



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

ENTRE LA PREVENCIÓN Y LA ANGUSTIA

Reportaje interpretativo sobre la crisis de salud y el control del cáncer en Venezuela

Trabajo para optar al título de Licenciado en Comunicación Social

Autor: Br. Altuve, Armando

Tutor: Prof. Agregado MSc. Torrealba, Mariela

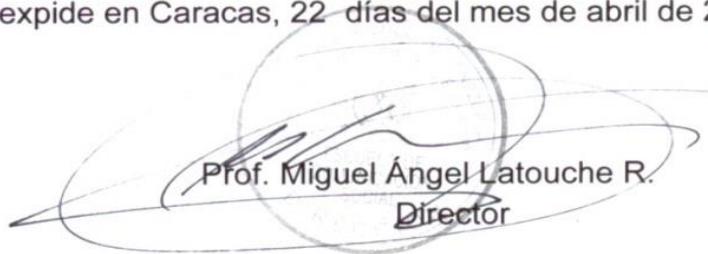
Marzo, 2015



CONSTANCIA DE CALIFICACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

Quien suscribe, profesor Miguel Ángel Latouche R., Director de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela, hace constar que el ciudadano ARMANDO J. ALTUVE B., portador de la Cédula de Identidad N° **18.809.615**, presentó y aprobó su Trabajo de Licenciatura con la calificación **APROBADO SOBRESALIENTE MENCIÓN PUBLICACIÓN**, tal como consta en el Acta firmada por el jurado integrado por los profesores: Mariela Torrealba (Tutora), Marielba Núñez, Zhandra Flores.

Constancia que se expide en Caracas, 22 días del mes de abril de 2015.


Prof. Miguel Ángel Latouche R.
Director

MALR/cmg.-

Hacia el 50° Aniversario del Aula Magna de la UCV.

Universidad Central de Venezuela – Facultad de Humanidades y Educación

Caracas 1040 – Teléfonos 605-29-64 – Telefax: 605-28-47

"CIUDAD UNIVERSITARIA DE CARACAS – PATRIMONIO MUNDIAL DE LA HUMANIDAD"

ENTRE LA PREVENCIÓN Y LA ANGUSTIA

Altuve, A

armandojoseal@gmail.com

Universidad Central de Venezuela

Marzo, 2015

RESUMEN

El producto periodístico aborda exhaustivamente la problemática del cáncer en Venezuela. Por más de 20 años, esta enfermedad ha constituido la segunda causa de muerte en el país. Pese al desarrollo de ciencia médica, la incidencia de esta patología ha venido en ascenso convirtiéndose en un problema de salud pública. Los casos y las muertes se incrementan en medio de una crisis de salud que vulnera la atención oportuna de los pacientes y repercute en la afectación del derecho a la salud y la vida. El conocimiento de este problema y su divulgación completa y compleja se realizó a través de un reportaje interpretativo en el que se explican las causas y las consecuencias que se desprenden de la situación del cáncer en el país y su relación con la efectividad del Programa Nacional de Oncología del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

PALABRAS CLAVES: Cáncer, salud pública, programa, prevención, reportaje interpretativo

AMONG THE PREVENTION AND HEARTBREAK

Altuve, A
armandojoseal@gmail.com
Central University of Venezuela
March, 2015

ABSTRACT

The journalistic product presents comprehensively the problem of cancer in Venezuela. For over 20 years, this disease has become the second cause of death in the country. Despite the all development of medical science, the incidence of this disease has been rising as a public health problem. The cases and deaths have increased beside a health crisis what violates the timely patient care and it affects the right to health and life. The knowledge of this problem, its complete and complex release were written on an interpretive reporting, which explains the causes and consequences from the cancer situation and its relation with the National Oncology Program which belong to the Ministry of Popular Power for Health (MPPS, for its acronym in spanish).

KEY WORDS: Cancer, public health, program, prevention, interpretive reporting

DEDICATORIA

A mi papá por su gran herencia...

A Honoria por su actitud ante la vida...

A Zoraida por su capacidad para aferrarse a la esperanza...

A Heidy porque sé que su corazón aún late con fuerza...

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a Dios porque gracias a su compañía logré superar cada reto durante mi formación como Comunicador Social.

Quiero agradecer también a la Universidad Central de Venezuela (UCV), a la Facultad de Humanidades y Educación (FHE) y a la Escuela de Comunicación Social (ECS) por haberme abierto las puertas y ofrecido las herramientas necesarias para formarme como profesional.

A mis profesores del Departamento de Periodismo de la ECS por las lecciones y aprendizajes transmitidos y por incentivar en mí el gusto por esta profesión. A mi tutora, la profesora Mariela Torrealba, por acompañarme en el proceso de elaboración de este producto.

A mi familia, a mi madre, a mis hermanos, amigos y compañeros de clases por el apoyo brindado en estos años de preparación.

Agradezco a los médicos oncólogos y expertos en salud pública que sirvieron de fuente y me aportaron información valiosa para este trabajo. A aquellos especialistas que, interesados en la investigación, proporcionaron documentos y datos estadísticos que alimentaron las siguientes páginas que conforman este reportaje.

Extiendo mi agradecimiento a los pacientes y sus familiares que me depositaron su confianza y se abrieron para compartir conmigo detalles de sus vivencias.

ÍNDICE

Introducción	9
Entre la prevención y la angustia	17
Una deuda pendiente	18
• Cifras	21
• Factores de riesgo latentes	26
• Pesquisas a la baja	30
• "Cambiar el chip"	34
• Pocos recursos	39
Atención engorrosa	45
• Tejidos tumorales a la deriva	49
• Medicinas ausentes	53
• Radiaciones limitadas	56
• Secuelas en el sector privado	60
Un colapso prolongado	66
• Una capacidad corta	68
• Centros hospitalarios	73
• Déficit de especialistas	78
• Una política débil	81
• Instituto Nacional del Cáncer: otra deuda	86
• Un problema metastásico	89

Conclusiones	93
Referencias	100
Fuentes vivas	124
Anexos	127
• Árbol de problema	128
• Estructura Pasado - Presente - Futuro	129
• Mapa de actores	130
• Cuadro de cruce de fuentes y objetivos	131

INTRODUCCIÓN

La salud es un tema que no ha escapado de la mirada del periodismo. Basta con echar vistazo a la prensa nacional para encontrar diversas noticias, entrevistas y reportajes que informan sobre el aumento de enfermedades y muestran y describen las dificultades que, en ocasiones, atraviesa el personal médico y, en especial, los pacientes dentro de un hospital público donde la calidad, gratuidad, disponibilidad y acceso a los servicios asistenciales ha estado comprometida por la debilidad del sistema de salud. Bajo este contexto, crecen la incidencia y la mortalidad por cáncer, patología en la que se enfoca este producto periodístico.

Los problemas que enfrenta la atención oncológica en el país han sido denunciados y reportados por la prensa en diversas oportunidades. Sin embargo, en la investigación preliminar realizada para este trabajo no se encontraron suficientes reportajes ni informaciones que expliquen con mayor profundidad la problemática desde sus antecedentes, contexto político, económico y social, causas e implicaciones. Por esta razón nos propusimos realizar un reportaje que aborde la situación de manera integral.

El cáncer es un problema de salud pública que ha ido creciendo en el país y ha cobrado la vida de 22.815 venezolanos, lo que representa un 15% de la mortalidad total registrada, según las últimas cifras oficiales que datan del año 2012 del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Paralelo al incremento anual de este indicador, diversos especialistas, expertos y médicos han denunciado las condiciones de insalubridad, inseguridad y desabastecimiento en los centros de la red pública y el efecto que estas situaciones han tenido sobre los pacientes que deben controlar esta enfermedad compleja.

La salud se ha convertido en un tema de preocupación por los ciudadanos, a juzgar por el aumento en las últimas cifras de denuncias publicadas en el informe del derecho a la salud de la ONG Programa de Educación – Acción de Derechos Humanos (Provea) de 2013 sobre el estado de los hospitales y la poca calidad de los servicios prestados. No es una casualidad la afirmación que hiciera el doctor Saúl Krivoy, miembro de la Academia Nacional de la Medicina, en su editorial publicada en la Gaceta Médica de Caracas en 2008: “Existe una

creciente preocupación de la sociedad venezolana sobre la situación de la salud en nuestro país. Y no puede sino serlo: la salud es la angustia existencial primordial del ser humano” (Krivoy, 2008, p 91). El crecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer, patología que es la segunda causa de muerte natural en el país, también ha encendido las alarmas en la población venezolana, razón por la que se ha planteado en esta investigación pasar revista a la actuación que ha tenido el Estado y MPPS para enfrentar este problema, dado que, constitucionalmente, el Gobierno nacional lo debe atender por medio de políticas públicas que garanticen el bienestar de toda la población y, por consiguiente, el cumplimiento del derecho a la salud y la vida.

La explicación sobre la situación de la atención del cáncer en el país será abordada desde un reportaje interpretativo. ¿Por qué un reportaje? Porque es el género periodístico, que por sus características, permite darle una mayor amplitud al problema abordado, responder sus porqués y para qué. Ulibarri (1994) lo considera un género vital en el periodismo por su capacidad para la “diversidad, creatividad, profundidad, prolijidad, ritmo, ambiciones, impulsos, expresividad, amplitud, disonancias y contaminaciones” (p. 13) y, además, lo define como el género que permite la indagación “con distintos grados de profundidad, valiéndose de múltiples fuentes y métodos, sobre hechos o situaciones de interés público para dar a conocer la existencia, las relaciones, orígenes o perspectivas, mediante el empleo de estructuras y recursos expresivos” (Ulibarri, 1994, p. 38).

¿Por qué seleccionar el tratamiento interpretativo? Porque bajo esta modalidad es posible explicar la situación más allá de lo meramente informativo, permite que se trascienda al terreno del análisis y los hechos cobren sentido al ser evaluados desde sus causas, consecuencias, contexto o proceso en los que ocurren y sus antecedentes. De tal manera que el problema sea transmitido de forma integral y el lector pueda comprenderlo. Benavides y Quintero (2004) ya definieron el reportaje como un género interpretativo:

Un género periodístico interpretativo que aborda el porqué y el cómo de un asunto, acontecimiento o fenómeno, de interés general con el propósito de situarlo en un contexto simbólico – social amplio, brindándole al lector de

un modo instructivo y ameno de antecedentes, comparaciones y consecuencias relevantes que lo ayuden a entenderlo (Benavides y Quintero, 2004, p 223).

Ulibarri (1994) establece diferencias entre un reportaje informativo y un reportaje interpretativo, al citar a William River, autor del libro *The mass media: reporting, writing, editing*. River dice que el reportaje informativo o reportaje estándar, como lo denomina, da cuenta de un suceso en el que se relata un aspecto importante e interesante, mientras que el reportaje interpretativo ofrece un visión más amplia sobre los hechos, lo que convierte a esta modalidad del género en equivalente del análisis. En este sentido, este autor señala que el reportaje no solo tiene el propósito de informar, sino de interpretar cuando indaga las causas de los hechos, explora sus significados, proyecciones e implicaciones. Incluso valora las situaciones cuando “compara las opiniones de distintos protagonistas, expertos o legos sobre determinados casos, o cuando el periodista aplicando marcos de referencia, conocimientos, intuiciones y hasta prejuicios, atribuye determinada jerarquía a personas, fenómenos o espacios” (Ulibarri, 1994, p. 31).

Gomis (1991) dice que el periodismo es un método que constantemente interpreta la realidad social. Castejón (2009) plantea que el periodismo se mueve en dos tendencias: la divulgativa y la interpretativa. Si bien la interpretación siempre está presente en la labor periodística, cuando el profesional decide tratar un hecho y plantea la elaboración de un reportaje informativo para transmitirlo al público, su interpretación apunta a un objetivo concreto: narrar y mostrar una situación desde sus diversas perspectivas. En otras palabras, el periodista tiene como fin narrar lo ocurrido tras haber observado y conversado con las fuentes vinculadas con ese hecho reportado. Se mantiene en el terreno de lo informativo (Castejón, 2009).

En cambio, cuando el periodista pasa al terreno de la interpretación tiene una actitud reflexiva y analítica frente a los hechos (Castejón, 2009). En este caso, el periodista tiene una participación más activa en la construcción de los acontecimientos. “Él, en este caso, forma parte importante del acto de comunicar, en virtud de que le corresponde desempeñar la doble tarea de informar y darle sentido, coherencia y claridad a los hechos complejos y difíciles de

entender por parte del lector” (Castejón, 2009, p 115).

Castejón (2009) indica que la interpretación exige más rigurosidad metodológica por lo que el reportero planteara una hipótesis sobre los hechos ocurridos, para luego, tras una investigación minuciosa, demostrar con sólidos argumentos la existencia de un problema. Álvarez (1978) reafirma este planteamiento: el reportaje interpretativo, a diferencia del reportaje “objetivo”, apunta a “la mente del lector” con la intención de convencerlo mas no impresionarlo (p. 173) y enfatiza que en este tratamiento el análisis, la comparación y el razonamiento lógico tiene una función fundamental para demostrar una situación. Álvarez (1978) agrega que la interpretación está reservada para acontecimientos complejos, que, por lo general, le resultan difíciles en su comprensión para el público, “en virtud de su complicación intrínseca o por la ausencia de circunstancias contextuales que lo aclaren o expliquen” (p 107).

Este reportaje, que aborda una problemática compleja, pretende demostrar, desde la mirada interpretativa, cómo la crisis de salud afecta la prevención y el control del cáncer en el país y explicar en qué medida esta situación disminuye la efectividad del Programa Nacional de Oncología del MPPS y cómo influye en el aumento de la tasa de incidencia y de fallecidos por cáncer registrada anualmente.

El reportaje interpretativo siguió un procedimiento metodológico que se enmarca dentro de la investigación de tipo cualitativa porque pretende “comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p 364). Parte de la información que nutre los reportajes e informaciones en general es recogida por el periodista al ponerse en contacto con el ambiente donde ocurren los hechos y al conversar con sus protagonistas. Eso le permite no solo conocer con mayor profundidad la situación, sino que le da la posibilidad de obtener relatos y testimonios que le permitan humanizar el problema.

En este sentido, de acuerdo con Arias (2006), la investigación emplea un diseño de campo porque se efectuó una “recolección de datos directamente de los sujetos investigados , o de la

realidad donde ocurren los hechos (...) , sin manipular o controlar variable alguna, es decir el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes” (Arias, 2006, p. 31), por lo que se hicieron visitas a diferentes centros y servicios oncológicos de la red pública, especialmente ubicados en el Área Metropolitana de Caracas. Como método de recolección de datos se empleó la entrevista semi estructurada. En el periodismo, la entrevista, además de ser un género periodístico, es un método con el que se recogen datos, informaciones, opiniones y apreciaciones sobre determinados hechos de interés público por medio del diálogo entre el periodista y una fuente que por su pertinencia, complejidad, credibilidad, conocimiento en un área específica y su vinculación directa con los hechos está calificada para dar detalles sobre los sucesos (Dragnic, 2006; Castejón, 2009). Estas personas son fuentes vivas, las cuales son definidas por Dragnic (2006) como aquellas que pueden dar información a nombre propio o en representación de una institución o, bien, confidencialmente. Para este trabajo se planificó entrevistar a especialistas en salud pública, médicos oncólogos, personal de enfermería, pacientes y sus familiares con el fin de buscar argumentos necesarios para responder a la pregunta de investigación planteada en este trabajo periodístico.

Por ser una investigación de campo, en este trabajo también se emplea un diseño de tipo documental que implica un proceso de “búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios; es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales” (Arias, 2006, p. 27). Por ello, se emprendió la consulta de la prensa nacional, artículos de revistas especializadas, videos en línea e informes oficiales y de ONG y sociedades científicas médicas e información estadística. Estas son fuentes documentales a las que el periodista recurre para la elaboración de la información (Dragnic, 2006). La consulta de estos documentos permitió comprender conceptos básicos como política pública y salud pública.

La revisión de la prensa facilitó el proceso de elaboración de la planificación del reportaje y el conocimiento de las características que describen la situación de salud pública actual y cómo ha afectado a los pacientes con cáncer. En el proceso de investigación periodística, la consulta

de fuentes documentales permite entender los sucesos y hechos desde sus antecedentes y facilita la labor reporteril y entrevistas con las fuentes vivas y, además, proporciona elementos para sopesar comparaciones y opiniones de diversos actores que tienen relación directa con el problema (Álvarez, 1978). Álvarez (1978) y Castejón (2009) enfatizan que tanto la investigación documental y la consulta de fuentes vivas permitirán corroborar o negar la hipótesis o responder a la pregunta de investigación.

El reportaje periodístico se planificó de acuerdo a la metodología empleada por el Departamento de Periodismo de la Escuela de Comunicación Social de la Universidad Central de Venezuela (UCV), planteada por Torrealba (2009). Por eso se procedió a elaborar un Árbol de Problema (ver anexo 1) para comprender las causas y efectos del tema - problema y, luego, enmarcarlo dentro de una línea de tiempo denominada Pasado – Presente – Futuro (ver anexo 2) propuesta por Ulibarri (1994) para entender los antecedentes y posibles implicaciones y proyecciones, tras una revisión preliminar de fuentes documentales y hemerográficas. Estos métodos permitieron plantear la pregunta de investigación que es respondida en el desarrollo del reportaje: ¿Cómo afecta la crisis de salud a las políticas de prevención y el control de cáncer en el país?

Seguidamente, se procedió, tras una evaluación previa, a la escogencia de las fuentes que fueron caracterizadas en un mapa de actores (ver anexo 3) de acuerdo a los siguientes parámetros: complementariedad, contraposición, autoridad, especialidad, testimoniales y humanas. Luego se elaboró un cuadro de cruce de fuentes con los objetivos y temáticas del problema a abordar con cada una de las personas seleccionadas (ver anexo 4) con el fin de relacionar las fuentes con las diversas temáticas. Torrealba (2009) explica que este método permite identificar las fuentes imprescindibles y optimiza el proceso de investigación. Este procedimiento facilita al periodista tener certeza sobre cada motivo de consulta con la fuente de acuerdo con su credibilidad, especialidad y el conocimiento que maneja sobre cada tema vinculado con el problema.

Para la organización de la información contenida en este reportaje se empleó la estructura de bloques temáticos propuesta por Ulibarri (1994). En cada capítulo, el contenido está organizado por intertítulos o subtemas en los que se desarrollan los argumentos que sustentan y le dan respuesta a la pregunta de investigación. Cada subtema es unido por transiciones que sirven de nexo entre la entrada o el planteamiento del problema con el cuerpo o desarrollo argumental y, luego, con el cierre o conclusión. (Ulibarri, 1994).

Los capítulos del reportaje fueron redactados partiendo de un hilo conductor: las fases del enfoque para el efectivo control del cáncer recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las que se basa el Programa Nacional de Control del Cáncer del Ministerio del Poder Popular para Salud (MPPS): prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación. La idea consistió en explicar cómo en Venezuela se cumplen estas fases vitales para reducir la incidencia y la mortalidad por esta enfermedad en el país y cómo la crisis sanitaria ha impedido la ejecución de estos enfoques.

Por ello, cada capítulo está planteado de la siguiente forma: en el **capítulo 1** se aborda el panorama de la prevención y el diagnóstico temprano en el país en vista del aumento de la incidencia y el número de casos con lesiones avanzadas. En el **capítulo 2** se toca la situación de la atención y las limitaciones de los servicios tanto para determinar un diagnóstico como para la aplicación del tratamiento oportuno por el desabastecimiento de insumos médicos quirúrgicos y reactivos, medicamentos antineoplásicos y la inoperatividad de los equipos de radioterapia y medicina nuclear. Finalmente, en el **capítulo 3**, continuando con el enfoque de tratamiento oportuno y rehabilitación, se habla sobre el colapso de los servicios y hospitales especializados en la atención de la enfermedad frente a una demanda de pacientes que aumenta. Se explica la necesidad de la ampliación de los centros oncológicos y se resaltan algunos problemas que presentan para ofrecer servicios como cirugía y el déficit de médicos especialistas para atender el cáncer. Además se esbozan las debilidades del Programa Nacional de Oncología del MPPS.

Este reportaje interpretativo aporta una nueva mirada del problema de la atención del cáncer en el país desde un enfoque integral que permite comprenderlo de acuerdo al estado del sistema de salud público y la situación económica actual del país. La finalidad de que el público pueda sensibilizarse y entender la situación no solo le proveerá de herramientas para tomar decisiones y forjase opiniones, sino le permitirá visualizar la magnitud del problema y saber cómo le afecta. Castejón (2009) explica que el método interpretativo puede convertirse en un instrumento de cambio y desarrollo que le da la posibilidad al ciudadano de estar preparado para enfrentar y comprender los procesos y decisiones políticas que afectan al país. Por ello, enfatiza que “un lector mejor informado, en términos de diagnóstico de su propio entorno, deviene en un ciudadano más consciente de sus deberes y derechos y mucho más exigente en cuanto a las realizaciones de sus gobernantes y dirigentes” (Castejón, 2009, p 197). De esta forma, el ciudadano podrá tener en sus manos información para ejercer contraloría social de las actuaciones del Gobierno y de las autoridades sanitarias, especialmente, con respecto al cumplimiento del derecho a la salud, dado que esta condición es fundamental para el desarrollo y desenvolvimiento del ser humano en la vida.

ENTRE LA PREVENCIÓN Y LA ANGUSTIA

I

UNA DEUDA PENDIENTE

Más de 30% de los tipos de cáncer existentes pueden prevenirse si la población adecua hábitos de vida saludables... El cáncer es curable siempre que se diagnostique a tiempo y se aplique el tratamiento oportuno...

Organización Mundial de Salud (OMS)

Jesusita Moreno. 65 años. Madre, abuela, bisabuela. Tiene cuatro años batallando con el cáncer. Las células malignas se desarrollaron primero sigilosamente en una de sus glándulas mamarias formando con el tiempo un tumor pronunciado en su seno derecho que tuvo que ser amputado porque la lesión había avanzado. Cuando acudió al médico por indicación de su hermana era demasiado tarde, las células se multiplicaron hasta invadir sus huesos: su cáncer hizo metástasis. Desde entonces, su estabilidad está sujeta a un tratamiento de quimioterapia que debe cumplir de por vida.

A ella la atienden en un centro de referencia nacional en la atención de esta enfermedad: el Instituto Oncológico Luis Razetti, ubicado en San José de Cotiza, al noroeste de Caracas. Jesusita ingresa por el estacionamiento del centro de salud para llegar rápido a su consulta de patología mamaria. Las instalaciones del hospital que tiene 78 años de fundado han quedado cortas por la cantidad de pacientes que recibe a diario. La mayoría de las sillas del pasillo que están a las afueras del consultorio están ocupadas. Las personas que allí se concentran imposibilitan el paso.

—La doctora me dijo que estaba bien, aunque no le creo mucho—, dice Jesusita al salir y camina por el pasillo que da hacia el servicio de radiología donde está colocado un altar con una imagen, en cerámica, del doctor José Gregorio Hernández; toca la imagen, se persigna y

se queda unos minutos en silencio: le agradece el día vivido, le pide fuerzas para seguir luchando, le ruega que ojalá su cuerpo aguante un poco más para que continúe viendo crecer a sus nietos.

Jesusita conoce que el cáncer es una enfermedad compleja, sabe que el tiempo es su peor enemigo y que es implacable cuando avanza. Ella sabe también que a muchas mujeres como a ella le han extraído un seno, sabe que la quimioterapia hace caer el cabello y es consciente de que otras mujeres han perdido la batalla con esta enfermedad. Jesusita forma parte de las más de 4.000 venezolanas que son diagnosticadas anualmente con cáncer de mama, uno de los tipos de neoplasia frecuentemente detectados en el país, que junto con el cáncer de próstata, de cuello uterino, de pulmón y de colon representan 50% de la mortalidad por esta patología que es la segunda causa de defunción en Venezuela.

El aumento del cáncer es una realidad que no solo enfrenta Venezuela sino varios países del mundo. Esta patología, caracterizada por la multiplicación de células anormales que pueden extenderse hacia otras partes u órganos del cuerpo, ha representado un desafío para estas naciones que, frente al aumento de casos y de fallecimientos, tendrán que invertir en políticas públicas para darle la batalla a esta enfermedad que no espera. Las estimaciones recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son poco alentadoras: auguran que en las próximas décadas las muertes por este padecimiento serán cada vez más.

De acuerdo con los últimos registros de proyecto Globocan de 2012 de la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), para ese año esta enfermedad causó 8,2 millones de fallecimientos en el mundo, mientras que se diagnosticaron 14,4 millones de nuevos casos. Se estima que para 2030 la incidencia aumentará a 21,3 millones de personas y cobrará la vida de 13,8 millones. Por eso la OMS ha recomendado la puesta en marcha de estrategias y planes integrales de prevención y control de esta enfermedad, en especial en países en desarrollo —grupo en el que está incluido Venezuela— donde la mortalidad tiene gran peso en comparación con las naciones que cuentan con mayores ingresos y garantizan servicios óptimos para los pacientes oncológicos y los casos logran detectarse en etapas tempranas. Las últimas cifras de mortalidad por esta afección en el

país mantienen una tendencia al alza, al igual que en otros países. El incremento de la incidencia y las defunciones se dan en un contexto donde la salud pública ha sido asfixiada por una crisis que se agudiza con el tiempo.

En los últimos años, la salud pública en el país ha mostrado sus costuras: un sistema centralizado, fragmentado y mayormente financiado por el bolsillo de cada ciudadano en comparación a la inversión limitada que destina el Estado; problemas de coordinación y organización de los entes encargados de la prestación de los servicios y ausencia de mecanismos de control y evaluación que ponen sobre relieve fallas de cobertura y acceso a los centros de atención médica. El débil estímulo financiero, bajo una situación económica compleja, ha provocado escasez de insumos, reactivos y medicinas; debilidades en infraestructuras hospitalarias, déficit de personal médico y poca efectividad de los programas de salud enfocados en la prevención de enfermedades infecciosas y endémicas y, en especial, de padecimientos crónicos como el cáncer.

Las debilidades del sistema sanitario han comprometido la prevención y el control efectivo del cáncer. El Programa Nacional de Oncología del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) presenta fallas que le imposibilitan reducir la mortalidad por esta enfermedad. A pesar de que la OMS ha advertido que más de 30% de los tipos de cáncer existentes pueden prevenirse eliminando los factores de riesgo, la prevención de esta patología en el país sigue siendo una deuda pendiente por parte de las autoridades sanitarias por el poco presupuesto asignado para atenderla, lo que se ha traducido en la ausencia de campañas educativas continuas dirigidas a promover hábitos de vida saludables en la población y la precariedad de servicios para garantizar el diagnóstico precoz de las lesiones incipientes y la falta de un programa organizado de pesquisa oncológica.

La prevención del cáncer cobra fuerza en la educación de la población sobre las causas que pueden desencadenar su aparición y la promoción de su detección a tiempo. Si estas estrategias no son aplicadas el número de casos por esta afección crónica se elevará, y si los servicios de salud tienen debilidades en la prestación del tratamiento oportuno, las personas diagnosticadas, en especial con la enfermedad avanzada, fallecerán.

La Constitución de la República, en su artículo 84, indica que el sistema de salud debe dar prioridad a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. La aplicación de estrategias educativas y preventivas sólidas basadas en la reducción de factores de riesgo podría revertir la realidad actual de este padecimiento tanto en Venezuela como en otros países, refiere un informe publicado en abril de 2013 por la revista *Lancet Oncology*, titulado “La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe”.

Expertos afirman que los países que cuentan con una buena planificación de políticas para controlar el cáncer logran bajar sus tasas de mortalidad con respecto a la incidencia. “Un indicador de excelencia en los países sobre sus planes de control de cáncer va ser su tasa de mortalidad baja, independientemente del número de nuevos casos que se contabilicen. Si bien Venezuela no es el país con más casos detectados ni muertes por esta patología, el hecho de que la letalidad sea alta indica que los planes de salud no están generando el impacto deseado”, afirma el ex ministro de Sanidad, José Félix Oletta.

Cifras

Si se compara el comportamiento de la tasa de mortalidad por cáncer de Venezuela con la de otros países de Latinoamérica como Cuba, Chile y Perú, el país no cuenta con el mayor número de casos detectados ni de defunciones. El informe presentado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2013, titulado “Cáncer en las Américas: perfiles de países”, indica que Perú, por ejemplo, que cuenta con una población de 29.399.800 habitantes, registró un media anual de muertes por esta enfermedad de 161.000 personas, mientras que Venezuela, con una carga demográfica relativamente cercana a la de Perú con 29.436.900 habitantes, tuvo un menor promedio de mortalidad con 153.100 personas. Concretamente, para el año 2011, según las cifras oficiales de ambas naciones, en Perú el cáncer dejó 30.832 defunciones, mientras que en Venezuela la cifra de muertes por la enfermedad fue de 22.327.

En las conclusiones arrojadas en el informe de la OPS, Venezuela, a diferencia de Perú, preserva un mejor panorama: el organismo internacional asegura que el país ha bajado su tasa de mortalidad por cáncer, al igual que otros ocho países del continente. Sin embargo, las

cifras de mortalidad general, presentadas por el organismo en las primeras páginas del documento, indican que Venezuela ha mantenido una tendencia al alza en este indicador en los últimos años; a pesar de que esta data no coincida con los números de muertes apuntados en los Anuarios de Mortalidad del MPPS. Incluso, estos registros revelan que hubo una disminución de las muertes a partir de 2006, que en los años siguientes comienza a aumentar nuevamente. Las estadísticas asentadas en el informe de la OPS son obtenidas de la base de datos de mortalidad regional, correspondiente al año 2012, que incluyen las cifras de muertes “recogidas por los sistemas nacionales de registros vitales y reportadas anualmente por los Estados Miembros”, entre ellos Venezuela. No se logró contactar algún vocero de la representación de la OPS en Caracas para aclarar las diferencias de los datos.

Cifras de mortalidad general por cáncer en Venezuela		
Año	Cifras del MPPS	Cifras de la OPS (2013)
2000	15.211	17.415
2001	15.729	17.790
2002	16.391	19.191
2003	17.234	19.506
2004	17.507	20.859
2005	18.155	20.765
2006	18.543	21.552
2007	19.254	18.952
2008	19.796	19.501
2009	20.228	20.004

Las cifras de muertes por cáncer del país que maneja la OMS/OPS corresponden al año 2009. Los datos de la organización reflejan una disminución a partir de 2006, a diferencia de los presentados por el MPPS que indican que la enfermedad ha tenido una tendencia al alza en la mortalidad.

Fuente: MPPS, OPS.

En el continente americano la letalidad por esta enfermedad incrementó en 2012 a 1,3 millones de defunciones —47% de ese total de muertes ocurrieron en América Latina y el Caribe— y se espera que para 2030 la tasa ascienda a 2,1 millones de personas, según las proyecciones de la instancia internacional. En la mayoría de los países de Latinoamérica —

entre ellos Venezuela—, el control efectivo del cáncer ha presentado dificultades: los sistemas de salud no logran ofrecer respuesta inmediata a los pacientes con la enfermedad avanzada, aunado al poco presupuesto que se asigna para actividades preventivas, refiere el informe de la revista *Lancet Oncology*.

Por más de 20 años, el cáncer ha ocupado la segunda posición entre las causas de muerte, siendo solo superada por las enfermedades del corazón. Las neoplasias malignas representan 15% del total de los fallecimientos registrados anualmente. De acuerdo con el último Anuario de Mortalidad del MPPS de 2012, publicado en diciembre de 2014, de 148.058 muertes ocurridas en el país, 22.815 personas fallecieron por cáncer. El aumento anual ha despertado la preocupación del gremio médico y científico nacional.

Al comparar la cifra de mortalidad de 2012 con las publicadas por el despacho de salud en los años anteriores, la preocupación tiene razón de ser: en 2009, la cifra de muertes se situó en 20.288 fallecidos (15,06%); en 2010 se contabilizaron 21.185 (15,30%) y en 2011 un total de 22.327 (15,30%). Desde 1986 hasta 2006, la tendencia al ascenso de la tasa de defunciones por cáncer se mantuvo alta, de acuerdo con el informe publicado en 2013 por la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional, titulado “Atención a los pacientes con cáncer en Venezuela: una negación del derecho a la salud”, firmado por los ex ministros de Sanidad, José Félix Oletta, Rafael Orihuela y Carlos Walter.

El aumento en las muertes también se reflejó en los tipos de cáncer frecuentemente diagnosticados en el país entre 2010 y 2012: los Anuarios del Mortalidad indican que el cáncer bronco pulmonar dejó 3.066 muertes en 2010, mientras que en 2012 fueron 3.384. El cáncer de mama, que es la primera causa de muerte por neoplasias malignas en las mujeres venezolanas, en 2010 dejó 1.723 fallecimientos, con relación al 2012 cuando el número subió a 2.067 muertes. La cifra de decesos de mujeres por cáncer de cuello uterino en 2010 fue 1.238 muertes y llegó a 1.321 muertes en 2012. La mortalidad por cáncer de próstata aumentó de 2.250 hombres fallecidos en 2010 a 2.419 en 2012.

El oncólogo y actual coordinador del Registro Central de Cáncer del MPPS, Luis Capote Negrín, comenta que para lograr un mayor impacto en la reducción de la mortalidad por esta patología deben atenderse los tipos de cáncer frecuentes, que representan 50% de la mortalidad en el país. Sobre el incremento de la tasa de muerte de estos tipos de neoplasias, Capote explica que se ha mantenido estable en los últimos años y que el alza registrada se debe al aumento de la población, pero admite que reducir al máximo este indicador ha sido complicado.

“Esperábamos que, por ejemplo, se redujera el hábito de fumar para bajar la tasa por cáncer de pulmón, laringe y, posiblemente, de vejiga; pero no ha sido sencillo, a pesar de que la prevalencia del tabaquismo ha disminuido, el resultado ha sido insuficiente para hacer frente a este tipo de neoplasia que causa el mayor número de muertes en el país”, señala Capote.

En el último análisis epidemiológico, basado en cifras del Anuario de Mortalidad de 2009, elaborado por Capote y publicado en 2013 en la Gaceta Médica de Caracas, se reseña que el cáncer de estómago, por ejemplo, disminuyó en los últimos quince años, pero el cáncer de pulmón, de próstata y de mama aumentaron. En el caso del cáncer de cuello uterino, la tasa de mortalidad registró un descenso en los últimos cinco años, pero Capote advirtió, en su artículo, sobre el repunte de su cifra si no se corrigen las fallas en el programa de pesquisa citológica.

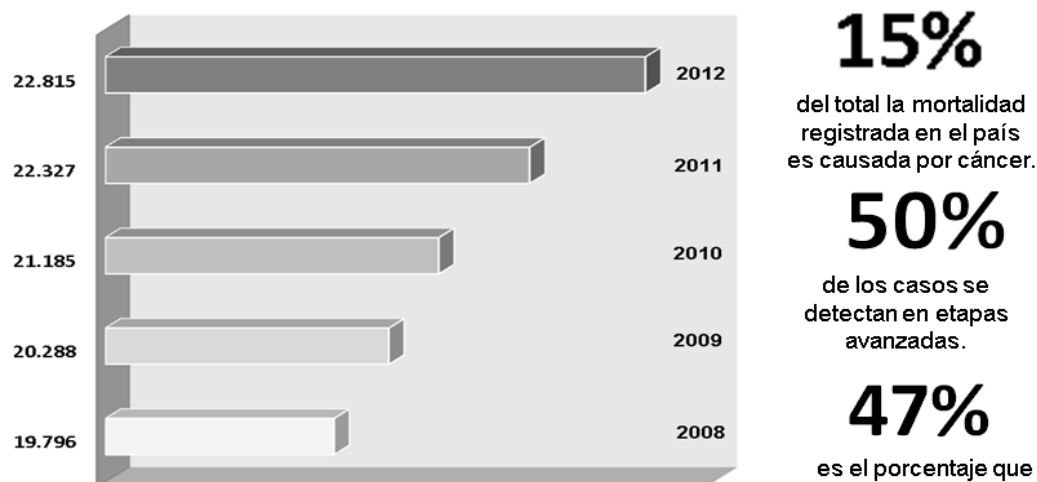
El informe de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional indica que Venezuela tiene una relación entre la incidencia y la letalidad por cáncer alta, a diferencia de otros países. Detalla que de 153 casos por cada 100 mil habitantes hay 89 defunciones: una relación entre ambos indicadores de 0,58. Estados Unidos, por ejemplo, tiene una relación entre las dos tasas de apenas 0,35.

El ex ministro de Sanidad, José Félix Oletta, quien forma parte del grupo de autores del informe de las referidas instituciones, explica que un país que registra una elevada relación entre el número de casos y de defunciones por cáncer evidencia que su sistema presenta debilidades para atender la enfermedad. "Cuando un país tiene un número alto de casos, pero su tasa de letalidad es baja indica que su sistema es efectivo en prevención y control del

cáncer; hay identificación temprana de las lesiones y se les aplica un tratamiento oportuno, por lo que se mueren menos personas al año”, enfatiza Oletta.

Así como Venezuela no ha logrado disminuir la mortalidad general por cáncer, tampoco ha podido reducir su tasa de incidencia. En el país se diagnostican aproximadamente más de 40.000 casos anuales, sin tomar en cuenta las neoplasias de piel. Datos del Registro Central de Cáncer del MPPS indican que en 2011 hubo un total de 42.385 nuevos casos (20.567 hombres y 21.818 mujeres) en el país. El Distrito Capital y los estados Miranda y Zulia fueron donde se registraron más casos diagnosticados, según las estadísticas de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela. Del total de los nuevos casos registrados, Capote refiere que más de 50% son detectados en etapas avanzadas

En su informe, la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional estiman que la incidencia seguirá aumentando en los próximos años: de 40.263 casos detectados en 2009, la cifra podría elevarse a 58.247 en 2050. Un alza de 47% que representa un crecimiento acelerado de la enfermedad si se compara con el ritmo de ascenso que lleva este padecimiento en Sudamérica que se ubica en 35%.



Los Anuarios de Mortalidad del MPPS reflejan que las cifras de muerte por cáncer aumentaron en los últimos 5 años. De **19.796** fallecimientos registrados en 2008, el número se elevó a **22.815** en 2012

Fuente: Anuarios de Mortalidad del MPPS, *Lacent Oncology*

El aumento de casos en estadios avanzados obligará al fortalecimiento de los métodos de detección temprana de las lesiones cancerígenas. "Mientras esta situación no sea corregida las cifras de los indicadores epidemiológicos de afectados y fallecidos continuarán aumentando", advierte la Sociedad Venezolana de Salud Pública. Oletta agrega que los indicadores de incidencia deberían impulsar a las autoridades sanitarias a promover estrategias de prevención primaria como la educación en la adopción de estilos de vida saludables. "La población más sana tiene menor riesgo de padecer cáncer en el futuro", enfatiza.

Factores de riesgo latentes

De acuerdo con los especialistas, la formación de tumores malignos en el organismo está ligada a una serie de factores de riesgo por lo que una mayor exposición de la población a ellos es contraproducente para la prevención efectiva del cáncer. La reducción o eliminación de los factores de riesgo por muy sencilla que parezca se ha vuelto un desafío en vano en varios países a pesar de que la OMS, en la 58ª Asamblea Mundial de Salud, celebrada en 2005, instó a los Estados a crear y reforzar los programas de control enfocados en actividades de promoción de salud debido a que resultará rentable a la largo plazo y garantizará calidad de vida a la población, especialmente aquella que generalmente tiene más riesgo de desarrollar esta patología: la adulta mayor.

Diversos estudios y expertos han advertido que los cambios demográficos y el aumento de la esperanza de vida traerán nuevos desafíos para la reducción de la carga de padecimientos crónicos no transmisibles debido al progresivo aumento de ancianos y su relación directa con el crecimiento de estas enfermedades. La realidad parece clara a futuro: la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estimó que el número de personas adultas aumentará en las próximas décadas en el mundo. Se estima que para 2020 más de 100 millones de habitantes cumplirán más de 60 años. Por eso, la OMS alertó que el aumento de la longevidad, a la par con las enfermedades crónicas como el cáncer, repercutirá en la incidencia de casos y en la inversión que los Estados deberán destinar en servicios de salud para contrarrestar los efectos de esta patología.

Estimaciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) indican que el país sigue esa misma tendencia mundial por lo que reafirman que la población adulta mayor aumentará, mientras que la joven disminuirá. Las cifras indican que para 2011, cuando se realizó el último censo poblacional, el grupo de habitantes comprendido entre 0 y 14 años, que representaba para 1981 el 39,9% del total de la población, disminuyó a 33,1% en 2001 y, según la proyección manejada para ese entonces, en 2011 ese porcentaje bajaría a 27,2%. En cambio, la población entre 15 y 64 años de edad, que representó 56,6% en 1981, en 2001 aumentó a 62% y para 2011 a 66,7%; la población con más de 65 años mantuvo un incremento al pasar de 3,5 en 1981 a 4,9 en 2001 y, seguidamente, en 6,1% en 2011.

La esperanza de vida en el país alcanzó 74 años en 2011 y una de cada cuatro personas sí llega a esa edad podría padecer algún tipo de cáncer, mientras que una de cada siete tiene el riesgo de fallecer, de acuerdo con el coordinador del Registro Central de Cáncer del MPPS, Luis Capote Negrín. La OMS ya advirtió que esta patología incrementa con la edad posiblemente porque, a lo largo de la vida, las personas están sometidas a diversos factores de riesgo de determinados tipos de neoplasias como el humo del tabaco, las dietas mal sanas, el sedentarismo y la exposición a agentes contaminantes atmosféricos.

La exposición de la población venezolana a los factores de riesgo del cáncer podría explicar el aumento de la incidencia. La OMS indicó que cerca de 30% de las muertes por esta enfermedad ocurridas en el mundo en 2012 se debieron a que las personas afectadas estuvieron expuestas al consumo de cigarrillos, el sobrepeso y la alimentación inadecuada. Conocer en el país en qué medida la población es vulnerable a estos detonantes de enfermedades crónicas o si adecua hábitos de vida saludables para prevenirlas es una tarea complicada porque el INE nunca ha realizado una Encuesta de Salud, admite Capote.

—La mayoría de los países han aplicado estas encuestas con las que han tenido información cercana a la realidad. Pero lo que sucede es que los sistemas de información no son tan efectivos en algunos países— resalta Capote quien incluye a Venezuela dentro de este grupo de naciones—, salvo aquellos bien organizados donde se puede determinar qué grupo de habitantes están siguiendo, por ejemplo, una campaña de prevención en medios de

comunicación masivos o si al promocionarse una jornada de actividad física durante 20 minutos y observas a mucha gente corriendo en un parque te das cuenta que hay personas acatando la medida, pero en cifras es necesario saber cuántas lo hacen.

Pese a que el país no tiene un instrumento que mida la prevalencia de factores de riesgo en toda la población, estadísticas publicadas en el informe de *Lancet Oncology*, por ejemplo, indican que los venezolanos poseen un alto índice de obesidad con respecto a otros países de Latinoamérica. Cifras de la OMS apuntan que más de 60% de los habitantes mayores de 20 años en el país tienen sobrepeso y, además, resalta que este padecimiento fue responsable de 3,6% del total de casos de cáncer registrados para 2012. Su aumento encendió las alarmas en 2014 en el país por lo que el Instituto Nacional de Nutrición (INE), ente que fue trasferido del Ministerio de Salud al de Alimentación en 2010, emprendió una campaña cuyo eslogan reza “Coge dato, come sano” para reducir este padecimiento en los próximos cinco años.

También el consumo de alcohol ha sido tradicionalmente alto en el país, así lo apuntó un estudio sobre la prevalencia de este hábito en Venezuela, coordinado por la OPS en 2009. Los resultados de una encuesta realizada en 2005 por la Oficina Nacional Antidrogas (ONA), citadas en el referido estudio, ya revelaba que 63% de la población consumía bebidas alcohólicas mientras que 37% no lo hacía. La situación no parece revertirse, a pesar del aumento en el impuesto aplicado al precio de licores, pues las últimas cifras disponibles de la OMS registran que la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en mayores de 15 años incrementó en el país de 6,9% en 2005 a 8,9% en 2010. Para 2005, la tasa de mortalidad por cánceres producidos por la ingesta de este producto había incrementado a 18,6 por cada 100 mil habitantes.

Sobre la prevalencia del tabaquismo en el país diversos estudios han afirmado que ha disminuido. A la luz de las estadísticas reseñadas por *Lancet Oncology* reflejan inclusive que este hábito es menos frecuente en Venezuela si se compara con otros países de Latinoamérica. Desde hace décadas, el país ha aprobado una serie de resoluciones que han prohibido el consumo de cigarrillo en lugares públicos y ha contado con un Plan Anti tabáquico que fue oficializado en 1946, inclusive ratificó en 2005 el Convenio Marco sobre el Control del

Tabaco de la OMS. Pese a estos esfuerzos aún ha sido complejo reducir las enfermedades producidas por el humo del cigarrillo como el cáncer. Por eso los especialistas han insistido en la necesidad de fortalecer la política antitabaco. Las cifras publicadas en el informe “Cáncer en las Américas” de la OPS de 2013, precisan que 21% de los adultos y 9,4% de los adolescentes venezolanos son fumadores de productos derivados del tabaco.

Aún no se ha aprobado ni incluido en el Esquema Nacional de Inmunizaciones la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH), principal agente viral causante del cáncer de cuello uterino, a pesar de que ha sido demostrada su aplicación como método de prevención primaria y su efectividad para bajar en 70% la incidencia por cáncer cervicouterino en el mundo. Inclusive, en otros países de Latinoamérica como Argentina, Colombia y Perú ya ha sido aplicada. "La única justificación para que esta vacuna no esté disponible podría ser la falta de dinero, pero el país ha tenido recursos extraordinarios provenientes de la renta petrolera que le han permitido adquirirla", resalta Oletta.

El ex ministro de Sanidad agrega que el programa de Salud Sexual y Reproductiva tampoco ha logrado un impacto positivo en reducir las relaciones sexuales tempranas y promiscuas, situación que incide en la infección por VPH tanto en mujeres como en hombres. En una videoconferencia titulada “Hablemos del Virus de Papiloma Humano”, realizada en la Universidad Central de Venezuela (UCV), en el marco de un grupo de exposiciones presentadas en el evento “Epidemiología del cáncer de cuello uterino” en 2014, Capote admitió que el país no cuenta con un estudio de prevalencia de VPH, pero estimó que 70% de las mujeres venezolanas con 20 años tienen el virus.

Frente a una población expuesta a factores de riesgo del cáncer, las políticas públicas dirigidas a la atención de esta enfermedad no han sido continuas ni han logrado impactar en la reducción de estos factores que han influido en el aumento de la incidencia de nuevos casos. En 2011, el Ministerio de Salud informó que adelantaba la creación de un plan estratégico nacional de comunicación, información y educación para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas como el cáncer; pero la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional denunciaron en 2013 que esta

patología no estaba siendo atendida correctamente por las autoridades de salud del país. “No se han promovido ni implementado en Venezuela campañas públicas ni oficiales elaboradas por el MPPS, enfocadas en la promoción de conductas saludables, modificación de hábitos y reconocimiento de riesgo para la prevención del cáncer, con excepción al Programa Nacional Anti-tabáquico”, aseguran.

Las mencionadas instituciones además advirtieron que no se han realizado suficientes actividades de Atención Primaria de Salud y de despistaje precoz —como citologías y dosificación de Antígeno Prostático— de los principales tipos de cáncer en los establecimientos de salud público, a pesar de que han sido recomendadas por la OMS y el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos. “Si no tenemos buenas estrategias de salud no se van evitar las enfermedades que se pueden generar a futuro”, reafirma Oletta.

Capote reconoce que el Programa Nacional de Oncología del MPPS presenta debilidades en el área de promoción de salud y resalta la necesidad de que el ministerio apruebe un plan que se centre en atender exclusivamente los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Los especialistas coinciden en que la ausencia de campañas comunicacionales continuas no favorece el estímulo de una cultura preventiva sólida en la población y contribuye a acentuar el desconocimiento de la enfermedad y sus métodos de diagnóstico precoz.

Pesquisas a la baja

La OMS también ha indicado que el cáncer al detectarse a tiempo tiene mejores probabilidades de curación. La pesquisa temprana, como método de prevención secundaria, permitiría disminuir el diagnóstico de casos en etapas avanzadas (estadios III y IV). Sin embargo, el sector público de salud presenta obstáculos que le impiden reforzar esta fase vital para la lucha contra el cáncer: debilidades en la promoción y ejecución de programas de diagnóstico precoz por parte de las autoridades sanitarias y dificultades para acceder a servicios gratuitos de red ambulatoria y hospitalaria debido a la carencia de insumos y equipos médicos y el déficit de personal especializado para brindar la atención.

El coordinador del Registro Central de Cáncer del MPPS, Luis Capote Negrín, explica que el impacto del cáncer se puede medir cuando cada uno de sus tipos tiene un método de diagnóstico precoz, por ejemplo, la citología vaginal para la detección de lesiones en el cuello uterino y la mamografía para el cáncer de mama. Estas alternativas han estado limitadas en el país, por lo que cada vez es mayor el número de mujeres que acuden a las consultas con estos tipos de cáncer en etapa avanzada.

De acuerdo con Capote, en el país 1 de cada 77 mujeres tiene el riesgo de fallecer por cáncer de cuello uterino, mientras que 1 de cada 35 está propensa a ser diagnosticada con la enfermedad. Para este tipo de neoplasia existen tres métodos de detección: la inspección visual por ácido acético, la prueba de ácido desoxirribonucleico del VPH y el Papanicolaou o citología. En Venezuela, a diferencia de otros países como Perú, Colombia y Argentina, solo se aplica el examen citológico a mujeres de entre 26 y 64 años, según el informe presentado en 2012 por la Red de Institutos Nacionales de Cáncer de la Unión de Naciones Sudamericanas (RINC/Unasur) sobre la situación de este tipo de cáncer en la región.

Pese a la ausencia de la vacuna contra el VPH, el examen citológico continúa siendo la alternativa clave para el diagnóstico de lesiones incipientes. Sin embargo, las coberturas de pesquisa temprana de cáncer cervicouterino no alcanzan la meta establecida en la norma del Programa de Control de Cáncer del MPPS que indica que debe cubrirse 80% de la población en tres años. Capote afirma que, en ese lapso de tiempo, el país logra cumplir una cobertura entre 40% y 50%.

El informe presentado por la RINC/ Unasur revelan que Venezuela no cumple ni siquiera la mitad de la meta: solo alcanzó 25% de la población en 2011. Porcentaje ínfimo si se compara con el logrado por otros países como Colombia que en 2010 tuvo una cobertura de 79%, incluso Perú, país que según los datos recabados por la OPS, registra una mortalidad por cáncer más alta que Venezuela, alcanzó 51,3% de la población en 2009.

Según la Memoria y Cuenta de MPPS, en 2012 en el país se realizaron un total de 910.661 citologías, esta cifra se redujo drásticamente en 2013 cuando se practicaron 264.422 pruebas;

es decir 646.239 exámenes menos. Estos datos reafirman lo expuesto por Capote en su artículo publicado en la Gaceta Médica de Caracas en 2013, en el que advirtió que tras la disminución en las coberturas citológicas del programa del MPPS podría haber un repunte en el número de muertes por cáncer de cuello uterino.

Capote atribuye el bajo desempeño del tamizaje, en parte, por la ausencia de insumos para realizar la toma de las muestras, como el kit citológico, y la ausencia de personal especializado en la red ambulatoria y consultorios populares para analizarlas. Incluso, la reducción de laboratorios de Anatomía Patológica para el procesamiento de los tejidos incidió en la disminución de las coberturas del programa, aunado al cierre de post grados y de formación de técnicos histotecnólogos y citotecnólogos, según la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional. Capote dijo al diario **El Nacional** en 2013 que el MPPS cuenta con 50 laboratorios y precisó que si cada uno contará con 4 citotecnólogos la capacidad de análisis de pruebas sería de 10 mil muestras por año.

Los tumores de mama también pueden diagnosticarse a tiempo siempre que se disponga de óptimos servicios de mamografía. La ex coordinadora del Programa Nacional de Oncología del MPPS, Thais Rebolledo, es enfática al recomendar este estudio a las mujeres mayores de 35 años: “En vez de mandar a tocar las mamas, lo que debe insistirse en la realización de la mamografía”. Pero este método en los servicios asistenciales del sector público está limitado por la carencia de mamógrafos.

El oncólogo y presidente de la Sociedad Venezolana de Mastología (SVM), Juan Rodríguez, afirma que la mayoría de los centros de salud de la red pública no cuenta con mamógrafos calibrados que permitan hacer una prueba confiable para tomar una decisión sobre el tratamiento. Estimaciones de esta institución indican que en el país hay aproximadamente 400 mamógrafos distribuidos en el sector público y en el sector privado y con cada uno se puede realizar 30 exámenes por día y ofrecer 2,8 millones de diagnósticos anuales, pero admiten que no es una cantidad de aparatos suficiente para atender a toda la demanda actual.

Sin embargo, no se tiene certeza de cuántos equipos para diagnóstico de cáncer de mama están dañados actualmente. Una investigación sobre el estado actual de esta patología en el país presentada en el Congreso Venezolano de Oncología, realizado en octubre de 2014, por el ex presidente de la SVM, Gerardo Hernández, precisa que tanto en el sector privado como en el público existen aparatos inoperativos, incluso obsoletos debido a la carencia de mamógrafos de alta resolución. En el sondeo realizado por 12 estados del país se determinó que la mayoría de los mastógrafos estaban disponibles en el sector privado: las clínicas condensaban 81% de los equipos, mientras que los hospitales tenían 19%. En la investigación se señala que el Instituto Oncológico Miguel Pérez Carreño de Valencia y el Oncológico de San Cristóbal no ofrecen servicios de mamografía y en los hospitales Dr. Luis Razetti y el Padre Machado, ubicados en Caracas, presenta fallas.

En el marco de Barrio Adentro II, se importaron, a través del Convenio Cuba - Venezuela, 25 mamógrafos digitales para ser distribuidos en los 35 Centros de Alta Tecnología (CAT). Si bien el servicio es gratis, especialistas aseguran que la calidad de la prueba no es buena. Rodríguez, quien también es oncólogo especializado en patología mamaria, afirma que el análisis de los estudios no está siendo realizado por radiólogos capacitados para la lectura de las imágenes y resalta que la ausencia de insumos para su impresión representa un obstáculo para tomar una decisión en el diagnóstico. Capote confirma que en algunos de estos centros ha disminuido el número de mamografías practicadas debido a que los equipos no se le han realizado mantenimiento preventivo.

“No hay placas radiográficas y las imágenes están siendo entregadas en CD. Además, los análisis de los estudios no se entregan completos, por lo que en muchos casos hay que mandar a repetir el examen”, afirma Rodríguez.

El presidente de la SVM además explica que el aumento anual de los casos de cáncer de mama se atribuye a la falta de un programa de pesquisa organizado. En el informe de la OPS “Cáncer en las Américas” de 2013, no se especifica qué porcentaje de cobertura logra el país en su programa de tamizaje de cáncer mamario; pero, según la norma del Programa Nacional de Control de Cáncer del MPPS, se debe alcanzar 80% de la población objeto en 3 años. La OMS

señala que la efectividad del cribado en países con menores ingresos no ha sido comprobada, pero en naciones con ingresos altos se ha verificado que la mamografía puede reducir el número de casos entre 20% y 30% en mujeres que sobrepasan los 50 años.

El oncólogo José Ravelo Celis, en su artículo titulado “Avances en el diagnóstico del cáncer de mama, importancia de la pesquisa y diagnóstico precoz, reflexiones sobre el problema en Venezuela”, publicado en la Gaceta Médica de Caracas en 2001, refiere que el servicio de patología mamaria del Instituto Oncológico Luis Razetti de Caracas desarrolló un programa de pesquisa de cáncer de mama que logró resultados positivos: de 168 mujeres atendidas por mamografía en 1985 la cantidad aumentó a 818 mujeres en 1998. Entre esos años fueron pesquisadas 46.876 mujeres, con un promedio anual de 3.348; razón por la que Ravelo aseguró que la realización de un programa de pesquisa organizado reduciría los casos avanzados y ayudaría a tener un manejo racional de los recursos.

A pesar de que esta experiencia podría servir de base para fortalecer la detección precoz del cáncer de mama en los centros hospitalarios del país, Ravelo resaltó que la consulta en Hospital Luis Razetti se había reducido ya desde principios del año 2000, por lo que indicó que la inexistencia de programas de pesquisa representaba una “falla grave” del sistema sanitario del país.

Rodríguez afirma que la ausencia de estos programas en la red hospitalaria incide en que la mayoría de las mujeres acudan a las consultas con lesiones avanzadas, lo que impide que el tumor de la paciente sea atendido por medio de un procedimiento quirúrgico y se recorra a quimioterapia primaria para reducirlo y pueda ser operado, incluso su sobrevida se vea comprometida.

“Cambiar el chip”

Los oncólogos no titubean al responder por qué aumenta la incidencia de cáncer en el país. La respuesta es clara: falta de educación. No dudan tampoco en adjudicarles responsabilidad sobre esta situación a las autoridades sanitarias. Pero no soslayan que lo que ha sucedido está

íntimamente ligado en la forma en la que se ha concebido la salud en el país desde hace décadas: la práctica de una medicina curativa sobre la preventiva.

“Nos hemos acostumbrado a ser más curativos. Es decir, atendemos a la personas cuando tiene la enfermedad pero no hacemos el esfuerzo por enseñarla en cómo debe prevenirla”, reconoce el oncólogo y presidente de la Sociedad Venezolana de Mastología (SVM), Juan Rodríguez.

Para el coordinador del Observatorio Venezolano de la Salud (OVS), Jorge Díaz Polanco, la preminencia de un modelo de atención curativo profundizó no solo la privatización de la salud sino que redujo la capacidad de resolución de la atención primaria, por lo que las estrategias de prevención, ofrecidas típicamente en este nivel, quedaron relegadas. Esa manera de concebir la salud cultivó además en el seno de la sociedad venezolana una costumbre que contribuyó a la disminución de la asistencia dentro la red ambulatoria: las personas cuando presentaban alguna afección acudían a los hospitales y a las clínicas. Los centros hospitalarios, bajo un esquema curativo, terminaron por absorber el 80% de la población que debía cubrir la red ambulatoria, en parte, porque las personas consideraban que en el hospital tendrían mejor atención.

Los especialistas asoman que parte de los recursos que se invierten en los hospitales deben destinarse para la prevención. Díaz Polanco precisa que el enfoque preventivo podría reducir gastos y garantizar mayor cobertura. En el primer nivel son básicas las Actividades de Atención Primaria de Salud, propuestas por OMS. En el caso del cáncer, las estrategias comunes son la citología, la dosificación del Antígeno Prostático y el examen clínico de las mamas. Sin embargo, el declive de la red ambulatoria por la falta de financiación, la ausencia de personal médico y la carencia de insumos redujeron estas actividades, que junto a las iniciativas de promoción de salud, garantizan la efectiva prevención de esta patología. “Los médicos han dejado de lado la prevención para dedicarse a atender emergencias. Hay poco estímulo a la promoción de salud en los ambulatorios”, asegura Capote.

Para la oncóloga y ex coordinadora del Programa Nacional de Oncología del MPPS, Thais Rebolledo, los médicos de atención primaria deben acudir a la comunidad a convencer a los

ciudadanos sobre la importancia de conocer los factores de riesgo y los métodos de detección temprana de las principales manifestaciones oncológicas. Considera necesario “cambiar el chip” en la población. “La cultura preventiva dentro de la sociedad venezolana no está establecida. No nos podemos acostumbrar a decirle a la gente que tiene cáncer sino lo contrario”, enfatiza Rebolledo.

El abandono de la atención primaria y la acentuada medicalización de la salud fueron las razones para el surgimiento de la Misión Barrio Adentro I, un proyecto que fue promovido por el ex presidente Hugo Chávez en el marco del Convenio que el país había suscrito con Cuba. El objetivo de esta misión era revertir el esquema de salud imperante y fortalecer el primer nivel de atención y las estrategias de Atención Primaria de Salud, especialmente, en los sectores populares. Este proyecto se diluyó en el tiempo. Los síntomas del deterioro fueron revelados por Chávez en 2009 y con cifras en mano: la Misión Médica Cubana, organismo que coordina este plan, indicó que 2.149 módulos de atención habían sido abandonados; además otros aún no habían terminado de construirse y los médicos de nacionalidad cubana habían desertado. Tras el reconocimiento de la falla, Chávez emprendió un relanzamiento del proyecto. Actualmente, según las cifras oficiales, Barrio Adentro I cuenta con 6.712 dispensarios. Si bien ha habido un incremento de consultorios, expertos como Oletta, han resaltado la inexistencia de informes que permitan conocer el estado actual de estos módulos y la calidad de la atención que se brinda a la población.

Las fallas de Barrio Adentro I empañaron las actividades preventivas y de promoción de salud que debían cumplir el personal médico, los Consejos Comunales y Comités de Salud. El Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer del MPPS indica que estos actores deben promover la educación y la pesquisa temprana en las comunidades mediante charlas y visitas domiciliarias. “En los establecimientos de Barrio Adentro no se realizan actividades de prevención”, asegura el presidente de la SVM, Juan Rodríguez.

Cuando Chávez reconoció el declive de Barrio Adentro I, el proyecto de salud había comenzado ampliarse desde 2005 a Barrio Adentro II, conformado por los centros dotados con equipos de alta tecnología. Para los expertos, la ampliación de Barrio Adentro, una misión que

se convirtió en un sistema paralelo a la red ambulatoria y hospitalaria preexistente, desdibujó el objetivo de romper el esquema medicalizado de salud centrado en la atención hospitalaria. Por eso el presidente de la Sociedad Bolivariana de Medicina General Integral, Adolfo Delgado, dijo en 2007 al diario **El Nacional** que Barrio Adentro I iba por las escaleras y Barrio Adentro II por el ascensor. “Eso significa que en la práctica, regresamos al modelo anterior, hospitalario y curativo que ya fracasó y que no prevenía las enfermedades”, enfatizó Delgado.

Díaz Polanco resalta que la añeja costumbre de la población de atenderse en un hospital también se mantuvo a pesar de la creación de Barrio Adentro I. Las cifras del Censo del INE en 2011 ya apuntaban que el 51% de la población se atendía en los establecimientos hospitalarios y el 21% acudía a los módulos de Barrio Adentro. “Esa tendencia se mantiene hasta la actualidad”, resalta Díaz Polanco, quien afirma que Barrio Adentro ha representado un sistema paralelo que, pese la cuantiosa inversión, no ha logrado resultados positivos en la reducción de indicadores como la mortalidad infantil, además ha profundizado la fragmentación de la salud ante la ausencia de una ley orgánica que logre integrar esta misión al sistema de salud formal.

Las posteriores iniciativas del Programa Nacional de Oncología apuntaron a llevar actividades preventivas a los hospitales. Cuando el programa estuvo bajo la coordinación de Thais Rebolledo se estableció emprender esta tarea con el fin de romper esa “costumbre curativa” que impera en los centros asistenciales del segundo nivel de atención. Rebolledo consideró este plan como “la prevención del siglo XXI” que consistió en realizar actividades de promoción de salud en los hospitales del sistema público, los Centros de Diagnóstico Integral (CDI) y Clínicas Populares de la Misión Barrio Adentro. Esta estrategia no se le dio continuidad principalmente por la debilidad que tienen las autoridades sanitarias para integrar la atención primaria y la prevención de esta patología hacia los demás niveles de atención del sistema público de salud, asegura la oncóloga. Además, resalta que el cambio de ministro en la cartera de salud ha afectado esa continuidad de las políticas.

—¿Qué sucedió con esa iniciativa que usted propuso?

—Solo se cumplió el piloto que se realizó en el Hospital Universitario de Caracas —comenta Rebolledo— Esa idea consistía en llevar la prevención a los hospitales, donde acostumbramos a ser curativos, para brindar información sobre el cáncer; entonces, se decidió, establecer el primer viernes de cada mes para las actividades preventivas, por ejemplo, para el cáncer de próstata. Acá en el Universitario, el servicio de urología hace pesquisa desde hace ocho años para descartar la presencia de tumores en la próstata del hombre. La iniciativa consistía en reunir a los pacientes y escuchar sus inquietudes sobre la enfermedad y después se mandaban al ambulatorio donde se les tomaba la muestra de antígeno prostático, y quienes manifestaban en la entrevista presentar alguna sintomatología se refería al especialista para que se le hiciera su examen rectal o se le mandaba a realizar un ultrasonido transanal; posteriormente se procesaba el antígeno prostático para darle respuesta al paciente en un mes. A pesar de que solo quedó en un piloto, se demostró que en los hospitales no solo se puede hacer actividades curativas sino que es posible hacer prevención.

Pese a que Rebolledo asegura que esta iniciativa ha tenido éxito, Capote considera que llevar actividades preventivas a los hospitales implicaría la contratación de un personal que se dedique exclusivamente a la promoción de salud, dado que el disponible presta atención médica a los pacientes y sumarle estas labores lo recargaría. Agrega que los centros de salud actualmente no cuentan con condiciones para realizar estas acciones, por lo que insiste en la necesidad de recuperar el primer nivel de atención. “Debe reforzarse este nivel, pues una de las razones por la que los hospitales hoy día están colapsados se debe a que este nivel no funciona”, afirma Capote.

—Entonces, no tiene caso prevenir en los hospitales.

—La única manera en la que se podría reforzar la prevención en los hospitales es a través de las actividades de docencia e investigación —explica Capote—, pero estos campos tienen una acción limitada dentro de los centros por la falta de especialistas y presupuesto para emprender estudios en el área. Por medio de la investigación se dan pasos importantes en el

descubrimiento de nuevos métodos y alternativas para la detección de casos tempranos de cáncer.

Las estrategias de atención primaria y promoción de salud para prevenir el cáncer no solo deben llevarse dentro de los establecimientos del primer nivel de atención. Oletta explica que estas acciones también deben ser promovidas en las instituciones educativas, por representantes de las diferentes sociedades científicas médicas y la comunidad. Pero asegura que no se ha podido involucrar a estos actores por débil trabajo de intersectorialidad. “Debe entenderse que la salud no es únicamente los servicios sanitarios, es la casa, la escuela, el trabajo, el ambiente”, precisa Oletta.

En este sentido, el presidente de la Sociedad Venezolana de Oncología (SVO), Álvaro Gómez, resalta la importancia de que el Estado abra puentes de comunicación entre las instituciones públicas y privadas para consolidar una política preventiva que dé resultados positivos. Algunas instituciones como Seno Salud y la Sociedad Anticancerosa de Venezuela (SAV) han emprendido iniciativas para afianzar una cultura preventiva en la población venezolana y dar a conocer la enfermedad y sus métodos de detección.

La directora de educación de la SAV, María Eugenia Aponte, explica que esta asociación ha logrado avances en la concientización de la población sobre el cáncer a través de las charlas y jornadas de pesquisas gratuitas promovidas en sus clínicas móviles de prevención, pero afirma que el alcance es muy reducido. "Las instituciones privadas y ONG hemos hecho un esfuerzo por cubrir esa demanda que el sector público no cubre", asegura Aponte. Las asociaciones privadas, además de actividades educativas y programas de pesquisa temprana, brindan ayuda económica a los pacientes de pocos recursos para que se realicen algún estudio de diagnóstico o compren un tratamiento.

Pocos recursos

El ex ministro de Sanidad, José Félix Oletta, explica que si el Estado no invierte adecuadamente en el control del cáncer el sistema de salud perderá la capacidad para atender

este problema ante el crecimiento de la población y la incidencia de esta patología. Las debilidades en la realización de actividades preventivas y pesquisas institucionalizadas del Programa Nacional de Oncología y el fortalecimiento de los servicios de diagnóstico precoz en los centros asistenciales públicos obedecen al bajo financiamiento.

La Constitución, en su artículo 85, obliga al Estado a ofrecer un financiamiento adecuado para el desarrollo de la política sanitaria. Sin embargo, los recursos asignados, bajo un sistema de salud fragmentado, no han logrado cubrir las demandas de salud de la población. La Comisión para América Latina y el Caribe (Cepal) advirtió en 2010 que los Estados, debido a sus transiciones demográficas y epidemiológicas, tendrán que aumentar el gasto de salud a futuro sustancialmente como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB).

En comparación con otros países de Latinoamérica, Venezuela ha mantenido una inversión baja. Las cifras publicadas en las Estadísticas Sanitarias de la OMS indican que el gasto en salud que destina el país es inferior al que asignan otras naciones de la región, incluso no alcanza la meta del 10% del PIB que el ex presidente Hugo Chávez se propuso trazar en 2008 con la creación de un fondo especial con recursos provenientes de la renta petrolera que favorecería el gasto en este sector.

En 2009, según los datos de la OMS, el gasto total de salud como porcentaje del PIB en Venezuela fue de 6% y disminuyó en 4,5% en 2011, manteniéndose por debajo del gasto realizado por países como Ecuador (6,9%), Argentina (8,9%) y Cuba (10%). En paralelo, el país mantiene un gasto privado en salud mayor: de 60% registrado en 2009 se elevó a 63,4% en 2011. Al tenor de las cifras del Banco Mundial (BM), el gasto público en el país cayó de 43,9% en 2009 a 33,7% en 2013, mientras que el porcentaje del gasto privado desembolsado por pacientes aumentó de 89,9% en 2009 a 96,1% en 2012. Esta tendencia se han mantenido desde años atrás: de acuerdo con las cifras publicadas por el Banco Central de Venezuela (BCV), los aportes del Gobierno a la salud disminuyeron de 43,4% en 1997 a 33% en 2007, mientras que el gasto invertido directamente por los ciudadanos, en ese lapso de tiempo, incrementó de 51,8% a 64,5%.

En los últimos años, los montos aprobados por Ley de Presupuesto al Ministerio aumentaron de Bs. 9.332 millones a Bs. 24.581 millones en 2013, pero estas cantidades resultaron insuficientes. El déficit de cada monto fue cubierto a través de los créditos adicionales que el Gobierno aprobó durante el transcurso de esos años. El informe del derecho a la salud de Provea de 2013 apunta que tanto la asignación aprobada por Ley como los recursos extrapresupuestarios no estuvieron ajustados a la inflación del país. El Ministerio de Salud, en sus últimos informes anuales, resaltó que la insuficiencia presupuestaria ha representado un obstáculo para cumplir algunas metas planteadas.

Aunado a esto, parte del dinero aprobado al MPPS es absorbido por el sistema paralelo Barrio Adentro —proyecto de salud que además recibe asignaciones de la cantidad aprobada por Ley al Ministerio de la Presidencia y recursos de Petróleos de Venezuela—, lo que disminuye los montos tanto para los servicios de la red hospitalaria que depende del despacho como para los programas de salud como el dirigido al cáncer. Por ejemplo, de 31.644,5 millones de dólares que recibió todo el sector salud que depende de la administración pública por Ley de Presupuesto en 2013, 67% de ese total se le otorgó al MPPS, pero ese porcentaje se redujo a 59,85% por la asignación hecha a la Fundación Misión Barrio Adentro que fue de 2.252,5 millones de dólares, según cálculos presentados en el informe de Provea de 2013.

La Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional señalaron en su informe que no tenían conocimiento sobre la cantidad del presupuesto ordinario del Ministerio de Salud que se destina al Programa Nacional de Oncología. Pero cálculos de *Lancet Oncology* indican que Venezuela en 2009 gastó 6,5 dólares por el costo médico de cada caso nuevo de cáncer detectado. La inversión fue inferior a la realizada, por ejemplo, por países como Argentina, Chile y Estados Unidos. El costo por paciente como porcentaje del PIB per cápita representó apenas 0,6%, porcentaje menor al que registró Sudamérica, ubicado en 0,12%.

Costo médico por cada nuevo paciente de cáncer en América (2009)	
País	Inversión (\$)
Estados Unidos	460,1
Uruguay	26,6
México	17,4
Chile	15,9
Argentina	12,2
Brasil	8,04
Venezuela	6,57

Fuente: *Lancet Oncology* (2013)

Si bien no se tiene certeza del monto exacto destinado al control del cáncer en el país, si se conoce que la Dirección General de Programa de Salud, adscrita al Viceministerio de Redes de Salud Colectiva del MPPS, se le asigna recursos para un proyecto integral que atiende a todas las enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer que persigue promover la prevención de factores de riesgo ligados a estas patologías. Los montos dados al proyecto en los últimos años para actividades de promoción de salud y pesquisas no han alcanzado para cumplir las metas planteadas.

La Memoria y Cuenta de 2010, por ejemplo, indica que para la atención de estas enfermedades se aprobó una cantidad de Bs. 34.198.101 y solo se lograron realizar 82.016 pesquisas de las 260.000 programadas: un porcentaje de ejecución de 32%. En el documento apuntan que las limitaciones en la compra de medicamentos e insumos médicos incidieron en el cumplimiento de la meta.

En 2011 el presupuesto aumentó a Bs. 41.158.956, pero a partir de ese año y hasta 2013 se asignó el mismo monto para atender estas enfermedades. El número de pesquisas tempranas programadas tampoco se cumplió: para 2013 se fijó realizar 500.000 pesquisas y solo se realizaron 325.852. En 2012, la Dirección General de Programa de Salud dejó abierta la posibilidad de solicitar créditos adicionales, pero no fueron otorgados. La mayoría de los recursos adicionales entregados al despacho en 2012 y 2013 se destinaron al pago de personal, aumento de salarios y proyectos hospitalarios pero no para programas de salud.

Asignaciones otorgadas al MPPS por Ley de Presupuesto			
Año	Monto aprobado (Bs.)	Monto ajustados por INPC (Bs.)	Variación interanual (%)
2010	9.332.105.290	4.477.476.124	-
2011	15.459.046.621	5.820.424.180	29
2012	19.451.516.006	6.099.566.010	5
2013	24.580.638.329	4.934.880.211	-19

Asignaciones otorgadas al MPPS por créditos adicionales			
Año	Montos aprobado (Bs.)	Monto ajustados por INPC (Bs.)	Variación interanual (%)
2010	17.447.741.113	8.380.279.113	-
2011	29.937.368.104	11.271.599.437	35
2012	32.642.454.285	10.235.953.053	-9
2013	50.214.161.667	10.081.140.668	-2

Partida del presupuesto aprobado por Ley al proyecto de ECNT del MPPS			
Año	Monto asignado (Bs.)	Montos ajustados por INPC (Bs.)	Variación interanual (%)
2010	34.198.101	16.425.601	-
2011	41.158.956	15.496.595	-6
2012	41.158.956	12.906.540	-17
2013	41.158.956	8.263.191	-56

Fuente: MPPS, PROVEA, BCV

El monto aprobado para las enfermedades crónicas no transmisibles en 2013 representó apenas el 0,16% de total del presupuesto asignado por Ley ese año que fue de 24.581 millones, según los cálculos presentados en la Nota Técnica N° 53 de la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas (Rscmv) de septiembre de 2012. “No hay justificación para que en esta área tan prioritaria alcance una cifra tan baja (...). Las tasas de mortalidad y de morbilidad por estas enfermedades no podrán controlarse ni reducirse, mientras la inversión de recursos financieros sea de este orden”, advirtió la institución.

El ex ministro de Sanidad, José Félix Oletta, explica que el otorgamiento de la misma cantidad de dinero confirma que las cuentas no están siendo calculadas de acuerdo a las necesidades demográficas y epidemiológicas ni tampoco están ajustadas a la inflación, cuyo indicador, según las últimas cifras publicadas por el Banco Central de Venezuela (BCV), registró un

aumento anual para noviembre de 2014 de 63,3%, con respecto al mismo mes de 2013 cuando se ubicó 58,2%.

—Es un absurdo que el presupuesto para enfermedades crónicas no aumente. Eso evidencia que quien diseña la planificación presupuestaria no está partiendo de un criterio poblacional y epidemiológico—explica Oletta—, lo que implica que la asignación se está realizando bajo un histórico de presupuesto que no se ajusta ni siquiera a la inflación, eso significa una depreciación de los recursos y una reducción efectiva real del programa porque con ese monto no se podrá cubrir los gastos necesarios para actividades preventivas.

Oletta compara la situación de Venezuela con México, país que, a su juicio, tiene condiciones económicas estables, la planificación de los presupuestos está basada en criterios costo efectivo y las partidas de recursos se asignan por cada programa de salud, lo que permite que se simplifique la ejecución de los proyectos sanitarios.

“En el caso venezolano es diferente porque existe un divorcio entre la planificación efectiva y la asignación de recursos. Las cuentas se planifican por aproximaciones que no obedecen a las políticas de salud ni se establecen por programas”, enfatiza Oletta.

El déficit de recursos para atender patologías complejas y costosas como el cáncer es un desafío en tanto que se estima que la población adulta mayor y la incidencia y la mortalidad por esta enfermedad mantendrán una tendencia al ascenso. En 2010, la Cepal resaltó que la inversión en salud de los países de Latinoamérica, entre ellos Venezuela, ha sido un tema de preocupación por la carga fiscal que genera, por lo que insisten en la necesidad de reforzar las estrategias de prevención para reducir el impacto de padecimientos crónicos no transmisibles como las neoplasias malignas.

II

ATENCIÓN ENGORROSA

"El cáncer no mata, eso es mentira; lo que mata es la angustia, la desesperación, la incertidumbre de si mañana cumplirás con el tratamiento o no, y toda esta crisis en la que está atada la salud".

Isaura Rivero, presidenta de la Fundación Pacientes Oncológicos Impacientes y sobreviviente de cáncer

Desde que le diagnosticaron cáncer de recto bajo, Isaura Rivero, de 59 años, se ha aferrado a Dios. Decidió dar un paso adelante antes de que el cáncer consumiera sus energías: se trasladó de Margarita, donde vive, a Caracas para realizarse un tratamiento de radioterapia en el Hospital Universitario Caracas (HUC), ubicado en la Universidad Central de Venezuela (UCV). Para ese momento, en la Unidad Terapéutica Oncológica que lleva el nombre de su padre, el doctor Modesto Rivero, situada en Porlamar, tenía un año con el acelerador lineal dañado, por lo que decidió ahorrarse la espera y partió de la isla. "Quien más que mi papá quería que me atendiera en Margarita", admite.

Pese a que logró realizarse las sesiones de radioterapia en la ciudad capital, Isaura tuvo que sortear muchas piedras que se le atravesaron en el camino. Controlar el cáncer no es sencillo cuando los insumos básicos para la atención y las medicinas escasean. "Al finalizar el tratamiento debía hacerme varios exámenes, pero debido a la falta de reactivos en el laboratorio del Universitario he tenido que hacérmelos en otro lado y pagarlos. Ahorita debía hacerme una hematología y me dijeron que faltaba hasta el tubo morado para almacenar la sangre", indicó.

Isaura, quien es sobreviviente de cáncer y, además, promotora de la creación de la Fundación Pacientes Oncológicos Impacientes, organización creada a raíz del cierre del Instituto de

Hematología y Oncología, ubicado en la UCV, ocurrido en julio de 2014, también debía realizarse un estudio en el CT - PET —equipo de medicina nuclear empleado para el diagnóstico precoz y determinar el avance de la enfermedad—. Pero está inoperativo porque el aparato está dañado debido a una avería en la tarjeta que lo hace funcionar. "No hay dólares para adquirirla, la empresa Philips de Venezuela le debe dinero a la Philips de Argentina", asegura Rivero.

La unidad de CT - PET del Universitario es la única disponible en la red oncológica del sector público y fue adquirida en el marco del Convenio entre Venezuela y Argentina firmado en 2004 que permitió la refracción y dotación de 19 centros de radioterapia y medicina nuclear en el país. El estudio tiene un costo aproximado de Bs. 64.000 en el sector privado. Pese a que Isaura no contaba con el dinero suficiente, pudo realizárselo. "Me quedé sin plata. Utilicé incluso todo el dinero del seguro de la Gobernación del Estado Nueva Esparta".

Relata que otros pacientes que conoce no poseen un seguro para pagarlo y otros han recurrido a instituciones del Estado como el Banco Central de Venezuela para solicitar dinero. Independientemente de que el CT - PET del Universitario llegase a ser reparado, tampoco podría utilizarse pues el radiofármaco FDG, conocido como glucosa radioactiva, que se le inyecta a los pacientes para realizar el examen, no está disponible en el país actualmente por la ausencia de divisas para importarlo.

Isaura suelta palabras tras palabra a un ritmo acelerado. Emite pocas pausas. Eleva el tono y abre sus ojos azules pronunciadamente cuando comenta algo que le indigna: sus sesiones de quimioterapia fueron suspendidas el 16 de julio de 2014 cuando el Instituto de Hematología y Oncología de la UCV cerró el servicio debido a la ausencia de insumos y al daño producido en el aire acondicionado —necesario para garantizar la asepsia en la sala de tratamiento— que aún no ha sido reparado.

El cierre técnico no sólo despertó la angustia de los pacientes, sino también hizo florecer una diatriba en la que las culpas salieron a relucir: los pacientes y parte del personal de la institución mantenían que la responsabilidad era del MPPS, ente que debía velar por el

mantenimiento de la infraestructura del centro oncológico. Por otro lado, la coordinadora del Sistema de Atención Oncológica del MPPS, Nuramy Gutiérrez, atribuyó el descuido a la rectora de la UCV, Cecilia García Arocha. Pese a los dimes y diretes de la situación y reuniones entre el despacho de Salud y el personal del instituto, Gutiérrez tomó la decisión de enviar a los pacientes a otros centros de la red oncológica del MPPS como el hospital Luis Razetti y el Domingo Luciani para evitar la interrupción del tratamiento. "En vez de arreglar el problema, nos mandó a otros centros que están colapsados y presentan fallas", indicó Isaura.

El ex ministro de Sanidad, José Félix Oletta, resume el panorama de los pacientes oncológicos del país en una sucesión de acontecimientos poco alentadora:

—A una señora que se le diagnostica cáncer hoy en día y va a un centro público y le deban hacer una biopsia no consigue un laboratorio dotado con parafina, si tiene la sustancia no tiene el técnico histólogo ni el anatomopatólogo. Si se logra dar el diagnostico, luego debe hacérsele cirugía pero no hay un pabellón disponible, ni anestesia. Y si se le tiene que aplicar radiaciones no hay equipos funcionando. Entonces, terminas comprendiendo como Venezuela, teniendo los recursos, solo invierte apenas 6 dólares per cápita por cada paciente y que este gasto sea inferior al de América Latina—, señala Oletta.

Para la presidenta de la Sociedad Venezolana de Psicooncología (Sovepo), Gisell Luna, quien además labora en el Instituto de Hematología y Oncología de la UCV, los obstáculos para la atención aumentan los niveles de angustia que los pacientes no deben experimentar, pues el proceso de su recuperación se compromete. Incluso asegura que aquellos que no han visto limitado su tratamiento se inquietan ante la posibilidad de que una eventualidad pueda interrumpirlo.

—Situaciones como el cierre del Instituto de Oncología, la falta de algún medicamento y las fallas en los equipos de radioterapia o que el CT - PET del Universitario no funcione tornan engorrosa la atención —asegura Luna— lo que no es sano para la persona porque se angustia. Si para el paciente tener cáncer representa un impacto emocional, si le sumas los obstáculos que debe pasar para controlarse la enfermedad, eso les aumenta los niveles de estrés porque su

calidad de vida depende del cumplimiento del tratamiento.

Frente a las debilidades para la prevención y el diagnóstico precoz y el aumento de casos avanzados, la atención del cáncer está afectada por la crisis sanitaria. Los pacientes oncológicos deben enfrentar la precariedad de los servicios de atención que se han agravado por la escasez de insumos y medicinas.

La situación económica, caracterizada por la inflación y una recesión que se ha acentuado en los últimos meses por la baja en los precios de la cesta petrolera y las políticas aplicadas en el control de cambio han puesto en jaque los servicios de salud. El entramado burocrático y la tardanza en la aprobación de requisitos —como el certificado de no producción— y las autorizaciones de adquisición de divisas para obtener dólares para importar y el retardo en la asignación y liquidación de los montos aprobados por el Centro Nacional de Comercio Exterior (Cencoex) han comprometido la dotación regular de productos y equipos médicos para la atención y los repuestos para su mantenimiento.

Pese a los esfuerzos del Gobierno por impulsar la producción de productos médicos, Venezuela continúa manteniendo una marcada tradición importadora: más de 80% de los insumos y medicinas son comprados en el exterior, según estimaciones de la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales (Avch). La mora en la cancelación de las divisas ha provocado que las compañías nacionales acumulen deudas con sus proveedores internacionales que, ante la tardanza en el pago por parte del Estado, han cerrado las líneas de crédito. La situación no solo la padece el sector privado, sino también el sector público. La consecuencia: un panorama de desabastecimiento que mantiene algunos servicios en cierre técnico. Por eso el laboratorio del Universitario para que Isaura se haga su hematología no cuenta con reactivos o no pueda adquirirse la tarjeta para que el CET - PET de ese centro funcione, ni se pueda traer el radiofármaco que el paciente con cáncer necesita suministrarse para realizarse este examen.

De acuerdo con el presidente de la Asociación Venezolana de Distribuidores de Equipos Médicos, Odontológicos, de Laboratorios y Afines (Avedem), Antonio Orlando, la escasez de

materiales e insumos para la salud ascendió a 85% para noviembre de 2014. Ese año, Orlando envió dos comunicaciones a la Asamblea Nacional en las que alertaba sobre la fallas en los suministros, entre ellos insumos para la atención del cáncer y repuestos para la reparación de equipos como aceleradores lineales para el tratamiento de radioterapia y mamógrafos para la detección del cáncer de mama tanto en los hospitales como en los centros de salud privados.

En cuanto a los medicamentos antineoplásicos, el panorama es similar: la Sociedad Venezolana de Salud Pública denunció en julio de 2014 que la escasez en las Farmacia de Alto Costo del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (Ivss), institución encargada de distribuirlos a los pacientes de manera gratuita, presentó escasez de más de 50% de las medicinas, mientras que en el Banco de Drogas Antineoplásicas (Badan), donde los pacientes adquieren los fármacos a precios solidarios, el desabastecimiento rondaba 12%.

La solución, coinciden los expertos, estriba en la mejora de la situación económica y, especialmente, en la flexibilización de los procedimientos para la adquisición de divisas y la garantía de una asignación adecuada para el sector salud y su pronta liquidación. "Ese bloqueo en acceso a dólares tiene al país vuelto leña", afirma el presidente de Avedem.

Tejidos tumorales a la deriva

Para que un oncólogo pueda tomar una decisión en el tratamiento del paciente con cáncer debe tener en sus manos el resultado de una biopsia, proceso que implica la extracción de un tejido del tumor que será evaluado en un microscopio por un anatomopatólogo y permitirá conocer las características de la lesión y su gravedad. Para eso los centros de salud deben contar con un servicio de Anatomía Patológica dotado de materiales y sustancias para garantizar estos estudios. En Venezuela, debido a la escasez de insumos, los laboratorios han limitado el servicio, poniendo así en riesgo a las personas con la enfermedad que requieren de esta prueba.

La Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica estima que el desabastecimiento en insumos en los centros del país alcanzó a más de 60% en 2014. El procesamiento de muestras se ha

dificultado por falta de parafina, sustancia necesaria para el estudio de los tejidos; pero no solo es este producto, sino también algunos materiales como solventes, colorantes y hojillas especiales están ausentes en los inventarios de las compañías donde los laboratorios compran estos insumos para dotar sus instalaciones.

La falta de insumos es una de las características que describen el panorama crítico de la salud en el país actualmente. El informe de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional de 2013 indica que la situación en los laboratorios se ha agravado desde hace años: desde 1999 y hasta 2010 cinco centros patológicos cerraron sus servicios, como el del Hospital Vargas, ubicado al norte de Caracas, que en ese lapso de once años redujo el procesamiento de biopsias en un 55,4%.

De esta realidad no escapó el Instituto Anatomopatológico Dr. José O'Daly, ubicado en la UCV, que ha prestado el servicio con fallas en el suministro de insumos. En 2013, este centro se vio en la obligación declarar un cierre técnico por falta de parafina y debido a una compra realizada por la Facultad de Medicina de la casa de estudio pudieron seguir procesando muestras, pero solo a pacientes referidos desde el HUC. "Hemos funcionado con escasez", asegura una históloga que prefirió mantener su nombre bajo reserva y llevaba en su mano una lámina de vidrio que tenía una etiqueta puesta con un número escrito a bolígrafo. "Esta es la biopsia 7.840 que hemos procesado en lo que va de año".

La directora del instituto, María Eugenia Orellan, indica que la reducción en el procesamiento de biopsias para noviembre de 2014 rondaba entre 40% y 50%. Específicamente, para ese mes tenían 7.800 muestras procesadas en comparación con el número de estudios realizados en 2013 cuando se llegó a cerrar el año con 12.000 biopsias, incluso en años anteriores se alcanzaban a estudiar más de 16.000 tejidos anualmente.

La históloga de ese centro confirmó que el Ministerio de Salud no ha podido dotar al laboratorio de insumos desde finales de julio de 2014. De acuerdo con Orellan, la escasez se ha acentuado en los últimos cinco años. Dos obstáculos afectan la operatividad de este instituto que es centro de referencia nacional en la realización de biopsias: el aumento de los

costos de los insumos por la inflación y las limitaciones de los distribuidores nacionales para importar materiales.

—El problema radica que si vas al proveedor, él te pueda dar la cantidad que se necesita en el centro y lo tenga además a un precio accesible. Hoy escuchas por las noticias que la inflación está aumentando, y la UCV no tiene los recursos necesarios para hacer compras tan costosas debido a que se le asigna el mismo presupuesto desde hace cuatro años. Por ejemplo, hoy nos quedan ocho cajas de cuchillas desechables, que vienen en cajas de cincuenta unidades, las últimas que adquirimos fue en julio de este año y la cancelamos a un costo de 7 mil bolívars; a la fecha no las hemos conseguido y, seguramente, sí logramos conseguirlas tendrán un precio elevado en 50%— asegura Orellan.

La directora del centro patológico explica además que la inversión que realizan algunos de los proveedores nacionales para comprar insumos es alta, al punto de que deben obtener dólares en el mercado paralelo para adquirir materiales y reactivos, situación que repercute en el costo final que deben pagar los laboratorios por los productos. Orellan agrega que algunos proveedores de la institución cerraron sus puertas por la situación económica del país, lo que también influyó en la adquisición de parafina y otros materiales.

"Por ejemplo, en el caso de las láminas de vidrio para colocar los tejidos, teníamos un proveedor que cerró hace cuatro meses que quedaba en Caracas, por lo que era bastante viable para el instituto, conseguimos otra compañía pero de los materiales que nos dan algunos son de buena calidad, otros no, entonces, también dependemos de los materiales que el distribuidor importe", explica Orellan.

El Instituto Anatomopatológico depende de los ingresos propios de la UCV y de los insumos que le entrega el HUC, centro hospitalario que recibe parte del presupuesto ordinario del MPPS. Orellan indica que si bien el centro no cuenta con aporte económico del Ministerio, asegura que los funcionarios del despacho están interesados en ayudarlos, pero afirma que ellos están imposibilitados de dotarlos porque también han presentado dificultades para importar. "Lo que sucede es que el financiamiento para la compra de materiales no depende

del Ministerio, sino de la administración central", agrega.

Orlando explica que el complejo proceso para adquirir dólares no es el único obstáculo que enfrenta el sector. Señala que el Gobierno nacional ha reducido sistemáticamente la asignación de divisas en los últimos cinco años. "De 840 millones de dólares que nos dieron en 2010, en 2013 nos otorgaron 531 millones de dólares", detalla. Especifica que el sector requiere anualmente 1.000 millones de dólares del total de la cifra que demanda la salud en el país que se sitúa en 4.500 millones de dólares al año. El director ejecutivo de la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales (Avch), Cristino García, estimó que para 2014 se requerían cerca 1.500 millones de dólares y el Estado solo asignó 420 millones.

A la reducción en la asignación de divisas se suma el retraso en la cancelación del monto aprobado por parte del Cencoex. La tardanza, además de acumular la deuda con los proveedores en el exterior, impide que los productos estén en el país cuando los hospitales y centros de salud privados los requieren. Las compañías internacionales han decidido no dar créditos a los importadores nacionales mientras no se cumpla con el pago. "La situación pudiera revertirse si el Estado se pone al día con la deuda", agrega Orlando.

A principios de 2014, el presidente de Avedem advirtió que la deuda que mantenía la antigua Comisión de Administración de Divisas (Cadivi) con el sector ascendió a 425 millones de dólares y resaltó que desde noviembre de 2013 no habían recibido Autorizaciones de Adquisición de Divisas (AAD) y no pudieron realizar pedidos en los últimos meses. En las comunicaciones enviadas por Orlando a la Asamblea Nacional en 2014 se precisaba que insumos necesarios para procesamiento de biopsias estaban escasos desde hace meses.

La dificultad para realizar estos estudios incide en el tiempo en el que el paciente debe recibir el resultado. El presidente de la Sociedad Venezolana de Mastología, Juan Rodríguez, asegura que el resultado de una biopsia en condiciones normales debe estar listo en una semana, pero debido a las fallas existentes dentro de los servicios puede tardarse hasta un mes. De acuerdo con la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica la supervivencia de un paciente oncológico disminuye al menos en 40% por el retraso en el diagnóstico.

También otros procedimientos importantes para las pacientes con cáncer de mama están limitado: el estudio inmunohistoquímico, un proceso de coloración del tejido mamario extirpado que permite determinar otras características del tumor. El laboratorio de la UCV que realiza esta prueba está cerrado por falta de colorantes especiales, situación que ha impedido que tanto a los pacientes del Hospital Universitario de Caracas (HUC) como de otros centros que no cuentan con estos servicios, como el como el Hospital Luis Razetti y el Servicio Hospitalario Oncológico del IVSS, no puedan realizárselos.

Además se presentan dificultades para conseguir materiales para practicar biopsias por trucut. El presidente de la SVM explica que para la realización de la prueba no hay agujas de corte, lo que también ha representado una barrera para el diagnóstico y el tratamiento posterior. La Sociedad Venezolana de Salud Pública advirtió que desde hace meses las casas comerciales presentan dificultades para la importación de esas agujas.

Medicinas ausentes

Las medicinas antineoplásicas también han entrado en el ciclo de desabastecimiento. Parte de los tratamientos empleados para la aplicación de quimioterapias no se consiguen en la Farmacias de Alto Costo del Seguro Social ni en el Banco de Drogas Antineoplásicas (Badan). La situación es general en el sector: las últimas cifras de escasez publicadas por el Banco Central de Venezuela (BCV), en marzo de 2014, indican que la ausencia de medicamentos fue de 50%. Al cierre de ese año, la Federación Farmacéutica Venezolana (Ferfarven) estimó que el desabastecimiento de medicamentos rondaba en 70%.

La falta de medicinas ha sido denunciada con más fuerza en los centros de la red pública, según la información suministrada en los informes anuales de la ONG Provea. Voceros del sector farmacéutico indican que 70% de los medicamentos —entre ellos los oncológicos— y principios activos para elaborarlos son importados. El sector no solo enfrenta el retraso en la asignación y el pago de las divisas sino también los obstáculos para obtener, entre otros trámites, el Registro Sanitario y las trabas para nacionalizar los productos una vez que ingresan al país, situación que acentúa el desabastecimiento. Las personas con enfermedades

crónicas, como el cáncer, son los más afectados.

Estimaciones de la Sociedad Venezolana de Salud Pública indican que entre el 50% y 60% de las pacientes requieren de quimioterapia en el país. Señalan que anteriormente las personas con la enfermedad recibían medicinas a través del Programa Sumed Oncológico del Servicio Autónomo de Elaboraciones Farmacéuticas (Sefar), promovido por el antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), que quedó discontinuado a partir de 1999.

Desde 2005, el Estado reformuló el proyecto de acceso a medicinas de alto costo y se distribuyen de manera gratuita en las 73 farmacias que tiene disponible el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Si bien la iniciativa ha sido reconocida, la escasez también ha tocado las estanterías de sus establecimientos y ha hecho mermar el servicio que en 2012 prestaron a más 788.517 pacientes, en su mayoría con patologías oncológicas.

La Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional han denunciado que desde 2011 algunas presentaciones para el tratamiento del cáncer están ausentes en las farmacias del Seguro Social que cubren a más de 90% de los pacientes que requieren quimioterapia. Los informes de las instituciones señalan que el desabastecimiento es progresivo. Para agosto de 2013 advirtieron que al menos 13 fármacos no se conseguían en el IVSS, por eso alertaron que si la situación no se resolvía podrían discontinuar o paralizar los protocolos de los tratamientos.

Esta advertencia pareció no haber tenido repercusión: a principio de 2014, en otro comunicado, señalaron que de 26 medicinas esenciales para el cáncer, 17 estaban escasas en el Seguro Social. Para abril de ese año la cantidad ascendió a 22 fármacos. La escasez también afectó los inventarios de la Fundación Badan, donde los pacientes recurren cuando no logran conseguirlas en las farmacias del IVSS y, además, deben pagarlas a bajos precios.

El oncólogo y miembro de la Organización Médicos por la Salud, José Manuel Olivares, explica que cuando los pacientes no consiguen los tratamientos los especialistas se ven obligados a recetar medicinas de segundo nivel que no tienen el mismo efecto. Explica que la

mayoría de los pacientes cuando no encuentran sus medicinas en las farmacias públicas ni en Badan recurren a buscarlos en otros países cercanos como Colombia.

El ex ministro de Sanidad, José Félix Oletta, explica que el IVSS ha presentado dificultades para realizar importaciones de medicinas en los últimos años por la ausencia de divisas. Ante las denuncias de escasez, las autoridades del Ministerio de Salud han asegurado que han agotado todas las alternativas para garantizar las medicinas antineoplásicas en el país por medio de compras nacionales, importación y solicitudes directas a través de los convenios con países como Portugal, Uruguay y Cuba.

El informe sobre el derecho a la salud de Provea de 2013 apunta que los problemas económicos, la disminución en la entrega de divisas y las deudas acumuladas con proveedores nacionales y extranjeros obligaron al despacho de salud a realizar importaciones directas por medio de los acuerdos binacionales para dotar los establecimientos hospitalarios del MPPS, el IVSS y Barrio Adentro. En el caso de las medicinas oncológicas, el país recibe fármacos, en su mayoría, provenientes de la industria uruguaya que, según Oletta, presentan problemas de patente, de fabricación y de calidad.

En 2014, el desabastecimiento se acentuó y fue reconocido por funcionarios del MPPS y el IVSS. En febrero de ese año, la actual coordinadora del Programa Nacional de Oncología del despacho de salud, Claudia Morón, afirmó que había retrasos en la adquisición de algunos fármacos para tratar el cáncer. Para mayo, Morón anunció que serían entregados un lote de 27 presentaciones de medicinas antineoplásicas adquiridas mediante el Convenio Uruguay - Venezuela y serían distribuidas por el Servicio Autónomo de Elaboraciones Farmacéuticas (Sefar).

En agosto de 2014, la directora de Farmacoterapéutica del IVSS, Mercedes Pereira, informó que solo 12 de los 189 medicamentos para el cáncer estaban escasos: un déficit de apenas 5%. En cambio, la Sociedad Venezolana de Salud Pública advirtió que 15 de los medicamentos esenciales continuaban ausentes, entre ellos Ciclofosfamida —empleado para el tratamiento de diversos tipos de cáncer—, y estimó que la escasez alcanzó a 86% por lo que indicaron que la

reducción de los inventarios fue acelerada.

Para ese mes de agosto, el diputado de la Asamblea Nacional, Henry Ventura, anunció que el Cencoex adjudicó al sector salud 2.055 millones de dólares y resaltó que el Gobierno invirtió 4 millardos de bolívares para medicinas de alto costo. El sector farmacéutico, a diferencia del sector de insumos y equipos médicos, recibe mayor asignación de dólares, pero también en los últimos años los montos han sido reducidos: en 2013 los laboratorios recibieron 2,9 millardos de dólares: una disminución de 34% al compararla con los 4,4 millardos asignados por la extinta Comisión de Administración de Divisas (Cadivi) en 2011.

Radiaciones limitadas

La radioterapia es una de las alternativas terapéuticas para el cáncer con mayor demanda en el país. Pero, en los últimos años, ha estado limitada debido a que los equipos, como aceleradores lineales y unidades de cobaltoterapia, no se les han realizado el mantenimiento preventivo correctivo por falta de repuestos. De no agilizarse el proceso para la compra de piezas en el exterior, las unidades disponibles, tanto en el sector público como privado de salud, se mantendrán paralizadas y traerá consecuencias adversas para los pacientes que requieren de este tratamiento a tiempo y para aquellos que lo reciben y no pueden interrumpirlo.

"La situación actual de desabastecimiento ocurre en todos los niveles, en el sector público y en el privado. Hay equipos de tomografía y máquinas de anestesia paralizadas por la falta de repuestos", resalta Orlando, quien además de ser el representante principal de Avedem, también es el presidente de Meditrón, empresa encargada por la compañía argentina Invap para realizar las reparaciones de los equipos de radioterapia adquiridos mediante el Convenio entre Argentina y Venezuela del año 2004 que resultaron afectados debido a que el MPPS dejó vencer los contratos de mantenimiento preventivo correctivo entre marzo de 2011 y 2012, cuyas cláusulas tenían 5 años de vigencia, como reveló un reportaje de investigación publicado por el diario **El Nacional** en septiembre de 2012.

Los servicios de radioterapia tienen una historia sombría en el país. En años anteriores, el acceso al tratamiento era limitado por la poca disponibilidad de equipos de nueva generación. Con miras a cubrir esa necesidad, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) emprendió un proyecto de actualización tecnológica para sustituir aparatos de cobaltoterapia por aceleradores lineales que inició en el año 2000 con la adquisición de 4 equipos que no fueron utilizados por no contar con los bunker para resguardarlos, refiere el informe de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y Red Defendamos la Epidemiología Nacional de 2013. "Faltaban como 20 aparatos, pero no teníamos los recursos para la dotación", reconoció el ex ministro de Salud, José Félix Oletta, quien ocupó el despacho de salud hasta 1998.

Fue a partir de 2004 cuando el proyecto salió a flote: Venezuela firmó un convenio con Argentina para ampliar y modernizar los servicios de radioterapia. El acuerdo, que consistió en el intercambio de petróleo por equipos de tecnología nuclear, dio luz verde para la construcción y refracción de 19 salas que fueron dotadas con equipos de radioterapia y medicina nuclear distribuidos en 15 estados de país para cubrir una demanda de 19.000 pacientes. La inversión del negocio fue de \$85 millones de dólares y se estableció con dos empresas argentinas: la compañía de tecnología nuclear Invap y la filial argentina de Phillips.

De acuerdo con el informe de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional de 2013, en el marco del contrato, a Invap se le encargó la refracción de las salas y la instalación de 8 bombas de cobalto y 8 simuladores universales por \$53 millones. Phillips de Argentina traería al país 10 aceleradores lineales, 14 tomógrafos simuladores Elecktra, 14 equipos de braquiterapia de alta tasa, 9 gammacámaras y una unidad de CT - PET por \$34 millones.

El informe de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional indicó que de 40.263 casos nuevos para 2009, 22.447 requerían de radioterapia. Tras el vencimiento de los contratos mantenimiento preventivo y correctivo, la inoperatividad de los equipos de la red pública fue de 69%, lo que implicó que solo pudieran atenderse 5.890 personas con la enfermedad: un déficit de 19.557 pacientes. Antes de caducar los contratos, Orlando entregó un proyecto de renovación en 2010 al MPPS que no fue

aprobado.

La empresa Meditrón hizo una auditoría técnica de los aparatos afectados y elaboró un presupuesto para las reparaciones, pero las trabas para acceder a dólares representaron una piedra de tranca. Las fallas que se produjeron en gran parte de los 19 centros que conforman la Red Nacional de Atención Oncológica, inaugurada en marzo de 2012, cuando expiraron los contratos de mantenimiento, provocó un colapso que hizo que los pacientes se trasladaran a otros hospitales donde funcionaban los equipos y generó largas listas de espera para recibir radiaciones. Para ese momento, el presidente de la Sociedad Venezolana de Radioterapia Oncológica, Juan Eloy Montenegro, estimó que entre 10% y 15% de los pacientes fallecían por falta del tratamiento.

La firma para la renovación del contrato de mantenimiento tuvo contratiempos por dos años debido a que no se había logrado acuerdos con las ministras que ocuparon el despacho entre 2010 y 2013, Eugenia Sader e Isabel Iturria. En 2013, con la designación de Francisco Armada, se concreta la firma un contrato con la empresa Meditrón para reparar los equipos en un lapso de 12 meses.

Ese año, la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional (AN) presentó los resultados de una investigación que hizo en los servicios de radioterapia dotados por el convenio y determinó que de los 19 centros apenas 5 estaban operativos, por lo que el diputado oficialista, Henry Ventura, quien dirigía la comisión del parlamento, consideró que debía decretarse una emergencia sanitaria. Otra investigación de la Sociedad Venezolana de Oncología dio cuenta de que los equipos que no fueron adquiridos en 2004 en el marco del acuerdo también presentaban fallas por falta de mantenimiento, inclusive algunos equipos no habían sido calibrados ni instalados. La situación motivó a diversas sociedades científicas, médicos, ONG, pacientes y familiares y diputados del AN a introducir una carta ante la Fiscalía General de la República para solicitar la interpelación de las ex ministras Eugenia Sader e Isabel Iturria por las consecuencias que produjo la paralización de las unidades de radioterapia. Pero no obtuvieron respuesta de las autoridades.

Tras la firma del contrato, Orlando informó que 80% de los equipos estaban operativos, pero el 20% restante aún no había sido reparado por no contar con dólares para traer repuestos. En el convenio de 2004 se establecía que la importación de piezas para el mantenimiento de los equipos estaba eximida de trámites de Cadivi, pero esta cláusula no se hizo efectiva. La tardanza en la liquidación de divisas y el cierre de las líneas de crédito por parte de las compañías internacionales afectaron las reparaciones de aceleradores lineales, bombas de cobaltos y otros equipos de medicina nuclear.

"Entre octubre y noviembre de 2013, los proveedores cerraron los créditos, después a principio de 2014, tras la promesa del Gobierno de que a partir de febrero estaría garantizadas las importaciones y la oportuna asignación y liquidación porque habían fondos, nos abrieron un poquito los créditos, a esa situación le debemos lo poco que hemos importado hasta ahora", explica Orlando.

Orlando comenta que en la subasta N° 18 del Sistema Complementario de Administración de Divisas (Sicad 1), convocada el 18 de julio de 2014, al sector repuesto se le aprobó fondos para importar. Sin embargo fue a finales de octubre que los operadores cambiarios autorizados hicieron la transferencia a los proveedores internacionales, por lo que en ese lapso de tres meses los equipos de radioterapia que faltaban por reparar continuaron inoperativos.

Hasta noviembre de 2014, la operatividad de las unidades de radioterapia y medicina nuclear dotadas a través del Convenio Argentina - Venezuela fue de 87%. Orlando explicó que los centros que faltaban por reparar estarían operativos al 100% para principios de diciembre de ese año porque habían llegado los repuestos. Para ese momento, por ejemplo, de 10 aceleradores lineales 8 estaban operativos y los dos restantes, ubicados en el Hospital Universitario de Maracaibo y el Central de Maracay, estaban dañados y no habían sido reparados debido al retraso en la aprobación del Certificado de No Producción (CNP), emitido por el Cencoex, para importar los repuestos. La aprobación de este requisito tarda aproximadamente un mes, según los importadores.

Orlando atribuye que parte de los daños de los equipos de la red pública —incluso de los centros de salud privados— se originaron por las fallas constantes en el servicio eléctrico del país y las averías de los aires acondicionados de las salas. El ingeniero confirmó que las unidades de la red pública no contaban con protección eléctrica y con los cortes de luz los aparatos quedaron afectados.

Entre 2012 y 2013, Orlando, tras una evaluación realizada en el Hospital Oncológico Dr., Miguel Pérez Carreño de Valencia, demostró que las condiciones óptimas en aires y la instalación de plantas eléctricas en las salas donde están colocados los equipos garantizaba un funcionamiento a más del 95% de sus requerimientos por lo que elaboró un contrato para emprender los trabajos. "Pero la doctora Eugenia Sader no quiso ejecutarlo, ni Isabel Iturria tampoco", confirma.

En diciembre de 2014, el Ministerio de Salud informó sobre la renovación del contrato de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos traídos de Argentina con la empresa INVAP por 10 años con una inversión de 177 millones de dólares, una suma superior a la acordada en 2004 de 85 millones de dólares. En el marco de este nuevo acuerdo, se planteó la inversión en actualización tecnológica de los aparatos, pues desde 2004 han avanzado las opciones en el tratamiento radioterapéutico y el país no había importado, desde entonces, un equipo de última generación.

A pesar de que los equipos adquiridos en 2004 han ido reparándose paulatinamente, Orlando considera que el problema de fondo deber resolverse: agilizar el proceso para la importación de las piezas para futuros mantenimientos y el pago oportuno de la deuda que el Gobierno le debe al sector. "La salud tampoco puede quedar estática por falta de repuestos", asegura.

Secuelas en el sector privado

Los servicios oncológicos en los centros de salud privado también han estado contra la espada y la pared. No solo el desabastecimiento de insumos médicos quirúrgicos y repuestos dificulta la atención en este sector, sino la regulación de los costos a algunos de sus servicios impuesta

en 2013 por el Gobierno nacional que ha ocasionado que los flujos de cajas mermen y no haya suficientes recursos para comprar repuestos para reparar y actualizar equipos de radioterapia y reactivos para procesar biopsias y hacer otros exámenes clínicos. Las dificultades ocurren en un contexto donde los centros de salud privados atienden el 80% de la población cuando solo cuentan con el 50% de camas disponibles, según afirma el director ejecutivo de la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales (AVCH), Cristino García. En ese porcentaje de población están los trabajadores públicos beneficiados con la compra de pólizas de HCM (Hospitalización, Cirugía y Maternidad) que hacen algunas instituciones del Estado.

En 2013, la Superintendencia de Costos y Precios (Sundecop) —hoy Superintendencia de Precios Justos (Sundde)— aprobó la Providencia Administrativa N° 294 que estableció la regulación de los costos de 20 servicios médicos y 28 procedimientos de diagnóstico calculados sobre facturas del año 2012. García, quien afirma que esta medida se implementó sin un estudio previo de las estructuras de costo de las clínicas, indica que los montos para el pago no fueron calculados a la tasa inflacionaria que actualmente sobrepasa el 60%, ni a las devaluaciones. El ajuste redujo el precio de los servicios en más de 50% de su costo real.

De acuerdo con la normativa, publicada en Gaceta Oficial N° 40.196 del 26 de junio de 2013, por ejemplo, en el caso de los estudios de Anatomía Patológica, una biopsia tiene un precio de Bs. 476, una extemporánea cuesta Bs. 550 y una citología Bs. 220. Ese año, la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica indicó que estos precios no estaban ajustados a las necesidades reales de los 200 laboratorios que tiene el sector privado, por lo que se verían en la obligación de cerrar sus puertas o suspender los servicios ya afectados por la escasez de insumos para procesar muestras, de las cuales, estima el gremio, 50% provienen de pacientes atendidos en hospitales.

García señala que los centros de salud privados han trabajado a pérdida tras la regulación de sus costos, pues los montos fijados no logran cubrir los gastos reales que generan los servicios. Explica que las clínicas para poder recuperar el porcentaje perdido por la medida se aferran a los servicios que no fueron sometidos al control de sus costos, pero afirma que lo obtenido no es suficiente para suplir las necesidades en los establecimientos de salud.

Costos de servicios oncológicos (Providencia N°294 de la Sundecop de 2013)

Servicios para el tratamiento oncológico			
Servicios	Clínica Tipo I	Clínica Tipo II	Clínica Tipo III
Sesión de quimioterapia	Bs. 1.380	Bs. 980	Bs. 910
Sesión de radioterapia	Bs. 6.000	Bs. 4.260	Bs. 3.955
Sesión de radiaciones por fotones	Bs. 4.000	Bs. 2.840	Bs. 2.637
Procedimientos de diagnóstico			
Marcadores tumorales		Bs. 212	
Mamografía	Bs. 380 (unilateral)	Bs. 360 (bilateral)	
Gammograma óseo		Bs. 650	
Otras citologías		Bs. 220	
Biopsia		Bs. 476	

Fuente: Gaceta Oficial N° 40.196 (26 de junio de 2013)

"Muchas clínicas han tenido que solicitar préstamos a los bancos para pagar nómina, pero al costo de endeudarse. Si el centro de salud adquiere una deuda, en medio de la situación crítica, le toca decidir entre pagarla con intereses o cerrar sus puertas", aclara García.

Agrega que al sector le ha afectado que las empresas del Estado y las aseguradoras tanto públicas como privadas no hayan cancelado la deuda que tiene con los centro de salud, la cual alcanzó para diciembre de 2014 cerca de 5 mil millones de dólares. "La situación de mora no es reciente, pues supera los 150 días de pago; es decir, más de cinco meses. Eso genera un trastorno en los flujos de caja que le impiden a los centros, por ejemplo, realizar el mantenimiento preventivo correctivo de equipos —como aceleradores lineales— ni adquirir tecnología de punta para los tratamientos", precisa.

La falta de recursos y el desabastecimiento de insumos han imposibilitado que el sector pueda brindar a las mujeres servicios de mamografía por la ausencia de placas radiográficas y equipos sin reparar, por ejemplo. El presidente de la Sociedad Venezolana de Mastología, Juan Rodríguez, afirma que hasta para realizar métodos terapéuticos como el ganglio centinela a las

pacientes con cáncer mamario se ven limitados porque no hay en los centros los colorantes especiales ni radiofármacos.

García resalta que los centros del sector "no son importadores, sino compradores". Por eso explica que las dificultades de sus proveedores para importar afectan los servicios en las clínicas. Aún el Estado no cancela la deuda que ha crecido entre 2013 y 2014 —calculada en \$300 millones— por lo que García afirma que en los establecimientos de salud se han venido reduciendo los inventarios. Agregó que en marzo de 2014 los proveedores internacionales de las empresas que le venden insumos no emitieron créditos hasta que no se cancelaran 50% de lo adeudado.

"Nosotros nos hemos venido comiendo nuestros insumos al punto de que hoy, de 281 productos, entre insumos, medicinas y repuestos que se necesitan en el sector salud, 229 presentan fallas absolutas", afirma García.

El presidente del Hospital de Clínicas Caracas, Amadeo Leyba, indicó que el desabastecimiento ha afectado a las clínicas que cuentan con servicios de tecnología de punta. Ese centro mantiene actualmente más de 80% de los servicios de medicina nuclear paralizados. Por ejemplo, señaló que el CT – PET de ese centro tiene un año sin funcionar y añadió que tampoco cuentan fármacos como el yodo radioactivo para tratar cáncer de tiroides.

La crisis por la que atravesaron las unidades de radioterapia de la Red de Atención Oncológica del MPPS parece repetirse en los centros privados: aceleradores lineales y bombas de cobalto sin funcionar por falta de mantenimiento. Orlando confirmó que algunos centros de salud privados como el Centro Médico de Caracas tuvieron dos meses con el acelerador lineal inoperativo. Por la misma situación pasó la Sociedad Anticancerosa de Venezuela del estado Aragua que mantuvo por más de seis meses su único equipo dañado.

El Ministerio de Salud cuando tuvo paralizados los aparatos de radioterapia en más 60% de su operatividad solicitó ayuda de las clínicas para reducir las listas de espera producidas en los centros asistenciales de la red oncológica que aún prestaban el tratamiento sin inconveniente

como el Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS.

De acuerdo con el informe de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional, en 2013 88% de los equipos de radioterapia del sector privado estaban operativos, mientras que apenas 23% de los aparatos de la red pública no funcionaban. A principios de 2014, la coordinadora nacional de Sistema de Atención Oncológica del MPPS, Nuramy Gutiérrez, confirmó que el despacho contaba con 350 cupos diarios en 9 clínicas privadas de todo el país, de las cuales 5 estaban ubicadas en Caracas para reducir las listas de espera.

Orlando asegura que la medida del despacho de Salud no dio resultado porque algunos equipos en las clínicas estaban dañados debido a los cortes eléctricos. García afirma, por ejemplo, que de los 21 aceleradores lineales que tiene el país 7 estaban funcionando (4 pertenecen al sector privado) y algunos equipos estaban en espera de piezas para ser reparados. Oletta explica que el sector privado no está en la capacidad de atender la demanda de pacientes oncológicos de la red pública y precisa que los centros podían prestar el servicio a 10% de esa población.

—Si trasladas al sector privado más de mil pacientes, eso va tener una repercusión sobre la operatividad de las máquinas que entrarán en períodos de reparación, entonces, tienes que el fenómeno se invierte: tienes más máquinas afectadas en el sector privado que en el sector público. Los centros privados no funcionan porque no tienen dinero para reparar los aparatos, entonces, el MPPS tenía este sector para paliar la crisis y ahora no lo tiene—, resalta Oletta.

García comenta que aquella oportunidad cuando el MPPS pidió la colaboración de los centros privados, el gremio estaba dispuesto ayudar en la medida de lo posible. "El Ministerio de Salud nos entregó una lista de espera de 4.000 pacientes y en el sector solo podíamos atender mensualmente a 300 pacientes, no fue suficiente, pero mejor es algo que nada".

Los expertos coinciden en que el sector privado debe ser un complemento del sector público, por lo que si la atención en los centros de salud privada falla, frente a una red hospitalaria con

limitaciones para prestar servicios, podría generarse un colapso general de la salud. Por esta razón, García insiste en la necesidad de que el Gobierno analice el ajuste de los precios de las tarifas de los servicios y resuelva el problema de desabastecimiento, acentuando por las dificultades para acceder a dólares e importar, que afrontan sus proveedores en el país.

“Nosotros nos reunimos con el Gobierno en el momento en que nos llamaron para colaborar en la prevención del Ébola y aprovechamos para decirles que antes deben arreglar el problema de escasez que existe hoy día en el país, pues no se puede pretender que se atienda un problema de salud cuando no se cuenta ni siquiera con una inyectora”, asegura García.

A pesar de las reuniones sostenidas y las mesas de trabajo realizadas por la actual ministra de Salud, Nancy Pérez, con los importadores, distribuidores de insumos y casas farmacéuticas, García asegura que aún no se le ha ofrecido respuestas concretas al sector salud por lo que se mantiene ante la expectativa de una solución que podría evitar que los centros de salud privado, donde también acuden pacientes con cáncer, decaigan

III

UN COLAPSO PROLONGADO

"Cuando no se cuenta con el número adecuado de centros de radioterapia ni de sillones para el tratamiento de quimioterapia la atención se reduce"

José Manuel Olivares, médico e integrante de la Organización Médicos por la Salud

María Elena ha pasado gran parte del día fuera de su casa con su hija y su madre Estela, quien padece de cáncer de cuello uterino. Las tres no ocultan el cansancio, pero tampoco la preocupación. María Elena está parada cerca de la puerta del servicio de radioterapia y medicina nuclear del Hospital Universitario de Caracas (HUC), ubicado en sótano de la edificación; mientras que su hija permanece sentada con su abuela. Ellas llegaron allí por una razón: buscan un cupo para que Estela reciba tratamiento de braquiterapia. Este centro de salud tiene tres turnos para el tratamiento radiante. Por eso es el único servicio de la red pública que no tiene listas de espera. Antes de llegar al Universitario, María Elena y su hija acudieron al Servicio Hospitalario Oncológico del IVSS, ubicado en El Cementerio, al sur de Caracas. En el Padre Machado las listas de espera estaban para tres meses y Estela no podía esperar más tiempo.

La historia médica de Estela se encuentra en el Hospital Oncológico Luis Razetti, donde ella tiene su consulta y, además, recibió quimioterapia, pero no pudo realizarse las sesiones de braquiterapia porque el equipo está inoperativo. Tras 15 minutos de espera, la secretaria del servicio salió a atender a María Elena:

—Queremos saber cómo hacemos para meter a mi mamá en un turno para que reciba braquiterapia.

La respuesta no fue esperanzadora:

—En este momento, no estamos recibiendo más pacientes —afirmó la secretaria—. Debe dirigirse al Programa Nacional de Oncología, allí le van a decir donde puede acudir.

María Elena no conoce el Programa Nacional de Oncología, no sabe que es una dependencia del MPPS, ubicada en el piso 8 de la sede del despacho de salud. La secretaria regresó a sus labores. Ella no se movió del pasillo. "Sí hay cupo, lo que pasa es que no quieren dar, a la mamá de una amiga se lo dieron ayer", le dijo a su hija.

No conseguir un cupo para el tratamiento radiante es un hecho que responde a una situación: los servicios oncológicos no son suficientes para cubrir la demanda actual de pacientes con cáncer. Casos como los de María Elena se repiten a diario, es una realidad que reconoce José Manuel Olivares, médico oncólogo del Hospital Universitario y miembro de la Organización Médicos por la Salud.

—El colapso es nacional —asegura Olivares quien es médico residente del postgrado de Radioterapia Oncológica y Medicina Nuclear de la UCV—. Cuando no se cuenta con el número adecuado de centros de radioterapia disponibles, ni de sillones para el tratamiento de quimioterapia la atención se reduce. Los servicios oncológicos no escapan de esta realidad. A pesar de que hay esfuerzos aislados como el del Universitario para paliar un poco la situación, son pocos los privilegiados, si observamos la gran demanda.

El galeno comenta que el HUC tiene una responsabilidad directa con los pacientes que acuden a ese centro y los más de 10 hospitales de Caracas que no ofrecen servicios oncológicos y otros que provienen del interior del país.

—Si el paciente lleva una referencia con la secretaria del servicio, ella asumirá la orden directa de remitirla al Programa Nacional de Oncología donde deberá atravesar por una burocracia horrenda en una oficina del ministerio del Centro de Caracas y, seguramente, pasarán entre 15 días y un mes para que le den una respuesta. Hay casos que son remitidos con los médicos y ellos le hacen una referencia al paciente para que pueda ser incluido en algún turno de servicio—, asegura Olivares.

Una capacidad corta

La realidad a futuro es clara para los especialistas: la demanda será cada vez más alta y, por eso, los servicios deberán ampliarse y modernizarse y mantener los centros existentes operativos para evitar un colapso mayor. "Es una necesidad el aumento de los servicios", afirma el presidente de la Sociedad Venezolana de Oncología (SVO), Álvaro Gómez.

La red oncológica del MPPS cuenta con 19 centros de radioterapia y 11 servicios de medicina nuclear con 82 equipos. Olivares afirma que el país está por debajo de los estándares internacionales en cuanto al número de servicios requeridos para tratar el cáncer.

La mayoría de los tipos de neoplasias existentes requieren de radioterapia. La Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional estima que 56% de los pacientes necesitan este tratamiento, pero el país no cuenta con los aparatos necesarios para atender la demanda. Un informe de la Agencia Internacional de Energía Atómica, publicado en 2008, señala que para 2006 el país alcanzó una distribución de equipos de radioterapia de 1,2 unidades por millón de habitantes, pero esta cantidad es inferior al promedio recomendado para Latinoamérica que es de 5,5 unidades por millón de habitantes.

En su informe, la instituciones indican que para atender a la población actual se requieren al menos 23 centros. La ex coordinadora del Programa Nacional de Oncología, Thais Rebolledo, explica que lo ideal es que la red pública cuente con un centro en cada estado del país. Pero Oletta resalta que la construcción de nuevos servicios debe plantearse tomando en cuenta el crecimiento de la población, pues ejemplifica que en las entidades donde hay mayor número de habitantes no debería haber un solo centro.

Además del déficit, los servicios de radioterapia en el país no tienen una distribución equitativa: de los 19 centros existentes, 5 están ubicados en Caracas y 14 se encuentran en el interior del país: de los 24 estados, 8 no cuentan con unidades para el tratamiento (Amazonas, Apure, Barinas, Cojedes, Delta Amacuro, Monagas, Trujillo y Vargas). Frente a la demanda creciente, la inequidad, aunado a la inoperatividad de algunas unidades por daños en los

equipos, ha provocado que algunos pacientes que no se puedan atenderse en sus entidades tengan que irse a otros estados para recibir radiaciones. La mayoría de las personas con la enfermedad viajan a la ciudad capital. "Los pacientes requieren trasladarse de otros estados, lo que constituye barreras geográficas y económicas para la atención efectiva de los pacientes y sus familiares", señala el informe de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional.

Para Olivares el déficit de centros oncológicos en el sector público obedece a la falta de inversión y planificación. "Si das una mirada a otros países no tan desarrollados, ves que existe una planificación de acuerdo a una tasa poblacional, de fallecidos, de prevalencia y de capacidad instalada que facilita la ampliación de los servicios con equipos de alta tecnología. En el país esa falla ha conllevado a colapsos, listas de espera de hasta dos meses y pérdida de vidas", asegura.

Cuando parte de las salas de radioterapia quedaron paralizadas entre 2011 y 2012, el problema se acentuó. Por ejemplo, gran parte de los pacientes de interior del país llegaron a Caracas para atenderse. En la capital los equipos también sufrieron daños, lo que provocó el colapso de los dos centros especializados en la atención de esta patología: el Hospital Luis Razetti y el Oncológico del IVSS. En el caso de HUC, la avería en el acelerador lineal obligó al personal a mandar a los pacientes a otros centros de la ciudad como el Hospital J.M de los Ríos, donde se atienden niños con cáncer, que habilitó un turno para atender adultos.

Para ese momento, el equipo de ese centro asistencial presentaba fallas por lo que no podían sobrecargarlo porque comprometería el tratamiento de los infantes con la enfermedad, además no contaban con el personal médico necesario para atender a los pacientes. El hospital Padre Machado y el Domingo Luciani abrieron turnos nocturnos para paliar la situación, mientras los centros funcionaran nuevamente. Para finales de 2013, la Sociedad Venezolana de Radioterapia Oncológica indicó que las listas de espera por el tratamiento ascendieron a más 1.500 pacientes en algunos centros de salud.

Servicios de radioterapias y medicina nuclear de la Red Oncológica del MPPS

Anzoátegui	Hospital Dr. Luis Razetti (Unidad Dr. Kleiber Ramírez)
Aragua	Hospital Central de Maracay
Bolívar	Hospital Ruiz y Páez
Carabobo	Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño
Distrito Capital	Hospital Universitario de Caracas, Hospital de Niños J.M de Los Ríos, Instituto Oncológico Dr. Luis Razetti, Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo.
Falcón	Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken
Guárico	Hospital Israel Ranuarez Balza
Lara	Hospital Antonio María Pineda
Mérida	Hospital Universitario de Los Andes
Miranda	Hospital Dr. Domingo Luciani
Nueva Esparta	Hospital Dr. Luis Ortega (Unidad Dr. Modesto Rivero)
Portuguesa	Hospital Universitario Miguel Oráa
Sucre	Hospital Antonio Patricio Alcalá
Táchira	Hospital Central de San Cristóbal
Zulia	Hospital Universitario de Maracaibo

Fuente: MPPS

La situación no ha cambiado mucho desde entonces. En 2014, Gladys Muñoz buscaba un tratamiento radiante para su hijo Samuel de 21 años, a quien le fue detectado un linfoma en 2013. Samuel no pudo recibir radioterapia en la Unidad Oncológica Dr. Modesto Rivero de Polarmar, estado Nueva Esparta —inaugurada el 27 de octubre de 2012 para atender a más 250 pacientes— debido a que el acelerador lineal de ese centro estaba inoperativo y esperaba ser reparado, pero aún no se contaban con las piezas para arreglarlo. Tanto Samuel como su madre tuvieron que trasladarse a Caracas.

—La doctora de Samuel nos dio varias opciones y entre esas alternativas estaban clínicas privadas —comenta Gladys— porque nos dijo que la mayoría de los centros públicos estaban colapsados y algunos tenían los equipos dañados. Ella se contactó con algunos médicos y con el que pudimos hablar trabajaba en Clínicas Caracas, pero allí las 20 sesiones que requería Samuel tenían un costo de 16.000 bolívares.

A pesar del colapso, Gladys consiguió un cupo para su hijo en el HUC, pero explica que el traslado hacia Caracas tuvo su costo.

—Irnos a Caracas fue complicado porque se nos dificultó conseguir pasajes por el problema con las aerolíneas. Solo pude comprar el pasaje de ida de Samuel y el mío que nos costó 3.000 bolívares cada uno. Mi esposo no pudo ir—, asegura Gladys, quien resalta la necesidad de que la unidad oncológica de la región insular esté operativa para que la población pueda evaluarse y ahorrarse el gasto que implica viajar a otro lugar en busca del tratamiento.

Tras la firma del convenio de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de radioterapia y la recuperación de algunas unidades, la coordinadora nacional del Sistema de Atención Oncológica del MPPS, Nuramy Gutiérrez, en una entrevista publicada por el **Correo del Orinoco**, informó, a principios de febrero, que entre los planes del despacho de salud estaba la creación de nuevos centros de radioterapia en los estados Barinas y Monagas y la recuperación de la infraestructura de Guarenas, estado Miranda, donde se construiría el Centro Nacional del Cáncer, que contará con un servicio para el tratamiento. Gutiérrez estimó que para 2014 un total de 27 mil pacientes requerían de radioterapia. Sin embargo, las 19 unidades dotadas en 2004 fueron tiene una capacidad para atender 19.000 pacientes.

En el convenio Argentina - Venezuela de 2004 se pactó la creación de 26 centros de radioterapia, pero solo se comenzó a refractar, en una primera fase, los 19 centros existentes actualmente. Inclusive, en el acuerdo estaba previsto la instalación de 3 CT - PET en la red pública y únicamente se colocó 1 que está ubicado en HUC. El presidente de Meditrón, Antonio Orlando, confirmó que en el nuevo convenio suscrito por el Ministerio con la empresa Invap de Argentina en diciembre de 2014 no se planteó la ampliación de los

servicios, a pesar de que el país requiere de más centros con equipos.

En algunos de los 61 servicios de medicina oncológica y hematología que tiene el país y donde se aplican tratamientos de quimioterapia también han colapsado por su poca capacidad de espacio para brindar atención. Yajaira Colon tiene cáncer de mama y, antes de ser operada, debía cumplir un ciclo de sesiones de quimioterapia que comenzó a realizar en el Instituto de Hematología y Oncología de la UCV. Sin embargo, tras el cierre técnico del complejo en julio de 2014, fue reubicada en el Hospital Luis Razetti. Si bien la medida anunciada por Ministerio de Salud tuvo como fin evitar la interrupción del tratamiento de los pacientes, oncólogos como José Manuel Olivares aseguraron que el traslado implicaría el colapso de los servicios.

Colon asegura que no ha interrumpido su tratamiento en el Razetti.

—Lo malo es que no se tiene hora fija para comenzar. Puede ser en la mañana o en la tarde—, señala Colon.

El servicio de quimioterapia del Luis Razetti atiende entre 80 y 100 pacientes diarios; entre ellos se encuentra Jesusita Moreno, de 65 años, que ha recibido su tratamiento desde hace cuatro años en la única de las dos salas habitada de ese centro que cuenta con 23 butacas. La otra sala que tiene 20 sillones permanece clausurada porque el aire acondicionado no sirve y, además, actualmente se realizan trabajos de reparación en la infraestructura que hasta la fecha no han sido culminados. El oncólogo de ese centro, Juan José Rodríguez, precisa que en la sala disponible se atienden a 3 pacientes diarios. “En este momento, 23 butacas es una capacidad muy corta”, indica.

Jesusita dice que el traslado de pacientes del centro oncológico de la UCV afectó el horario en el que debe comenzar su terapia.

—Antes de julio, me veía en el turno de la mañana, llegaba a las 7:00 am y empezaban a montar a los pacientes a las 10:00 am. Ahora con la llegada de más personas salgo en la tarde y también el tiempo que paso aquí depende de cuántas horas ellos duren suministrándoles el

tratamiento, algunos pueden llevarse hasta cinco horas— explica.

La reubicación de pacientes atendidos en la UCV también afectó al Complejo Hemato - Oncológico del Hospital Dr. Domingo Luiciani, ubicado en El Llanito, centro que no pudo recibir pacientes por falta de personal médico y enfermera. Este complejo adscrito al Seguro Social, que cuenta 45 sillones, 10 camas de recuperación y 8 cunas para suministrar los fármacos antineoplásicos, ha recibido a personas que se atienden en el Padre Machado y otros centros pertenecientes al Seguro Social. Mediante un convenio realizado con el Ministerio, esta institución de salud también recibe a pacientes que son referidos del Hospital Luis Razetti.

Centros hospitalarios

Los hospitales especializados en atención del cáncer tampoco son suficientes. Venezuela cuenta con cuatro centros dedicados a la atención de esta patología, de los cuales dos están ubicados en Caracas: el Hospital Instituto Oncológico Luis Razetti y el Servicio Hospitalario Oncológico de IVSS, antiguo Padre Machado; los dos restantes son el Hospital Oncológico Miguel Pérez Carreño de Valencia, estado Carabobo, y el Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira.

Un caso particular es el Servicio Hospitalario Oncológico de IVSS que ha superado su capacidad instalada después de pasar a formar parte de la red pública en 2007, tras la intervención del centro por decisión del presidente de la República, Hugo Chávez. El cambio en la administración del hospital, que pertenecía anteriormente a la Sociedad Anticancerosa de Venezuela, a manos del Seguro Social permitió que los servicios se prestaran de manera gratuita, lo que a su vez tuvo incidencia en el aumento del flujo de pacientes que, en su mayoría, provienen del interior del país.

La directora de este centro oncológico, Sara Maissi, en una entrevista concedida a **Noticias24** en 2013, aclaró que el incremento de la demanda sobrepasó la capacidad de atención del centro de salud lo que trajo consigo algunas dificultades. "La cantidad de pacientes excede y

los oncológicos son pocos", indicó Maissi, quien además afirmó que a pesar de las barreras han operado sin inconvenientes. "Tratamos de prestar todo el servicio, se nos escapan algunas cosas pero estamos trabajando en eso", aseguró la oncóloga a ese medio.

El Padre Machado posee 54 camas operativas, a pesar de que los centros de salud especializados deberían contar con una capacidad mayor de 300 camas. Actualmente atiende a 1.000 pacientes diarios, de los cuales más del 50% son de otros estados del país. Entre las dificultades que ha tenido este centro está el retraso en la aplicación de tratamientos debido a la cantidad de pacientes recibe. "La situación se ha recuperado sustancialmente", asegura el presidente de la SVO, Álvaro Gómez, quien labora en ese hospital ubicado en El Cementerio.

Capote señala que para conocer cuántos centros especializados son necesarios en el país se requiere de un estudio de la demanda. Explica que en los estados que cuentan con mayor población debería haber un hospital dedicado a la atención del cáncer. "El estado Zulia, por ejemplo, debe tener un centro y no lo tiene", asegura Capote, quien estima que deberían abrirse 18 hospitales especializados.

En este sentido, Gómez resalta que se ha demostrado que en los hospitales especializados se le puede brindar una mejor atención y garantizar sobrevida al paciente y una óptima resolución de los casos. Explica que en los hospitales generales la atención es poco efectiva por la poca disponibilidad de médicos oncólogos.

—En otras latitudes tienen centros especializados en cáncer porque tienen recursos y el personal altamente calificado y el equipamiento necesario para los tratamientos del cáncer que no lo van a tener los hospitales generales. —explica el oncólogo del Luis Razetti y coordinador del postgrado de Cirugía Oncológica de la UCV, Felipe Parra— En vez de montar unidades en los hospitales generales debería construirse un centro con capacidad suficiente para la atención.

Rebolledo afirma que la atención de esta patología no debe reducirse a los hospitales especializados dedicados al cáncer, pues indica que todo centro de salud Tipo IV del país

debería contar con departamentos de oncología. "Con eso cubriríamos la demanda", enfatiza.

En algunos hospitales generales y especializados, en su mayoría dependientes del MPPS, no han podido brindar atención efectiva a los pacientes con cáncer por las fallas en las instalaciones y la carencia de insumos médicos. Cifras presentadas en el informe de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional indican que el país cuenta con 51 servicios para cirugía oncológica. "Los servicios (...) existentes en los hospitales públicos se han visto obstaculizados por las precarias condiciones hospitalarias, tanto por el deterioro de las infraestructuras de los establecimientos y por la obsolescencia de los equipos e instrumentos y la falta de inversión que se acumularon hasta 2005", denuncian estas instituciones.

La poca disponibilidad de recursos y la falta de planificación en la dotación de los centros asistenciales ha hecho que los insumos médicos quirúrgicos sean insuficientes para atender la demanda por lo que algunas intervenciones electivas, aunado a la escasez y las fallas en quirófanos, han sido suspendidas. Los insumos disponibles son utilizados en las emergencias que han aumentado dentro de los centros hospitalarios y consumen gran parte de los materiales para la atención. Todo ocurre en un país donde, paralelamente con las afecciones crónicas no transmisibles, aumentan los homicidios y lesionados por accidentes de tránsito.

Las cifras aportadas por la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional indican que el número de cirugías electivas —entre ellas las intervenciones oncológicas— se redujeron en 20,5% entre 2005 y 2012, situación que atribuyeron a la paralización de las obras de mantenimiento y reparación de instalaciones hospitalarias que fueron intervenidas en 2006 en el marco de la Misión Barrio Adentro III.

En los últimos años, la asignación presupuestaria dirigida a los hospitales dependientes del MPPS que concentran 230 establecimientos —entre ellos el oncológico Luis Razetti— ha sido deficitaria, inclusive se ha ido reduciendo. La Nota Técnica N°53 de la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas (Rscmv) de 2012 indica que del total de presupuesto aprobado al despacho de salud en 2013 se asignó apenas para el funcionamiento de los

hospitales 3,30% y para equipos, medicinas e insumos 0,18%. Expertos como Díaz Polanco y Oletta coinciden en que la insuficiencia presupuestaria también se ha acentuado debido al traspaso de recursos del Ministerio de Salud para Barrio Adentro.

La Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas (Rscmv) apunta que para 2013 el sistema coordinado por la Misión Médica Cubana recibió 5,12% del presupuesto del MPPS. Para ese año, Barrio Adentro recibió además 3,76% de los recursos del Ministerio de la Presidencia, obteniendo una suma de 8,8% del total de los recursos invertidos por el Gobierno en sector salud. Díaz Polanco estima que del cuantioso gasto total que el Estado invierte en la misión cerca del 70% proviene de la estatal Petróleos de Venezuela (Pdvsa). Datos aportados por Provea señalan que hasta 2013 los establecimientos hospitalarios y ambulatorios del despacho de salud concentraban 68% de total de camas existentes en el país, mientras que Barrio Adentro solo tenía 8%.

El oncólogo del Luis Razetti, Felipe Parra, explica que los pocos recursos no han permitido a la institución ofrecer la atención que los pacientes oncológicos requieren. Explica que, actualmente, el centro no cuenta con servicios de tomografía ni mamografías y los equipos para el tratamiento funcionan con fallas producidas por la sobrecarga a la que son sometidos frente a una lista de espera de pacientes que crece. Incluso hasta para cirugías hay personas esperando.

“Este hospital no es como el Padre Machado que cuenta con dinero del Seguro Social que es una institución autónoma. Los recursos que le dan al ministerio son pocos y, por eso, no tenemos nada, al punto en que exámenes importantes los pacientes los traen hechos de otros lugares”, asegura Parra.

En el Universitario de Caracas, las condiciones laborales y de escasez e inseguridad personal han dado pie a diversas protestas por parte del personal de esta institución de salud que le exige al director José Vladimir España, quien se desempeñó como Viceministro de Redes de Salud Colectiva del MPPS, dar cuenta de la administración de los recursos. La carencia de insumos médicos quirúrgicos y reactivos ha sido el principal problema que enfrentan médicos

y enfermeras de ese centro asistencial. En este contexto de conflicto, a Yajaira Colon le difirieron en tres oportunidades su operación en la que le extirparían un tumor maligno que tiene en una de sus mamas.

—A mí y a tres pacientes nos habían preparado para meternos al quirófanos cuando nos dijeron que no podían intervenirnos porque no había anestesia— dice Colon, quien señala que sus familiares al reclamar la situación en la dirección del centro les dijeron que los insumos disponibles eran para atender emergencias.

El oncólogo del HUC, José Manuel Olivares, reconoce que la cancelación de operaciones electivas es una situación constante:

—¿Con qué frecuencia se suspenden las intervenciones quirúrgicas?

—Es una situación que ocurre todos los días y, por lo general, se suspenden intervenciones por falta de insumos como anestesia incluso por ausencia de anesthesiólogos —explica Olivares quien dice que en el hospital faltan desde inyectoras hasta guantes y gasas—. El déficit es fluctuante, pues un día puedes tener materiales y al día siguiente no. Hay servicios que postergan operaciones porque no tienen sangre o porque no hay reactivos para hacerles exámenes a los pacientes antes de ser ingresados al quirófano. La situación genera largas listas de espera de más de cinco mil pacientes que tienen suspendida su operación, incluso hay personas que deben esperar hasta tres semanas para ser operado. Si antes resolvías en una semana mil pacientes, ahora atiendes cien y no se cubre la tasa de resolución prevista.

Aunado a la poca disponibilidad de recursos, el déficit de hospitales y los retrasos en la construcción de los centros previstos a inaugurar dificultan el panorama. Para 2007, en el marco de la Misión Barrio Adentro IV, el Estado propuso construir 6 hospitales especializados en el país con 200 camas con una inversión de 2.800 millones de bolívares, proveniente del Fondo de Desarrollo Nacional (Fonden), que debían abrirse en 2009. Entre esos centros se encuentran tres oncológicos ubicados en los estados Barinas, Mérida y Miranda. El oncológico de Guarenas, localizado en la entidad mirandina, tiene más 35 años construyéndose. En 2011,

Chávez propuso levantar en Montalbán, en Caracas, un hospital especializado en cáncer de ocho pisos que sería un anexo del Instituto Nacional del Cáncer, que se previó inaugurar para 2012 pero tampoco ha sido culminado y su construcción permanece actualmente paralizada.

La Nota Técnica N°47 de la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas (Rscmv) sobre hospitales públicos, firmada por Oletta, apunta que entre 2001 y 2012 se inauguraron solo 5 centros con una capacidad menor de 60 camas cada uno. Precisa que desde hace décadas y hasta la actualidad ha habido una reducción del número de camas disponibles en los centros de salud: en 2012 el país contaba con 10,8 camas por 10 mil habitantes, cantidad inferior al promedio que establece la OMS para Latinoamérica que es de 30 camas por 10 mil habitantes.

Déficit de especialistas

Los centros y servicios disponibles en el país no solo enfrentan las carencias de insumos médicos sino también de recurso humano para atender a los pacientes con la enfermedad que acuden a los centros públicos. La reducción de médicos especialistas de diversas áreas —como la oncología— en el sector público se ha acentuado en los últimos años. Las estimaciones de la Federación Médica Venezolana (FMV) indicaron que para 2011 el déficit de médicos alcanzó más de 50%. De ese porcentaje se estima que 46% se encuentran laborando en el sector privado o se han ido del país en busca de mejores remuneraciones y condiciones de vida, así como de un ambiente de trabajo donde puedan ejercer la medicina.

La situación ha influido en que se haya disminuido la demanda en los postgrados de especialidades médicas. En el caso del área oncológica, los cursos son pocos y algunos no reciben concursantes. Por ejemplo, el postgrado de Medicina Interna Oncológica, ofrecido por la UCV en tres hospitales especializados del país, no ha recibido aspirantes en los últimos cinco años.

—Hay años en los que no hemos tenido ningún aspirante. Para 2014, el postgrado tiene dos cupos ocupados de los cuatro que oferta, pero para 2015 se espera que no haya concursantes y esto no solo ocurre aquí en el Luis Razetti, también en el curso dictado en el hospital Padre

Machado—, afirma el coordinador de postgrado de Medicina Interna Oncológica del Razetti, Juan José Rodríguez.

El presidente de la Sociedad Venezolana de Oncología, Álvaro Gómez, confirma que si bien ha disminuido la demanda para el curso de Medicina Oncológica en el Padre Machado, asegura que la especialidad en cirugía ha cubierto las cuatro vacantes que oferta anualmente, al igual que el postgrado de esa área dictado en el hospital de Cotiza.

El oncólogo y coordinador del postgrado de Cirugía Oncológica del Luis Razetti, Felipe Parra, explica que los cursos tienen cuatro vacantes por año porque ese centro no tiene capacidad para albergar más aspirantes. “Si metemos más médicos, no podríamos dar una buena formación. Aunque ese problema lo hemos planteado en la universidad porque sí el cáncer es un problema de salud pública ¿por qué se están formando tan pocos médicos?”, dice.

En esta línea, Rodríguez resalta que de los 12 aspirantes que, en teoría, deberían egresar al año, entre los tres cursos de postgrados en Medicina Interna Oncológica en el país, solo se gradúan 8 médicos. Rodríguez explica que algunos médicos residentes no tienen la motivación de especializarse en un país donde las condiciones económicas y laborales en los hospitales públicos no son apropiadas para los galenos.

Indica que muchos profesionales que realizan sus estudios de postgrados y los culminan, deciden irse del país a probar suerte en otras latitudes. “La realidad es que ningún médico vive trabajando en un hospital público, ni en este país donde el sueldo es deficitario y no alcanza para cubrir la canasta alimentaria que es superior al salario que se obtiene”, afirma Rodríguez.

La ausencia de más profesionales ha sobrecargado al personal existente dentro de los recintos hospitalarios. En 2013, el presidente de la Sociedad Médica del Hospital Luis Razetti, en declaraciones a **El Universal**, afirmó, por ejemplo, que la consulta de patología mamaria recibía 90 pacientes al día, pero solo tenía la capacidad de atender 30 por la falta de médicos y las limitadas condiciones para dar asistencia. “Ningún equipo puede asumirlo porque es humanamente imposible. No es solo que hace falta un médico oncólogo, sino enfermeros,

cardiólogos, anestesiólogos, enfermeras de recuperación”, indicó Martínez a ese diario de circulación nacional.

En el informe de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional se señala que el reducido número de especialistas también ha dificultado la reposición del personal especializado que se jubila, emigra o fallece. Por otra parte, indica que no se cuentan con datos oficiales sobre el déficit de personal técnico especializado que se requiere para atender necesidades de diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a los pacientes con cáncer en el país.

De acuerdo con las cifras aportadas por las instituciones en el informe, precisan que para 2005 el déficit de personal fue de 50,3%. Para ese año, especifican, se requerían 284 profesionales para manejar equipos de radioterapia y solo se disponía para 2002 de 140, entre ellos 66 médicos radioncólogos, 11 médicos físicos, 57 técnicos de radioterapia y 6 en dosimetría.

Precisan que el personal especializado para radioncología y medicina nuclear no es suficiente, por lo que apuntan, por ejemplo, que de 1 radioncólogos por cada 250 pacientes se requerían 66 y de 1 médico físico por cada 400 pacientes se necesitaban 43 especialistas. El déficit se lo atribuyen a los pocos postgrados en formación oncológica y de radioterapéutas y médicos físicos que se ofertan en el país.

En una de las cláusulas del Convenio entre Argentina y Venezuela de 2004 se contempló la formación de personal especializado mediante programas de entrenamiento y capacitación para el manejo de los equipos de alta tecnología adquiridos en el marco de ese acuerdo. Pero esto no se cumplió. Tras la firma del contrato de mantenimiento preventivo correctivo con la empresa Invap a finales de 2014, se planteó la preparación de ingenieros que operarán en 123 máquinas de radioterapia que conforman la red pública, según declaraciones de la coordinadora del Programa Nacional de Oncología y Viceministra de la Red de Salud Colectiva, Claudia Morón.

Una política débil

La mayoría de los expertos coincide en que el cáncer debe abordarse desde una política pública sólida que cuente con un presupuesto adecuado para atender las necesidades de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación y cuidados paliativos de los pacientes con la enfermedad. Pese a que el país cuenta con un Programa Nacional de Oncología, advierten que este plan no ha logrado dar resultados efectivos en la reducción del cáncer.

La OMS ha recomendado a los Estados el desarrollo de estos programas para abordar la atención de la enfermedad y reforzar la prevención. Desde 1946, el antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), tras la creación de la División de Oncología, emprendió como iniciativa crear un programa de pesquisa citológica, puesto que el cáncer de cuello uterino para esa época representaba la primera causa de muerte en mujeres en el país; sin embargo, debido a la falta de insumos y de citotecnólogos para procesar las muestras vaginales el proyecto perdió fuerza, así lo comenta el coordinador del Registro Central de Cáncer del MPPS, Luis Capote Negrín.

El programa oncológico dio un impulso importante al crearse la Dirección de Oncología, tras la aprobación del Decreto N° 1448 de la Presidencia de la República publicado el 2 de marzo de 1976. Posteriormente, comenzaron a crearse otros programas de pesquisa para cáncer de mama, cáncer gástrico y cáncer de próstata. En 1978 se instala el Registro Central de Cáncer.

Capote aclara que los cambios producidos en la estructura orgánica del despacho de salud nacional a partir de la década de los 90 produjeron que el plan perdiera importancia y efectividad. Además, la Dirección de Oncología quedó degradada a un programa de salud, perdiendo así el manejo de los recursos. Actualmente, el programa, cuyo objetivo está centrado en la reducción al máximo de la morbilidad y mortalidad por los tipos de cáncer más frecuentes en el país, es un componente de la Dirección de Programas de Salud del Viceministerio de Redes Salud Colectiva.

El actual programa está compuesto por cinco componentes dirigidos a la atención de los tipos de cáncer que concentran más del 50% de la mortalidad en el país, un componente de cuidados paliativos y un Registro Central de Cáncer. El plan debe ser ejecutado en los tres niveles de atención que conforman el sistema de salud. De acuerdo con Capote, desde 2011 se planteó una actualización del programa en la que se incluirá nuevos componentes dirigidos a atender el cáncer infantil y el cáncer de vejiga y la distribución de la vacuna VCG Intravesical; sin embargo, su discusión fue paralizada debido al cambio del director de la Dirección General de Programas de Salud, Alexis Guilarte, en 2013.

La información sobre el Programa Nacional de Oncología no está disponible al alcance de los ciudadanos. En la página de Internet del MPPS (www.mpps.gob.ve) —consultada en diversas oportunidades en el marco de este trabajo— no hay acceso a datos ni objetivos del programa, ni una pestaña que remita al registro de tumores. Para conocer más detalles del programa de lucha contra el cáncer del despacho salud se solicitó una entrevista a su actual coordinadora, Claudia Morón; pero, hasta la entrega de este reportaje, no fue respondida la petición.



Captura de pantalla de la página web MPPS: www.mpps.gob.ve En el apartado de **Fundamentos Normas de Programas de Salud** solo aparecen dos enlaces: el Programa de Musculoesquelética y el Plan Nacional de Salud 2014 – 2019 (consultado el 20 de febrero de 2015)

La ausencia de información sobre el programa ha sido denunciada por diversas instituciones. La Sociedad Venezolana de Salud Pública y la Red Defendamos la Epidemiología Nacional señalaron en 2013 que no se conoce un informe pormenorizado ni actualizado sobre esta

política de salud. Por su parte, la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas, en su Alerta Epidemiológica N° 194, publicada en 2011, denunciaron que no exista acceso a las cifras del Registro Central de Cáncer.

Esta institución resaltó que la restricción de los datos epidemiológicos debilitaba la vigilancia y el seguimiento de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país y dificultaban la toma de decisiones en cuanto a políticas sanitarias, sustentadas en evidencias demostrables, situaciones que impedían además el trabajo de investigación de las academias que se ven obligadas a consultar fuentes internacionales que publiquen estadísticas confiables.

Las fallas en el acceso a la información también fueron resaltadas en un informe elaborado por la Unión Latinoamericana contra el Cáncer en la Mujer en 2011 titulado *Disparidades al descubierto: un estudio comparado sobre políticas de cáncer de mama en América Latina*, en el que señalaron que el gremio académico, médico y la sociedad en general no tiene conocimiento sobre los aspectos que contiene el subprograma dirigido a la atención del cáncer de mama específicamente. En ese informe, indicaron que no se contaba con información sobre la gestión del programa y el cumplimiento de las coberturas, metas y objetivos, lo cual tenía repercusión sobre la transparencia de las acciones del plan.

"Supone una serie de dificultades para la adecuada gestión de la información que permita realizar la evaluación y seguimiento de los diferentes programas", recalcó la organización, al tiempo que recomendó al país el fortalecimiento de los sistemas de información que permitan el monitoreo del desempeño de las acciones.

—¿Se realizan informes de evaluación y seguimiento sobre el Programa de Oncología y están disponibles a los ciudadanos?

—Sí se realizan. Los informes de evaluación y seguimiento deberían estar disponibles pero no hay publicación de esos documentos, ha sido una información de manejo interno. Lo que ha sucedido es que ha habido problemas en los sistemas de información—, señala Capote.

Para el médico y experto en políticas públicas de salud, Marino González, y el ex ministro de Sanidad, José Félix Oletta, los informes de evaluación, control y seguimiento deben realizarse constantemente y estar al alcance de la ciudadanía. "Las evaluaciones deberían ser públicas. No hemos tenido información sobre el desempeño del programa y las Memorias y Cuentas mencionan información precaria que no permite conocer a profundidad los logros de los objetivos planteados. No creo que estos estudios se hagan con regularidad", considera González, que en un trabajo que realizó junto con otros expertos, titulado "Modelos para el seguimiento y evaluación de programas de cáncer en Venezuela" (2009), resaltó que la ausencia de estos mecanismos en los planes sanitarios explican las deficiencias de los sistemas de salud.

González afirmó que las evaluaciones deben ser hechas por los propios funcionarios del ministerio con el presupuesto que se asigna para el despacho de Salud, ente que puede solicitar la colaboración de las universidades nacionales y el Ministerio de Tecnología, despacho unido al Ministerio de Educación Universitaria en 2014. "Sabemos que no es una actividad frecuente ni en el MPPS ni en las universidades por falta de recursos", afirma González.

Oletta señala que si autoridades del Ministerio de Salud no cuenta con esta información también se ven imposibilitados de hacer correcciones a las políticas que implementan y sobre el presupuesto que deben planificar para atender las enfermedades que afectan frecuentemente a la población como el cáncer.

Pese a la poca información disponible, las opiniones sobre la efectividad del programa de la lucha contra el cáncer son diversas. Para la directora de Educación de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela (SAV), María Eugenia Aponte, el país no cuenta con un programa de control de cáncer que dé respuesta ante contingencias, por lo que rememora situaciones como la escasez de medicinas antineoplásicas y el limitado acceso a servicios para el tratamiento de radioterapia en los centros hospitalarios; mientras que González considera que esta iniciativa no cuenta con una estrategia coherente que se adecue a las necesidades de la población.

—¿A qué se refiere cuando dice que el Programa de Oncología no tiene una estrategia coherente?

—Una estrategia coherente debe estar dirigida a las personas que saben que tienen la enfermedad y las que no la tienen. Para la población enferma —ejemplifica González—, el Gobierno debe garantizar tratamiento regular, el cual es bastante costoso. Si se tiene un 70% de la población que no tiene cobertura por un seguro y depende de los hospitales públicos este tratamiento debe estar disponible, pero el Estado no tiene presupuesto para garantizarlo. El otro grupo de personas que no tienen la enfermedad pero están expuestas a factores de riesgo deben ser atendidas mediante estrategias constantes de prevención y diagnóstico precoz. En este momento, en los medios de comunicación, por ejemplo, no hay información regular que estimule a las personas a adoptar hábitos de vida saludables. Si el país contará con una estrategia masiva, todas las personas que no están enfermas estuvieran enteradas, eso indica que no hay impacto en las condiciones de vida de la población.

Capote agrega que el Programa Nacional de Oncología también se ha visto afectado por la situación crítica que atraviesa la salud debido al desabastecimiento y el déficit de médicos que imposibilitan que se dé garantía de la atención oportuna que requieren los pacientes con la enfermedad.

—¿En qué medida la crisis de salud actual afecta al programa de oncología?

—Cuando un programa de cáncer abarca un enfoque preventivo y curativo debe contar, para la atención de los casos, con recursos suficientes, personal apropiado y equipamiento. Todo esto debe planificarse con antelación en la medida en que la población crece y el número de casos aumenta, pues deberían contarse con servicios necesarios para cubrir esa demanda —precisa Capote quien explica que la falta de planificación genera sobrecarga en los servicios—. Pero si le sumamos a eso la deficiencia en el mantenimiento de los equipos porque existen problemas para importar repuestos que deben ser adquiridos pero no hay asignación de dólares oportuna y los aparatos no están operativos o hay déficit de personal porque ha emigrado por las condiciones económicas del país y van a otros destinos en busca de mejores salarios y no hay

tiempo suficiente para sustituir el personal que se retira, eso genera un déficit en la atención que hoy día tenemos y es evidente, pero ese impacto no se va medir ahora. Si van aumentar las muertes, si se van reducir los tiempos de sobrevivencia del paciente porque no se le dio el tratamiento oportuno, todas estas variables se miden en un plazo de 3 a 5 años.

Instituto Nacional del Cáncer: otra deuda

La mayoría de los expertos también coinciden en que las políticas públicas para la lucha contra la enfermedad deben ser coordinadas desde un Centro Nacional del Cáncer que cuente con presupuesto y personal especializado suficiente para materializar los objetivos del control de esta patología, como ocurre en otros países de Latinoamérica. Capote señala que la OMS ha reconocido la labor de estas instituciones por dar pasos importantes en la prevención y el diagnóstico precoz de las neoplasias.

El coordinador del Registro Central de Cáncer del MPPS señala que la instancia internacional, desde hace décadas, ha recomendado a los países la creación de Institutos Nacionales de Cáncer para la coordinación de los programas de oncología. “La experiencia ha demostrado que estos centros son muy efectivos porque logran enfocarse en el problema, como ocurre en Estados Unidos. La existencia de la institución ha permitido que la información sobre la enfermedad sea distribuida eficientemente y se estimule la formación de especialistas y se desarrolle la investigación”, afirma.

Capote refiere que los estudios en cáncer en el país han sido escasos por el poco presupuesto asignado y la falta de especialistas. Para Rebolledo, ex coordinadora del Programa Nacional de Oncología del MPPS, este instituto es una meta esperada por todos los oncólogos justamente por el impulso que podría tener la investigación de esta patología en el país. Tanto Capote como Rebolledo coinciden en que la política de control del cáncer no debería estar coordinada desde el Ministerio de Salud. Rebolledo, por ejemplo, explica que parte de las decisiones que se toman en torno al plan están sujetas al marco burocrático del despacho de salud. “Eso ha dificultado, por ejemplo, que el programa pueda solicitar insumos directamente al Seguro Social, sino que antes debes hacer una solicitud a la Dirección General de

Programas de Salud y luego al Viceministerio de Redes de Salud Colectiva", comenta la oncóloga. .

Capote admite que coordinación del programa ha tenido debilidades dentro del MPPS. "Si se contará con un instituto podríamos reducir las carencias presupuestarias y eso permitiría abordar mejor el problema de salud". En este sentido, Rebolledo plantea que este centro debe dársele el rango de autonomía que tienen otros entes adscritos al despacho de salud como el Instituto de Biomedicina, donde actualmente está en fase experimental el proyecto de la vacuna contra el cáncer elaborada por el médico venezolano, Jacinto Convit. Oletta añade que si el instituto fuese autónomo podría devengar recursos propios que le facilitarían la consecución de algunas actividades relacionadas al control de la enfermedad. Otros países de Latinoamérica como Colombia, Argentina, Brasil y Perú han consolidado la creación de estos institutos. Venezuela aún no ha dado el paso.

La creación de una institución especializada y dedicada a la investigación en cáncer se diluye entre polvo, concreto y olvido. Fue 1974 cuando el proyecto tuvo luz verde y se emprendió la construcción del Centro Nacional del Cáncer que daría prioridad al desarrollo del estudio de las patologías neoplásicas, la formación de especialistas en el área oncológica y la atención de pacientes con la enfermedad. El instituto oncológico estaría ubicado en el sector Cloris de Nueva Casarapa en Guarenas, estado Miranda. Tras ser retomado el proyecto en 1978 por el ex presidente Jaime Lusinchi, el Ministerio de Desarrollo Urbano comenzó a construir un hospital con capacidad para 460 camas que sería la nueva sede del Hospital Luis Razetti de Cotiza. Pero la ejecución de la obra se paralizó por más de 30 años.

Al llegar Hugo Chávez al poder, en 2005 el Ministerio de Infraestructura retomó las obras para saldar esa añeja deuda que se tenía con los oncólogos y con los pacientes. Pero no paso mucho tiempo para que nuevamente se paralizaran. En 2008, Chávez reactiva la construcción y aprueba para culminarla Bs. 800 millones, por lo que al año siguiente el Ministerio de Obras Públicas y Vivienda (Mopvi) planteó realizar una "reingeniería" del proyecto inicial, según un informe del Observatorio Venezolano de la Salud. El oncológico de Guarenas, cuya estructura de concreto sirvió de refugio para más 100 familias de Miranda que quedaron damnificadas

producto de las lluvias acaecidas en 2010 en el país, no había sido finalizado para 2011.

En agosto de ese año, dos meses después de que informará que se le había diagnosticado un tumor maligno en la pelvis, Chávez, en Consejo de Ministros, aprobó la creación de un proyecto similar al planteado en 1974: el Instituto Nacional del Cáncer, un centro concebido para la investigación y la docencia, el fortalecimiento del registro de tumores, el desarrollo de políticas y la coordinación de la red oncológica del país. Este ente formaría parte de la Red de Instituto Nacionales de Cáncer de la Unión de Naciones Sudamericanas (Unasur).

Para la creación del Instituto Nacional del Cáncer, Chávez asignó 500 millones de bolívares provenientes del Banco Central de Venezuela (BCV). Se comenzó a construir en Montalbán, al oeste de Caracas, al lado de un hospital especializado que tampoco se ha culminado y que servirá para atender a pacientes con enfermedades del corazón, cuyas afecciones constituyen la primera causa de muerte en el país, que debió inaugurarse en 2009: el Cardiológico de Adultos.

Desde 2013, las obras de Instituto Nacional del Cáncer están detenidas con un porcentaje de avance de 45%. Debía abrirse en 2012 pero no ocurrió así. Ni Chávez pudo ver materializado el proyecto que el actual mandatario Nicolás Maduro decidió retomar en 2013 y aprobó recursos sin ofrecer detalles de su culminación. Pese a esto, el 25 de noviembre de 2014 el actual jefe de Estado, durante un acto público celebrado en Caracas a propósito del Día Internacional de la No Violencia contra la Mujer, anunció la creación del Instituto del Combate contra el Cáncer, cuya rectoría dejó a cargo de la oncóloga y actual directora del Servicio Hospitalario Oncológico del IVSS, Sara Maisi.

“Hay que revisar por qué las políticas no han dado respuesta en ese punto”, inquirió Maduro en aquella oportunidad frente a miles de mujeres que lo acompañaban en el complejo cultural Teresa Carreño. A tres funcionarios se les delegó darle seguimiento a la creación de este instituto aún sin una sede construida: el vicepresidente del Área Social del Consejo de Ministros, Héctor Rodríguez, y las ministras de Salud, Nancy Pérez, y de la Mujer e Igualdad de Género, Andreina Tarazón.

Maduro además informó que lanzaría un plan especial para atender el cáncer que, más tarde, confirmó que presentaría el 4 de marzo de 2015, un día antes de la conmemoración de los dos años de la desaparición física del ex presidente Hugo Chávez, quien falleció en 2013 tras padecer esta enfermedad. “Debemos exigimos más, no hay excusa para que esto siga sucediendo, tenemos los recursos, el conocimiento, la política, las instalaciones, algo está fallando y es muy grave que siga sucediendo”, resaltó Maduro en aquella oportunidad.



Hasta la fecha, las obras del oncológico de Guaremas (izq) ni del Instituto Nacional del Cáncer (der) han sido culminadas / Fotos: Manuel Alegría (**Diario La Razón, 2015**)

Un problema metastásico

Las células malignas se multiplican en medio de una crisis de salud que ha puesto en vilo la atención de los pacientes oncológicos. A juzgar por la realidad, todo indica que el sistema de salud deberá reestructurarse y el Estado tendrá que garantizar una inversión adecuada para contrarrestar los efectos de este problema de salud que afectó a más de 42.000 venezolanos y cobró la vida de más 22.500 en 2012.

Los expertos no escatiman para afirmar cada vez que pueden que la salud en el país está en crisis. Si bien el quiebre no es reciente, los nuevos desafíos y la visión de una nueva concepción del sistema de salud tras la aprobación de la Constitución de 1999, que establece la creación de un Sistema Público Nacional de Salud integrado a la Seguridad Social, descentralizado e intersectorial y caracterizado, entre otras cualidades, por ser gratuito, equitativo y solidario, despertaron una gran expectativa en la población y, en especial, en el

gremio médico que no tardó mucho tiempo en desvanecerse. “Los errores del pasado se han magnificado en el presente”, apunta el coordinador del Observatorio Venezolano de Salud, Jorge Díaz Polanco.

La situación de precariedad de la atención en los centros asistenciales de la red pública, recientemente golpeados por el desabastecimiento, el cierre de servicios y la ausencia de personal médico, ha agudizado. La crisis también alcanzó a los centros de salud privados. En este panorama, los pacientes con cáncer deben controlar esta enfermedad compleja.

La crisis sanitaria se ha acentuado con la coyuntura económica del país. Actualmente Venezuela enfrenta una recesión por la caída del PIB que se ha profundizado en los últimos meses por progresiva caída de los precios del petróleo, recurso por el que se obtiene cerca del 95% de ingresos de la nación y una inflación que sobrepasa el 60%. El país aún depende fuertemente de la renta petrolera por lo que la inestabilidad en la exportación del crudo incidirá en la inversión que el Estado hace en la salud, a pesar de que el Gobierno ha asegurado fondos para cubrir los gastos en este sector ante esta situación.

Para el inicio de este reportaje, el precio del barril de petróleo estaba en 91,74 dólares y para el cierre se ubicó en 47,77 dólares. No es la primera vez que el país atraviesa por una crisis fiscal: en 1997 la baja en los precios de la cesta petrolera no solo afectó el bolsillo de los venezolanos por el repunte de la inflación producto de las devaluaciones de la moneda sino también los servicios asistenciales de la red pública.

De acentuarse esta coyuntura, el flujo de divisas, que el Estado ha controlado por más de diez años por medio de un sistema cambiario burocrático y poco expedito, mermará y comprometerá las asignaciones que las compañías locales requieren para importar materiales, insumos, reactivos, medicinas y materias primas y equipos médicos para el funcionamiento de los servicios de salud, tanto públicos como privados. Cerca del 80% de los productos médicos son comprados en el exterior.

Pese a los esfuerzos del Gobierno nacional y las autoridades sanitarias por flexibilizar los procesos de importación, la situación profundizaría aún más el desabastecimiento frente a una asignación de dólares cada vez más reducida por parte del Estado a las empresas del país y una deuda acumulada que sostienen con los proveedores internacionales que han limitado las líneas crédito por el incumplimiento de los compromisos.

Ante este escenario, el presupuesto ordinario de la nación aprobado para 2015 fue de Bs. 741.708 millones con respecto al total de recursos asignados —con créditos adicionales— para 2014 que fue de Bs. 967.049. De esos recursos, el despacho de salud recibió Bs. 54.464 millones, monto deficitario en 64% con respecto a la cantidad dada en 2014 que con créditos adicionales aumentó a Bs. 92.999, según los cálculos realizados por la organización Transparencia Venezuela.

El poco financiamiento al Ministerio de Salud seguirá afectando los servicios hospitalarios que están bajo su dependencia y disminuirá la efectividad de los planes de salud que coordina y van dirigidos a la prevención y el control de padecimientos crónicos como el cáncer. Si bien entre 2011 y 2013, la atención de estas afecciones —que son las principales causas de muerte en el país, exceptuando los fallecimientos por homicidios— se le dio una asignación presupuestaria reconducida de 41,51 millones sin tomar en cuenta la inflación y el impacto de la devaluación de la moneda, para 2014 la cantidad se redujo a Bs. 40,97 millones y, según el documento de la Ley de Presupuesto de 2015, aprobada en diciembre de 2014, ese montó disminuyó a Bs. 10,97 millones.

Expertos como Oletta y Díaz Polanco no dudan en admitir que el Estado pudo haber consolidado grandes logros en materia de salud durante la denominada época de las “vacas gordas” cuando el barril de petróleo se cotizaba sobre 100 dólares. Díaz Polanco, irónicamente, suelta que en el pasado cuando la cesta oscilaba entre 7 y 8 dólares el sistema de salud pudo reducir padecimientos como la malaria. A pesar de que el Estado ha hecho una cuantiosa inversión en la salud, ambos expertos afirman que los resultados no han sido coherentes con la suma de dinero asignada. Un ejemplo ha sido el abandono en la construcción de 16 hospitales generales y especializados prometidos para 2009 que podrían cubrir la

demanda y reducir el colapso al que han estado sometidos los centros de salud existentes, en su mayoría con serias fallas para prestar atención.

Si no mejora la situación económica ni se realizan cambios en el sistema de salud, que además carece hoy día de una legislación, los especialistas aseguran que la incidencia y la mortalidad por cáncer aumentará con el agravante de que el derecho a la salud y la vida se seguirá violando a los pacientes oncológicos que deben controlar esta enfermedad que avanza si no se aplican las medidas terapéuticas a tiempo y que no conoce de crisis fiscal ni de escasez.

CONCLUSIONES

Tras un proceso de investigación, consultas a diversas fuentes y la labor reporteril, el reportaje respondió a la pregunta de investigación planteada y determinó que la crisis de salud influye en el aumento de nuevos caso y muertes por cáncer en el país. Se pudo determinar que las deficiencias presupuestarias para planificar y coordinar estrategias y campañas educativas para informar a la población sobre el cáncer y reforzar los servicios de diagnóstico precoz guardan relación con el incremento de nuevos casos, de los cuales más 50% han sido detectados en etapas avanzadas. La investigación periodística demostró como el desabastecimiento de insumos, medicinas antineoplásicas y repuestos para equipos de radioterapia y medicina nuclear, ante un panorama económico complejo y regulaciones impuestas por parte del Estado, comprometen el tratamiento oportuno y el efectivo control de la enfermedad.

En esta línea, el trabajo comprobó la necesidad de ampliar los servicios y centros especializados en cáncer en el país para cubrir una demanda de pacientes que asciende a más de 40 mil casos. Puso sobre relieve que aún el Estado debe reforzar una política de control de esta patología que cuente con el presupuesto y el personal necesario, pero además sobre la importancia de la voluntad política y el trabajo en conjunto con todos los actores de la sociedad para darle la batalla a esta enfermedad que ha afectado, afecta y seguirá afectando a muchos venezolanos.

Pese a que esta investigación logró explicar el problema del cáncer de manera integral, la búsqueda de elementos que reforzaran los planteamientos y objetivos del trabajo periodístico no estuvo alejado de dificultades ni limitaciones, especialmente, porque parte de las fuentes previstas a entrevistar para este trabajo no respondieron a las solicitudes enviadas. La planificación del producto partió inicialmente con una visita a la sala de publicaciones periódicas de la Biblioteca Nacional y la realización de un arqueo por las principales páginas de Internet de los diarios de circulación nacional y regionales del país para conocer cómo ha sido abordado por el periodismo la situación de salud actual y, concretamente, la rutina de los pacientes con cáncer. La revisión permitió conocer la magnitud del problema y enmarcar cada hecho o denuncia en una línea de tiempo. Luego se hizo un estudio de las Memorias y Cuentas

del MPPS, informes de ONG, revistas especializadas e investigaciones sobre el tema abordado que fueron consultadas de diferentes bases de datos para conseguir elementos para la justificación, descripción y delimitación del problema.

Se inició así un estudio de las referencias que para conocer las características y debilidades del sistema de salud venezolano que facilitó la comprensión del problema sanitario y su evolución. También se investigó cómo las autoridades sanitarias le han dado respuesta al problema del cáncer a lo largo de los últimos años. Con los recortes de prensa y notas de Internet se identificaron los síntomas de la crisis de salud: precario financiamiento, desabastecimiento de productos médicos, déficit y éxodo de especialistas, problemas de infraestructura hospitalaria y reducción de camas, poca capacidad instalada de los servicios.

Conocidas estas variables se comenzó a estudiar cada una de ellas desde el enfoque del reportaje: la atención de los pacientes con cáncer. Por ejemplo: el déficit de especialistas de médicos oncólogos y otros profesionales requeridos para la atención de esta patología; el desabastecimiento de medicinas antineoplásicas y repuestos para equipos de radioterapia y medicina nuclear; ausencia de hospitales especializados en oncología, etc.

Una vez hecha esta tarea se procedió a la elaboración del Árbol del Problema (ver anexo 1) en la que se presenta una relación causal de cada variable relacionada con el contexto y la elaboración de la línea del tiempo (ver anexo 2) que permitió visualizar el problema abordado y la comprensión de sus antecedentes e implicaciones. Por ejemplo: el panorama económico complejo repercute en la inversión del programa oncológico y en el funcionamiento de la servicios de la red hospitalaria pública lo que genera que las actividades de prevención y promoción de salud y diagnóstico del cáncer se debiliten e impidan reducir los factores de riesgo de la enfermedad y la detección a tiempo de lesiones incipientes y, por consiguiente, la incidencia de nuevos casos, en su mayoría en etapas avanzadas, incrementa.

Una vez hecho el análisis causal y temporal del problema se plantearon los objetivos de acuerdo con cada temática abordada en el reportaje (ver anexos 3 y 4) Para conocer, por ejemplo, las razones por las que aumentan los casos y muertes por cáncer en el país y cómo ha

sido el comportamiento epidemiológico de la enfermedad en el tiempo, se consultaron a dos expertos en este tema: el coordinador del Registro Central de Cáncer del MPPS, Luis Capote Negrín y al epidemiólogo y profesor de la UCV, Alejandro Rísquez. Se seleccionaron dos fuentes para contrastar declaraciones y opiniones sobre la temática. Si bien, en este caso particular, no se citó en el producto al profesor Rísquez no quiere decir que sus aportes no hayan sido tomados en cuenta para la elaboración del reportaje, pues los datos ofrecidos por este especialista ayudó a comprender, entre otras cosas, las razones del aumento de la población adulta mayor y su relación con el crecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

En el proceso de escogencia de las fuentes vivas se caracterizaron por su representatividad, contraposición, autoridad, experticia, complementariedad y testimoniales. Parte de las fuentes contrapuestas de este reportaje no pudieron ser consultadas porque no respondieron a la solicitud de entrevista o, bien, hubo dificultades para acceder a ellas. En este caso, la contraposición obedece a las diferencias que tienen las fuentes sobre las políticas públicas implementadas en el control del cáncer y el panorama de salud general, en un contexto de polarización, el que el tema de salud ha despertado un intrincado debate entre las diferentes corrientes ideológicas que dominan el escenario político del país. Los partidarios al Gobierno asumen el éxito de las acciones de las autoridades de salud en sus políticas sanitarias mientras que los voceros de oposición admiten que el Estado no ha garantizado ni la inversión en este sector ni el derecho a la salud.

Para este reportaje, se colocaron, por ejemplo, a la coordinadora del Programa Nacional de Oncología, Claudia Morón, y a la coordinadora nacional del Sistema de Atención Oncológica, Nuramy Gutiérrez en contraposición con los ex ministros de Sanidad, José Félix Oletta y Carlos Walter, quienes también fungieron como fuentes autorizadas y privadas porque representan a instituciones que han sido consolidadas en la opinión pública como el Centro de Estudio para el Desarrollo de la UCV y la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas. Estas fuentes han manifestado no estar de acuerdo con las políticas de salud ejecutadas por el Gobierno en diversas entrevistas y eventos públicos.

La mayoría de las fuentes del Ministerio de Salud y el Programa Nacional de Oncología del despacho, propuestas para este trabajo, no pudieron ser entrevistadas. Eso no permitió conocer la apreciación de estos funcionarios sobre las declaraciones de representantes de ONG y otros actores. En el caso del ex ministro de Salud, Francisco Armada, al momento de enviar a su despacho la comunicación en la que se le pedía la entrevista, había sido removido del cargo que ocupa actualmente la doctora Nancy Pérez.

Contar con las declaraciones de estas fuentes oficiales hubiese permitido conocer, por ejemplo, el estado actual de Programa de la Lucha contra el Cáncer y sus actividades, detalles sobre el retraso en la construcción de los hospitales especializados y la ampliación de los servicios y el presupuesto destinado para la atención de esta enfermedad. Las opiniones y declaraciones de las fuentes autorizadas y públicas, en vista de la imposibilidad de acceso, se tomaron de entrevistas que ofrecieron, en su mayoría, a medios oficiales que fueron contratadas con las apreciaciones de quienes mantienen una posición contraria. Para ello se hizo un seguimiento a cada entrevista para conseguir contradicciones y apreciaciones sobre la problemática del sistema de salud y, específicamente, de la atención de los pacientes oncológicos.

Si bien no se pudo entrevistar a los funcionarios mencionados, se contactó una entrevista con el coordinador del Registro Central de Cáncer del MPPS, Luis Capote Negrín y con la ex coordinadora del Programa Nacional de Oncología, Thais Rebolledo, con quienes se pudo conocer detalles del impacto de la política pública. Con respecto a las demás entrevistas planteadas, la mayoría fueron realizadas a pesar de los obstáculos y limitaciones, pues algunos especialistas y personal de enfermería tenían su tiempo ocupado en su rutina de trabajo, eso hizo que varias las conversaciones se pospusieran en diversas oportunidades, lo que tuvo repercusión en el retraso en la entrega del reportaje en el tiempo previsto.

Algunos médicos nos dieron la posibilidad de conversar vía telefónica debido a la poca disponibilidad de tiempo. Esta alternativa se agotó para efectos de este trabajo. También, en la medida en que el proceso de investigación avanzaba, se incorporaron nuevas fuentes a consultar, incluso personas que no fueron citadas directamente porque sirvieron de

complemento para corroborar otros datos e informaciones.

A varias de las fuentes se les realizó entrevista en más de una oportunidad como al coordinador del Registro Central de Cáncer, Luis Capote Negrín, por ser la única fuente autorizada en el Ministerio de Salud. Ante las limitaciones para acceder a otras fuentes oficiales o públicas, parte de los objetivos planteados con las demás voceros del Programa Nacional de Oncología, como Claudia Morón, se le consultaron a Capote quien también ocupó el cargo como coordinador de la extinta División del Oncología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. En el transcurso de la investigación se le hicieron tres entrevista en su despacho, dos consultas telefónicas y tres por correo electrónico.

Durante la labor reporterial se nos dificultó contactar con fuentes cercanas a la Farmacia de Alto Costo del Instituto de los Seguros Sociales (IVSS) y la Fundación Banco de Drogas Antineoplásicas (Badan). El objetivo de recurrir a estas fuentes era conocer el estado actual de desabastecimiento y cortejar información sobre el proceso de importación con el fin de reforzar el planteamiento hecho en el capítulo II de este reportaje. No fue posible concretar ninguna entrevista, pese a que nos acercamos a las sedes de ambas farmacias. En el caso de Badan, el personal que labora en ese establecimiento, ubicado al este de Caracas, no estaba autorizado para ofrecer declaraciones sobre el tema y nos dirigimos a la oficina central donde nos atendieron y pidieron los datos personales con la seguridad de que la persona que nos daría la información se comunicaría directamente, pero, hasta la entrega de este reportaje, no se recibió ni correos electrónicos ni llamadas.

Las entrevistas hechas a los pacientes se realizaron luego de la intermediación de la presidenta de la Fundación Pacientes Oncológicos Impacientes, Isaura Rivero, quien nos contactó con sus familiares. Se llegó a solicitar esta intermediación debido a lo complicado que resultó el proceso acercamiento con los pacientes en los hospitales por las implicaciones éticas que suponía. Algunos nos manifestaron que no querían dar declaraciones, otros estaban agobiados por la rutina que se vive en una sala de espera de un centro asistencial donde el cúmulo de personas y el tiempo en que tarda el personal de enfermería para llamar a los pacientes generan tensión en ellos y sus familiares. Incluso entre las enfermeras que, en su mayoría,

deben lidiar con la sobrecarga.

Las conversaciones sostenidas con los pacientes se realizaron fuera de los hospitales pues consideramos que no es un lugar apropiado para realizar entrevistas a profundidad. Estando en los centros de salud intercambiamos palabras con las fuentes pero sin grabaciones ni libretas en mano. Se limitó a la observación directa y al acompañamiento de algunos de ellos, como el caso de Jesusita Moreno, cuyo nombre fue cambiado en este producto a petición de la fuente, que nos permitió estar un día con ella en su consulta en el Instituto Oncológico Luis Razetti. Otros centros de salud que se visitaron fueron el Padre Machado, la unidad oncológica del Hospital Universitario de Caracas y el Instituto de Hematología y Oncología de la UCV. No se presentaron inconvenientes para hacer la labor reporteril dentro de estos establecimientos; inclusive, parte de los médicos fueron entrevistados dentro de los recintos hospitalarios.

Durante el proceso de investigación documental, se obtuvo la información necesaria para el desarrollo argumental del reportaje lo que permitió elaborar no solo la planificación previa sino los cuestionarios con las inquietudes puntuales. Si bien se contó con los datos, el proceso de consulta se dificultó, en principio, por el limitado acceso a información oficial en el portal web del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Por ejemplo, como se mencionó en el cuerpo del reportaje, en la plataforma del despacho no hay una pestaña que remita al Programa Nacional de Oncología ni a los datos del Registro Central de Cáncer. Eso hizo que la información fuese solicitada directamente en el ministerio. No se redactaron cartas de solicitud de información pública porque el coordinador del Registro Central de Cáncer, Luis Capote Negrín, al momento de entrevistarlos, nos dio las cifras de incidencia de casos que no estaban disponibles en la página del ministerio y una versión electrónica del Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer.

En el caso de las estadísticas de incidencias, Capote solo nos ofreció la data de 2010 y 2011, pero la de los años anteriores se consiguieron en trabajos y artículos especializados publicados en la Gaceta Médica de Caracas y la Revista Venezolana de Oncología. Capote nos facilitó el documento del Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer que actualmente está

siendo sometido a consulta para ser aprobado por la Dirección General de Programas de Salud del despacho. No se pudo tener una copia del programa actual pues tampoco está disponible en el centro de información del ministerio donde únicamente se conserva la Norma del Programa de Oncología de 1998, documento que se encontraba en mal estado y le faltaban algunas páginas.

La investigación sobre la efectividad del Programa Nacional de Oncología y sobre la atención de los pacientes con cáncer es escasa por lo que se consideró realizar una búsqueda exhaustiva por los diferentes repositorios de documentos y bases de datos sobre informes del estado de la prevención y el control de cáncer en el país. Se consiguieron varios documentos que abordaban este problema de salud pública desde el ámbito latinoamericano pero en algunas referencias la información para Venezuela era precaria y, en muchos casos, no se mencionaba al país. Por ejemplo, en el informe publicado por la revista *Lancet Oncology* en algunas tablas de estadísticas no se indicaban datos sobre Venezuela.

Las cifras aportadas por el Ministerio de Salud fueron cortejadas con la documentación estadística disponible en la página de internet de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS). Parte de las referencias consultadas estaban redactadas en lenguaje técnico, especialmente los artículos de revistas especializadas, lo que dificultó su comprensión. Por eso se tuvo que recurrir a expertos para la aclaración de términos y llevarlos a un lenguaje inteligible y adecuado a las pautas de la redacción periodística.

Sobre el problema abordado en este reportaje se recomienda dar un seguimiento al tema a la luz de últimos anuncios hechos por el presidente Nicolás Maduro de crear un Instituto del Combate contra el Cáncer y un plan especial para atender este problema de salud pública y, además, mantener la lupa sobre los posibles resultados del acuerdo que el Ministerio suscribió con la empresa argentina Invap para el mantenimiento de los equipos de radioterapia del país por su relevancia periodística y la necesidad de que la ciudadanía esté informada sobre estas iniciativas que podrían tener, de concretarse, un impacto positivo en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer, afección que seguirá aumentando y representará cada vez

más un desafío para el Estado en medio de un panorama económico complejo que ha comprometido la inversión en salud y la atención gratuita en los centros asistenciales para los pacientes que tienen esta enfermedad que, bien es sabido, no espera.

REFERENCIAS

- Afectados con cáncer de vejiga no consiguen la vacuna BCG Intravesical (2014, 19 de julio). *Últimas Noticias*. Recuperado el 14 de agosto de 2014, de <http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/afectados-con-cancer-de-vejiga-no-consiguen-la-vac.aspx>
- Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer (2014). *Globocan 2012*. Recuperado el 15 de mayo de 2014, de <http://globocan.iarc.fr>
- Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G., Jerónimo, J., Salmerón, J., Ferreccio, C., Locazno, E., Herrero, R. (2010). Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Pública de México* 52 (6), 544-559
- Álvarez, F. (1978) *La información contemporánea*. Caracas, Venezuela: Contexto.
- Angulo, S. (2014, 29 de enero). Importadores médicos están parados. *Últimas Noticias*. Recuperado el 15 de agosto de 2014, de <http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/actualidad/economia/importadores-de-equipos-medicos-estan-parados.aspx>
- Aponte, M. y Gumilla, C. (2012). Control de cáncer en América Latina: otra inequidad para la región. [Versión electrónica], *Medwave*, 12 (4). Recuperado el 19 de septiembre de 2014, de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Editorial/5406.La>
- Arcaya, A. (2012, 5 de noviembre). Obras del cardiológico y del oncológico están paradas. *Últimas Noticias*. Recuperado el 9 de julio de 2014, de <http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/fotos---obras-del-cardiologico-y-del-oncologico-es.aspx>

- Arias, F (2006). *El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica* (5^{ta}). Caracas: Venezuela: Editorial Episteme.
- Arias, M (2013, 23 de agosto). Más de 6.700 pacientes atendidos por quimioterapia en le Oncológico Luis Razetti en lo que va de año. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Recuperado el 10 de junio de 2014, de www.mpps.gob.ve.
- Arriagada, I., Aranda, V., Miranda., F (2005). *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*. Santiago: Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Aseguran que el sector salud está padeciendo una “crisis humanitaria”. (2014. 15 de agosto). *El Universal*. Recuperado el 15 de agosto de 2014, de <http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/140815/aseguran-que-el-sector-salud-esta-padeciendo-una-crisis-humanitaria>
- Aumenta la mortalidad por cáncer de cuello uterino. (2014, 3 de julio). *El Universal*. Recuperado el 6 de julio de 2014, de <http://www.eluniversal.com/vida/140703/aumenta-la-mortalidad-por-cancer-de-cuello-uterino>
- Banco Central de Venezuela (2014). *Resultados de la Economía durante el año 2014*. Caracas: Venezuela.
- Banco Mundial (2014). Gasto en salud, total. Recuperado el 15 de julio de 2014, de www.bancomundial.org
- Benavides, J. y Quinteros, C. (2004). *Escribir en prensa* (2da). España, Madrid: Pearson Educación.

- Boon, L. (s.f). Hospitales: seis elefantes rojos de la revolución. Runrunes. Recuperado el 14 de febrero de 2015, de <http://runrun.es/investigacion/elefantesrojos/>
- Cabrera, A (2014). Reducidas a su máxima expresión listas de esperas de pacientes oncológicos. Recuperado el 7 de julio de 2014, de www.mpps.gob.ve
- Ceballos: “El Gobierno es el único responsable de la falta de medicamentos”. (2014, 2 de septiembre). *El Universal*. Recuperado el 3 de septiembre de 2014, de <http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/140902/ceballos-el-gobierno-es-el-unico-responsable-de-la-falta-de-medicament>
- Chapeta, Y. (2013, 8 de enero). Programa de medicamentos de alto costo atiende actualmente más de 788 mil personas. *Agencia Venezolana de Noticias*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.avn.info.ve/>
- Chiappe, J. (2014, 15 de agosto). Víctor Acosta: “Escasez de insumos arriesga al paciente con cáncer de mama” *El Universal*. Recuperado el 15 de agosto de 2014, de <http://www.eluniversal.com/vida/140815/victor-acosta-escasez-de-insumos-arriesga-al-paciente-con-cancer-de-ma->
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2010). Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos. Santiago: Chile.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) [versión electrónica]. Recuperado el 10 de mayo de 2014 en sitio web: www.tsj.gov.ve
- Contreras, N. (2013, 25 de mayo). Sólo 7 servicios de radioterapia funcionan. *El Nacional*. Recuperado el 6 de noviembre de 2014 en: http://www.el-nacional.com/caracas/radioterapia-SVO_0_196180710.htm

- Contreras, C. (2013, 17 de diciembre). Se agrava crisis de insumos y fármacos para tratar el cáncer. *El Universal*. Recuperado el 11 de mayo de 2014 en <http://www.eluniversal.com/vida/131217/se-agrava-crisis-de-insumos-y-farmacos-para-tratar-el-cancer>
- Capote, L. (2006). Aspectos epidemiológicos del cáncer en Venezuela. *Revista Venezolana de Oncología*, 18 (4), 269 – 281.
- Capote, L (2013). Perfil epidemiológico y control del cáncer en Venezuela. *Gaceta Médica de Caracas*, 121 (1), 43 - 52
- Capote, L. (2004) *Importancia y dificultades de un registro nacional de cáncer*. En Ravelo, J, *Conclusiones y Recomendaciones de las Ponencias desarrolladas durante el Congreso Centenario 2004 "Dr. José Ignacio Baldó" de la Academia Nacional de Medicina*. Gaceta Médica Caracas, 112 (3), 363.
- Cardona, L. (2014, 24 de julio). Aplican quimioterapia en el patio del Oncológico. *El Nacional*. Recuperado el 29 de julio de 2014, de http://www.el-nacional.com/sociedad/Aplican-quimioterapia-patio-Oncologico_0_451155013.html
- Cardona, L. (2013, 16 de diciembre). Lista de espera de radioterapia tiene 1.500 pacientes. *El Nacional*. Recuperado el 7 de julio de 2014, de http://www.el-nacional.com/sociedad/Lista-espera-radioterapia-pacientes_0_317968499.html
- Cardona, L. (2013, 3 de febrero). Se agotan los materiales para diagnósticos oncológicos. *El Nacional*. Recuperado el 7 de julio de 2014, de http://www.el-nacional.com/sociedad/agotan-materiales-diagnosticos-oncologicos_0_348565318.html

- Cardona, L (2013, 14 de marzo). Sistema paralelo de salud puso en jaque la medicina tradicional. *El Nacional*. Recuperado el 18 de agosto de 2014, de http://www.el-nacional.com/salud_y_bienestar/Sistema-paralelo-salud-medicina-tradicional_0_152987516.html
- Cardona, L (2013, 20 de agosto). 15% de los pacientes fallece esperando radioterapia. *El Nacional*. Recuperado el 14 de marzo de 2014, de http://www.el-nacional.com/sociedad/fallecen-pacientes-radioterapia-salas_0_248375429.html
- Cardona, L (2014, 13 de marzo). 17 fármacos para quimioterapia están agotados en el IVSS. *El Nacional*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de http://www.el-nacional.com/sociedad/farmacos-quimioterapia-agotados-IVSS_0_371363076.html
- Cardona, L (2014, 29 de abril). 22 medicamentos contra el cáncer están agotados en el país. *El Nacional*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de http://www.el-nacional.com/sociedad/medicamentos-cancer-agotados-pais_0_400160074.html
- Cardona, L. (2013, 17 de diciembre). 70% de los pacientes en riesgo por fallas en quimioterapia. *El Nacional*. Recuperado el 15 de agosto de 2014 en: http://www.el-nacional.com/sociedad/pacientes-cancer-riesgo-falla-quimioterapia_0_319768202.html
- Cardona, L (2014, 6 de diciembre). Venezuela pagará más por mantenimiento que por compra de equipos. *El Nacional*. Recuperado el 15 de diciembre de 2014, de http://www.el-nacional.com/sociedad/Venezuela-pagara-mantenimiento-compra-equipos_0_532146993.html
- Carta a la Fiscalía General en defensa de enfermos de cáncer (2013, 10 de octubre). *El Universal*. Recuperado el 11 de mayo de 2014 en <http://www.eluniversal.com/caracas/131010/carta-a-la-fiscalia-general-en-defensa-de-enfermos-de-cancer>

- Castejón, E (2009). *Periodismo: recursos para la verdad*. Caracas, Venezuela: Panapo.
- Castro, J (2014). *El deterioro de la salud pública en Venezuela: las muertes por cáncer*. Recuperado el 21 de junio de 2014: www.prodavinci.com.ve
- Castro, J (2014). *¿Cuánto ha invertido Venezuela en salud y cuáles son los resultados?* Recuperado el 20 de agosto de 2014: <http://prodavinci.com/blogs/cuanto-se-ha-invertido-en-salud-y-cuales-son-los-resultados-por-anabella-abadi-y-julio-castro/>
- Cerca de 1.000 pacientes oncológicos atiende a diario Hospital Padre Machado. (2013, 31 de agosto). *Agencia Venezolana de Noticias*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.avn.info.ve/>
- Clemente, A. (1997). Crisis de salud – 1997. *Gaceta Médica de Caracas*, 105(4), 577-579.
- Coralis, D. (2013, 14 de agosto). El cáncer, la temible enfermedad que se debe tratar con adecuadas estrategias de prevención. *Noticias24*. Recuperado el 18 de agosto de 2014, de <http://www.noticias24.com/venezuela/noticia/186615/el-cancer-la-temible-enfermedad-que-se-debe-tratar-con-adecuadas-estrategias-de-prevencion-video/>
- Cova, A. (2013, 23 de agosto). Esperan seis meses por cita de radioterapia en el Luis Razetti. *El Universal*. Recuperado el 9 de julio de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/130823/esperan-seis-meses-por-cita-de-radioterapia-en-el-razetti>
- Contreras, C. (2014, 8 de mayo). Crisis de los fármacos oncológicos va en aumento *El Universal*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.eluniversal.com/vida/140508/crisis-de-los-farmacos-oncologicos-va-en-aumento>

- Cruz, B. (2012, 24 de abril). Hospitales dedicarán un día a la prevención del cáncer. *El Universal*. Recuperado el 9 de mayo de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/120424/hospitales-dedicaran-un-dia-a-la-prevencion-del-cancer>
- Cruz, B. (2010). Indicadores demuestran fracaso de Misión Barrio Adentro. *El Universal*. Recuperado el 6 de julio de 2014, de http://www.eluniversal.com/2010/02/05/imp_ccs_art_indicadores-de-salud_1752823
- Cruz, B. (2012, 23 de abril) Oncológicos trabajan al límite. *El Universal*. Recuperado el 2 de mayo de 2014 en <http://www.eluniversal.com/caracas/120423/oncologicos-trabajan-al-limite>
- Cruz, B. (2012, 2 de junio). Pacientes oncológicos del Clínico serán tratados en otros hospitales. *El Universal*. Recuperado el 11 de julio de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/120602/pacientes-oncologicos-del-clinico-seran-tratados-en-otros-hospitales>
- De 27 equipos para radioterapia oncológica solo funcionan siete. (2013, 24 de mayo). *El Universal*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.eluniversal.com/vida/130524/de-27-equipos-para-radioterapia-oncologica-solo-funcionan-siete>
- Definen agenda para reparar equipos contra el cáncer (2013, 12 de diciembre). *El Tiempo*. Recuperado el 1 de julio de 2014, de <http://eltiempo.com.ve/venezuela/salud/definen-agenda-para-reparar-equipos-contra-el-cancer/118138>
- Deniz, R (2014, 10 de septiembre). Liquidación al sector salud es menor a 2012. *El Universal*. Recuperado el 10 de septiembre de 2014, de <http://www.eluniversal.com/economia/140910/liquidacion-de-divisas-para-sector-salud-es-menor-a-2012>

- Díaz, J (2012). *La institucionalidad de la salud: una enfermedad de la razón*. Caracas: Venezuela. Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (Cendes – UCV).
- Dragnic, O. (2006). *El diccionario de la Comunicación Social*. Caracas, Venezuela: Panapo
- Drogas contra el cáncer fallan en 55,55% en farmacias de IVSS. (2014, 6 de agosto). *El Universal*. Recuperado el 6 de agosto de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/140806/drogas-contra-el-cancer-fallan-en-5555-en-farmacias-del-ivss>
- Empleados de Oncología exigen respuesta al Gobierno por cierre de servicio (2014, 18 de julio). *El Universal*. Recuperado el 29 de agosto de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/140718/empleados-de-oncologia-exigen-respuesta-al-gobierno-por-cierre-del-ser>
- España, D (2013, 30 de agosto). 2,2 millones de bolívares en radioterapia. *El Nacional*. Recuperado el 8 de mayo de 2014 en: http://www.el-nacional.com/regiones/millones-bolivares-radioterapias_0_254374865.html
- Figuerola, J. (2011, 4 de diciembre). Venezuela va pa` vieja. *El Tiempo*. Recuperado el 15 de julio de 2014, de <http://www.eltiempo.com.ve>
- Garriga, E. (1995). La crisis hospitalaria actual. *Gaceta Médica de Caracas*, 103(1), 34-36
- Globovisión (2014, 2 de febrero). Sociedad Anticancerosa: Hace falta un programa nacional de control de cáncer. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://globovision.com/articulo/hoy-en-primera-pagina-maria-eugenia-aponte-miembro-de-la-sociedad-anticancerosa>

- Gobierno aplica estrategias para fortalecer plan nacional de atención oncológica (2010. 1 de septiembre). *Agencia Venezolana de Noticias*. Recuperado el 8 de mayo de 2014, de <http://www.avn.info.ve/contenido/gobierno-aplica-estrategias-para-fortalecer-programa-nacional-atenci%C3%B3n-oncol%C3%B3gica>
- Gomis, L. (1990). *Teoría del periodismo: cómo se forma el presente*. Barcelona: España. Paidós Comunicaciones.
- González, B. (2013, 12 de junio). Declaran al área oncológica en situación crítica. *Últimas Noticias*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/declaran-al-area-oncologica-en-situacion-critica.aspx>
- González, D. (2013, 6 de diciembre) Denuncian falta de insumos para diagnosticar y tratar cáncer. *El Universal*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.eluniversal.com/vida/131206/denuncian-falta-de-insumos-para-diagnosticar-y-tratar-el-cancer>
- González, D. (2014, 12 de febrero). Pacientes oncológicos padecen ante falta total de material radiactivo *El Universal*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.eluniversal.com/vida/140212/pacientes-oncologicos-padecen-ante-falta-total-de-material-radiactivo>
- González, D., Rivera, A., Zerpa, F. (2012) *Cáncer en los equipos*. *El Nacional*. Recuperado el 8 de mayo de 2014 en: http://www.el-nacional.com/siete_dias/Salud-Siete_Dias_0_49795076.html
- González, L; González, M; Nigenda, G y López, L (2010). *Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina: Retos a futuro*. *Salud Pública de México*, 52 (2), p 553 – 543.

- González, M (2008). *Las políticas de salud: alternativas para su mejoramiento*. Caracas: Venezuela: Instituto de Investigaciones Sociales (Ildis).
- González, M; Rincón, E; Sánchez, J y Oropeza, A (2009) Modelos para el seguimiento y evaluación de programas de cáncer en Venezuela. *Revista Venezolana de Oncológica*, 21 (4), 189 – 202.
- Goss, P (2013). La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. *Lancet Oncology*, (14). 391 – 436.
- García, M (2015, 26 de febrero). El 4 de marzo lanzarán en Venezuela Plan Nacional contra el cáncer. Correo del Orinoco. Recuperado el 28 de febrero de 2015, de <http://www.correodelorinoco.gob.ve/politica/4-marzo-lanzaran-venezuela-plan-nacional-contra-cancer/>
- Guedez, D. (2013). Equipos de radioterapia están dañados desde hace seis meses. *El Nacional*. Recuperado el de julio de 2014 en: http://www.el-nacional.com/regiones/Equipos-radioterapia-danados-hace-meses_0_253174962.html
- Gustavo Villasmil: “Enfermos de cáncer están “en manos de Dios”. (2014, 19 de marzo). *El Universal*. Recuperado el 14 de septiembre de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/140319/gustavo-villasmil-enfermos-de-cancer-estan-en-manos-de-dios>
- Hace 4 meses no hay yodo radioactivo para pacientes con cáncer. (2014, 21 de marzo). *El Universal*. Recuperado el <http://www.eluniversal.com/caracas/140321/hace-4-meses-no-hay-yodo-radioactivo-para-pacientes-con-cancer>
- Henry Ventura: el Estado ha otorgado divisas al sector farmacéutico (2014, 26 de agosto). *Unión Radio*. Recuperado el 26 de agosto de 2014, de <http://www1.unionradio.net/>

- Hernández, J y Ovalles, V (2013, 22 de mayo) Dos oncológicos hechos a medias. El Universal. Recuperado el 11 de mayo de 2014 en <http://www.eluniversal.com/caracas/130522/dos-oncologicos-hechos-a-medias>
- Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P (2010) *Metodología de la investigación* (5^{ta}). México DF, México: Mc Graw Hill Educación.
- Herrera, N., Reif, B., Suarez, A., Malo, M. (2009). *El alcohol y las políticas públicas en Venezuela: dos estudios*. Caracas: Venezuela. Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Herrera, I. (2014). Escasez de placas y falta de equipos limitan mamografías. *El Nacional*. Recuperado el 19 de agosto de 2014, de http://www.el-nacional.com/sociedad/CANCER-CHEQUEO-MAMOGRAFIAS-RADIOLOGIA-SALUD_0_502749841.html
- Instituto Nacional de Estadísticas (2014). Proyecciones de población. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de www.ine.gov.ve
- Itriago, D. (2013, 19 de septiembre). Capacitaran a médicos integrales en la toma de muestras para citología. *El Nacional*. Recuperado el 16 de septiembre de 2014 en: http://www.el-nacional.com/caracas/cancer-citologias-Minsalud-oncologos-tumores_0_266373519.html
- Krivoy, S. (2008) La problemática de la salud en Venezuela. *Gaceta Médica de Caracas*, 116 (2), 91 – 92.
- Ladera, M. (2014, 25 de noviembre). Lanzarán Plan Nacional contra el Cáncer y crearán el Instituto Nacional de lucha contra esta enfermedad. *Ministerio de Comunicación e Información*. Recuperado el 11 de enero de 2015, de <http://www.minci.gob.ve>

- Ley Orgánica de Salud. (1998, 10 de noviembre). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 36.579 [Extraordinario], Noviembre 11, 1998.
- Ley de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2015 (2014, 10 de diciembre). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*. 6.161 [Extraordinario], Diciembre 9, 2014.
- Lugo, A (2013). En el IVSS faltan 13 fármacos oncológicos. *El Nacional*. Recuperado el 11 de mayo de 2014 en: http://www.el-nacional.com/caracas/IVSS-faltan13-farmacos-oncologicos_0_278972364.html
- López, L (2014, 20 de septiembre). Importaciones de medicinas no llegaron para la emergencia. *El Nacional*. Recuperado el 15 de diciembre de 2014, de http://www.el-nacional.com/economia/Importaciones-medicinas-llegaran-emergencia_0_485951598.html
- Matamoras, N. (2014, 19 de mayo). Pacientes con cáncer buscan medicinas en Colombia y Brasil *El Universal*. Recuperado el 7 de julio de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/140519/pacientes-con-cancer-buscan-reactivos-en-colombia-y-brasil>
- Materano, J (2014, 8 de febrero). Sistema oncológico público se bandea con privados. *Últimas Noticias*. Recuperado el 14 de marzo de 2014, de <http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/sistema-oncologico-publico-se-bandea-con-privados.aspx>
- Materano, J. (2014, 29 de abril). Se intensifica falta de medicamentos oncológicos en Farmacias de Alto Costo *El Universal*. Recuperado el 13 de mayo de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/140429/se-intensifica-falta-de-medicamentos-oncologicos-en-farmacias-de-alto>

- Materano, J. (2014, 16 de julio). En cierre técnico Instituto de Hematología y Oncología *El Universal*. Recuperado el 16 de julio de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/140716/en-cierre-tecnico-instituto-de-hematologia-y-oncologia>
- Materano, J. (2014, 16 de julio). En crisis el Instituto de Hematología y Oncología *El Universal*, Recuperado el 16 de julio de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/140716/en-crisis-el-instituto-de-hematologia-y-oncologia>
- Materano, J. (2014, 30 de julio). En cierre técnico servicios de pesquisa de cáncer en hospitales *El Universal*. Recuperado el 30 de julio de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/140730/en-cierre-tecnico-servicios-de-pesquisa-de-cancer-en-hospitales>
- Materano, J (2015, 26 de enero). Instituto oncológico suma más de medio año cerrado en la UCV. *El Universal*. Recuperado el 10 de febrero de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/150126/instituto-de-oncologia-suma-medio-ano-cerrado-en-la-ucv>
- Marcano, P (2012, 15 de mayo). Hospitales prefabricados se verán en agosto. Últimas Noticias. Recuperado el 13 de junio de 2014, de <http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/hospitales-prefabricados-se-veran-en-agosto.aspx>
- Marcano, P. (2013, 8 de agosto). Médicos exigen a la Fiscalía y Defensoría garantizar derecho a la Salud. *Últimas Noticias*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/medicos-exigen-a-la-fiscalia-y-defensoria-garantiz.aspx>

- Marcano, P. (2014, 13 de marzo). Reportan ausencia de 17 medicamentos oncológicos. *Últimas Noticias*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/reportan-ausencia-de-17-medicamentos-oncologicos.aspx>
- Marcano, P. (2015, 4 de febrero). Así está el Oncológico de Guarenas tras 41 en construcción. *La Razón*. Recuperado el 10 de febrero de 2015, de <http://www.larazon.net>
- Meneses, D. (2013, 18 de diciembre) Falta de material radioactivos retrasa radioterapias. *El Universal*. Recuperado el 11 de mayo de 2011, de <http://www.eluniversal.com/caracas/131218/falta-de-material-radioactivo-retrasa-las-radioterapias>
- Meneses, D. (2014, 22 de julio). Pacientes de la UCV serán reubicados en tres centros *El Universal*. Recuperado el 29 de agosto de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/140722/pacientes-de-la-ucv-seran-remitidos-a-tres-centros>
- Meneses, D. (2014, 26 de octubre). “Oncológico de la UCV sigue inactivo después de tres meses” *El Universal*. Recuperado el 2 de noviembre de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/141026/oncologico-de-la-ucv-sigue-inactivo-despues-de-3-meses>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2010). *Anuario de Mortalidad 2008*. Caracas: Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2012). *Anuario de Mortalidad 2010*. Caracas: Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2011). *Memoria y cuenta 2010*. Caracas: Venezuela.

- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2011). *Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer*. Manuscrito no publicado, Dirección General de Programas de Salud del MPPS, Caracas.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2012). *Anuario de Mortalidad 2009*. Caracas: Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2012). *Memoria y cuenta 2011*. Caracas: Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013). *Memoria y cuenta 2012*. Caracas: Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2014). *Anuario de Mortalidad 2011*. Caracas: Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2014). *Anuario de Mortalidad 2012*. Caracas: Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2014). *Plan Nacional de Salud 2014 – 2019 (2^{ed})*. Caracas: Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2014). Venezuela único país del mundo en garantizar suministro gratuito de medicamentos para cáncer. Recuperado el 5 de julio de 2014, de www.mpps.gob.ve
- Min Salud impulsa Plan estratégico para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. (2011, 24 de agosto). *Ministerio del Poder Popular para la Salud*. Recuperado el 8 de julio de 2014, de <http://www.mpps.gob.ve/>

- Min Salud no atendió reclamos de pacientes oncológicos. (2013, 13 de diciembre). *El Universal*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/131213/minsalud-no-atendio-reclamos-de-pacientes-oncologicos>
- Montilla, M. (2013). Escasez de suministros retrasa los diagnósticos de cáncer. *El Nacional*. Recuperado el 30 de junio de 2014, de http://www.el-nacional.com/mundo/Morales-Obama-Bachelet-revisar-tratados_0_437356441.html
- Nigenda, G., González, M., González, L. Bejarano, R. (2011) *Disparidades al descubierto: un estudio comparado sobre políticas de cáncer de mama en América Latina*. México: D.F. Unión Latinoamericana contra el Cáncer de la Mujer.
- Nuevo lote de medicamentos para pacientes oncológicos será entregado esta semana al IVSS. (2014, 19 de mayo). *Agencia Venezolana de Noticias*. Recuperado el 16 de junio de 2014, de <http://www.avn.info.ve/>
- Oletta, J. (2012). *Los hospitales públicos en Venezuela: una visión general*. Caracas: Venezuela: Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolana.
- Oletta, J., Carvajal, A., y Peña, S. (2011). *Cáncer, un problema de salud en Venezuela con datos epidemiológicos retrasados*. Caracas: Venezuela. Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas.
- Oletta, J., Walter, C., y Orihuela, A. (2013). *Atención de los pacientes con cáncer en Venezuela: un caso de negación de derecho a la salud*. Caracas: Venezuela. Sociedad Venezolana de Salud Pública y Red Defendamos la Epidemiología.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Programas Nacionales de Lucha Contra el Cáncer: directrices sobre política y gestión (2^{ed})*. Ginebra: Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2005). *58ª Asamblea General de Salud*. Ginebra: Suiza

Organización Mundial de la Salud (2011) *Estadísticas sanitarias mundiales 2011*. Ginebra: Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2013) *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*. Ginebra: Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales 2013*. Ginebra: Suiza.

Organismo Internacional de Energía Atómica (2008). *Salud Humana en América Latina y el Caribe a la luz del PER*. Viena: Austria.

Organización Panamericana de la Salud (2012). *El cáncer en la Región de las Américas*. Recuperado el 14 de junio de 2014, de www.paho.org

Organización Panamericana de Salud (2014). *Cáncer en las Américas: perfiles de países 2013*. Washington, DC.

Osuna, J. (2009). Globalización y envejecimiento. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabólica* 7 (1), 3-13

Ovalles, V. (2013, 2 de marzo). Radioterapia del Luciani trabaja por encima de su capacidad. *El Universal*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/130717/pacientes-con-cancer-en-carabobo-sin-medicamentos>

Ovalles, V (2013, 4 de octubre). Enfermos a merced de fallas. *El Universal*. Recuperado el 10 de mayo de 2014 en <http://www.eluniversal.com/caracas/131004/enfermos-a-merced-de-las-fallas>

- Ovalles, V. (2013, 12 de octubre). Reinició Servicio de Radioterapia en el Hospital Universitario *El Universal*. Recuperado el 30 de junio de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/131012/reinicio-servicio-de-radioterapia-en-el-hospital-universitario>
- Pacientes con cáncer en Carabobo sin medicamento. (2013, 23 de julio). *El Universal*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/130717/pacientes-con-cancer-en-carabobo-sin-medicamentos>
- Patruyo, Thanalí (2008). *El estado actual de las misiones sociales: balance sobre su proceso de implementación e institucionalización*. Caracas: Venezuela: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (Ildis).
- Pereda, J (2013, 12 de noviembre). Gobierno nacional tomará acciones para la mejorar atención de pacientes oncológicos. *Correo del Orinoco*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.correodelorinoco.gob.ve/nacionales/gobierno-nacional-tomara-acciones-para-mejorar-atencion-pacientes-oncologicos/>
- Pereda, J (2014, 9 de febrero). Están operativos más de 80% de los equipos de la red nacional de asistencia oncológica. *Correo del Orinoco*. Recuperado el 18 de mayo de 2014, de <http://www.correodelorinoco.gob.ve>
- Personal de Luis Razetti anuncia acción de protesta. (2014, 14 de julio). *El Universal*. Recuperado el 14 de julio de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/140714/personal-del-oncologico-luis-razetti-anuncia-accion-de-protesta>
- Pocaterra, D. (2014, 30 de agosto). IVSS reconoce escasez de doce medicamentos contra el cáncer. *Correo del Caroní*. Recuperado el 23 de noviembre de 2014, de <http://www.correodelcaroni.com/>

- Postgrados del Oncológico Luis Razetti se queda sin residentes. (2013, 23 de agosto). *El Universal*. Recuperado el 14 de julio de 2014, de <http://www.eluniversal.com/caracas/130823/posgrado-del-oncologico-luis-razetti-se-queda-sin-residentes>
- Programa de Educación – Acción en Derechos Humanos (2012). *Situación de los Derechos Humanos en Venezuela: informe anual octubre 2010 – septiembre 2011*. Caracas: Venezuela.
- Programa de Educación – Acción en Derechos Humanos (2013). *Situación de los Derechos Humanos en Venezuela: informe anual enero – diciembre 2012*. Caracas: Venezuela.
- Programa de Educación – Acción en Derechos Humanos (2014). *Situación de los Derechos Humanos en Venezuela: informe anual enero – diciembre 2013*. Caracas: Venezuela.
- Providencia N° 294. (2013, 25 de junio). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 40.196 [Extraordinaria], junio 26, 2013.
- Proyecto de autovacuna contra el cáncer se encuentra en fase experimental (2014, 10 de enero) *Agencia Venezolana de Noticias*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.avn.info.ve/>
- Radiografía de la salud: todos estamos en terapia intensiva (2014, 11 de agosto). *Runrun.es*. Recuperado el 2 de noviembre de 2014, de <http://runrun.es/>
- Ramos, W. y Venegas, D. (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú*. Lima: Perú. Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.
- Ravelo, J. (2001). *Avances en el diagnóstico del cáncer de la mama. Importancia de la pesquisa y diagnóstico precoz. Reflexiones sobre el problema en Venezuela. Gaceta Médica de Caracas*, 109 (2), 389 – 417.

- Red de Institutos Nacionales de Cáncer (2012). *Informe sobre la situación del control del cáncer de cuello uterino en 8 países de Latinoamérica*. Rio de Janeiro: Brasil. Unión de Naciones Sudamericana (Unasur).
- Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas. (2013). *Alerta Epidemiológica N° 246 Balance de Salud del año 2012 en Venezuela*. Caracas: Venezuela.
- Red de asistencia oncológica contará con 22 unidades de tratamiento gratuito en el país (2014, 4 de febrero). *Agencia Venezolana de Noticias*. Recuperado el 15 de mayo de 2014, de <http://www.avn.info.ve/contenido/red-asistencia-oncol%C3%B3gica-contar%C3%A1-22-unidades-tratamiento-gratuito-pa%C3%ADs>
- Registro Central de Cáncer (2012). *Incidencia de cáncer 2010*. [Manuscrito no publicado]. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas: Venezuela.
- Registro Central de Cáncer (2012). *Incidencia de cáncer 2011*. [Manuscrito no publicado]. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas: Venezuela.
- Rengifo, D (2013, 19 de septiembre). AN visitará hospitales oncológicos a nivel nacional. *Asamblea Nacional* Recuperado el 23 de junio de 2014, de <http://www.asambleanacional.gov.ve/noticia/show/id/3043>
- Reparación de equipos de radioterapia debe culminar en 13 meses (2013, 26 de noviembre). *El Universal*. Recuperado el 10 de mayo de 2014 en <http://www.eluniversal.com/caracas/131126/reparacion-de-equipos-de-radioterapia-debe-culminar-en-13-meses>
- Rivas, A. (2012, 27 de octubre). MPPS inauguró la Unidad Terapéutica Oncológica “Dr. Modesto Rivero González” en Nueva Esparta. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Recuperado el 1 de julio de 2014, de <http://www.mpps.gob.ve/>

- Rivera, A. (2013, 18 de diciembre). Trabas de Cadivi retrasan reparación de equipos de radioterapia. *El Nacional*. Recuperado el 2 de diciembre de 2014, de http://www.elnacional.com/caracas/Trabas-Cadivi-retrasan-reparacion-radioterapia_0_320368177.html
- Rodríguez, M. (2013, 2 de julio). Dos meses sin radioterapias tiene el Oncológico de Carabobo *El Universal*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/130702/dos-meses-sin-radioterapias-tienen-pacientes-del-oncologico-de-carabob>
- Rodríguez, M. (2013, 22 de mayo). Sin radioterapia por dos meses pacientes del Oncológico de Naganagua *El Universal*. Recuperado el 11 de mayo de 2014, de <http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/130522/sin-radioterapia-por-dos-meses-pacientes-del-oncologico-de-naganagua>
- Venezuela es el único país de la región que garantiza tratamientos gratuitos de alto costo (2013, 25 de febrero). *Agencia Venezolana de Noticias*. Recuperado el 8 de mayo de 2014, de <http://www.avn.info.ve/>
- Venezuela moderniza servicios de oncología y financia tratamientos contra el cáncer (2013, 3 de febrero) *Agencia Venezolana de Noticias*. Recuperado el 6 de mayo de 2014, de <http://www.avn.info.ve/>
- Venezuela único país del mundo en garantizar suministro gratuito de medicamento para el cáncer (2014, 23 de mayo). Ministerio del Poder Popular para la Salud. Recuperado el 5 de julio de 2014, de <http://www.mpps.gob.ve>
- Sader: Instituto del Cáncer unificará sistema de investigación y atención oncológica. (2011, 26 de agosto). *Agencia Venezolana de Noticias*. Recuperado el 15 de julio de 2014, de <http://www.avn.info.ve/>

- Sarmiento, M. (2013, 12 de diciembre). “En 2014 no pueden fallar equipos para tratar cáncer”. *Últimas Noticias*. Recuperado el 18 de mayo de 2015, de <http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/-en-2014-no-pueden-fallar-equipos-para-tratar-el-c.aspx>
- Sarmiento, M. (2014, 12 de marzo). En jaque importadores de equipos médicos. *Últimas Noticias*. Recuperado el 15 de agosto de 2014, de <http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/en-jaque-importadores-de-equipos-medicos.aspx>
- Torrealba, M. (2009). *Reportaje y planificación: Estrategias para desarrollar comprensión de situaciones complejas*. Caracas: Venezuela. Investigadores Venezolanos de la Comunicación.
- Transparencia Venezuela (2014). Asamblea Nacional aprueba Ley de Presupuesto 2015 con un déficit de 60%. Recuperado el 14 de diciembre de 2014, de <http://transparencia.org.ve/asamblea-nacional-aprueba-ley-de-presupuesto-2015-con-un-deficit-de-60/>
- Ulibarri, E. (1994). *Idea y vida del reportaje*. México: Editorial Trillas.
- World Health Organization (2014). *World Health Statistics 2014*. Ginebra: Suiza
- Yapur, N. (2014, 12 de agosto). Agotado inventario de 80% de los insumos médicos. *El Nacional*. Recuperado el 15 de agosto de 2014, de http://www.el-nacional.com/economia/Agotado-inventario-insumos-medicos_0_462553889.html

Zerpa, F. (2013, 18 de agosto). Un tumor en las salas de radioterapia. *El Nacional*. Recuperado el 20 de marzo de 2014, de http://www.el-nacional.com/sociedad/INOOPERATIVOS-RADIOTERAPIA-SERVICIOS_0_246575518.ht

Zerpa, F. (2013, 19 de agosto). Vencimiento de contrato paraliza las radioterapias. *El Nacional*. . Recuperado el 20 de marzo de 2014, de http://www.el-nacional.com/caracas/Vencimiento-contrato-paraliza-radioterapias_0_247775356.html

FUENTES VIVAS

Álvaro Gómez, médico oncólogo del Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS y presidente de la Sociedad Venezolana de Oncología (SVO) – entrevista realizada el 6 de noviembre de 2014.

Amadeo Leyba, médico pediatra y presidente del Clínicas Caracas – entrevista realizada el 4 de febrero de 2015.

Antonio Orlando, ingeniero y presidente de la Asociación Venezolana de Distribuidores de Equipos Médicos, Odontológicos, de Laboratorios y Afines (Avedem) y Meditrón – entrevista realizada el 20 de noviembre de 2014.

Cristino García, médico y director ejecutivo de la Asociación de Clínicas y Hospitales (Avch) – entrevista realizada el 25 de noviembre de 2014.

Felipe Parra, médico oncólogo y coordinador del post grado de Cirugía Oncológica de la UCV – Instituto Oncológico Luis Razetti – entrevista realizada el 6 de febrero de 2015.

Gladys Muñoz, familiar de paciente oncológico – entrevista realizada el 28 de noviembre de 2014.

Gisell Luna, psicóloga y presidenta de la Asociación Venezolana de Psicooncología (Sovepo) – entrevista realizada el 7 de noviembre de 2014.

Isaura Rivero, presidenta de la Fundación Pacientes Oncológicos Impacientes – entrevista realizada el 9 de octubre de 2014.

Jesusita Moreno (nombre ficticio), paciente oncológico del Instituto Oncológico Dr. Luis Razetti – entrevista realizada el 12 de diciembre de 2014.

José Félix Oletta, médico internista, ex ministro de Sanidad y miembro de la Red Venezolana de Sociedades Científicas Médicas (RVSCM) – entrevista realizada el 21 de octubre de 2014 y 6 de noviembre de 2014.

José Manuel Olivares, médico oncólogo del HUC y miembro de la Organización Médicos por la Salud – entrevista realizada el 16 de noviembre de 2014 y 17 de noviembre de 2014.

Jorge Díaz Polanco, sociólogo y coordinador del Observatorio Venezolano de Salud del Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (Cendes – UCV) – entrevista realizada el 27 de enero de 2015.

Juan Carlos Rodríguez, médico oncólogo y presidente de la Sociedad Venezolana de Mastología (SVM) – entrevistas realizadas el 30 de septiembre de 2014.

Juan José Rodríguez, médico oncólogo y coordinador del post grado de Medicina Interna Oncológica de la UCV del Instituto Oncológico Dr. Luis Razetti – entrevistas realizadas el 11 de diciembre de 2014 y el 9 de febrero de 2015.

Luis Capote Negrín, médico oncólogo, coordinador del Registro Central de Cáncer del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) – entrevistas realizadas el 14 de julio de 2014, el 31 de julio y el 6 de noviembre de 2014.

Marino González, médico y experto en políticas públicas del Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes – UCV) – entrevista realizada el 19 de agosto de 2014.

María Eugenia Aponte, médico oncóloga y directora de Educación de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela (SAV) – entrevista realizada el 23 de octubre de 2015.

María Eugenia Orellan, anatomopatóloga y directora del Instituto de la Anatomopatológico José O'Daly de la Universidad Central de Venezuela (UCV) y miembro de la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica – entrevista realizada el 13 de noviembre de 2014.

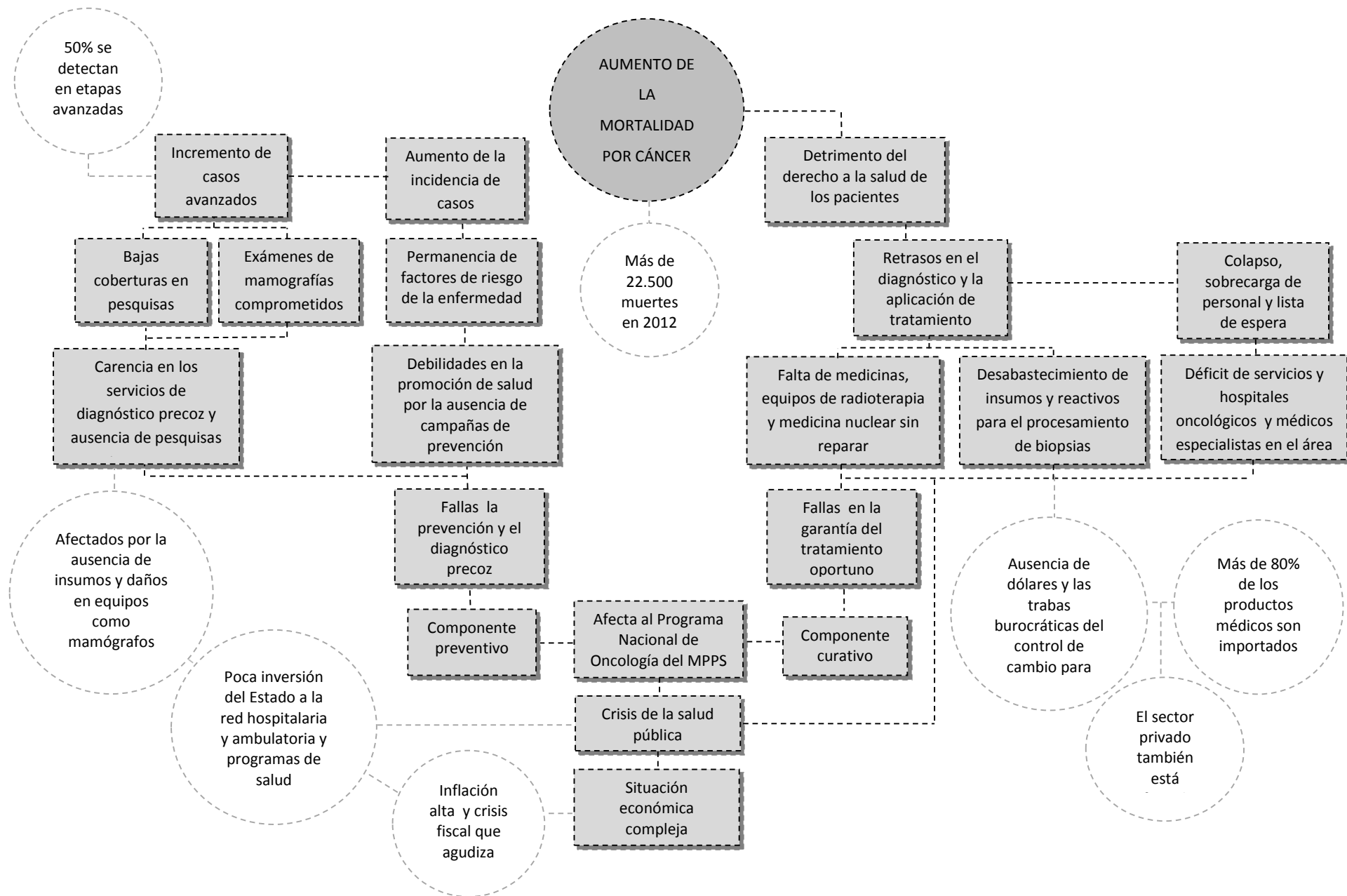
Técnica históloga (reservó su nombre) del Instituto de la Anatomopatológico José O'Daly de la Universidad Central de Venezuela (UCV) – entrevista realizada el 13 de noviembre de 2014.

Thais Rebolledo, médico oncóloga, ex coordinadora del Programa Nacional de Oncología del MPPS y jefa del Servicio de la Unidad de Radioterapia y Medicina Nuclear del Hospital Universitario de Caracas (HUC) – entrevista realizada el 17 de octubre de 2014.

Yajaira Colon, paciente oncológico del Hospital Universitario de Caracas (HUC) – entrevista realizada el 26 de noviembre de 2014.

ANEXOS

Árbol del problema (Anexo 1)

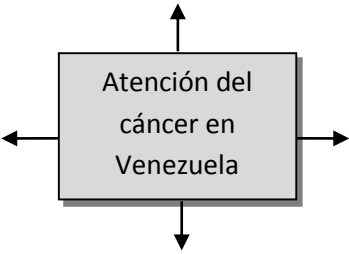


Estructura Pasado - Presente - Futuro (Anexo 2)

PASADO

- Por más de 20 años, la mortalidad por cáncer ha aumentado. La mayoría de los casos son detectados en fases avanzadas.
 - Poco estímulo a las actividades de promoción de salud y prevención y diagnóstico precoz
 - Los servicios públicos no garantizan el tratamiento oportuno por obsolescencia en equipos e infraestructura hospitalaria.
 - El Programa Nacional de Oncología no recibe presupuesto suficiente para cumplir con su meta de reducir la incidencia y mortalidad por la enfermedad.
-

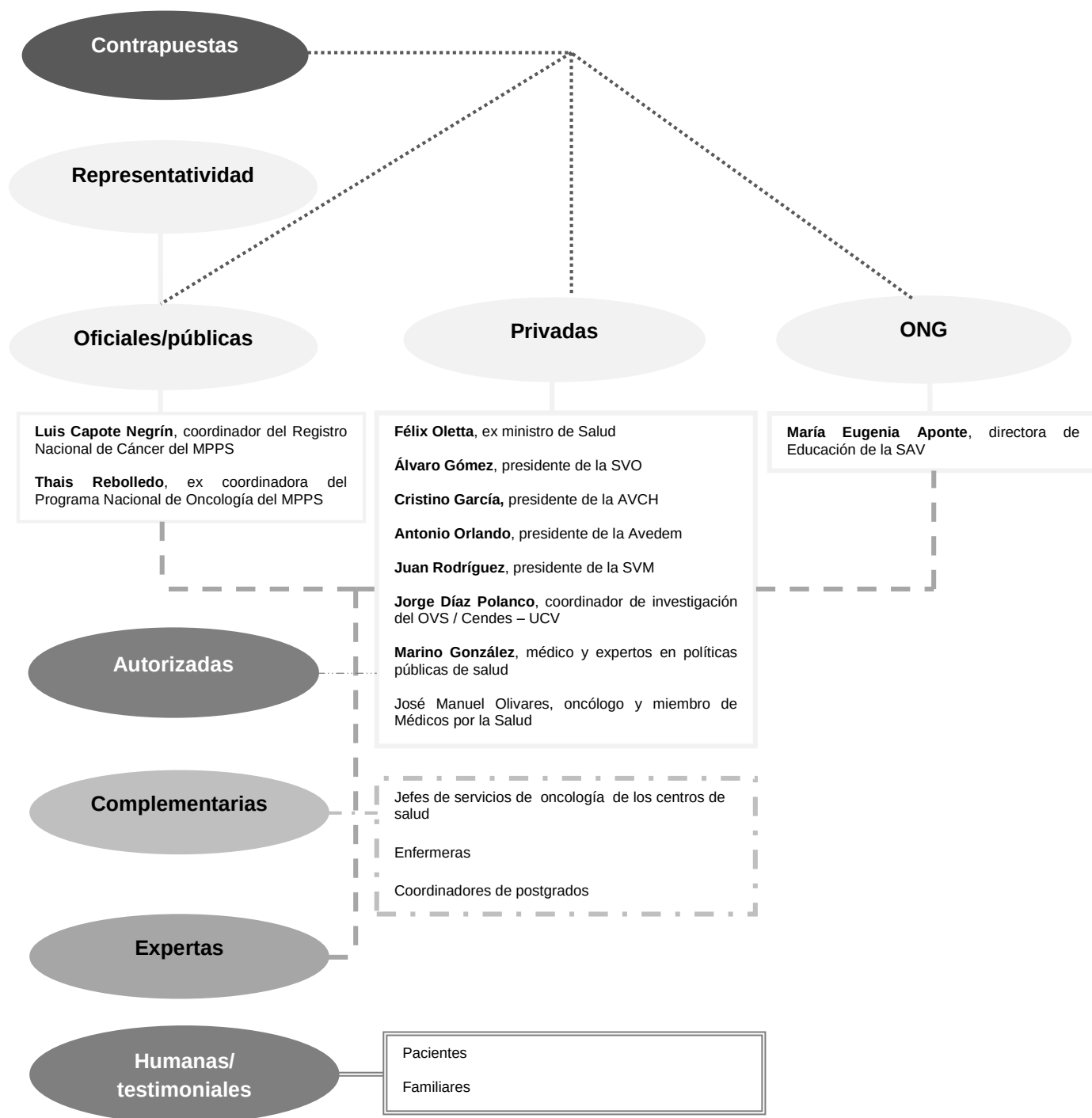
PRESENTE

- La crisis económica y el desabastecimiento de productos limita la atención de los pacientes con cáncer
 - El financiamiento para enfermedades crónicas no transmisibles ha sido reconducido e insuficiente
- 
- Pese a la demanda, el Estado no ha ampliado los servicios ni cumplido con la construcción de hospitales especializados
 - La situación de vulnerabilidad de los pacientes con cáncer ha sido considerada una violación al derecho a la salud.
-

FUTURO

- Incremento de la incidencia.
- Aumento de la mortalidad por cáncer y reducción de los tiempos de sobrevida.
- Acentuado colapso de los servicios frente a una demanda cada vez mayor.

Mapa de actores (Anexo 3)



Cuadro de cruces de fuentes/ objetivos (Anexo 4)

Objetivos/ Fuentes	Presupuesto para cáncer	Epidemiología del cáncer	Fallas en prevención y diagnóstico	Debilidades en el tratamiento oportuno	Escasez de productos médicos	Capacidad de los servicios	Déficit de médicos	Crisis de salud	Situación de los pacientes	Sector privado
Luis Capote		√	√	√		√		√	√	
Claudia Morón *	√		√	√	√				√	
Nuramy Gutiérrez *						√			√	
Thais Rebolledo			√	√		√				
Henry Ventura *				√				√	√	
Francisco Armada *	√		√	√	√	√	√	√	√	
Mercedes Pereira *					√					
José Félix Oletta	√	√	√	√	√			√	√	
Jorge D. Polanco								√		
Marino González								√		
Álvaro Gómez			√	√					√	
Carlos Walter	√									
Juan Rodríguez			√							
Juan Montenegro *				√			√		√	
Antonio Orlando				√	√					√
María E. Orellan					√					
Juan J. Rodríguez							√			
Felipe Parra							√			
María E. Aponte		√	√	√					√	√
Gissel Luna									√	√
José M. Olivares				√		√		√	√	
Alejandro Rísquez	√									
Sara Maissi *				√		√			√	
Isaura Rivero										√
Cristino García								√		√
Amadeo Leyba										√
Paciente									√	

* Fuentes que no pudieron ser entrevistadas para este reportaje