buscando una referencia por Internet no puede meter la tarjeta de crédito para solicitar el artículo como uno lo hacía antes. Se tiene que escarbar para poder pagarlos”, señala el médico internista haciendo referencia a la crisis económica que también afecta a los los profesionales de la salud, y por ende, las posibilidades de estar al día con las novedades referentes a las distintas especialidades”.

“¿Qué tan actualizados vamos a poder estar nosotros? No lo sé, pero sé que alguna respuesta tiene que haber desde la medicina académica. Tenemos que ver qué le ofertamos al país, a nuestros enfermos y a nuestros médicos”, resalta el médico internista.

“Plan Barrio Adentro no es la solución”

Kabbabe afirma que el problema de la salud en Venezuela no se soluciona con acciones como el Plan Barrio Adentro, emprendido por el Gobierno para solventar los problemas de salud en las zonas periféricas del Área Metropolitana, y que contempla la incorporación de 1.500 médicos cubanos.

“Aquí pueden hacer un Plan Barrio Adentro, con el cual se traigan al país 1000 expertos europeos y montar no 20 hospitalitos de atención primaria, sino 20 o 30 hospitales como el Pérez Carreño en las barriadas; pero si no se soluciona el problema de nutrición, educación, disposición de aguas blancas y de seguridad en el país, la situación seguirá exactamente igual. Pueden traer 1000 médicos cubanos, suecos, chinos, americanos, lo que sea, pero ese no es el enfoque”, asevera.

Propuestas y planes concretos

El médico internista afirma que es preciso dejar de lado el conflicto político y buscar otras vías para solucionar los problemas del sector salud en Venezuela. “Es preciso plantearle al país entero qué es lo que se debe ofertar y no continuar enganchados en las discusiones”.

Asimismo, Kabbabe sugiere que importante que exista coherencia entre quienes manejan de políticas de salud, las sociedades científicas, la propia academia, a fin de hallar propuestas y planes concretos.

“Quizá lo que debemos hacer es promover propuestas de parte de las sociedades científicas, las cuales deberían identificar la problemática y resolver cómo aplicar una planificación social de políticas de salud”, agrega.

Finalmente, el médico internista asegura que tanto los pacientes como los profesionales deben sobreponerse a la situación que los afecta. “Debemos decirle al paciente: ¡Tiene que vivir! Se sobrevivió a Hitler, a Fidel, al Holocausto. La gente está viva, tiene que vivir. Debemos armar al paciente con mejores mecanismos de defensa, darles más esperanza, sin necesidad de estar pintándoles un país extraño. También debemos decirle eso al médico. El médico debe retomar esa esperanza de que se vive, se sobrevive y se puede tener un mejor país. Yo siento que debemos dar una respuesta a los problemas de salud que tenemos”.