

## **Propuesta de salud para Venezuela**

*Guillermo Herrera*

Este es un proyecto evolucionista, urgente y necesario, que rompe con los paradigmas actuales y reclama la deuda que tienen los gobiernos que han dirigido este país, con la salud pública y sobre todo con los venezolanos más necesitados.

Los programas de salud pública ejecutados en nuestro país, en las últimas décadas, se han quedado estancados en el tiempo, han resultado obsoletos. En la actualidad los hospitales y módulos de servicio se encuentran mal equipados, carentes de insumos, de medicamentos y sobre todo de humanidad. Ha sido una política de lucha cuerpo a cuerpo entre la medicina y la enfermedad. La propuesta que planteamos, sobre todo a los sectores más necesitados y olvidados, más que examinar, diagnosticar y tratar un organismo enfermo, es la de promocionar formas de vida sana. El ser humano es un ser que palpita, respira, tiene pulso, se moviliza, ríe, llora, piensa, sufre, se estresa, pero además se relaciona con otras persona y con su entorno, con su medio ambiente, es decir es un ser biosicoecologicosocial y debemos considerarlo como tal.

Roberto Novoa Santos, Catedrático de Patología General, definió a la enfermedad como “un fenómeno evolutivo de adaptación o desadaptación al medio”. Si la enfermedad es un fenómeno evolutivo, la medicina también debe evolucionar a la par o más allá de la evolución que puedan experimentar las enfermedades.

En vista de esto y si nos ocupamos del tema que nos compete, sería conveniente analizar, aunque de una manera superficial, la evolución que ha tenido la salud pública en Venezuela. Si comenzáramos en la época precolombina podemos describirla como una medicina mágica, animista, orientada a la curación, en manos exclusivas de chamanes, brujos. No existía un concepto o conocimiento de salud o enfermedad. El diagnóstico se hacía a través de la adivinación y el tratamiento se podía considerar como mágico.

Llega el momento clave y decisivo, que marca a Venezuela y América en materia de salud y sobre todo de salud pública. Este momento es el descubrimiento del Nuevo Mundo. Cuando Colon pone pie en suelo americano, los europeos que lo acompañaban y los que llegaron posteriormente, transportaron al Nuevo Mundo el paludismo, peste, lepra, fiebre tifoidea, tos ferina, difteria, sarampión, varicela, la rabia canina y la viruela; mientras que los esclavos africanos trajeron a la vez sus propias dolencias desconocidas hasta entonces en estas latitudes como la fiebre amarilla, la bilharziasis, anquilostomiasis, oncocercosis, filariasis y malaria.

En los barcos de los esclavos llegaron también ratas, ratones, nuevos artrópodos (pulgas, piojos, garrapatas) e insectos, entre los cuales, con mucha probabilidad, mosquitos vectores-reservorios como el Aedes. El indio nativo también transmitió sus enfermedades originarias de esta tierra, a los nuevos establecidos, entre ellas: buba, carare, leishmaniasis tegumentaria, tripanosomiasis americana, micosis profunda y otras más. La mezcla inevitable de los 3 grupos raciales generó un forzoso intercambio de procesos infecciosos nuevos contra los cuales ni los nativos, ni los inmigrantes tenían la protección natural necesaria.

Los aborígenes americanos, tuvieron el fatal privilegio de su aislamiento del resto de la humanidad, por lo que las enfermedades graves y mortales del Viejo Mundo, fueron más mortíferas en América y comparativamente aquellos trastornos benignos en Europa, se tornaron mortales, debido a que su sistema inmunológico no ha tenido contacto con las enfermedades alejadas de su entorno geográfico.

El desarrollo de la medicina en Venezuela durante la colonia se ubicó preferiblemente en la ciudad de Caracas. En las otras ciudades que conformaban la Capitanía, el progreso de las instituciones y los servicios médicos fue lento. La medicina era ejercida por curanderos, curiosos, chamanes (medicina indígena), preparadores de brebajes y escasamente por médicos diplomados.

El primer hospital del país fue construido en Barquisimeto en 1582. El Obispo Martí da testimonio de que en el siglo XVIII existían “hospitales” en Caracas, La Guaira, Maracaibo, Carora, El Tocuyo, Trujillo, Guanare, San Felipe, Barquisimeto, Valencia, San Sebastián de Los Reyes y Puerto Cabello. Más que hospitales, se trataban de hospicios.

El 25 de junio de 1827 el Libertador Simón Bolívar, en su condición de Presidente de la Gran Colombia emite el decreto de creación de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Además de otorgarle el carácter de tribunal para los asuntos profesionales y de cuerpo director de los estudios médicos universitarios, el citado decreto le confiere a la Facultad de Medicina atribuciones específicas relativas a la salubridad pública.

La separación de Venezuela de la Gran Colombia y el predominio de sectores conservadores, negadores de los derechos conquistados durante el proceso independentista, sumió al país en una gran inestabilidad política, y los avances en materia de salubridad pública fueron limitados. Hasta 1888 solo existían en Caracas 1 hospital militar, 2 pequeños hospitales privados y 6 albergues de beneficencia para pobres de solemnidad, retrotrayendo así las viejas concepciones típicas de las Leyes de Indias del período colonial.

En el año 1889 y a instancias del doctor Calixto González, por resolución del Ministro de Instrucción Pública se decide enviar a París con beca del gobierno nacional, a un joven médico venezolano para que se especializara en las ramas experimentales de la medicina requeridas en el país para modernizar los estudios médicos y garantizar el progreso científico de la medicina nacional. El joven designado fue José Gregorio Hernández y posteriormente fueron ocurriendo avanzadas de médicos venezolanos a Europa constituyéndose en pioneros de los avances científicos y de salud pública en nuestro país. A pesar de todos estos conatos de avance científicos en el área de la medicina, el tradicional sistema de asistencia médica continuaba siendo la visita domiciliaria del médico con su maletín, inclusive hasta mediados del siglo XX.

Posteriormente un grupo de médicos venezolanos fueron formándose en Europa, EEUU y en otros países, entre los cuales destacan: Dr. A. Gabaldón, Dr. J.F. Torrealba, Dr. J. Convit, Dr. L. Razetti, Dr. E. Tejera, Dr. Fernández Moran, entre otros.

En 1936, aparece en escena el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y en 1944 el IVSS. Para ese momento se puede describir la salud pública como “una lucha cuerpo a cuerpo” con las enfermedades que causaban más morbilidad y mortalidad como la tuberculosis, poliomielitis, mal de Chagas y el paludismo, es decir, no existía un verdadero plan integral de salud pública.

Posteriormente, aparece lo que se puede llamar “un sancocho” de propuestas de salud. Asumiendo prácticamente cada institución, un plan particular de salud: IPASME, IPSFA, PDVSA, Misión Barrio Adentro, Misión Milagro, Misión Salud, Misión Madres del Barrio, Plan de salud de CVG, etc.

Situación Actual: La infraestructura de salud dependiente del Estado y la medicina privada es una necesidad mas no es una solución. Pudiera semejarse más a un fracaso que a una solución. De poco sirven los equipamientos sanitarios si el problema radica en los riesgos medioambientales e inclusive de hábitos sociales y abandono oficial de la población.

Las alternativas que se deben buscar para darle soluciones reales a los problemas sanitarios de las poblaciones muchas veces no dependen exclusivamente del sector salud, sino por el contrario generalmente abarca prácticamente todos los aspectos de la organización política, económica, social y ecológica, de una comunidad.

Han vuelto las enfermedades consideradas como extintas. Hoy en 14 Estados se sufren situaciones graves de Paludismo (136.402 casos). Se han contabilizado 1.269 casos de tuberculosis en el 2013. Las estadísticas oficiales son poco confiables. Aseguran que dejan por fuera el 43% de los casos. Venezuela finalizó 2015 con más de 130 mil casos de malaria, 56 mil de dengue y 46 mil de sarampión. El último Boletín Epidemiológico fue divulgado en noviembre de 2014.

76 madres mueren por cada 100.000 nacidos vivos y al menos 13 de los 24 estados que conforman el país superan el promedio nacional en 80 por cada 100.000 nacimientos. De ese número, al menos 33% son casos de embarazo adolescente, un mal que ubica al país con la mayor tasa en toda Latinoamérica.

Se han agregado nuevas morbilidades y mortalidades (caso del ZIKA, se calcula en 500.000 los casos actuales de esta enfermedad, se esperan reportes poco halagadores en partos de mujeres embarazadas para los meses de julio y agosto de este año). Ha disminuido la capacidad de enfrentarlas: a) calidad profesional (MICS). b) centros de atención en crisis. c) carencia de medicamentos y reactivos.

Ha disminuido el promedio de vida por falta de medicamentos e insumos y material médico quirúrgicos en los centros de salud, mala alimentación y mala calidad de vida. d) deterioro de los servicios públicos (aseo urbano, agua potable, electricidad, etc.) e) viviendas indignas. f) deficiente educación de salud. g) Inseguridad. h) otros.

### **Salud poblacional: ¿con qué país nos hemos de encontrar?**

- Mortalidad infantil: se ralentiza por debajo de la media iberoamericana.
- Mortalidad materna: 76/100.000
- Incidencia de embarazo precoz (33% de los partos profesionalmente asistidos).
- Mortalidad por enfermedad aguda: 10%-12% de incremento desde 1999.
- Mortalidad cruda por VIH/SIDA (en franco ascenso desde 2002: de 4.7 a 6.2/100.000 habitantes).
- Descenso en coberturas vaccinales: ej. sarampión 74% (norma: 95%).

### **Conclusión: no cumpliremos con las Metas del Milenio**

#### La cuestión financiera

- Gasto total en salud.....6.3% PIB
- Gasto público en salud... 3.0% PIB
- Gasto privado en salud... 3.1% PIB
- Otras fuentes de gasto....0.2% PIB
- Costo estimado MBA.....US\$ 6.516M.

## **La situación de las redes asistenciales: oferta y demanda**

- 11.882 ambulatorios (MPPS, IVSS, Ipas-ME, Sanidad Militar y, sobre todo, MBA):
- 283 hospitales y 40 mil camas hospitalarias públicos, 10 mil camas hospitalarias privadas:
  - 1.7/1000 habitantes (norma O.M.S: 2.5- 4 camas/1000 habitantes).
  - 80% bajo monopolio público (MPPS-IVSS-Sanidad Militar)
  - Eficiencia sector público=1/2 sector privado
- Distribución de la demanda (nivel I-II):
  - 73% sector público (la mitad a MBA)
  - 37% sector privado
- Distribución de la demanda (nivel III-IV), Caracas:
  - 65% sector privado
  - 35% sector público

## **La situación del capital humano**

- La diáspora médica oficial: 8519 médicos
  - 42% al exterior
  - 25% al sector privado
  - 33% fuera del ejercicio
- Política salarial totalmente fuera de mercado (la actual y las pasadas): incentivo claro para el éxodo.
- El intrusismo médico como problema de estado (los MICs).

## **Causas de abandono por parte de los profesionales de la salud:**

1.- Bajos salarios, que compatibilizan su trabajo en el sistema público con la práctica privada. Según algunas fuentes con contratos de 6 a 8 horas diarias, pero la mayoría asistía un promedio de 3 horas.

2.- Mal equipamiento de los centros, con bajos “insumos”, que limita la eficacia de la práctica y desincentiva la motivación profesional.

3.- Problemas de inseguridad y violencia (ataques, robos, incluso violaciones de personal sanitario)

4.- Falta de compromiso social hacia una parte del personal sanitario (vivienda, alimentación, dotación de uniformes, etc.).

## **Derecho a la salud**

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.

Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. ¡Hay soluciones para la sanidad venezolana!

- Lineamientos para la política sanitaria de la apertura democrática
  - Inclusión
  - Accesibilidad
  - Aceptabilidad
  - Calidad

Lo que específicamente se traduce en...

Articular una oferta de servicios con sentido para el ciudadano y: Expandir al máximo el alcance de los programas verticales de salud, con especial énfasis a los planteados en las Metas del Milenio (vacunas, salud materna y control de enfermedades infecto-contagiosas).

- Con base en:

- Una operación gobernable (organización y disciplina, control de la corrupción)
- Gestionada de modo descentralizado
- Con un MPPS en funciones de rectoría

Uno de los grandes errores de la medicina ha sido el de pensar que el tratamiento de una enfermedad, generalmente está sometido al suministro de alguna (s) sustancia (s) farmacológica.

De poco sirven los equipamientos sanitarios si el problema radica en los riesgos medioambientales e inclusive de hábitos sociales y abandono oficial de la población.

Nuestra salud no solo depende del bienestar físico y psíquico de cada individuo, sino que además, en el momento que se pierde el equilibrio con la familia, tu ambiente de trabajo, con tu ciudad, con tu entorno natural, etc., en ese momento comienzas a enfermarte. Entonces, no basta con que el Estado invierta en infraestructuras de salud.

Las alternativas que se deben buscar para darle soluciones reales a los problemas sanitarios de las poblaciones muchas veces no dependen exclusivamente del sector salud, sino por el contrario generalmente abarcan prácticamente todos los aspectos de la organización política, económica, social y ecológica de una comunidad.

### **La medicina debe cuidar de la salud y no de la enfermedad.**

De este gran volumen de ciudadanos que acude a los centros de salud en búsqueda de solución a sus padecimientos, un alto porcentaje de ellos simula o somatiza, consciente o inconscientemente, patologías que en realidad no existen o no la padecen. Esta situación conlleva a grandes gastos en materia de salud (medicamentos, procedimientos, tecnología, profesionales de la salud, deterioro de infraestructuras, etc.). La principal causa que motiva este comportamiento humano es el deterioro de su calidad de vida. Es allí donde debemos centrar las ideas y las soluciones.



Fomento de estilos de vida sanos: calidad de vida.

Educación. Vivienda digna. Planificación familiar. Empleo. Buena alimentación. Deporte. Medios de transporte adecuados. Seguridad. Vialidad. Buen funcionamiento de los servicios públicos. Lugares públicos de esparcimiento. Centros de salud bien equipados (profesionalmente, tecnológicamente, medicamentos y otros insumos).

“La verdadera revolución sanitaria consiste en mejorar la calidad de vida del ciudadano, de tal manera que este ciudadano rompa con una cadena de acontecimientos que con frecuencia lo conducen inexorablemente a solicitar asistencia médica y hospitalaria”.

El médico trata con personas que, por la razón que sea, sufren. Uno de los deberes de la profesión médica es, sin duda, ayudar al paciente a aliviar ese sufrimiento. Para ello el médico se debe hacer valer de varias herramientas, algunas tienen que ver con la ciencia, otras con la tecnología y siempre, con el arte de curar y apoyándose en otras disciplinas, sobre todo en la educación. Pensar que la medicina solo se debe aplicar a los ya enfermos dejando a un lado la educación y la prevención es impedir la evolución hacia el bienestar de los individuos.

### **Necesidad de enfermarse**

La madre que sufre una hemorragia (genital, gástrica o cerebral) por no soportar una vida familiar conflictiva e insatisfactoria (vivienda indigna, hacinamiento, esposo alcohólico, desempleo, falta de servicios públicos, inseguridad, hijo drogadicto, hija con embarazo precoz, etc.). El dolor y el sufrimiento, la sensación de vergüenza y humillación de esa persona son tantas que, insoportables, obligaron a su organismo a tener una salida orgánica. Y el resto de la familia no escapa de verse en la necesidad de somatizar esa situación emocional, funciona como un efecto dominó para el núcleo familiar. Los repositores de oficio, se convierten en hipocondríacos para no asumir su responsabilidad. El individuo hace entonces del cuerpo el escenario para la expresión de su angustia. Una vez que tenemos a la persona enferma, “tratamos a la enfermedad y no al enfermo”.

## Concepto de enfermedad y curación

Dolor de cabeza →	analgésico
Diarrea →	antidiarreico
Tuberculosis →	Protocolo anti tuberculosis

En el caso del dolor de cabeza, si el analgésico no da resultado, el paciente acude al médico general, este lo remite al especialista, este decide estudiarlo y solicita: tomografía, resonancia magnética, laboratorio, punción raquídea, electroencefalograma. Pero la realidad de este enfermo es la de encontrarse en una situación de angustia, estrés, preocupación, miedo, hambre, agotamiento físico o psíquico y al final el dolor de cabeza persiste a pesar del esfuerzo y lo costoso que resulta el tratamiento.

En términos generales, en la normativa contemplada por el nuevo marco constitucional y en las actuales políticas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). Al respecto se señala en la Memoria y Cuenta de 1999: "Los lineamientos generales establecidos por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social para el año 2000 tiene [sic] como área de acción el equilibrio social basado en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de la población. En tal sentido, la directriz estratégica se orienta hacia el desarrollo integral de la salud y bienestar del individuo, familia y comunidad..." "Se impone de manera impostergable un cambio cultural profundo, que incluya la modernización del Despacho sobre la base de una redefinición de sus competencias; la construcción de un Sistema Intergubernamental de salud, dentro del contexto de descentralización, con mecanismos de asignación de fondos a los estados y redes de establecimientos bien consensuados.

Los niveles primarios y secundarios de atención en la salud, no han cumplido con uno de sus propósitos el cual consiste en evitar el congestionamiento de pacientes hospitalizados.

## Conclusiones

1.- Hoy más que nunca la salud de cualquier población no está conceptualmente ni operacionalmente subordinada de manera exclusiva al campo de la medicina, existiendo cada vez más la necesidad de contar con el aporte de otras disciplinas.

2.- Situaciones que se presentan diariamente en una comunidad y que condicionan la salud de una población:

- Crecimiento demográfico.
- Hacinamiento urbano.
- Comportamiento incorrecto o desordenado de sus ciudadanos.
- Incapacidad de sus autoridades.
- Las necesidades de servicios.
- Una creciente clase media empobrecida que aumenta el número de usuarios del servicio público de salud.

Son cuestiones o factores que exceden enormemente el área estrictamente medicinal, epidemiológica o asistencial.

3.- Dicho panorama se agrava cuando ocurren cambios en los estilos de vida y en la convivencia entre las personas (inseguridad, delincuencia común, delincuencia policial, “encarcelamiento domiciliario”, impunidad, mala praxis profesional, incapacidad (en el caso de la medicina integral comunitaria agravada voluntariamente por el gobierno central), exclusión social, desempleo, cambios en el medio ambiente (contaminación del medio ambiente: disposición de basura, aguas servidas, industrias, vehículos automotores, etc.), inflación, etc.

4.- De poco sirven la construcción, los equipamientos y renovación de los centros de salud (hospitales, módulos, etc.), si el problema radica en los riesgos medioambientales, hábitos sociales, abandono oficial de la población y ¿Por qué no? también los problemas internos del centro de salud como la mala administración, mantenimiento, corrupción, indisciplina profesional, pérdida de materiales e insumos, etc.

5.- Protección de la salud con fundamentos jurídicos de la legislación que versen sobre estas áreas ya que es ahí donde reside la capacidad que el Estado posee para proteger la salud pública (Constitución Nacional, legislaciones, reglamentaciones, normativas, ordenanzas, etc.)

6.- Uno de los principios básicos de la biología moderna expresa que no hay ningún ser que pueda vivir aislado en el ambiente que habita, sino que por el contrario está recibiendo continuamente los efectos del mundo que le rodea, a la vez que influye de alguna manera sobre aquél.

Una persona empleada ocupada, dignificada, bien alimentada y con una autoestima alta no se enferma. Una persona enferma es la víctima de su entorno.

“No hay enfermedades sino enfermos” - Claude Bernard (1813-1878)

“La verdadera revolución sanitaria consiste en mejorar la calidad de vida del ciudadano, de tal manera que impida que este ciudadano tenga la necesidad de solicitar asistencia médica y hospitalaria”.