

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL IAHULA RELACIONADO CON LOS DERECHOS CONSTITUCIONALES EN VENEZUELA-2020

Aguilar, Angy¹  (angyaguilar29@gmail.com); Romero, Yajaira²  (yromero581@gmail.com)

1 Odontólogo, Universidad de Los Andes.

2 Profesora titular del Departamento de Investigación “José Rafael Tona Romero”. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

Autor de contacto: Angy Aguilar

e-mail: angyaguilar29@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Aguilar A, Romero Y. Acceso a la atención médica en el IAHULA relacionado con los derechos constitucionales en Venezuela-2020. *IDEULA*. 2023;(12): 69-92.

APA: Aguilar, A. y Romero, Y. Acceso a la atención médica en el IAHULA relacionado con los derechos constitucionales en Venezuela-2020. (2023). *IDEULA*, (12), 69-92.

Recibido: 26-6-23

Aceptado: 31-8-23

RESUMEN

Introducción: la salud es concebida como un derecho humano, social y fundamental de los seres humanos, el Estado debe garantizar a la población el acceso gratuito a los servicios de salud en igualdad de oportunidades. Sin embargo, la situación que se presenta en nuestro país en relación con la cobertura en salud es crítica, debido a los diversos problemas entre los que se destacan; condiciones desfavorables de las instituciones públicas, pérdida del poder adquisitivo de la población, entre otros factores desencadenantes.

Objetivo: analizar el acceso a los servicios de salud en un grupo de pacientes y personal de salud que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes con relación a lo establecido en los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. **Metodología:** el tipo de investigación fue analítica con un diseño de campo, la muestra estuvo conformada por 14 participantes, distribuidas entre el personal de salud que labora en el IAHULA y pacientes que asistieron a distintas áreas clínicas de la institución. **Resultados:** los participantes manifestaron haber recibido una atención médica adecuada, y acceso a estudios, exámenes médicos, insumos y suministros básicos. Sin embargo, expresaron limitaciones económicas, deficiencia de los servicios en la institución, deserción laboral, entre otros factores. **Conclusiones:** el acceso a la atención médica en el IAHULA se vio afectada por las desigualdades económicas, políticas y sociales presentadas en el país, desencadenando condiciones desfavorables, conllevando a la pérdida de garantías constitucionales en el sector salud.

Palabras clave: acceso, atención médica, derecho a la salud, servicios de salud.



ACCESS TO HEALTH CARE IN THE IAHULA RELATED TO CONSTITUTIONAL RIGHTS IN VENEZUELA-2020.

ABSTRACT

ABSTRACT

Introduction: health is conceived as a human, social and fundamental right of human beings, the State must guarantee the population free access to health services with equal opportunities. However, the situation in our country in relation to health coverage is critical, due to various problems among which stand out; the acquisition of supplies and inputs, unfavorable conditions of public institutions, deterioration of nutrition services, among other triggering factors.

Objective: to analyze the access to health services in a group of patients and health personnel working at the “Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes” (IAHULA) in relation to the provisions of articles 83, 84 and 85 of the Constitution of the Bolivarian Republic of Venezuela. **Materials and Methods:** the study was analytical with a field design, the sample consisted of 14 participants, distributed among health personnel working at IAHULA and patients attending different clinical areas of the institution. **Results:** Participants reported that they received adequate care, obtaining availability of some studies, medical exams, and basic supplies. However, they expressed economic limitations, deficiency of services in the institution, labor desertion, among other determining factors. **Conclusions:** access to medical care at IAHULA was affected by the economic, political and social inequalities present in the country, triggering unfavorable conditions, leading to the loss of guarantees in the health sector.

Key words: access, health care, right to health, health services.



INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho social^{1,2} y fundamental, obligación del Estado³ que debe garantizar una calidad de vida digna, acceso a los servicios básicos⁴, y a su vez, que brinde el bienestar adecuado^{5,6} de la población en forma gratuita⁷, y en condiciones de igualdad de oportunidades⁸. Asimismo, la salud no distingue raza, religión, ideología política, género, condición económica o social; es por ello, que los Estados deben adoptar medidas para reformular toda legislación, práctica o política discriminatoria^{9,10}.

A su vez, la cobertura y acceso universal en salud se caracterizan por mejorar las condiciones y necesidades en cuanto a los servicios integrales de salud, promoviendo el bienestar y la disminución de las diferentes enfermedades, con la finalidad de que la población reciba atención y tratamientos oportunos y eficaces^{11,12}.

A nivel internacional, durante el año 2015 se desarrolló en Perú una investigación donde expresaron que no se está cumpliendo lo establecido en la Constitución de dicho país, debido a que los pacientes atendidos en esa institución presentaron quejas por no recibir una atención adecuada, dificultad para el acceso a los servicios, tratamiento defectuoso por parte del personal, entre otros inconvenientes⁴. Por otra parte, en el año 2016 se desarrolló en Ecuador, un estudio donde se reportó que a pesar de que la salud es un derecho, se ha violentado debido al limitado acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada, entre otras dificultades¹³.

El sistema de salud de Venezuela está conformado por un sector público y un sector privado, el sector público está constituido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, los organismos de salud descentralizados y las instituciones de la seguridad social, principalmente el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME), Petróleos de Venezuela (PDVSA) así como también, las instituciones públicas universitarias en las diferentes entidades del país, que se encargan de prestar



servicios para ayudar a cubrir las necesidades de la población, logrando una mayor cobertura; y el sector privado está constituido por quienes prestan sus servicios a cambio de pago directo y por compañías de seguros de salud^{14,15}.

El acceso a los servicios de salud y atención médica óptima debe ser garantizada por los organismos pertinentes, tal como lo expresa la legislación venezolana en el artículo 83 en relación a lo establecido sobre el derecho a la salud, y de esta manera el Estado venezolano permita el desarrollo efectivo y bienestar de los ciudadanos, ofreciendo la garantía del cumplimiento efectivo de este derecho. El informe elaborado por la Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida (CODEVIDA) y el Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea), señalan que la situación actual del derecho a la salud en Venezuela es crítica, principalmente por el estado de deterioro de la salud pública debido a la omisión por parte de las autoridades nacionales respecto a sus obligaciones establecidas en los artículos 83, 84 y 85 de la norma constitucional⁹.

Para el año 2018 el sistema de salud en Venezuela se vio afectado de manera crítica; algunos de los factores desencadenantes de esta situación fueron, el desabastecimiento de medicamentos, desmejora en los servicios de nutrición¹⁰; así como también, las barreras y limitaciones que presentan los pacientes para obtener los insumos básicos.

Para el año 2019 Azkoul et al. publicaron una investigación donde identificaron los elementos claves que conllevaron a la emergencia humanitaria compleja en Venezuela, entre ellos se destacan: la crisis alimentaria, repunte de enfermedades emergentes y remergentes y el desplazamiento forzado de la población; algunos resultados relevantes en referencia al sector salud señalan que en los últimos años, 25.000 embarazadas no recibieron control prenatal y aproximadamente unas 7.500 lo hacen tardíamente; para el 2015 fallecieron 8.812 niños menores de un año, cifra que aumentó 30,12% para el año 2017 con 11.466 niños fallecidos. Déficit de medicamentos para los pacientes con cáncer que ha llevado al aumento de los casos en fase



terminal, 38% para el 2010 a 65% en el año 2017, asimismo los autores destacan algunas realidades y el panorama en el que se encuentra Venezuela resaltando las fallas y ruptura en las políticas del Estado cuyas consecuencias se ven reflejadas en la población afectando su bienestar físico, económico y social¹⁶.

Debido a los numerosos problemas presentes en Venezuela, la población se ha visto gravemente afectada como consecuencia de la coyuntura política, económica y social, desencadenado una serie de factores negativos como: la escasez de medicamentos en los años 2013 y 2014, con unas cifras reportadas entre 37% a 50%, así mismo, se han retirado 15.000 profesionales de la medicina, persistiendo el déficit del personal de enfermería, aproximadamente en un 60%, además de los bioanalistas¹⁷.

El acceso a la atención médica es uno de los determinantes sociales fundamentales para el desarrollo de la calidad de vida, así como las condiciones de salud de la población en general, debido a los diferentes problemas presentes en Venezuela, se han desencadenado una serie de factores desfavorables en cuanto a la cobertura del sector salud, destacándose entre ellos; la escasez de suministros e insumos, bajo poder adquisitivo, fallas en la infraestructura de las instituciones públicas hospitalarias, funcionamiento reducido de equipos médicos y de laboratorios, entre otros.

En vista de que no se ha reportado en la literatura investigaciones sobre el impacto que ha tenido la situación política, social y económica nacional en la prestación de servicios de salud por parte del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, se identificó la necesidad de desarrollar la presente investigación, generando nuevos aportes y referentes científicos que a futuro permitan el seguimiento en torno al acceso a los servicios de salud y atención médica por parte de esta institución que se constituye como uno de los principales centros de referencia en el occidente del país. Además de ello, esta investigación contribuye a hacer visible una problemática que requiere el reforzamiento y diseño de políticas públicas de salud, planes que mejoren la calidad



en los servicios y fortalezcan las debilidades del sector, para garantizar los derechos relativos a la salud de la población contenidos en la constitución nacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de investigación

Esta investigación fue de tipo analítica¹⁸ ya que el evento analizado fue reinterpretado a partir de la información suministrada por los participantes y su contrastación con los criterios establecidos en los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. El trabajo de campo, el análisis de contenido, así como la construcción de categorías fue ejecutado por una sola investigadora, por lo tanto, no ameritó el proceso de calibración. El diseño de esta investigación es de campo, contemporánea, transeccional, y unieventual; debido a que se desarrolló en un momento particular del presente¹⁸, a través de los pacientes y personal de salud del IAHULA, y abarca un evento de estudio específico.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 14 participantes: 7 profesionales de la salud y 7 pacientes (Tabla N° 1). Seleccionados de forma no probabilística¹⁸, por medio del muestreo teórico en la investigación cualitativa¹⁹, es decir, la selección de los participantes se realizó a partir de los criterios establecidos por el investigador¹⁸, así como de los resultados generados por los primeros entrevistados. Se utilizó la muestra homogénea, ya que las unidades de estudio seleccionadas presentaron características similares¹⁹.

El tamaño de la muestra se estableció por medio del principio de saturación en base a las necesidades de información¹⁹, es decir, la información se recolectó hasta el punto en que ya no se obtuvo información nueva y la misma comenzó a ser redundante en el transcurso de la recolección y transcripción de las entrevistas.

**Tabla 1. Conformación de la muestra**

Conformación de la muestra	
Pacientes que asistieron a diferentes áreas clínicas del IAHULA	7
Médicos cirujanos y especialistas	3
Licenciadas en Enfermería	2
Licenciadas en Bioanálisis	2
Total: 14 participantes	

Tabla 2. Perfil de los participantes

Participantes	Perfil de los participantes
P1	Participante femenina de 53 años, ama de casa, madre de familia, muy receptiva y colaboradora durante la entrevista, esposa de un paciente de 58 años que padece Síndrome de Cushing, provenientes de Barinas, se trasladaron en varias oportunidades hasta el estado Mérida donde fue intervenido quirúrgicamente en el IAHULA.
P2	Paciente femenina de 26 años, estudiante universitaria perteneciente a la Universidad de los Andes-Mérida, se desempeña como comerciante con la venta de dulces, quien padeció de apendicitis, ameritando intervención quirúrgica en el IAHULA.



P3	Madre de 25 años, ama de casa, estudiante universitaria, residenciados en Tóvar estado Mérida, su hijo de 3 años padece de microcefalia, presentaba convulsiones y fue intervenido quirúrgicamente.
P4	Participante femenina de 30 años, ama de casa, madre de familia, residenciada en los Chorros de Milla, se desempeña como comerciante, sufrió un accidente en moto con su esposo, presentando fractura en el fémur, por lo que ameritó intervención quirúrgica en el IAHULA, se mostró muy receptiva durante la entrevista.
P5	Participante femenina de 22 años, estudiante de arquitectura de la Universidad Santiago Mariño, residenciada en la avenida Andrés Bello, estado Mérida, acudió al hospital presentando malestar y dolor abdominal, relató una experiencia positiva, receptiva durante la entrevista.
P6	Paciente femenina de 37 años, que se desempeñaba como asistente de libre nombramiento del Consejo Legislativo del Estado Mérida, madre de familia, ama de casa, fue diagnosticada con Lupus.
P7	Paciente femenina de 40 años, residenciada en Arapuey, estado Mérida, ama de casa, se desempeña como maestra en una escuela rural, diagnosticada con colecistitis e intervenida quirúrgicamente ameritando colecistectomía.
P8	Médico cirujano de 58 años, Egresada de la Universidad de Los Andes, con su especialidad en Anestesiología, residenciada en el estado Mérida, con 23 años de experiencia laboral en instituciones públicas, y privadas. La informante se mostró muy receptiva al momento de la entrevista.



P9	Médico Cirujano de 30 años, Egresado de la Universidad de Los Andes, residente de 4to año de la especialidad Cirugía General en la Universidad de Los Andes, se mostró con mucha receptividad durante su entrevista.
P10	Médico Cirujano de 46 años, egresada de la Universidad de Los Andes, especialista en Medicina Interna, con 20 años de experiencia laboral en instituciones públicas y privadas de salud, desempeñándose en el área de Hematología.
P11	Licenciada en Enfermería de 57 años, egresada de la Universidad de Los Andes, desempeñándose en instituciones de salud públicas y privadas, radicada en el sector el Campito del estado Mérida, se mostró muy receptiva en su entrevista.
P12	Licenciada en Enfermería de 62 años, egresada en la Universidad de Los Andes con 28 años de experiencia laboral, desempeñándose en instituciones públicas y privadas, domiciliada en la ciudad de Mérida, se mostró muy receptiva en la entrevista.
P13	Licenciada en Bioanálisis de 28 años, egresada de la Universidad de Los Andes, con un postgrado en Microbiología en la Universidad Central de Venezuela, se desempeña en instituciones públicas y privadas, con 5 años de experiencia, se mostró muy colaboradora al momento de la entrevista.
P14	Licenciada en Bioanálisis de 34 años, egresada de la Universidad de Los Andes, con 12 años de experiencia laboral en instituciones públicas y privadas, domiciliada en la ciudad de Mérida, se mostró muy receptiva en la entrevista.



Técnica e instrumento de recolección de la información

En esta investigación se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista no estructurada¹⁸, mediante esta el entrevistado se expresó en plena libertad, a través de la cual se recopiló la información necesaria de manera sencilla y por medio de una conversación abierta a través de los informantes. Para la recolección de la información aportada por los entrevistados se utilizó como instrumento de registro una grabadora de voz, en conjunto de un dispositivo móvil, y notas de campo escritas; posteriormente se procedió a transcribir la información de manera digital a través del programa Microsoft Office Word y el programa ATLAS.ti para el análisis y la construcción de categorías. Las entrevistas se llevaron a cabo a partir de los indicios orientadores, incluyendo los tópicos que permitieran dar respuesta a los objetivos planteados. No se formularon de manera estructurada, pero durante el desarrollo de las conversaciones abiertas estuvieron siempre incluidos.

- Necesidades de atención médica solicitadas a la institución, personales o familiares.
- Experiencias personales y familiares presentadas en el proceso de tratamiento y rehabilitación de los pacientes.
- Suministros de insumos y medicamentos requeridos.
- Colaboración y donaciones de diferentes suministros básicos a través de fundaciones sin fines de lucro recibidas por la institución.
- Disponibilidad de estudios, exámenes médicos y de laboratorio.
- Déficit de reactivos de laboratorio.
- Recursos económicos para gastos de atención en salud.
- Capacidad y disponibilidad del personal de salud que labora en el IAHULA.
- Diferentes problemáticas en Venezuela que desencadenaron el ausentismo laboral y disminución del personal.
- Funcionamiento de equipos médicos.



Procedimientos e instrumentos empleados

La investigación se realizó a través de la selección de los participantes; posteriormente, se procedió a organizar el día, la hora y punto de encuentro de la entrevista mediante un mutuo acuerdo entre los informantes y la entrevistadora de manera individual; finalmente se utilizaron herramientas digitales para la transcripción y el análisis de los resultados obtenidos.

Principios éticos

Para la realización de la presente investigación se elaboró el consentimiento informado, el cual fue suscrito por todos los participantes. Por otra parte, para la presentación de los resultados se preservó la confidencialidad de los participantes evitando exponer datos personales en resguardo del anonimato.

Plan de análisis de resultados

Este estudio arrojó los resultados a través de la elaboración de técnicas cualitativas, utilizando el programa de análisis ATLAS.ti con el cual se organizó la información recolectada, se identificaron y analizaron los segmentos más significativos de los textos para proceder a la construcción de las categorías.

RESULTADOS

A partir del análisis de la información se obtuvo el desarrollo de las categorías, a través de la información aportada en las entrevistas por los participantes, y que a su vez generaron la formulación de las subcategorías de este estudio.



Tabla 3. *Categorías y Subcategorías de los resultados*

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Adquisición de suministros e insumos para el paciente	-Suministrada por Institución hospitalaria -Por compra directa por parte del paciente
Dolarización de los medicamentos e insumos médicos	- Crisis económica
Personal de salud	- Capacidad adecuada - Deserción laboral
Funcionamiento de equipos médicos y laboratorios	-Disponibilidad y acceso dentro de la institución hospitalaria. - Referidos al sector privado

- *Adquisición de suministros e insumos para la atención a los pacientes:*

En esta categoría los participantes de la investigación describieron la forma por medio de la cual obtuvieron los suministros e insumos para poder ser atendidos en el IAHULA.

P1: “Nosotros nos movimos para buscarla, porque por una clínica privada no se podía, pero se tenía el dinero de los fondos recolectados por las hijas que estaban fuera del país, y bueno gracias a Dios porque allí ellas montaron una campaña por *GoFundMe* y aparte lo que ellas podían aportarnos para todos estos gastos de exámenes, pagar la estadía en Mérida, porque él no estaba trabajando, y lo que yo ganaba no alcanzaba para nada, entonces compramos esa lista de insumos”.



P2: “En ese momento mi familia se movilizó a buscar los insumos, pero allí regresaron porque me pasaron directamente a quirófano, porque en el hospital había algunos, solamente tuvieron que comprar luego analgésicos por la vía endovenosa”.

P5: “Los antibióticos y la vía corrieron por mi cuenta, lo que me proporcionaron allá fueron los exámenes y el suero”.

Los participantes que se presentan a continuación forman parte del personal de salud de la institución y expresaron sus opiniones acerca de los mecanismos por medio de los cuales la institución recibe suministros e insumos.

P10: “En cuanto al manejo de suministros e insumos dentro de la institución, son distribuidos por depósito de insumos, son muy precarios, ya que no llega suficiente para el IAHULA; para la adquisición de materiales, insumos, medicamentos nos ayudan las fundaciones benéficas sin fines de lucro nacionales e internacionales, que aportan en la medida de sus posibilidades lo más que pueden al hospital, ya que hay poca disponibilidad de jeringas, antibióticos, material de bioseguridad, entre otros”.

P12: “La mayoría de los insumos que llegan son por donaciones de fundaciones, porque en realidad el gobierno no aporta mayor cantidad, el paciente tiene que llevar muchos de los insumos para resolver su situación, incluyendo medicamentos, estudios”.

- *Dolarización de los medicamentos e insumos médicos:*

Los pacientes describieron las diferentes vías a través de las cuales obtuvieron los recursos financieros para costear sus tratamientos. Por otra parte, los profesionales de la institución expresaron las vías de entrada de los recursos económicos.

P4: “Nosotros mismos costeamos los gastos, pero también tuvimos ayuda familiar y de muchos amigos”.



P6: “Ni los dos, ni tres salarios porque yo no gano en dólares, la pastilla, el tratamiento como tal cuesta 250 dólares la caja, tengo que vender una máquina de las que tengo de coser, que es una bordadora, para cubrir un dinero que se prestó, porque es la única forma que tengo, para poder salir de la crisis porque necesitaba salir de la crisis”.

P7: “Pues es bastante porque aquí no tenemos un gran ingreso alto, mi familia son agricultores y lo que yo gano en mi sueldo, en bolívares no me alcanza ni para comprar una jeringa, porque uno de los sueros que me pidieron cuesta 200.000bs y es más o menos lo que yo gano mensual y me pidieron 5 sueros ringer y 5 sueros N°09 y claro con la ayuda de mi papá, de mis hermanos y del papá de mi hijo es que solventamos los gastos porque si no, no me hubiese operado”.

- *Personal de salud*

Los participantes que se presentan a continuación forman parte del personal de salud, así como también los pacientes, en esta categoría describieron la cantidad de trabajadores de la institución, asimismo expresaban el déficit del personal de salud y los factores determinantes que ha influido en la deserción laboral.

P1: “El personal era suficiente en ese momento, sobretodo el de enfermería, a él lo atendió una enfermera increíble y la gente de la UCI, a él lo operaron allí porque la operación era de muy alto riesgo, incluso yo tuve que firmar una autorización”.

P2: “Me vieron 5 médicos y tuve que esperar para la cirugía desde las 9 de la mañana que ingresé hasta las 6 de la tarde que entré a quirófano, la atención fue bastante buena en general, pero el personal enfermero no brindaba una atención adecuada, y creo que es porque no hay suficiente personal, porque no aparecían al momento de solicitar su ayuda”.

P8: “Acuérdate que el hospital es un hospital tipo IV, si hay suficiente personal para atender todos los pacientes que nos llegan de el Vigía, Santa Bárbara, Barinas, a partir de la pandemia



se empezó a disminuir un poquito, tanto enfermería como el personal médico, nosotros te hablo con respecto al servicio de anestesiología”.

P9: “Con relación a enfermería desde antes de la pandemia habíamos visto una crisis sumamente importante, inclusive en áreas importantes como trauma shock o mixta ha disminuido muchísimo la calidad de atención en enfermería”.

P12: hay mucha deficiencia en personal, porque la mayoría se ha ido o ha renunciado, a pesar de eso se siguen atendiendo a los pacientes, las emergencias, y los estudios más necesarios. Hay muy poco personal, el que está yendo es por vocación, no por un sueldo, porque en realidad los salarios son muy bajos”.

P13: “Es mucho el trabajo que siempre llega al hospital, y el personal es insuficiente, a medida que pasa el tiempo más personal hace falta, pero no van por alguna razón, porque tienen reposo, o por el tema de la gasolina, eso afecta mucho en el ausentismo laboral, la emigración, los bajos sueldos, también la pandemia, mucha gente renunció porque no querían exponer su vida, por ejemplo, en el área de laboratorio que es quizás donde yo conozco más, si somos suficientes los bioanalistas, pero hacen falta muchos asistentes y técnicos, entre ellos quizás son los que hay más deficiencias”.

P14: sí falta personal, porque en vista del problema país pues se han ido muchos, varios asistentes, varios bioanalistas, nos hace falta el auxiliar del fin de semana, el que lava el material, no tenemos quién cubra lo que es cuando hay algún reposo, vacaciones, tenemos que cerrar fila entre nosotros”.

- *Funcionamiento de equipos médicos y laboratorio*

En esta categoría los participantes relataron cómo es el funcionamiento de los equipos, así como también aportaron información sobre las fallas y falta de mantenimiento que estos presentan,



además de la disposición de exámenes que se les realizan a los pacientes, o bien la garantía o falta de reactivos en el laboratorio.

P2: “Sí todos me los hicieron allá en el hospital, me mandaron a hacer hematología completa, glicemia, tiempo de coagulación y de orina”.

P4: “Nos tuvimos que hacer los exámenes un laboratorio privado, ya que en el hospital no contaban con los reactivos suficientes para que nos los realizaran”.

P6: “Algún tal cual examen que en el hospital en ese momento no lo hacían, pues se hacía allí cerca”.

P11: “En estos momentos el servicio de oncología no está funcionando, las radioterapias no se están cumpliendo, porque el equipo de radioterapia se dañó hace muchos años y ya no funciona, el tomógrafo que llegamos a tener en el Hospital Universitario de Los Andes era excelente, pero con los bajones y apagones hace años que se dañó y no se volvió a reinstalar”.

P10: “El funcionamiento de rayos X, ecosonograma y laboratorio es a medias, su funcionamiento depende del momento cuando haya reactivos, mayormente no hay”.

P8: “En cuanto a equipos estamos graves, el equipo de rayos X a veces funciona, cuando es que no hay placas o están dañados, no hay mantenimiento, tomografía y resonancia creo que tenemos 4 o 5 años si no es que más que no funcionan, teniendo buenos equipos de resonancia en el IAHULA, lo mismo pasa en quirófano, de 13 quirófanos que teníamos, ahorita solo están funcionando 2 o 3 nada más”.

P12: “En gastroenterología por lo menos, se están haciendo endoscopias, pero no con el endoscopio que se debería sino con el de niños porque el otro está dañado, gammagrafías no se están haciendo porque en medicina nuclear el equipo se descalibró”.



DISCUSIÓN

En Venezuela la salud forma parte de los derechos ciudadanos consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. En el artículo 85 se establece que el financiamiento del Sistema Público Nacional De Salud (SPNS) es obligación del Estado²⁰, sin embargo, en las narrativas de los participantes de la investigación se evidencian el déficit de insumos y suministros que enfrenta el IAHULA, el cual forma parte del SPNS y constituye un centro asistencial de referencia para la región occidental del país. A pesar de recibir aportes de fundaciones benéficas sin fines de lucro nacionales e internacionales, se pone en evidencia el marcado déficit existente para la prestación de los servicios, y en consecuencia, los pacientes y sus familiares se ven en la necesidad de buscar alternativas económicas para financiar los gastos que genera la atención hospitalaria ya que sus presupuestos familiares resultan insuficientes para poder cubrirlos.

Durante las últimas décadas Venezuela enfrenta una profunda crisis económica caracterizada por la hiperinflación y la escasez²¹, los ingresos de los participantes (bolívares) resultan insuficientes para adquirir medicamentos que se venden en el mercado local en dólares.

En la CRBV también se establece la responsabilidad del Estado para garantizar el acceso a los servicios de salud, entre los que se incluyen de forma amplia la promoción y la prevención, hasta los aspectos curativos, por lo tanto, son considerados como la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios, así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población²².

Por su parte, el estudio de González²³ sobre la crisis del sistema de salud en Venezuela reportó que para el año 2014 no se contaba con 88% de las medicinas más esenciales y 79% de los insumos médicos, además de la escasez de fórmulas infantiles, materiales quirúrgicos, entre otros; estos presentan similitud con los resultados obtenidos en la presente investigación ya que



los participantes describieron sus experiencias en las cuales reportaron las dificultades para conseguir los medicamentos, insumos y suministros básicos que requerían para sus tratamientos en el caso de los pacientes; del mismo modo, los profesionales de la salud expresaban el déficit de equipos de bioseguridad y otros equipos médicos relevantes.

La adquisición de suministros, insumos y medicamentos forman parte de las obligaciones que debe proporcionar el Estado para garantizar la mejora, prevención, curación, y rehabilitación, de tal manera de proporcionar y ofrecerle a la población una mejor calidad de vida, al ser estos determinantes imprescindibles para su bienestar.

Los participantes de esta investigación describieron las diferentes vías para obtener los suministros básicos e insumos, y la disponibilidad de estos, además expresaron que en algunas oportunidades en la institución donde fueron asistidos les suministraron diversos insumos, sin embargo, la mayoría de los testimonios describieron las listas de medicamentos, y otros suministros que les solicitaban para poder brindarles la atención requerida. Estos resultados se corresponden al estudio de Azkoul et al. donde identificaron diferentes factores que desencadenaron la emergencia humanitaria en Venezuela, entre ellos se destacan el déficit de medicamentos para los pacientes con cáncer en fase terminal, 38% para el 2010 a 65% en el 2017¹⁶. Estos resultados indican las limitaciones económicas y presupuestarias en el acceso a los servicios de salud, así como el incumplimiento del principio de gratuidad y universalidad para la atención a la salud consagrados en la CRBV en los artículos 83 y 84.

Con relación a la cantidad de recursos, Venezuela tiene gran retraso en el financiamiento del sector salud, aun cuando en cifras absolutas, los presupuestos para el gasto público total y real han crecido mucho respecto a los años 90, este sector se financia a través de los gastos médicos directos por parte de la población y contribuye a la profundización de desigualdades e inequidades en la población venezolana, ya que el acceso a los servicios depende de la posibilidad de pago²⁴.



Los participantes de esta investigación describieron los diferentes métodos empleados para obtener los recursos financieros, ya sea través de la ayuda familiar, de amigos, o a través de algunas donaciones, fundaciones, entre otros, ya que por sus propios medios se les dificultaba acceder a todo lo que necesitaban y lograr tanto conseguir cómo cubrir los gastos que los mismos ameritaban para sus tratamientos.

Otro aspecto fundamental para garantizar el acceso a los servicios de salud lo constituye el personal profesional y técnico. En el contexto de la crisis hospitalaria en Venezuela una serie de problemáticas afectan directa o indirectamente a estos profesionales. Entre los resultados obtenidos en esta investigación destaca la falta de personal médico, de enfermería y personal auxiliar, la migración, el ausentismo laboral, y los bajos salarios. Resultados que coinciden con el estudio de Durán y Rodríguez en el 2017, dentro de los que destacan: bajo salario de los médicos y sanitarios, que compatibilizaban su trabajo en el sistema público con la práctica privada, trabajos en los ambulatorios públicos con horarios de 6 a 8 horas, pero que en muchos casos cumplían menos de las exigidas, equipamiento inadecuado de los centros con bajos insumos, desmotivación profesional, problemas de inseguridad y violencia, falta de compromiso social de una parte del personal sanitario, entre otros factores²⁵.

Por otra parte, para el año 2019 según el estudio de Ascanio, se apreció que la migración estuvo representada por población muy joven, es decir, profesionales venezolanos con edades muy productivas y útiles para el país y que a futuro pudiera estar formando parte del capital humano de relevo que se requiere para el desarrollo desde el punto de vista económico, político, social de Venezuela, y no de los países a los cuales han emigrado²⁶.

De la salud pública se han retirado aproximadamente 15.000 profesionales de la medicina, de estos, un 46% está trabajando en el sector privado. Además, persiste el déficit de personal de enfermería que los gremios calculan en 60%, además se suman a la lista los bioanalistas¹⁷, los resultados de este estudio muestran similitud con los hallazgos obtenidos en la presente investigación, en la que



se reportó un incremento en la deserción laboral, así como las dificultades que presentaban en sus trabajos en el sector público.

La atención médica, el tratamiento oportuno y la rehabilitación adecuada forman parte de un conjunto de determinantes que ayudan significativamente a la mejoría y evolución de los pacientes, donde influye la ética profesional, el cuidado de los pacientes, las prácticas adecuadas, entre otros factores de quienes requieren la prestación de los servicios de salud para solventar sus necesidades.

Asimismo, cabe señalar que en los resultados de este estudio demostraron que los participantes describieron que recibieron una atención adecuada por parte de cada uno de los profesionales por los que fueron atendidos, en caso contrario a los hallazgos mostrados en el estudio de Díaz et al.⁴ en el cual se presentaron factores desfavorables como atención médica inadecuada, así como el tratamiento incorrecto por parte de los profesionales hacia los pacientes.

Debido a la situación económica y política se manifestaron algunos problemas relevantes, entre ellos, se destaca las camas hospitalarias públicas (3 por 1.000 habitantes), comparado con el estándar internacional, Venezuela presenta un alto déficit, que ha ido creciendo en los últimos años hasta llegar a 70%. Según datos de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), entre los años 2005-2008, la tasa de camas en Venezuela fue 1,3 por 1.000 habitantes y, entre los años 2009-2011, bajó a 0,9 por 1.000¹⁷.

Además, es importante resaltar los inconvenientes que presentan algunos equipos médicos ocasionados por fallas del sistema eléctrico, mantenimiento inadecuado de los mismos, problemáticas de infraestructura, ausencia de algunos reactivos e insumos en el laboratorio de esta institución, entre otros desencadenantes; estos resultados coinciden con la investigación realizada por D'Empaire, reporta que los centros públicos de salud presentan severas fallas de infraestructura y de servicios básicos, que derivan en el colapso frecuente de sistemas de aguas negras, falta de agua, iluminación, ascensores y aires acondicionados²⁷.



CONCLUSIONES

Venezuela enfrenta durante los últimos años una de las más profundas crisis económica y social que haya registrado la historia. La misma afecta a todos los sectores de la sociedad, especialmente a los servicios responsables de la atención y cuidado de la salud de la población, a pesar de ser uno de los derechos consagrados en la CRBV puesta en vigencia en el año 2000. En los artículos 83 al 85, el texto constitucional señala, entre otros, el deber del Estado venezolano en garantizar de manera gratuita el acceso a los servicios de salud bajo los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad, el Estado debe garantizar el tratamiento oportuno y la rehabilitación de calidad, siendo el financiamiento del sistema público nacional de salud obligación del Estado.

Sin embargo, el ejercicio del derecho a la salud se ha visto impedido por un conjunto de limitaciones para los participantes de esta investigación al momento de requerir atención en el IAHULA.

El financiamiento de los servicios de salud requeridos por los participantes fue obtenido mayoritariamente en forma particular, con lo cual se violentó el principio de gratuidad, así como el de equidad, ya que quienes no cuenten con los recursos económicos suficientes para costearse los suministros y servicios que el IAHULA no puede prestar a los usuarios, no tiene garantía de recibir la atención en salud que necesita.

La crisis económica ha conducido a la devaluación de la moneda y en consecuencia a la dolarización en el costo de los medicamentos e insumos médicos, que se encuentran fuera del alcance de los ingresos económicos familiares para los participantes, por lo cual el financiamiento de la atención a los problemas de salud constituyó un gasto extraordinario.



En cuanto a los profesionales de la salud los bajos salarios, la escasez de insumos y suministros, el deficiente transporte público y el déficit del combustible, entre otros, dificultan el eficiente desempeño de sus jornadas laborales originando desmotivación y deserción laboral.

En este contexto de crisis económica, social y política el IAHULA como institución encargada de la prestación de servicios de salud, dio cuenta de las serias limitaciones que atraviesa para poder garantizar el derecho a la salud a este grupo de usuarios.

REFERENCIAS

1. Libreros L, Fuentes L. El Derecho a la salud y la promoción de la salud en el nuevo Marco Legal Venezolano: Una aproximación. *Rev Multidisciplinaria del Consejo de Investigación de la Universidad de Oriente*. 2012;24(2):196-201.
2. Bolis M. Legislación y equidad en salud. *RevPanam Salud Pública*. 2002;11(5– 6):444–448.
3. Borrell C, Artacoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *GacSanit. Agencia de Salud Pública*. 2008;22(5):465-473.
4. Díaz MM, Soto TA. El derecho a la salud y su efectiva protección en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015. [Tesis]. Perú;2015:141p.
5. Montiel L. Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. *Rev IIDH* 2004;40:292-13.
6. Cardona D, Acosta L, Bertone C. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *GacSanit* [Internet]. 2013;27(4):292- 2977. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.007>.
7. Romero Y. La salud. Un derecho humano por construir desde la educación. *RevEducere*. 2014; 18(61):399-408.
8. Ronconi L. Derecho a la salud : un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. *Rev Salud Colectiva*. 2012;8:131-49.



9. Coalición de Organizaciones por el derecho a la salud y a la vida (CODEVIDA), Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA). Artículo 12, el derecho a la salud. 2015;1-28.
10. Delgado A. El derecho a la salud en Venezuela. Una mirada desde el enfoque de los derechos humanos. *RevEspec en Investig Jurídica*. 2019;3:116-136.
11. Birn A. Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. *RevPanam Salud Pública*. 2011; 30 (2).
12. Rojas F. Debate teórico sobre salud pública y salud internacional. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2019; 45 (1).
13. Gonzales DM. Acceso al derecho a la salud de las personas con discapacidad en el Cantón Mejía.[Tesis] Quito, Ecuador. 2016; 102 p.
14. Villasana P., Caraballo J. El sistema de salud en Venezuela y sus políticas públicas: aportes para su integración desde la mirada de la salud colectiva. 2019; 27 (1): 51-64.
15. Bonvecchio A., Becerril V., Carriedo A., Landaeta M. Sistema de salud de Venezuela. *Salud PúblicaMex* 2011;5 (2):275-286.
16. Azkoul J., Salas A., Gómez R. Emergencia humanitaria compleja en Venezuela, realismo mágico de alto nivel. *RevVenezEndocrinolMetab Mérida, Venezuela*. 2019;17(2): 55-60.
17. D'Elia J. Situación de salud pública en Venezuela. 2014; 388-39.
18. Hurtado J. Metodología de la Investigación Holística. SYPAL. Caracas. Venezuela; 2000. 628 p.
19. Hernández R. Metodología de la Investigación, McGraw Hill 6ta edición. México, 2014.
20. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (2000) Gaceta Oficial N° 5.453 pag. 23.
21. Kornblihtt J., Dachevsky F. Crisis y renta de la tierra petrolera en Venezuela: crítica a la teoría de la Guerra Económica. Cuadernos del Cendes [Internet] 2017 [Consultado el 06/08/2023]34(94):1-30.



22. Fajardo, G., Gutiérrez J., García S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Rev Salud Publica Mex* 2015; 57:180-186.
23. González G. La crisis del sistema de salud en Venezuela. *RevSalus UC*. 2018; 22(1):6-7.
24. Croce N. El financiamiento del sector salud y la modernización tributaria en Venezuela. Universidad Central de Venezuela Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Caracas, Venezuela; 2002.
25. Duran N., Rodríguez M. Expectativa de vida de la población venezolana debido a la problemática de los centros asistenciales en salud de Venezuela. Una revisión cronológica de los últimos 5 años. Valencia, Venezuela. 2017.
26. Ascanio R. Profesionales universitarios venezolanos que han emigrado y la pérdida del capital intelectual para el país. *Revista de Ciencias de la Comunicación e Información*. 2019; 27: 1-14.
27. D'Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioclínica* 2010; 16(2): 127-132.