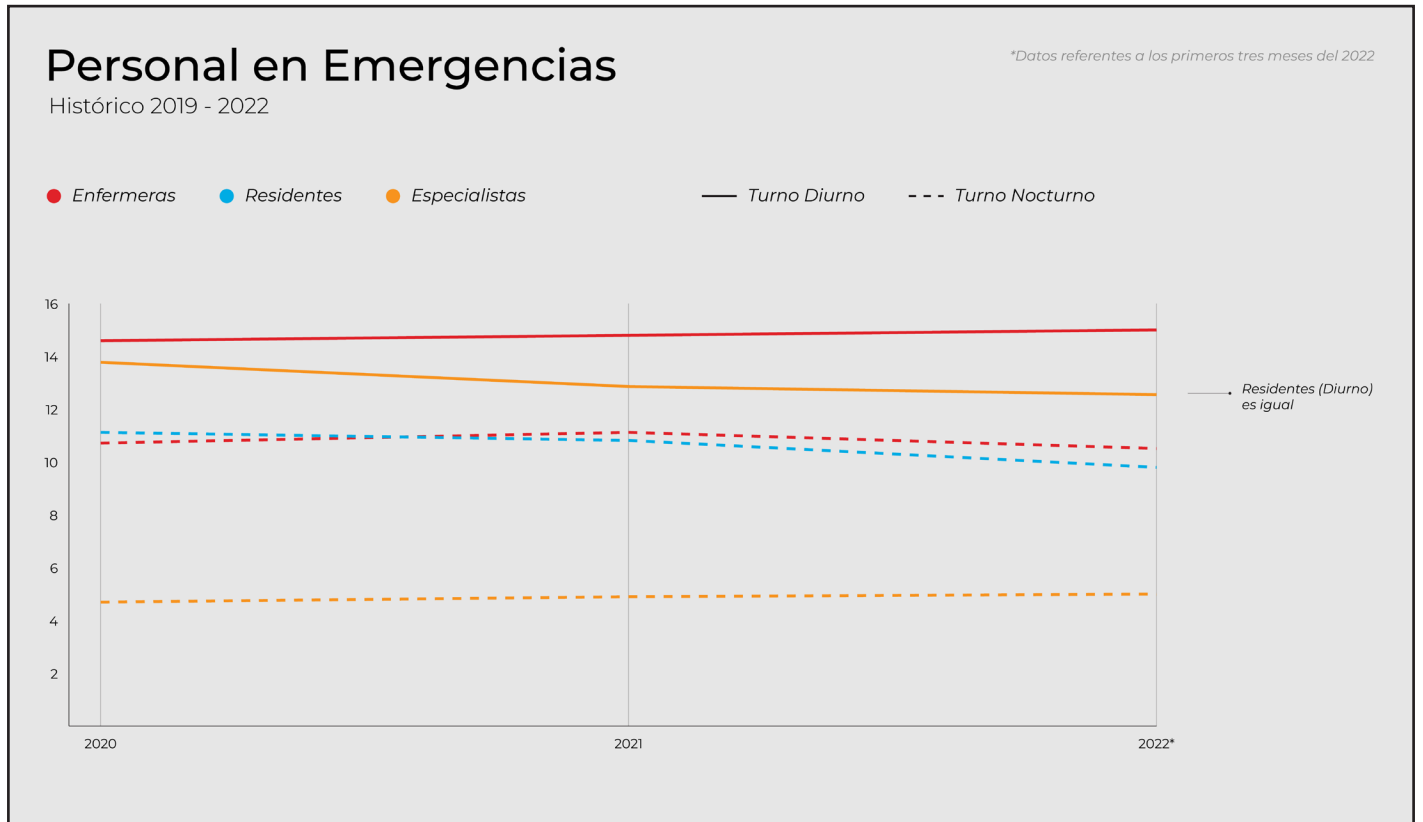


# PERSONAL DE SALUD



La infraestructura de un hospital, así como el abastecimiento de insumos y el acceso a los servicios públicos, son elementos fundamentales para que los centros de salud pueden ofrecer un servicio de calidad a los pacientes.

Sin embargo, un elemento que solemos no darle tanta atención, pero que resulta incluso más importante que los anteriores es el recurso humano disponible para la atención. Es decir, cuantos médicos, enfermeras, técnicos, personal obrero, etc está en el lugar para atender a los pacientes, especialmente a los que llegan a las emergencias.

A fin de monitorear esto, la Encuesta Nacional de Hospitales ha estado registrando sistemáticamente cuantos médicos residentes, especialistas y enfermeras hay en cada turno de las emergencias de los hospitales monitoreados; siendo estos los turnos diurnos y nocturnos.

En el gráfico presentado, podemos observar el comportamiento de estos profesionales en ambos turnos desde el año 2019. A fin de hacer esta comparación, fueron tomados los primeros tres meses de cada año.

Con relación al personal de enfermería vemos como en ambos turnos es quien más personas tiene. La explicación de esto es que son ellos quienes son los operadores de las salas de emergencia. Es decir, el personal de enfermería tiene la responsabilidad de ejecutar las indicacio-

nes de los médicos y de monitorear constantemente la condición de todos los pacientes. Mientras que los médicos especialistas atienden únicamente a los pacientes que presentan condiciones de su especialidad, el personal de enfermería debe atender a la totalidad de los pacientes ingresados.

***El personal de enfermería se mantuvo igual en el turno diurno, con un promedio de 14 enfermeras en ese turno***

En cuanto a los médicos residentes y especialistas, tenemos un comportamiento muy parecido en el turno diurno. Ambos registran un descenso desde el 2020 al 2022.

***En el año 2020 había un promedio de 13 médicos, mientras que para el 2022 registramos un promedio de 12***

Esto puede ser explicado por múltiples factores.

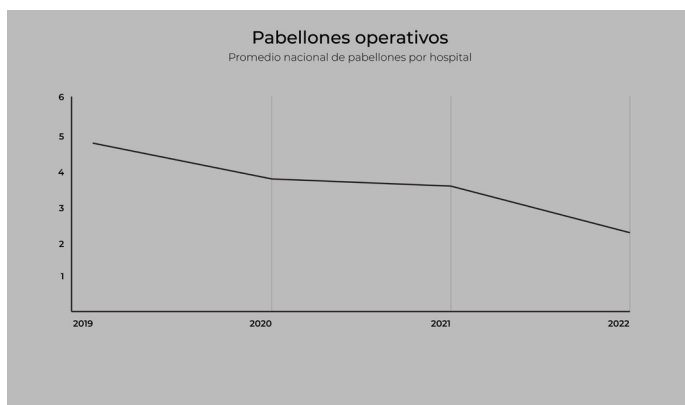
En primer lugar, el contexto de la pandemia de COVID19 hizo que, en vista de la falta de equipos de protección personal, muchos profesionales de la salud decidieran abandonar el sector público por esto representar un altísimo riesgo de contagio. Muestra de ello es la cantidad de miembros del personal de salud que fallecieron durante esta epidemia en Venezuela.

Además, los bajos sueldos, no solo de los médicos sino de todo el sector salud, provocan también la migración del sector público al privado. Hoy en día, el personal del sector de la salud pública tiene muy pocos incentivos para ejercer en ese entorno y sumado al contexto Covid19, no debería sorprender que, en estos años en particular, los médicos, tanto los residentes como los especialistas hayan abandonado estos espacios.

También, en cuanto a los médicos residentes, también juega un papel importante los incentivos para realizar los postgrados médicos en el país y el número elevado de profesionales que han migrado justamente para especializarse en otros países.

En el turno nocturno, tenemos que hay mucho menos especialistas que el resto de los profesionales, pero el general, como podemos ver en el gráfico, la cantidad de personal en las noches es menor al turno diurno. Esto en gran parte se debe a que los hospitales no escapan de la situación nacional y se convierten en espacios peligrosos por la soledad y la falta de seguridad en los hospitales. Esto, sumado a los pocos incentivos, resulta en que muchos menos profesionales quieran trabajar en los turnos nocturnos a nivel nacional.

Ejercer profesionalmente en los hospitales venezolanos, especialmente para aquellos que tienen opciones en el sector privado, como lo son los especialistas y el personal de enfermería, es casi un acto de caridad, puesto que sus sueldos están muy lejos de ser apropiados y competitivos contra el sector privado.



Gráfica 2: Promedio de pabellones operativos por hospital

Otro de los elementos importantes a la hora de evaluar la capacidad de atención que tienen los hospitales, es la cantidad de pabellones o quirófanos operativos.

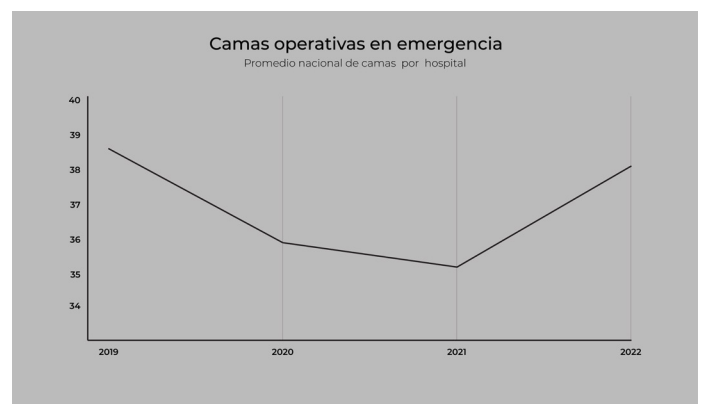
**Para el año 2019, había un promedio de 4 quirófanos operativos por hospital.  
En el 2022, tenemos un promedio de 2**

Esto implica la reducción a la mitad de la operatividad que había hace dos años.

Estamos hablando de que actualmente en Venezuela, los hospitales más grandes tienen apenas dos quirófanos para atender a todos los pacientes que requieren una intervención quirúrgica y si a esto le sumamos, el desabastecimiento de insumos de quirófano, que para principios del año 2022 era de 70%, estamos frente a una situación de una gravedad importante en cuanto a la capacidad quirúrgica de nuestros hospitales.

Todo esto se traduce, en que la cantidad de pacientes que efectivamente pueden entrar a quirófano es realmente reducida. Esto se traduce, en el mejor de los casos, en listas de espera que en muchos casos implican meses para lograr un turno en el quirófano, pero en el peor de los casos, implican la muerte de los pacientes que necesitaban una intervención de urgencia y no había ningún quirófano disponible.

En relación con las listas de espera, en su gran mayoría implican meses y meses sin poder ser operados y en estas listas podemos encontrar pacientes con todo tipo de condiciones incluso aquellos pacientes oncológicos, cuyo diagnóstico completo depende de una intervención quirúrgica. Para estos pacientes en particular, estar en una lista de espera para entrar a un quirófano significa retrasar su diagnóstico y por lo tanto, retrasar también su tratamiento.



Gráfica 3: Promedio de camas operativas en emergencia por hospital

Las camas de emergencia operativas también representan un elemento fundamental que hay que monitorear a fin de entender la situación actual de nuestros hospitales.

En el año 2019, teníamos un promedio de 38 camas operativas por hospital, luego para los años 2020 y 2021, se redujo a 35 camas por hospital.

*Para inicios del 2022 hay  
38 camas de emergencia  
disponibles por hospital.*

Es importante rescatar que los años que menos camas hubo disponibles fue justamente los años donde estaba en su fase más aguda la pandemia de Covid19, por lo que en retrospectiva entendemos por qué durante tanto tiempo no había camas disponibles para atender al grandísimo flujo de pacientes que generó el coronavirus.

Las razones de por qué varía la existencia de camas en emergencia pueden ser varias, desde las malas condiciones de la camilla como tal, hasta falta de personal o insumos para poder atender al paciente.

También la falta de espacio físico puede influir en la cantidad de camas. Por ejemplo, si alguna zona de la emergencia tuvo que ser cerrada por una filtración u otro problema de infraestructura, esto puede influir en la cantidad de camas que pueden ser usadas en un espacio ahora reducido.

Es muy importante tener en cuenta lo que significa que los hospitales tengan una cantidad de camas tan limitada, especialmente en un contexto como el del Covid19 cuantos cientos de pacientes llegaban a las emergencias esperando ser atendidos y simplemente no había la capacidad física para hacerlo.

Desgraciadamente, no es extraordinario encontrar en las redes sociales o los medios de comunicación denuncias de pacientes que debieron ser atendidos en sillas de espera porque no había camillas para ser atendidos, o incluso mujeres que deben dar a luz en las afueras del hospital porque no había sido ingresada por falta de camas.

Estas son realidades muy duras que todos los pacientes en Venezuela deben enfrentar para poder ser atendidos en el sistema público de salud.