AAS 2524

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN

ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL

MENCIÓN ARTES AUDIOVISUALES

TRABAJO DE GRADO

VIDAS

DOCUMENTAL SOBRE LOS RESIDENTES DE MEDICINA EN EL ÁREA DE CIRUGÍA

Presentado por:

Vanessa Beyloune López

Tutor

Keyla Bernal

Caracas Julio, 2011

Formato G:

Planilla de evaluación

Fecha: 27 07 2011

Escuela de Comunicación Social

Universidad Católica Andrés Bello

En nuestro carácter de Jurado Examinador del Trabajo de Grado titulado:

Vidas: Documental sobre los residentes de medicina en el área de cirugía.

dejamos constancia de que una vez revisado y sometido éste a presentación y evaluación, se le otorga la siguiente calificación:

Calificación Final: En números 17 En letras: Diez y Siete

Observaciones Se recomienda adecuar el producto audiovisual a las regulaciones vigentes. El Trabajo presentó fallas en cuanto a Montaje y técnicas bibliográficas y de documentación

Nombre:

Carlos Eduardo Ramírez	KEYLA BERNAL	Juan C. García
Presidente del Jurado	Tutor	Jurado

Firma:

Presidente del Jurado	Tutor	Jurado

ÍNDICE

Dedicatoria.....4

Agradecimientos.....5

Introducción.....6

Marco teórico.....7

1. Los Hospitales.....7

1.1 Orígenes (Breve Historia).....8

1.2 Hospital Miguel Pérez Carreño.....9

1.3Hospital Periférico de Catia.....10

2. El residente.....12

2.1Orígenes.....13

2.2 El Residente en la actualidad Latinoamericana.....14

2.3 El Residente en Venezuela.....15

3.Aspecto Socio-Político Hospitalario.....17

3.1 Antecedentes.....18

3.2 Causas.....18

3.2 Consecuencias.....18

3.3 Incidencias Demográficas.....19

4. La inseguridad Hospitalaria.....20

4.1 ¿Cómo afecta esta realidad a los médicos residentes?.....21

4.2 ¿Cómo afecta esta realidad a la sociedad?.....21

5. El documental.....22

5.2 Documental Reflexivo de interactividad.....23

5.2 La entrevista como punto central del documental.....24

6. Marco metodológico.....25

Planteamiento del problema.....25

Objetivo general.....26

Objetivos específicos.....26

Justificación..... 27

Delimitación.....28

Sinopsis.....29

Propuesta visual.....30

Propuesta sonora.....31

Desglose de necesidades de producción.....32

Plan de rodaje.....33

Ficha técnica.....34

Presupuesto estimado.....35

Presupuesto real.....36

Fuente de los Presupuestos.....37

Análisis de costo.....38

Guión documental.....39

7. Conclusiones y Recomendaciones..... 51

8. Fuentes de información y bibliografía.....54

9. Anexos.....55

Dedico este Logro a mi Madre Norelys, a mi Padre Abelardo,

a mis hermanos en especial a Luisana y a Yiyo, y a

todos los residentes que valientemente

Emprenden esta profesión.

AGRADECIMIENTOS

A mi Madre, por sus sabios consejos, por su ayuda, por celebrar mis éxitos y llorar mis fracasos, por tu infinito amor incondicional, te amo. A mi padre por su omnipresencia amorosa, te amo, gracias por apoyarme durante toda la vida y sobre todo durante mi carrera. A mi hermano, el culpable de este documental, gracias por tu perseverancia de vida y por hacernos sentir a toda la familia orgulloso de tu brillante cabeza. A mi hermana Luisana, por compartir la misma pasión que siento por los medios de comunicación. A mi padre Remy, gracias por tus constantes bendiciones, por encomendarme a la Virgen del Valle que como margariteños tan devoto somos.

Gracias a mi amiga Ifigenia, por estar siempre presente y por intentar ayudarme en lo que puedas, te adoro. A mi hermana Crístel, gracias por empujarme a seguir cuándo más lo necesité. A Desiré y a Pedro, por estar pendientes de este proceso que tanto lo entienden. A Samuel, por enseñarme de este apasionante mundo audiovisual, y por vivir esta experiencia junto con migo, mis logros son también tuyos. Gracias a Willander, por tus anécdotas pude despertar el gusanito de mostrar su duro trabajo, gracias por apoyarme en este proyecto y por estar pendiente de los venideros. A Glomar y a Daniela por dejarme ser una espinita, las quiero, gracias por dejarme poner una cámara frente a ustedes y contar esta historia. A mi tutora Keyla, por tus consejos, sin ellos no me daría cuenta de esos detalles que tienen un peso importante en esta pieza audiovisual, gracias. A todos los que aparecen en el documental, mi infinito agradecimiento. Me sumaron un aprendizaje de vida que jamás olvidaré.

INTRODUCCIÓN

"Todos somos muy ignorantes. Lo que ocurre es que no todos ignoramos las mismas cosas". *Albert Einstein* (1879-1955). Tomo prestada esta frase célebre del genio Einstein para dar ejemplo al cómo debemos señalar las dolencias de la nación para que otros sean testigos de la realidad, que aunque no quieran ver, nos acontece a todos por igual. Desde el principio de la historia de la humanidad, la salud ha sido un tema de gran importancia, tanto, que Jesucristo, se preocupó por mejorar este aspecto e influyó para que así fuese.

La salud dice mucho de la historia del hombre, pues un pueblo enfermo es reflejo sus dolencias, por eso debemos señalar las malas políticas administrativas, y el influjo o mal manejo monetario de este ámbito. Y al fin al cabo no importa la bandera o el color político que se sea, todos por igual, necesitamos de un buen sistema de salud, es una necesidad imperativa de los seres humanos.

La inquietud por realizar un documental de este tipo nació al percibir la carencia de información. Querer llenar ese vacío, es una responsabilidad que nos acontece a los comunicadores sociales. Para eso nos formaron, para comunicar a la sociedad todo aquello que acontece en la sosobra, señalar los males y buscar una mejora. Que lo que se documenté quede en la historia y que podamos ver un documental y decir, eso ocurrió pero ya se mejoró.

Venezuela pasa por un momento de transición importante en cuanto a la salud, venimos de una debacle en este ámbito, y en los últimos tiempos el país se ha hundido aún más. No ha estado únicamente en las manos del gobierno actual la mejora, si no también, en cada uno de los 3 gobiernos anteriores. Es en este momento de transición histórica cuando debemos estar al pendiente, siguiendo paso a paso esta evolución o involución.

Los médicos residentes, de los que en este tomo se hablará, son la columna vertebral del tema que tiene diversas subdivisiones como por ejemplo, la inseguridad en el país. Este tema ha llegado por infortunio a este ámbito social, también el olvido en cuánto al salario de los médicos se refiere, el desabastecimiento de nuestros hospitales que alguna vez fueron modelo de modelos en épocas pasadas. Por todo esto, este documental señala las carencias pero aún así la buena voluntad de los médicos en seguir trabajando pese a las vicisitudes.

MARCO TEÓRICO

I. HOSPITALES

Se podría decir que los hospitales son centros de diagnósticos en donde se tratan enfermedades según su gravedad, y que a su vez se encargan de la prevención y cuidados a los individuos que padezcan alguna dolencia. Eso refiere a 2 tipos de sistemas de hospitales aquellos pacientes que requieren estar recluidos de manera interna en el centro de salud y aquellos que solo lo utilizan como centros de diagnósticos y luego pueden tratar su enfermedad en casa, claro está depende de la gravedad.

Mirabel (1999) Define el término de Hospitales como:

> Una compleja institución con una plantilla médica y de enfermería organizada, y con instalaciones permanentes, que ofrece gran variedad de servicios médicos, incluyendo cirugía, para quienes requieran un tratamiento u observación más intensivos. También incluye instalaciones para atender las urgencias, a los recién nacidos y lactantes, así como diversas consultas ambulatorias y el llamado "hospital de día", donde se realizan curas y atenciones sin hospitalización permanente del paciente. (¶1)

Existen en Venezuela diversos tipos de hospitales, suelen ser identificados de la siguiente manera: I, II, III y VI. Su distribución depende de varios aspectos como lo son: la ubicación rural o urbana, esto recae de manera incidencial en la cantidad de población que tenga alrededor y en la capacidad de atención por hospital, la cantidad de camas que tienen disponibles por hospital que puede ir desde 20 camas a 500 camas, los servicios que tengan disponibles; todos presentan servicios básicos de medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría al igual que servicios de apoyo como lo son laboratorio, radiodiagnóstico, farmacia, anestesia, enfermería, y emergencia.

Los hospitales tipo III y VI son los que refieren áreas de docencia háblese de residencias e investigación directamente por su capacidad de atención a los usuarios ya que cuentan con más áreas y con una mayor infraestructura para contar con estos servicios. Estos programas requieren ser bien organizados para que el nuevo profesional del equipo de salud obtenga la mejor formación posible.

En cuanto al sistema técnico de salud se refieren existen diversos tipos, aquellos que se encargan del mantenimiento de los equipos que se encuentran dentro de las instituciones, es decir que a mayor nivel de bioingeniería se refiere mayor será el personal.

Los hospitales fueron creados para ayudar a aquellos individuos que no tienen los suficientes recursos para costearse ir a centros de salud privados. En este sentido El profesor de salud pública, Mackintosh (1960) comenta: "si se ha de considerar como parte de un servicio de sanidad, su función principal será la de satisfacer las necesidades de la colectividad y no simplemente las del enfermo" Es por ello que las políticas de salud pública son necesarias y aún más en países como Venezuela en donde la población con pocos recursos abunda.

1.1 Orígenes. (Breve Historia)

En la antigüedad, los hospitales eran usados como casas para refugiar y auxiliar a los ancianos y enfermos, se dice que en el medio evo, se utilizó un hogar para aquel entonces de unas sacerdotisas, identificada con una cruz, en donde en sus adentros se separaban a los enfermos por sus patologías. Según expresa la página web Definiciones (2008) el concepto de hospital tiene su origen en:

> *Hospes* ("huésped" o "Visita") que después derivó en *hospitalis* ("casa para visita foránea") En la antigüedad, un hospital era un centro en donde se ejercía la caridad a personas pobres, enfermos, huérfanos, ancianos y peregrinos atendidos por monjas y religiosas. (¶2)

Para el siglo XIII a.c se hereda el símbolo mitológico de la medicina del dios Esculapio o Asclepio, que es mejor conocido como el bastón con la serpiente enrollada. En 1200-1100 a.c. En el Micénico existían las Letreión, que no eran más que salas de consulta en el centro de la ciudad, contaban con camas para atender a los que padecían de enfermedades crónicas, sería entonces del primer antecedente de consultorios externos. Para el 460 a.c el filósofo Hipócrates, hace un compendio de la práctica de la medicina en la antigüedad en el Corpus Hipocrático que es ahora utilizado como parte del juramento hipocrático para los médicos.

14 a.c. como sustitución de los santuarios se empiezan a crear los Valetudinarios, eran una especie de hospitales militares en donde los médicos trabajaban en una edificación con ambientes aislados, se extiende alrededor del mundo y se dividían por clase social. En 129-199 d.C Galeno, creador de la concepción de la circulación sanguínea, realiza un compendio de la medicina científica de la antigüedad Greco-Romana, también fue el creador de algunos textos de anatomía que hasta el día de hoy tienen vigencia. Cabe destacar que Galeno es el nombre da referencia a los médicos actualmente.

Con las Cruzadas se crean una de las misiones principales de las órdenes religiosas la cual es cuidar a los enfermos, en el siglo XII, se crea la orden religiosa militar San Lázaro, en Palestina, cuya principal función era el cuidar a los enfermos de lepra. Las leyes que para la época desfavorecían principalmente

a los leprosos, hacen que se cree a las afueras de la ciudad el Hospital San Lázaro, y los que allí servían, fueron del origen de los religiosos lazaristas, los conocidos hospitalarios, eran soldados religiosos encargados de cuidar a los leprosos

Bonastra (2009) Define el siglo XV como El Quattrocento italiano y Explica:

> En el contexto de transformaciones en las ciudades-estado y en sus instituciones asistenciales, apareció una nueva tipología hospitalaria que se distanciaba de las medievales como uno de los símbolos de esta reforma. Se crearon nuevas administraciones y se utilizó una nuevo tipología basada en la cruz griega, Permitía la clasificación y la separación de los internos. (¶12)

Ya para el siglo XVIII se vieron especialmente en Inglaterra, los primeros hospitales municipales dirigidos por autoridades civiles. A principios del siglo XIX, se utilizan la atención pre hospitalaria, para intentar recuperar el mayor número de combatientes, por orden de napoleón Bonaparte, Dominique Jean Larrey, utiliza el término de triaje, como un sistema de clasificación para tratar a los heridos de guerra. Larrey fue el creador del transporte por ambulancia y fue el que introdujo el principio de sanidad militar moderna.

A mediados del siglo XIX, debido al descubrimiento de la anestesia y de las técnicas quirúrgicas asépticas, crece el número de hospitales y el progreso hospitalario se ve acelerado.

1.1 Hospital Miguel Pérez Carreño

El hospital Miguel Pérez Carreño, se encuentra ubicado en la zona Oeste de la ciudad capitalina, es el hospital más completo de Caracas seguido por Hospital Central Universitario de la UCV y el Hospital Militar. Es uno de los hospitales más grandes de Latinoamérica y cuenta con equipos novedosos en el área de Neurocirugía, por nombrar alguno.

Para definir qué tipo de Hospital es Rivero (2007) Explica:

> Es un hospital tipo IV, ubicados en poblaciones mayores de 100.000 habitantes y con un área de influencia de 1.000.000 habitantes, tienen más 300 camas, cuentan con servicios de medicina interna, pediatría, cirugía general y ginecología - obstetricia; laboratorios, rayos X por 24 horas, odontología, cirugía ambulatoria y especializada, sub-especialidades, unidades de larga estancia, terapia intensiva, anatomía patológica, docencia de pre y post grado. (Pag2).

Actualmente el hospital Miguel Pérez Carreño en el área de cirugía presenta un descenso, se encuentran inoperativos el 40% de los quirófanos. Y muchas de sus áreas se encuentran trabajando a medias debido a la crisis.

Rodríguez (s/f) expone de la inauguración y de los acontecimientos más importante del hospital:

> Fue inaugurado el 27 de Enero de 1970. El Dr. Carlos Travieso fue el encargado de dar el discurso de inauguración. Además, contó con la presencia del entonces presidente de Venezuela, el Dr. Rafael Caldera (...) en dicha institución, se realizó el primer trasplante de corazón en 1987, y es el primero en trasplantes de corneas. En promedio, más de 300 pacientes han recibido trasplantes renales, y según las estadísticas del propio hospital, se atienden 3400 pacientes diarios. (¶9)

Su estructura funcional consiste en: un médico que estará encargado de la parte de dirección debe tener una amplia experiencia en salud pública al igual que en administración hospitalaria. Debe contrae con los departamentos clínicos básicos al igual que poseer departamentos de emergencia y medicina crítica. Los servicios básicos de cirugía al igual que de Nuero-cirugía, ortopedia y proctología. Servicios de medicina compuestos por Inmunología, Endocrinología, Geriatría, Medicina del Trabajo, Medicina Nuclear, Genética Médica.

Su estructura jerárquica y técnico-administrativa debe consistir en: Un médico director, médicos adjuntos de atención médica y epidemiológica, con los correspondientes cursos de post-grado. Jefes de Departamento y sus adjuntos, con el post-grado correspondiente, al igual que los jefes de servicios y sub-especialidades. Tres Licenciados en Enfermería en la jefatura del Departamento.

La administración debe estar a cargo de un Licenciado en Administración Comercial, economía o disciplina afín. Los encargados de la oficina personal deben poseer amplios conocimientos en la materia. También debe contar con un servicio de ingeniería y mantenimiento que sirva de apoyo al centro de salud.

1.2 Hospital Periférico de Catia

Lleva el nombre de Dr. Ricardo Banquero Gómez, pero es conocido como el Hospital Periférico de Catia ya que se encuentra ubicado en la periferia adyacente a la zona de Catia. El Dr. Ricardo Banquero Gómez, fue uno de los pioneros en el área de cirugía del país para la época de los 60 y este hospital lleva su nombre venerando sus descubrimientos en la ciencia médica.

Para definir qué tipo de Hospital es Rivero (2007) Explica:

> Ubicados en poblaciones mayores de 60.000 habitantes y con un área de influencia de 400.000 habitantes, tienen entre 150 y 300 camas. Cuentan con servicios de medicina interna, pediatría, cirugía general y ginecología - obstetricia; laboratorios, rayos X por 24 horas, odontología, cirugía ambulatoria y especializada, sub-especialidades, terapia intensiva y anatomía patológica; docencia de Pre y post grado. (pág 2)

Actualmente en el hospital Dr. Ricardo Banquero Gómez, Mejor conocido como Periférico de Catia, de 6 salas de quirófano solo se encuentran operativos 2. Los servicios de pediatría y terapia intensiva funcionan se encuentran inoperativos desde hace 8 meses aproximadamente.

En cuanto a la estructura de apoyo debe contar con un mínimo de 2 licenciadas en enfermería y cuatro nutricionistas. En lo que su jerarquía técnica-administrativa se refiere debe estar conformada por La Dirección a cargo de un médico con maestría de Salud pública y contará a su vez con Un Médico adjunto de atención médica, con maestría en salud pública. Un Médico adjunto Epidemiólogo con su correspondiente especialidad. Un adjunto administrativo de nivel universitario, con título preferentemente de Economista, Administrador Comercial o de Profesiones afines.

II. EL RESIDENTE

La carrera de medicina luego de culminada , requiere para la realización de post grados, cursar un período durante el cual los médicos son llamados, Médicos Residentes, esta definición se aplica sin discriminación de la especialidad que estén cursando en sus estudios de post grados . Entonces la residencia médica se define como "un programa de formación con adquisición de responsabilidades y capacidad de forma progresiva y tutelada, y sólo es posible realizarlo en aquellos centros debidamente acreditados".. (Anónimo, 2011, ¶3)

Durante este período el médico experimenta la responsabilidad propia de su carrera enfocado ahora en su especialización, y en este sentido, asume casos de mayor complejidad, según el nivel que va escalando.

También puede definirse como: " Un sujeto dedicado el tiempo completo a adquirir la experiencia y el juicio crítico que le permitan más adelante encarar los problemas de prevención y tratamiento de las enfermedades." (Psiquis, 2009, ¶3)

En las residencias de medicina se forma no solo a manera de aprendizaje, sino también el carácter del médico, puesto que los retos que enfrentan en su cotidianidad, los fortalecen de una manera psicológica, especialmente si se trata de salud pública.

La residencia médica es la mejor manera de formar a los futuros galenos, puesto que la constante permanencia dentro de las instituciones hospitalarias, supone del fogueo por parte de los expectantes especialistas. El constante rose con los pacientes y el ajetreo hospitalario son los verdaderos aleccionadores de los médicos.

En el país para poder optar por un post-grado se realiza a manera de concurso, el participante envía sus notas a la universidad optante, presenta una prueba interna, y luego dependiendo del puntaje de dicha prueba junto con su record enviado, los entes rectores de dicha institución, deciden si el médico es apto para optar por el post-grado.

En el blog de Micelaneas (2008) postean lo siguiente:

> En promedio se trabaja entre 8 y 15 horas por día, mas 4 a 12 guardias mensuales (dependiendo del hospital y la especialidad). Esto quiere decir que por ejemplo 8 veces al mes estos médicos no vuelven a su casa a dormir para quedarse trabajando hasta el final de la jornada del día siguiente. Para ser mas practico, el profesional ingresa al hospital a las 8 de

> la mañana y se retira a las cinco de la tarde del otro día (con suerte), muchas veces sin tocar un colchón.(¶10)

Las leyes desfavorecen totalmente a los médicos, puesto que una jornada laboral consiste en 8 horas de trabajo, y esto no se aplica a los médicos y tampoco se les paga el horario nocturno ni mucho menos horas extras.

2.1 Orígenes

El Dr S. Medina habla sobre la práctica de residencia en medicina y nos explica que:

> La práctica de la Residencia en medicina se viene empleando en los países desarrollados desde hace aproximadamente 60 años y en Venezuela desde hace aproximadamente 50 años. Anteriormente, se empleaba una práctica llamada "fellow", que consistía en que; el médico aspirante a especialización, se trasladaba al exterior a trabajar junto al médico especialista de mayor experiencia y reconocimiento en la especialidad que el aspirante quería lograr. (…) (S. Medina, médico Cirujano, en comunicación telefónica, feb 21,2011)

Esta modalidad se refería de manera única a la praxis médica y no requería de un estudio como tal por parte del médico residente, de alguna manera el residente terminaba estudiando, pero esto no era un requisito obligatorio, todo quedaba de su parte. Es decir su metodología evaluativa solo se referí a la forma práctica, no contaban con exámenes escritos. Sin embargo, su formación no dejaba de tener el reconocimiento a pesar de que las evaluaciones escritas no era requisito sine qua non.

El gremio Médico paulatinamente fue aceptando estas especializaciones y luego de culminada la carrera de medicina, que dura aproximadamente 6 años, los médicos podían obtener sus títulos de especialistas y completar sus estudios académicos bajo este criterio.

A nivel internacional, se ha implementado en medicina la especialización ó post grado, donde los cursantes son llamados residentes, es de suponer que el término viene dado de la costumbre a la que se ven obligados los cursantes de post grados de medicina, de prácticamente residir en la institución hospitalaria que estén prestando servicios y realizando estudios de post grado. No se encontraron orígenes del término Residente -aplicado en medicina-.

Aunque la práctica "Felow" era reconocida y se trataba de una buena formación para los médicos en aquel entonces, fue necesario la evolución y el establecimiento de normas para poner en práctica las distintas residencias de diferentes especialidades en el país. Hoy se les llama en el argot médico como

los "R" por aquello de "Residente" y como en el presente cualquier especialidad dura 3 años, se les conoce entonces como los R1, R2 ó R3.

Es poco el registro que se tiene sobre la evolución de las diferentes especialidades en Venezuela, solo se conoce que para la época de los 60, 70, 80 la medicina venezolana era un modelo de modelos en América latina y parte del mundo. Fuimos progresistas en mucho de los campos de la salud como es la cirugía y la traumatología. Hoy los aires son otros, el sistema de salud venezolano pide a gritos un SOS a todo pulmón, nuestras carencias son palpables, la falta de recursos tanto humanos como materiales se hace cada vez más crítico a medida que transcurren los años, para ello es necesaria una mejora inmediata en cuanto al sistema gerencial en la salubridad venezolana.

2.2 El Residente en la actualidad Latinoamericana

Vera (2007) define el internado de pregrado como:

> Un eterno año de períodos prolongados de ayuno, de interminables guardias, de trabajos forzados, de privación del sueño y de constante aplanamiento del ego y la moral. Este año lo cursan únicamente los médicos internos de pregrado (MIP) que se definen como entes que se desplazan por inercia en los pasillos del hospital, dejando un olor fétido característico posturno (...) cuya principal función consiste en realizar toda aquella tarea sucia, degradante, tediosa y Administrativa. (¶1)

Este análisis fue extraído de un jocoso residente de medicina en México, dando prueba de que no solo en Venezuela los residentes son sometidos a una alta carga académica y asistencial, si no que es un fenómeno que se repite alrededor de países por sobre todo latinoamericanos. La carrera de un residente de medicina no solo consiste en trabajar para alcanzar una meta, la cuál es salir como especialista de cierto postgrado, es más que eso, se trabaja por vocación. Un residente cubriendo una guardia puede durar hasta 32 horas sin dormir, o al menos durmiendo un máximo de 6 horas.

Lo países sur americanos padecen de una medicina pública aún muy precaria, por ejemplo en Bolivia, cualquier ciudadano que se dirija a un centro de salud tiene que pagar por colocarse una inyección y aparte buscar todo el equipo que se requiere para colocarla. Gaza, alcohol, guantes, inyectadora. Es obvio que Venezuela no escapa de esta realidad, por el contrario de Bolivia, los ciudadanos venezolanos quedan exentos de remunerar a los médicos, de eso se encarga el "sistema" de salud en el país.

En Argentina algunos médicos residentes están planteando que se esgrima una propuesta de ley para dejar los puntos claros. Esta propuesta habla en resumidas cuentas de reducción de las horas de trabajo, de un salario justo, de la custodia de los organismos de justicia competentes, entre otras cosas.

Esta idea se posteó en un foro de la página web Mancia.com en Abril de 2009 una de dichas leyes proponía lo siguiente:

> **Art. 6º** – Los programas de residencia se realizarán con un régimen de trabajo de no más de OCHO (8) horas diarias, a excepción de los días de guardia, y hasta CINCUENTA Y SEIS (56) horas semanales, calculadas a partir del promedio total de horas mensuales. La limitación establecida por esta ley es máxima y no impide una duración menor de la jornada. (¶13)

Aunque esta ley se propuso, todavía no se ha llegado a algún acuerdo con los entes gubernamentales para que se ejecute. Esta proposición es un avance y un ejemplo que deberían seguir y llevarse a cabo por sobre todo en Latinoamérica donde la explotación laboral es el común denominador en la medicina pública, y al fin y al cabo repercute de manera directa en la sociedad, ya que esta es la que se ve altamente perjudicada en la desorganización en cuanto a la salud.

2.2 El Residente en Venezuela

Actualmente el profesional de la salud en Venezuela, padece de una desmejora en su gremio, la falta de recursos, la inseguridad laboral y el pago a destiempo, ha hecho que muchos de nuestros médicos decidan emigrar a otras fronteras. Aún así, los que aquí se quedan, deciden emprender su trabajo tratando de ayudar al paciente con lo poco que se disponga.

El Jueves 16 de junio del presente año, se convocó una marcha que dispondría salir desde la plaza de rectorado de la Universidad Central de Venezuela, que tuvo como parada 2 puntos, Una en el Consejo Nacional Electoral (CNE), donde se entregó un documento exigiendo una explicación por la cesación de las elecciones del gremio y en el ministerio de salud, en donde se dispondría un comité de 10 galeanos a entregar un documento , exigiendo en resumidas cuentas la justa remuneración de los médicos por respectiva escala, la buena dotación de todos los hospitales y centros de salud en el territorio nacional, y de la no presión por parte de los directivos hospitalarios en cuanto a el acoso psicológico que en los recintos de salud se vive.

De la Rosa (2011), en su artículo expuesto en el universal reseña:

> El director de la Federación Médica Venezolana (FMV), Douglas León Natera, explicó que la exigencia al Ministerio de la Salud "pasa por garantizar los derechos humanos de los pacientes, las mejoras laborares de los médicos venezolanos, la seguridad hospitalaria, garantizar el pago inmediato a los médicos residentes que desde el mes de enero no reciben sus pagos, hasta el valor de las cesta tickets que debe ser actualizado. (¶8)

Desde el 2003 no se hizo el aumento respectivo a los trabajadores de la salud y actualmente el gobierno tiene una deuda no solo en el aspecto remunerativo de los médicos, también en la dotación de los hospitales, por nombrar algunos de los problemas más destacables.

Suárez (2011) Reseña en su artículo extraído del impulso lo siguiente referido a los sueldos y salarios de los médicos:

> (…) el aumento que exigen los profesionales de la salud es en base al valor de la unidad tributaria (BsF 76). Así un profesional interno o rural ganaría 125 UT, el residente 30 UT, (alrededor de BsF 9.880) y un directivo de un centro hospitalario 195 UT, (BsF 14.820). (¶3).

A pesar de los esfuerzos por parte de la comitiva de médicos que se dirigió a las instalaciones del ministerio de salud, no obtuvieron respuesta por parte de la ministra.

III ASPECTO SOCIO- POLÍTICO-HOSPITALARIO

A lo largo de su historia, las instituciones hospitalarias en Venezuela, siempre han sido altamente vulnerables en el sentido Socio –Político. Un gran sector de los habitantes de este país ha entendido, ante la cruda realidad de la situación hospitalaria, que la política tiene que ver con todo. En gobiernos anteriores no había en los usuarios esta consciencia en el grado que se observa ahora

Reinfeld, Médico Psiquiatra, nos expone que:

> Aún cuando ha pasado tiempo suficiente para realizar reformas verdaderamente favorecedoras a las instituciones hospitalarias, en cuanto a infraestructura y dotación. La realidad es que hay mucha propaganda y sin embargo seguimos igual en cuanto al desperdicio de recursos y peor en cuanto a la política de contratación, debido a que, es evidente por los resultados y respuestas que dan los responsables que a la hora de contratar empresas e inclusive personal, prevalece el criterio de afiliación política por encima de la capacidad. (B. Reinfeld, Médico Psiquiatra, en entrevista telefónica 22-02-2011),

Ha existido tiempo suficiente para que la salud en Venezuela se encuentre en otro nivel, para realizar nuevos centros hospitalarios y dotar a los que ya existen. Las enfermedades cuando atacan no ven distinción política, se debería tratar de igual manera a la salud no solo en Venezuela, alrededor del mundo.

3.1 Antecedentes

Pereda, maneja el post grado en gerencia en salud de la UCAB y nos explica:

> Aunque parezca increíble, Venezuela fue modelo sanitario en la época de los 60 y 70, los trabajos de saneamiento ambiental del Dr Gabaldón, de políticas de medicina preventiva, en Venezuela fue uno de los primeros países dónde se erradico el dengue, el paludismo, el mal de chagas a través de una gestión efectiva del modelo de salud. (G. Pereda comunicación personal Abril, 11, 2011).

Es entonces en los 80 cuando la política se hizo bandera del sistema de salud, pero no fue más allá, no se realizó la inversión pertinente en cuanto a salud preventiva, desde entonces se ha observado el empobrecimiento paulatino en los centros de salud en Venezuela.

> Las instituciones Hospitalarias eran gerenciadas por médicos, que es cierto tenían un conocimiento amplio de los procesos médicos, pero muy baja o nula formación en lo que era referido a la gestión administrativa, ese modelo funcionó cuando habían abundancia de recursos en América latina y a nivel global, a finales de los 80, se empezó a presentar el paradigma de escases de recursos, y hubo una necesidad mayor de

optimizar los procesos G. Pereda (comunicación personal Abril, 11, 2011).

Para principio de los 90, es entonces cuando se llena el vacío existente en cuanto a gerencia en salud y sin importar si se era médico, comienzan a dar cabida a la instrucción (habilidades, capacidades y destrezas) sobre manejo de los recursos hospitalarios.

3.2 Causas

A medida que comienza a ser necesario la actualización en cuanto a: infraestructura, dotación de equipos, compra de insumos, contratación de personal y todo lo inherente, en esa toma de decisiones, ha intervenido siempre y continúa siendo así, el factor político-partidista. La politización de la salud ha sido uno de los constantes males en las políticas latinoamericanas y Venezuela no escapa de esto.

A partir de los años 80 hasta la actual realidad, no se han tomado las medidas en cuanto a una buena gerencia se refiere, y es por ello que hoy la salud se encuentra en estado de crisis. (Anónimo, 2007, ¶4) Definición de crisis: aquel período o situación en el cual la normalidad vigente pierde su sustancia dándole lugar y primando los cambios bruscos o dificultades"Es ahí donde no se debía haber llegado, la nación tiene suficientes recursos como para aplicar políticas preventivas de salud y evitar el padecimiento de los sectores más necesitados.

"La politización es meter los políticos las manos en algo que no les corresponde; es ampliar la dominación política hacia alguna área que no debiera estar sometida a los políticos" (Arnal, 2008, ¶5) La salud politizada cumple con los objetivos del gobierno de turno, y no con la raíz del problema que es la mejora de las condiciones de vida de la población. La falta de personal capacitado se debe a la politización de los hospitales, es posible que se tomen decisiones con buena intención, pero que eventualmente terminan resultando fatídicas debido a una nula o baja capacidad administrativa dentro de las instituciones.

3.3 Consecuencias

En el país se observa un fenómeno de la reaparición de brotes que ya habían sido erradicados en la época de los 60 y 70, esto como consecuencia de la extrema pobreza, enfermedades como: cólera, mal de chagas, dengue, acarreando de esta manera el colapso en los sistemas atencionales públicos en el país. No existe una política de medicina preventiva, solo se toma en cuenta el enfoque netamente curativo y es entonces cuando se evidencia la sobrecarga en los centros hospitalarios.

Pereda, experto en gerencia en salud relata a manera anecdótica lo siguiente:

> La duplicidad de la infraestructura atencional, por lo menos existe un caso (…) me contratan en un dispensario (…) de atención nutricional, atención a la madre embarazada y al niño recién nacido, y al lado hay un ambulatorio que llamamos tipo 2, con servicio diagnóstico, servicio de ginecología, los servicio básicos un poco ampliados y a una cuadra barrio adentro, el fenómeno era, aquí tenemos médicos pero no tenemos recursos, acá tenemos recursos pero no tenemos médicos G. Pereda (comunicación personal Abril, 11, 2011).

Ahora bien, no solo es la multiplicidad de sistemas en donde se nota el despilfarro de los recursos y la mala organización del estado, también es el hecho de que los ciudadanos al ver que los centros hospitalarios no funcionan se avoquen a clínicas privadas. Es tan grave la situación que a pesar de la inflación y del encarecimiento de la clínicas por nuestra devaluación, (las clínicas al no obtener dólares comprar sus productos y equipos a dólar paralelo) ese ciudadano que no cuenta con los suficientes recursos, termina en algún centro privado o haciendo algún esfuerzo ahorrativo para poder pagar un seguro.

3.4 Incidencias Demográficas

Venezuela es en sus índices de población, crece a pasos agigantados y esto recae directamente en el empobrecimiento de los sistemas de salud, puesto que la población aumenta pero los hospitales no se desarrollan al mismo ritmo del crecimiento poblacional.

Rodríguez (2011) habla sobre la dotación de hospitales en el portal Tu Guía y explica.

> Al hablar de dotación y elementos de trabajo, el panorama sigue siendo poco alentador. En el caso del Hospital Universitario de Maracaibo, pese a tener una capacidad máxima de 928 camas y de contar con un promedio de aporte sostenido de fondos para 836 camas, la capacidad real del centro para el año 2006 es de 665, disminuyendo a 574 para agosto del 2008. (Rodríguez, 2011, ¶5)

La poca atención que le presta el ministerio de salud a los hospitales venezolanos y el crecimiento de la población, hacen que los médicos residentes se vean de manos atadas para atender las necesidades de la ciudadanía.

IV. LA INSEGURIDAD HOSPITALARIA

Este tema es objeto de gran polémica en Venezuela, y mantiene a los usuarios de los servicios públicos hospitalarios, presa de una neurosis, en la que se incluye además de pacientes, a familiares, personal médico, de enfermería, de limpieza, administrativo y todos en general víctimas de la inseguridad.

Para ir un poco más allá de la definición de inseguridad, pensemos en el colectivo, incluyamos en él a los médicos ya que ellos también son ciudadanos.

Fernandez. (2011). Define entonces a la inseguridad ciudadana como:

> El temor a posibles agresiones, asaltos, secuestros, violaciones, de los cuales podemos ser víctimas. Hoy en día, es una de las principales características de todas las sociedades modernas, y es que vivimos en un mundo en el que la extensión de la violencia se ha desbordado en un clima generalizado de criminalidad (¶8)

La inseguridad hospitalaria no es más que el temor que tiene la colectividad en general de no ser escuchados ni atendidos por las políticas de salud correspondiente. Es la sensación de un vacío atencional, la no garantía de los productos y servicio en salud.

La falta de entes de seguridad dentro de los hospitales supone de inseguridad hospitalaria, pero el exceso de ello supone de opresión que conlleva a que los médicos se sientan presos dentro de la institución. Aunque los agentes de seguridad presumen dar cierta calma y mantener a los malhechores a raya. Tampoco es bueno el abuso del poder por parte de las políticas de implementación de seguridad en cuánto al estado se refiere.

4.1 ¿Cómo afecta esta realidad a los médicos Residentes?

Los residentes han sido víctimas de constantes abusos por parte de los pacientes y familiares, de asaltos por parte de malhechores, agresiones físicas y verbales. Lo que sucede en el país ha hecho que muchos de los médicos decidan emigrar a distintos destinos foráneos, huyendo de la realidad Venezolana.

Douglas León Natera, Presidente de la Federación Médica venezolana afirma que "Venezuela sufre una fuerte emigración de profesionales, especialmente a España, donde hay 4.000 médicos con esa nacionalidad, porque encuentran lo que nuestro país no ofrece". (Efe, 2011 , ¶2) .

La agresión ha llegado a tales niveles en el país que Vargas, Fernández, Salazar. (2011) en su artículo reseñan.

> El desespero de algunas personas que acuden a los centros hospitalarios públicos en busca de atención, en ocasiones los lleva a ejercer conductas agresivas (…) Uno de los hechos de violencia más reciente ocurrió en el hospital Domingo Guzmán Lander de Las Garzas, en Barcelona, adscrito al Instituto Venezolano de Seguro Social (Ivss), donde hombres armados entraron hasta la sala de parto y agredieron a un funcionario policial. (¶3).

No solo roban en la parte interna de los recintos de salud, también en sus afueras o dónde simplemente se encuentre la oportunidad. Este es solo uno de los cientos de casos que se suscitan en el país. Algunos se conocen, otros simplemente no se denuncian, pasan impunemente ante los ojos del común.

4.2 ¿cómo afecta esta realidad a la sociedad?

Vargas, Fernández, Salazar (2011) Reseñan en una entrevista a una madre de familia:

> Para Adilia Guzmán, madre de un niño de seis años, el resguardo es insuficiente. Dijo que en los alrededores del nosocomio predomina la oscuridad, la cual es aprovechada por los delincuentes para asaltar a quienes acuden en la noche al hospital. (¶6),

El aumento de la inseguridad recae directamente en el ciudadano de a pie, sobre todo si este vive en zonas populares. Los enfrentamientos entre bandas generalmente cobran una vida que no tenía nada que ver en el conflicto, eventualmente acuden a los hospitales aledaños y enfrentan la realidad de centros de salud desabastecidos.

La demógrafa, Freites, encargada del departamento de políticas sociales de la UCAB, con respecto a los homicidios en el país:

> En el caso de los jóvenes ante el comportamiento de la mortalidad, el peso que tiene que ver con el repunte de esa mortalidad tiene que ver con las causas asociadas a la violencia y particularmente la mortalidad por homicidios, aunque son también importantes la mortalidad por accidentes de todo tipo, el incremento se ha observado es en la mortalidad por homicidios. A. Freites (Comunicación Personal Abril, 20 de 2011)

La población joven es la que se ve mayormente afectada en cuanto a la inseguridad se refiere, aunque muchos de los malhechores en el país son jóvenes que decidieron tomar esta vida, también es cierto que no se ha llenado el espacio en cuanto al aspecto recreativo en los distintas barreadas del país, por sobre todo referido al área capitalina. Tampoco se ha visto por parte de las políticas del estado, un esfuerzo por aumentar las canchas deportivas ni la dotación de bibliotecas en los barrios.

V. EL DOCUMENTAL

El documental como rama de la producción audiovisual es la herramienta perfecta para orientar e ilustrar ciertos factores de emocionalidad de algún tema. Gracias a la diversidad de formas de pensar que tienen los individuos, se podría decir, que existen varias realidades. Estas "realidades" es lo que busca mostrar el documental, de una forma más cercana o apegada a ella misma, trata de mostrar lo que el director experimenta sin crear personajes ficticios o historias irreales.

Rabiger (1987) Define el documental como:

> "En su forma más perfecta el documental refleja una fascinación y un respeto por la actualidad. Es lo completamente opuesto al cine de esparcimiento y evasión ya que se concentra en la riqueza y ambigüedad de la vida, tal como es realmente. Desafortunadamente, para la imagen del público la imagen que tiene es la de un género "Problemático", mediante los promotores del bien acosan a la sociedad por sus fallos".

La realidad no es lo que todos queremos ver más si lo que todos debemos ver, es por ello que los documentalistas tienen un instinto de deber ser para con lo demás, es buscar la reflexión del otro a través de lo que se muestra, criticar a la sociedad, desfraccionarla para luego buscar sumar con el aporte videográfico.

La película documental es con mucho la que ejerce más fuerza para un cambio en la sociedad y, por tanto, es la que presenta más exigencia en su rodaje (Michael Rabiger, 1987, p. 40). El documentalista debe estar de alguna manera omnipresente en las grabaciones, mimetizarse con el entorno para no incomodar la realidad que lo rodea.

Nichols (1997) habla sobre minimizar el efecto de su propia presencia en el rodaje y expone lo siguiente:

> "Su estrategia de dirección quería provocar interpretaciones con un elevado nivel de naturalismo que diera la clara impresión de que las personas eran "ellas mismas". Esto requería una sofisticada forma de no intervención que, con las técnicas de observación participativa o como el trabajo de campo sociológico y antropológico en general, ejercía una demanda considerable sobre el realizador (…)"

1.3 Documental Reflexivo de Interactividad

Este tipo de documental se apoya en las imágenes de testimonio o intercambio verbal y en las imágenes demostrativas, en donde se puede ver la interacción del documentado, sus acciones. Sus comentarios y

reacciones forman parte esencial del video. Supone del monólogo sobre todo en el ambiente en que se encuentre el individuo a seguir y de un aparente diálogo, aparente porque en este caso las preguntas son respondidas por los entrevistados más el documentalista se encuentra en una realidad imperceptible.

El hecho de la interactividad supone de muchas formas que el realizador tendrá un encuentro directo con un ambiente enajenado, no correspondido de ninguna manera. Supone de una investigación previa por parte del realizador aún así, sin ningún hecho concreto de lo que verdaderamente presume a esa realidad a enfrentar.

Si es cierto que en este tipo de documental se muestra la realidad de una manera más cruda, pero esto supone de la atención del espectador, de dejarlo enchufado a lo que se observa. Se puede decir que la atención del espectador recae tanto por el recurso como por el efecto.

Nichols (1997) expone que:

> Toda esta modalidad de representación documental posee el potencial para ejercer un efecto de concienciación, dirigiendo nuestra atención hacia la excentricidad de filmar sucesos en los que el realizador no aparece por ninguna parte e incitándonos a reconocer la naturaleza de la representación documental. La interactividad puede funcionar de un modo reflexivo para concienciarnos de las contingencias del momento.

Buscar la introspección de lo que acontece, que ocurra un comportamiento diferente en los individuos ante la realidad que se muestra, es el fin de todo documentalista. El accionar la actitud de indiferencia ante una determinada situación y buscar la reflexión del acontecer de personajes, país, ciudad o mundo.

Forma y fondo prevalece en el reflexivo pues no solo supone de la estética como recurso narrativo, del montaje y del ritmo que se le dé si no también del porqué se habla del tema, de la dolencia que acontezca, tiene que ver también con la actualidad del tema, de asentar con un resaltador aquello que no está favoreciendo a la sociedad.

1.4 La entrevista como punto central del documental

La entrevista no es más que una técnica de recopilación de información y suele ser muy utilizada en los documentales. En este tipo de documental es de vital importancia puesto los expositores dan su punto de vista de lo que acontece en el país. El entrevistado abre una ventana y es los ojos y la voz de esa realidad que subyace en el inframundo del desconocimiento. Nichols (1997) la coloca en varios ámbitos laborales y define la entrevista de la siguiente manera:

> En medicina se conoce con el nombre de "historial", en el que la narración de síntomas generados por el paciente, y sus posibles causas, son reescritos en el discurso de la ciencia médica. En la antropología, la entrevista es el testimonio de los informantes nativos que describen el funcionamiento de su cultura a una persona que reescribirá su narración a un discurso de investigación antropológica (...) En la educación, el diálogo socrático, así como la lectura, con período de preguntas y respuestas, representan diferentes versiones de esta estructura básica.

Es una conversación entre un emisor y un receptor en el cual el flujo de información se realiza de manera bidireccional, donde se sigue un corso no predeterminado y se abordan una serie de temas que no están evidentemente definidos.

En su sentido más básico, la entrevista atestigua una relación de poder en la jerarquía y en la relación institucional pertenecen al discurso en sí. Una entrevista puede ser reveladora, se pueden saber hechos que pueden cambiar el rumbo de la historia. Un vivo ejemplo fue el ex presidente Nixon en aquella reveladora entrevista en 1977 con el afamado escándalo del watergate.

VI. MARCO METODOLÓGICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caracas es la ciudad más habitada del país, su espacio territorial es desproporcional a la cantidad de habitantes que ahí residen. Es por ello que la realización de un documental que muestre el vertiginoso ritmo de vida de 4 residentes de medicina en la capital, es una ventana al mundo de la salud hospitalaria capitalina que pocos conocen.

Esta investigación audiovisual busca exponer los problemas que sufre el sector salud a través de sus residentes. Las entrevistas a sociólogos y a los residentes serán la clave fundamental para este documental.

Son escasos los recursos audiovisuales que muestran la relación de la ciudad en conjunto con la salud. Este documental busca llenar el vacío y dar a conocer cuál es la verdadera situación en la que se encuentran los hospitales en la ciudad y con qué recursos cuenta un médico en sus años de residencia.

Este trabajo audiovisual no solo busca mostrar la realidad, también busca la reflexión sobre aquello que se proyecta. La grabación de los residentes en sus respectivas guardias y entrevistas, arrojará la realidad social de los hospitales en la capital.

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Realizar un documental sobre la situación de 2 Hospitales en Caracas, reflejado a través de la vida de 4 residentes de medicina.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Demostrar bajo qué condiciones trabajan los médicos actualmente.
- ✓ Recolectar información relacionada con la problemática hospitalaria en Caracas a través de las guardias a los residentes y entrevistas a expertos.
- ✓ Realizar un documental de bajo presupuesto, pero de alta calidad.

JUSTIFICACIÓN

Uno de los motivos principales de la escogencia de este tema, es el hecho de observar como una de mis familiares particularmente hablando de mi hermano, no tenía descanso. Es por ello que quise investigar, y adentrarme un poco más en el porqué de sus largas e indetenibles horas de jornadas, porqué al llegar a la casa prefería dormir antes de comer. Qué le parecía tan apasionante ante el hecho de realizar un post grado en una zona con alta incidencia de violencia sobre todo por armas de fuego.

Todos estos hechos despertaron una creciente necesidad en saber que ocurría dentro de las instituciones hospitalarias, y de qué realmente se trata este duro trabajo sobre todo por el aspecto de ejercer en Venezuela en donde todos los sectores de la salud pública se encuentran en alerta roja

El documental tiene como cometido mostrar la vulnerabilidad de los médicos especialistas ante la problemática que vive el aspecto hospitalario en los últimos 8 años en Venezuela y hacer eco de este hecho ante los ojos de la sociedad. Según el instituto nacional de estadísticas en caracas desde Enero hasta Julio del 2010 se registraron 2.177 homicidios en su mayoría por armas de fuego. Este hecho recae directamente en los hospitales ya que no todos están abastecidos con los suficientes materiales para atender a tanta gente.

A su vez el crecimiento demográfico en la ciudad capitalina es improporcional a la cantidad de recursos asignados a los hospitales. El encarecimiento de las clínicas, han aumentado a que la población se avoque a los centros hospitalarios. Pero ¿esta problemática es solo de este gobierno o también los hospitales se han visto afectados en gobiernos anteriores? Es una de las preguntas que responderemos a lo largo de esta investigación audiovisual.

DELIMITACIÓN

Se cumplirá con el desarrollo de una pieza audiovisual, de 23 minutos aproximadamente que narra la historia de cuatro residentes de medicina y su desenvolvimiento en cada una de sus especializaciones dentro del hospital donde ejercen. Cada una de estas vidas se grabaran por separado y tendrán una duración de 7 minutos aproximadamente por residente. Se tomarán los primeros meses del año 2011 para la realización de las grabaciones.

También se contará con entrevistas a sociólogos, expertos en el área de la salud como también a los residentes en cuestión, extrapolándolos de los hospitales y llevándolos a una realidad más cálida como es la comodidad de sus hogares.

Las grabaciones se realizarán dentro del hospital, principalmente durante las guardias y fines de semana, algunas se realizarán en días feriados debido a que son los días dónde se presenta más movimiento en los hospitales., principalmente guardias nocturnas debido que en la noche es donde verdaderamente se vive el movimiento de los residentes

La documentalista, habitará y convivirá en el lugar de trabajo de los residentes, en donde prácticamente será uno más del equipo de médicos. Principalmente se grabará en el triaje del hospital *(emergencia),* y en los quirófanos, en dónde son las áreas de trabajo principales de los médicos cirujanos.

SINOPSIS

Los médicos residentes para poder culminar con sus años de especialización pasan por 3 etapas que se dividen por años, llamados en el argot médico como los "R1, R2 o R3", en donde a medida que van avanzando van dejando su cargo como residente y adquieren más poder sobre los demás que vienen sucediéndolo. Esta pieza audiovisual muestra como es su desenvolvimiento en cada una de esas etapas como residente, lo que sufren y lo que gozan, cómo se interrelacionan entre ellos, los recursos que manejan y sobre todo su trato con el paciente. También busca dar una explicación a través de entrevistas a expertos, al porqué del olvido hospitalario de los últimos años en el país, así como tocar un tema que está afectando no solo al sector salud si no también a todos los venezolanos como lo es la inseguridad.

PROPUESTA VISUAL

La propuesta visual de este documental se divide en 2 etapas, dentro del hospital, y las entrevistas a expertos y residentes.

Hospital:

Los planos que se manejaron en este segmento de la pieza audiovisual, son predominantemente planos medios y planos 3/4 en especial cuando el residente se encuentre interactuando con el paciente, se utilizó como menor recurso los planos detalles para no ser tan invasivo en el aspecto físico real entre el paciente-residente, al igual que en menor recurso el zoom in y out, más si se utilizaron para la demostración de los diferentes departamentos o salas como por ejemplo: bioanálisis, sala de médicos, sala de enfermeras, observación, entre otras. Los planos generales se realizaron para dar descripción de los hospitales. La iluminación se utilizó la que se presenta en el ambiente del hospital debido a que es muy aparatoso montar un set de luces en plena emergencia. Esta luz generalmente tiende a ser fría (blanca), no se contó con luces de spot ni fresnel. En general se documentó a personajes de acción, a los residentes realizando su trabajo.

En cuanto a la predominación del color, el blanco y el azul tienden a ser los tonos que se observaron dentro de la instalación. Debido a la delicada situación actual dentro de la infraestructura hospitalaria, se grabará con una cámara consiumer Sony, registra la imagen en High Definition, mide aproximadamente unos 5 cm de ancho por 4 cm de largo. Una video cámara de gran tamaño sería demasiado llamativo y se podría perder el propósito del documental. En cuanto a edición, se realizó una corrección de color, llevándolo más hacia colores azules que evoquen frivolidad a manera de dar a entender que para tomar una decisión de vida a muerte se necesita ser frio, los colores fríos evocan a la noche, a la obscuridad a manera de dar a entender la penumbra hospitalaria que acontece.

Entrevistas:

En esta sección del documental se entrevistaron a expertos y a los residentes utilizando mayoritariamente primeros planos, para darle una connotación dramática en donde los entrevistados, sentados, fueron interrogados sobre su experiencia en el caso de los residentes y acerca de la situación de los hospitales en el caso de los expertos. Dependiendo de cuan dramática sea su respuesta se cerrará más el plano. Se contó con 2 luces un fresnal que cuentan con un bombillo de color amarillo que emula un tono cálido. Como las entrevistas a los residentes fueron en sus hogares, el tono cálido emulaba la

intimidad y comodidad. Para este segmento se utilizaron filtros de colores. La cámara que se utilizó fue una Panasonic MDK que graba en alta definición (HD)

Las *tomas de apoyo* son para dar descripción de la ciudad capitalina, específicamente de plaza Venezuela de noche. Se escogió debido a su belleza y colorió nocturno. También se recolectó información visual de las fachadas de los hospitales a documenta, para dar referencia al espectador de la infraestructura hospitalaria.

Se *utilizarán las fotos fijas* de imágenes extraídas de internet a manera de avivar a la imagen, también se contarán con *gráficos* de letras en blanco y fondo negro a manera de suministrar datos actuales sobre la situación de los residentes

PROPUESTA SONORA

En el intro, se escuchará un *efecto sonoro* de una ambulancia junto con el latido del corazón, al igual que cuando se toca el tema de la violencia se escuchará un efecto de un disparo. Todo esto para meter al espectador en el tema. En los *hospitales*, registrará audio ambiente, únicamente con lo que registre la cámara debido a que utilizar un boom sería aparatoso e incomodaría en cuánto al espacio ya q los cubículos que se atienden a los pacientes son pequeñas. En cuanto a las *entrevistas*, se registrará el audio con un micrófono balita ya que es el que tiene mejor registro de audio y como son solo 2 personas los que trabajan en el documental, no requiere de un manejador que sostenga el boom.

En cuanto a la *música* se utilizará géneros musicales como: salsa, jazz, bossa-nova a manera de cortina musical, en un bajo volumen para no entorpecer lo que diga el entrevistado. Los *silencios* serán incluidos para orientar al espectador por sobre todo en lo que sucede en los hospitales. Al igual cuando se hable de un tema que sostenga una connotación dramática para envolver más al espectador en el tema. La *sobreposición de la voz* se realizará a manera explicativa cuando el residente hable para contextualizar la voz junto con la imagen.

DESGLOSE DE NECESIDADES DE PRODUCCIÓN

PRE PRODUCCIÓN:

Contactar a las personas para entrevistar

Pautar cita con fecha día y hora.

Recolectar y presupuestar los equipos de grabación

PRODUCCIÓN:

Tener los equipos disponibles: Videocámara., Micrófono Balita. Pilas de cámara, Cargador de Cámara, Trípode, Tarjeta de memoria, Cintas.

Disponer el traslado.

Coordinar entrevistas con anterioridad.

POST PRODUCCIÓN

Pietaje del material.

Computadora.

Programa de edición.

Tarjeta de memoria.

Televisor.

PLAN DE RODAJE

Día	Fecha	Actividad
1	20/02/2011	Grabar guardia en Catia.
2	25/02/2011	Grabar guardia en Catia.
3	26/02/2011	Grabar guardia Pérez Carreño.
4	01/03/2011	Grabar guardia Pérez Carreño
5	09/03/2011	Grabar guardia Pérez Carreño
6	14/03/2011	Entevista a George Beyloune 8pm Willander Coss 10 pm
7	23/03/2011	Entrevista a Glomar Duque 7 pm Daniela Toro 10 pm
8	11/04/2011	Entrevista a El profesor Gabriel pereda UCAB 3pm y Entrevista a Demógrafa anixa Freites UCAB 5pm

FICHA TÉCNICA

Cine Documental

Título: Vidas

Duración: 40 minutos

Producido y Dirigido por Vanessa Beyloune

Cámara: Vanessa Beyloune/ Samuel Prado.

Edición: Samuel Prado.

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	CANT.	UNIDAD	X	COSTO UNITARIO	TOTAL	PROVEEDOR
Iluminación	Kit fresnet 150w/kit fresnet 300W	2	Dias	8	284Bsf	2,272Bsf	Cimase C.A
Video	Camara sony Panasonic HD P2	1	Días	8	660Bsf	5,280Bsf	Cimase C.A
	Camarografo	1	Días	8	500Bsf	4,000Bsf	Cimase C.A
	Tripode	1	Días	8	150Bsf	1,200Bsf	Cimase C.A
Audio	Boom alámbrica	1	Días	8	150 Bsf	1,200Bsf	Cimase C.A.
		A			Sub-total	13,952Bsf	

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	CANT.	UNIDAD	X	COSTO UNITARIO	TOTAL	PROVEEDOR
Edición	Edicion no lineal "final cut"	1	p/minuto	30	120 Bsf	3,600Bsf	Kaleidoscopio Producciones
Staff de producción	Productor	1	Días	8	500 Bsf	4,000Bsf	Cimase C.A
	Honorarios Director	1	Días	8	500 Bsf	4,000Bsf	Cimase C.A
	Maquilladora	1	Días	2	5000Bsf	1,000Bsf	Cimase C.A
		B			Sub-total	12,600Bsf	

A+B	Subtotal A	13,952Bsf
	Subtotal B	12,600Bsf
	Gran Total	26,552Bsf

PRESUPUESTO ESTIMADO

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	CANT.	UNIDAD	X	COSTO UNITARIO	TOTAL	PROVEEDOR
Iluminación	Kit fresnet 150w/kit fresnet 300W	2	Dias	8	0	0	Cimase C.A
	Camara sony Panasonic HD P2	1	Días	8	125 Bsf	1,000Bsf	Samuel Prado Producciones
	Camarografo	1	Días	8	0	0	Cimase C.A
Video	Tripode	1	Días	8	0	0	Cimase C.A
Audio	Boom alámbrica	1	Días	8	0	0	Cimase C.A.
		A			Sub-total	1,000Bsf	

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	CANT.	UNIDAD	X	COSTO UNITARIO	TOTAL	PROVEEDOR
Edición	Edicion no lineal "final cut"	1	p/minuto	30	60 Bsf	1,950Bsf	Samuel Prado Producciones
Staff de producción	Productor	1	Días	8	0		Cimase C.A
	Honorarios Director	1	Días	8	0		Cimase C.A
	Maquilladora	1	Días	2	0		Cimase C.A
		B			Sub-total	1,950Bsf	

A+B	Subtotal A	1,000Bsf
	Subtotal B	1,959Bsf
	Gran Total	2,950Bsf

PRESUPUESTO REAL

ANÁLISIS DE COSTO

1) La cámara de las entrevistas Panasonic HVX200 P2 fue elegida por sus cualidades técnicas. Tanto por su capacidad para grabar HD, como por su óptimo registro del sonido. se llegó a un acuerdo con el camarógrafo y por la cámara, trípode y microfonía por un costo de 1000 Bsf.

2) La Cámara que se utilizó para grabar en los hospitales era una Sony Semi pro, con registro de imagen en alta definición, se eligió esta cámara por su tamaño pequeño y poco llamativo. Fue prestada para la grabación del documental por uno de los amigos de la documentalista así que hubo un ahorro del 100%.

3) Se llegó a un acuerdo con el editor, y por la realización del documental de 35 min, se esgrimió un costo de 2000 Bsf.

4) Los costos por iluminación de 2 Lowell de 1000W se logró un ahorro del 100% debido a que se consiguió un préstamo por los 5 días de entrevista gracias a uno de los compañeros de la documentalista.

5) En cuanto a la maquilladora, la documentalista actuó como tal y hubo un ahorro del 100%.

6) No se esgrimió costo por cintas Mini DV ya que las grabaciones se registraron en digital. Una de las cualidades de la cámara era que podía grabar en una tarjeta de memoria. Esto no estuvo contemplado dentro del presupuesto.

7) El trabajo de producción y dirección fue ejecutado por la tesista, esto produjo un ahorro del 100%.

8) Las comidas no fueron presupuestada ya que la tesista se suministraría su propia alimentación, al igual que el camarógrafo. No estuvo contemplado dentro del presupuesto.

GUIÓN DOCUMENTAL

IMAGEN	SONIDO
Pantalla en negro Disolve to Black	EFECTO DE SONIDO DE ALARMA TRACK 1 CD3
In from Black Collage de imágenes, electrocardiograma, de los residentes y enfermeras trabajando. Toma de apoyo de Plaza Venezuela nocturna Disolve to Black	EFECTO DE SONIDO ALARMA TRACK 1 CD 3, EFECTO DE SONIDO AMBULANCIA TRACK 2 CD 3, EFECTO DE SONIDO DE CORAZÓN TRACK 3 CD 3
Hospital de Catia con uno de sus residentes, encima aparece el nombre del documental "VIDAS". Efecto de la palabra, se agranda en la pantalla. Disolve to Black	FINALIZACIÓN DEL LATIDO DEL CORAZÓN TRACK 3 CD 3
Pantalla en negro Entran Letras en blanco. Este documental es solo un extracto en la vida de 4 residentes de Cirugía. Es el producto de una serie de guardias Hospitalarias. Las escenas que se observan son reales. Al menos que sea un profesional de la salud, se recomienda no recrear esto en casa. Todo el material fue grabado y editado en el 2011. Caracas Venezuela.	 SIN AUDIO SIN AUDIO SIN AUDIO
In from Black George Beyloune vistiéndose en su casa. 01;05;29;03 a 01;05;30;15 CD 2 George Beyloune en el Hospital.	MUSICA SALSA TRACK 4

01;00;29;03 a 01; 00; 30:15. CD 2	
Entrevista a los Residentes: ¿Cuál es el Horario de las Guardias? George Beyloune "R3" Catia. 1; 18; 34; 06 a 1; 18; 36; 03 CD1 Apoyo Testimonio Tomas Hospital. 1; 03; 03; 10 a 1;05; 55;20 CD 2 Daniela Toro "R2" Catia. 3; 32; 03;01 a 3; 34: 28; 22 CD 1 Apoyo Testimonio Tomas Hospital. 1; 00; 23; 00; a 1; 00; 26; 19 CD 2 Willander Coss "R3" Pérez Carreño. 01; 49; 09;12 a 01; 52; 23 CD 1 Apoyo Testimonio Tomas Hospital. 01; 00; 32;19 a 01; 02; 36; 26 CD2 Glomar Duque "R1" Pérez Carreño. 02; 41; 27; 23 a 02; 44; 13; 53 CD 1 Apoyo Testimonio Tomas Hospital. 01; 00 ; 08; 00 a 01; 00; 10; 20 CD2	MUSICA SALSA DE FONDO TRACK 4 AUDIO PROPIO ENTREVISTA VOICE OVER ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA VOICE OVER ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA VOICE OVER ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA VOICE OVER ENTREVISTA
Entrevista a los Residentes: ¿A qué hora generalmente Comen? George Beyloune "R3" Catia. 1; 22; 17; 26 a 1; 23; 22; 06 CD 1 Apoyo Testimonio Tomas Hospital. 00 ;00; 01; 33 a 00; 00; 02; 03 CD 2 Glomar Duque "R1" Pérez Carreño.	MUSICA DE FONDO BUDA BAR TRACK 5 AUDIO PROPIO ENTREVISTA VOICE OVER ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA

02 ; 41 ; 51 ; 21 a 02; 42; 44; 00 CD 1	
Apoyo Testimonio Tomas Hospital.	AUDIO DENTRO DEL HOSPITAL
01; 00; 01; 18 a 01; 00; 02; 00; CD2	
Daniela Toro "R2" Catia.	
03; 33; 27; 05 a 03; 33; 45; 12 CD1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Willander Coss "R3" Pérez Carreño.	
01; 50; 48; 15 a 01; 51; 23; 03 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Glomar Duque "R1" Pérez Carreño.	
02; 42; 02; 21 a 02; 42; 09; 18 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
George Beyloune "R3" Catia.	
01; 23; 02; 01 a 01; 23; 10; 00 CD 1	
Entrevista a los Residentes: ¿Duermes durante las guardias?	MUSICA DE FONDO JAZZ AND NOVA TRACK 6
Daniela Toro "R2" Catia.	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
03: 35; 57; 09 a 03; 36; 09: 04 CD 1	
George Beyloune "R3" Catia.	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
01; 35; 08; 19 a 01; 35; 20; CD 1	
Apoyo Testimonio Tomas Hospital.	VOICE OVER ENTREVISTA
00 ;00; 03; 33 a 00; 00; 04; 03 CD 2	
Willander Coss "R3" Pérez Carreño.	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
01; 53; 28; 00 a 01; 53; 42; 26 CD 1	
Glomar Duque "R1" Pérez Carreño.	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
02; 44; 47; 17 a 02; 45; 06; 27 CD 1	
George Beyloune "R3" Catia.	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
01; 35; 22; 16 a 01; 35; 45; 30 CD 1	
Disolve to Black	

Fade in from Black Letras blancas fondo negro. En Venezuela Existe una duplicidad de la infraestructura atencional, esto trae como consecuencia la ineficiencia en el uso de los recursos.	SIN AUDIO
Entrevista a el Profesor Gabriel Pereda 03; 21; 19; 18 a 03; 23; 00; 10 CD 1 Fotos Fijas: Imágenes extraídas de internet relacionadas con: Barrios, quirófanos. La fachada del Hospital Pérez Carreño. Un fotograma extraído de la operación de un paciente en Catia. Montaje Alternado de Daniela Toro y Glomar Duque hablando sobre las carencias de los recursos. Glomar Duque "R1" Pérez Carreño. 2: 48; 31; 05 a 02; 49; 55: 10 CD 1 Daniela Toro "R2" Catia. 03; 38; 37; 06 a 03; 39; 15; 06 CD 1 Entrevista a el Profesor Gabriel Pereda 03; 19; 30: 40 a 03; 20; 02; 10 CD 1 Fotos Fijas extraídas de internet relacionadas con: Barrios, placas de rayos equis, un hombre sometiendo a una mujer, foto de un letrero de	MUSICA JAZZ AND NOVA TRACK 8 CD 3 AUDIO PROPIO ENTREVISTA VOICE OVER ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA VOICE OVER ENTREVISTA

emergencia Entrevista a el Profesor Gabriel Pereda 03; 20; 02; 10 a 3; 20; 39; 07 CD 1 Apoyo Testimonio Tomas Hospital. 01; 00; 01; 18 a 01; 00; 02; 00; CD 2 Willander Coss "R3" Pérez Carreño. 02; 08; 54; 02 a 02; 09; 04; 20 CD 1 Apoyo Testimonio Tomas Hospital. 00; 05;03; 24 a 00; 05; 13; 05; 05 CD 2 George Beyloune "R3" Catia. 01; 28; 34; 12 a 01; 28; 55; 50 CD 1 Apoyo Testimonio Tomas Hospital. Tomas de Tomógrafo Averiado y aparato de rayos x. Foto Fijas Tomógrafo. Willander Coss "R3" Pérez Carreño. 02; 10; 54; 02 a 02; 11; 00; 20 CD 1 Entrevista a el Profesor Gabriel Pereda 03; 21; 02; 10 a 3; 21; 07; 07 CD 1 Foto Fija: extraída de internet, una persona con una Herida Disolve to Black	AUDIO PROPIO ENTREVISTA VOICE OVER ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA VOICE OVER ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA VOICE OVER ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA VOICE OVER ENTREVISTA
Glomar Duque "R1" habla sobre un inconveniente que se presentó una noche de guardia con los padres de un paciente por no tener Rayos X 2; 50; 12; 26 a 2; 51; 03; 00 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA

Apoyo Testimonio Tomas Hospital. 1; 00; 16; 07 a 1; 00; 50; 07 CD 2	AUDIO DENTRO DEL HOSPITAL
Glomar Duque "R1" Pérez Carreño. 2; 51; 22; 06 a 2; 51; 40; 11 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Apoyo Testimonio Tomas Hospital. 1; 00; 03; 07 a 1; 00; 45; 06 CD 2 Fade To Black	AUDIO DENTRO DEL HOSPITAL
Fade in From Black	MUSICA BOSSA NOVA TRACK 7
Entrevista a la Demógrafa Aixa Freites, Habla de la situación de violencia entre los jóvenes. 01; 03; 03; 01 a 01; 05; 27; 33 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Tomas de apoyo de jóvenes (Jardines de la UCAB)	VOICE OVER ENTREVISTA
Demógrafa Anixa freites 01; 05; 33; 21 a 01; 06; 17; 03 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Fotos fijas: Collage de imágenes relacionadas con violencia y muerte. Extraídas de internet.	EFECTO DE SONIDO DE DISPARO. VOICE OVER ENTREVISTA
Demógrafa Anixa freites 01; 06; 17; 03 a 01; 06; 22; 38 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Fotos fijas: Collage de imágenes relacionadas con violencia y muerte. Extraídas de internet.	VOICE OVER ENTREVISTA
Willander Coss "R3" Pérez Carreño. 02; 16; 56; 00 a 02; 17; 05; 20 CD1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Fotos fijas: Collage de imágenes relacionadas con violencia y muerte. Extraídas de internet.	VOICE OVER ENTREVISTA

George Beyloune "R3" Catia. 01; 25; 28; 15 A 01; 25; 38; 56 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Tomas de apoyo del Hospital Catia a manera de collage.	VOICE OVER ENTREVISTA
Daniela Toro "R2" Catia. 03; 47; 32; 26 a 03; 48; 05; 02 CD1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Fotos fijas: Collage de imágenes relacionadas con violencia y muerte. Extraídas de internet.	VOICE OVER ENTREVISTA (ANIXA)
Demógrafa Anixa freites 01; 06; 22; 38 a 01; 06; 50; 06 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Fotos fijas: Collage de imágenes relacionadas con violencia y muerte. Extraídas de internet.	VOICE OVER ENTREVISTA
Demógrafa Anixa freites 01; 06; 50; 06 a 01; 07; 10; 36 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Rafael Vázquez "R1" Catia. 00; 09; 52; 56 a 00; 10; 10; 25 CD 2	AUDIO HOSPITAL
Glomar Duque "R1" Pérez Carreño. 03; 00; 19; 09 a 03; 00; 50; 40 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Tomas de apoyo Perez carreño Tren de imágenes.	VOICE OVER ENTREVISTA (WILLANDER)
Willander Coss "R3" Pérez Carreño. 02; 18; 18; 10 a 02; 18; 38; 30 CD1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Demógrafa Anixa Freites 01; 09; 50; 10 a 01; 10; 13; 30 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Fotos fijas: Collage de imágenes relacionadas con violencia y muerte.	

Extraídas de internet. George Beyloune "R3" Catia. 01; 31; 35; 03 a 01; 31; 50; 17 CD 1 Disolve to Black	VOICE OVER ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA
In from " Black" Pantalla negra letras blancas 4 am. Periférico de catia, ingresan 4 heridos por arma de fuego. El Dr George ingresa al que tiene más criterio de cirugía Disolve toblack	SIN AUDIO
In from black Tren de imágenes: CD 2 CLIP 6 Triaje con los Heridos. Dr George Evaluando. Herido agonizando en la antesala de la cirugía. Sala de Cirugía Preparando al paciente. Instrumentista y equipo preparando todo. Dr George operando al paciente. Disolve to Black	AUDIO HOSPITAL
In from " Black" Pantalla negra letras blancas Luego de 2 horas de operación la bala a nivel abdominal fue extraída. El paciente sobrevivió. Disolve to Black	SIN AUDIO
In from " Black" Entrevista a los residentes ¿Cuál es tu labor en el año que te corresponde a la residencia? Willander Coss "R3" Pérez Carreño. 01; 56; 17; 20 a 01; 57; 03; 00 CD 1	MUSICA JAZZ AND NOVA TRACK 9 CD 3 AUDIO PROPIO ENTREVISTA

Daniela Toro "R2" Catia. 03; 33; 50; 29 a 03; 34; 12; 22 CD1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Apoyo Testimonio Tomas Hospital. Imágenes de Daniela trabajando en catia CD 2 CLIP 10	VOICE OVER ENTREVISTA
Apoyo Testimonio Hospital	VOICE OVER ENTREVISTA
Imágenes de George trabajando en Catia CD2 CLIP 3-8	
George Beyloune "R3" Catia. 01; 24; 15; 09 a 01; 25; 55; 20 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Apoyo Testimonio Tomas Hospital. 01; 00; 11; 13 a 1;00: 40; 23 01; 01; 23; 04 a 01; 01; 50; 37 CD2	AUDIO HOSPITAL
Willander Coss "R3" Pérez Carreño. 01; 57; 24; 20 a 01; 57; 55; 30 CD 1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Glomar Duque "R1" Pérez Carreño. 02; 56; 29; 25 a 02; 57; 05; 10 CD1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Apoyo Testimonio Hospital	VOICE OVER ENTREVISTA
Imágenes Glomar trabajando en el Pérez Carreño CLIP 2-11-5 CD 2	
George Beyloune "R3" Catia. 01; 39: 13; 19 a 01; 39; 50; 33 CD1	AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Imagen Apoyo Testimonio Hospital	VOICE OVER ENTREVISTA
Glomar Pérez Carreño quedándose Dormida CD 2	
Willander Coss "R3" Pérez Carreño.	AUDIO PROPIO ENTREVISTA

01; 58; 54; 03 a 01; 59; 03; 41 CD 1 Apoyo Testimonio Hospital. Imágenes Willander trabajando en el Pérez. CD2 George Beyloune "R3" Catia. 01; 39; 47; 01 a 01; 40; 01; 10 CD1 Daniela Toro "R2" Catia. 03; 59; 06; 07 a 03; 59; 36; 50 CD1 Disolve To Black	 VOICE OVER ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Fade in From Black Entrevista a residentes: ¿Has sentido ganas de renunciar? Daniela Toro "R2" Catia 03; 44; 45; 10 a 03; 44; 55; 50 CD 1 Glomar Duque "R1" Pérez Carreño. 02; 54; 35; 25 a 02; 54; 45; 25 CD 1 Willander Coss "R3" Pérez Carreño. 02; 14; 30; 14 a 02; 14; 37; 27 CD1 George Beyloune "R3" Catia. 01; 30; 19; 07 a 01; 31; 01; 08 CD 1 Daniela Toro "R2" Catia. 03; 44; 57; 24 a 03; 45; 00; 13 CD1 George Beyloune "R3" Catia. 01; 30; 31; 17 a 01; 30: 38; 44 CD1 Glomar Duque "R1" Pérez Carreño.	MUSICA AMBIVALENCE TRACK 11 CD 3 AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA

02; 54; 54; 13 a 03; 54; 58; 33 CD1 Disolve To Black	
Fade in From Black Entrevista a los residentes ¿Cómo te motivas? ¿Vale la pena? Willander Coss "R3" Pérez Carreño. 02; 15; 52 07 a 02; 16; 10; 43 CD1 Daniela Toro "R2" Catia. 03; 59; 57; 45 a 04; 01; 20; 40 CD 1 George Beyloune "R3" Catia. 01; 41; 55; 26 01; 42; 00; 03 CD 1 Willander Coss "R3" Pérez Carreño. 2; 30; 00; 22 a 2; 30; 25; 31 CD1 Glomar Duque "R1" Pérez Carreño. 03; 09; 18; 24 a 03; 09; 38; 50 CD 1 George Beyloune "R3" Catia. 01; 37; 06; 26 a 01; 37; 15; 30 CD 1 Disolve To Black	MÚSICA BOSSA AND JAZZ TRACK 13 AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA AUDIO PROPIO ENTREVISTA
Fade in From Black Créditos: Guión Vanessa Beyloune/ Samuel Prado Edición y Montaje Samuel Prado Cámara Vanessa Beyloune (Hospital) Samuel prado (Entrevistas)	MÚSICA JUAN LUIS GUERRA TRACK 14

Agradecimientos
A todos los residentes que aquí aparecen, gracias, sin ustedes esto no hubiese sido posible.
A mi hermano George Beyloune.
A Samuel Prado.
A mi país Venezuela.
A mi madre Norelys y a mi padre Abelardo, los amo, gracias por su apoyo incondicional.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El aspecto de mayor relevancia de mayor peso tiene que ver con el hecho de realizar está investigación simultáneamente el proceso de búsqueda de investigación referencial y el contacto con el medio a estudiar. El contacto con el ambiente totalmente ajeno a el medio en el que comúnmente habito, tuvo un importante peso para entender y profundizar en la investigación.

La búsqueda de información fue complicada ya que la temática no cuenta con una literatura directa y confiable. Es un tema que pocos autores, han atrevido tocar, e inclusive el mismo producto de la investigación, no cuenta siquiera con definición de sí mismo. Un residente de medicina, no consulta ningún libro para buscar alguna definición de sí. Solo se avocan al estudio de enfermedades, más no a la comprensión de ellos.

La mayoría de la información fue investigada a través de internet, por sobre todo de artículos extraídos de la prensa. En líneas generales es un tema bastante actual; en los últimos meses (Marzo, Junio, Julio) han ocurrido acontecimientos nunca antes vistos en la historia del mundo médico. Batas blancas marchando hasta el ministerio de salud, exigiendo pago justo y el abastecimiento hospitalario, son imágenes no acostumbradas a ver diariamente. Los otros datos fueron referencias con los involucrados en el documental, y conversaciones telefónicas.

Este documental tuvo resultados satisfactorios, gracias a que se logró inmiscuirse en el campo de estudio a través de estrategias que no fueron convencionales, permitió que los pacientes, médicos y enfermeras no se sintieran incómodos por tener la presencia de una cámara que generalmente es intimidante.

Este es un tema bastante politizado, ya que la situación actual de la salud es crítica y al gobierno actual no le conviene que la sociedad sepa en qué tan mal estado se encuentra. Es por ello que me vi en la situación de vestirme cómo médico residente, no hacer alarde de la cámara y mucho menos decir que mi carrera original es comunicación social de la Universidad Católica. Los hospitales se encuentran militarizados y entristece ver que cada vez que se intenta realizar una denuncia para buscar mejoras si no te identificas como canal del estado no se podrá tener acceso a la instalación.

Lo triste es, que la idea de todo no es manchar al gobierno, es señalar los errores para que se trabaje en ellos, al fin y al cabo para eso existen los medios de comunicación social y la democracia. Si no se señalan los errores, cómo se podría trabajar en ellos.

Si bien es cierto que la inseguridad en estos momentos del país abunda, los hospitales no quedan exentos de esto. De anécdotas de los residentes supe que dentro de las mismas instalaciones han llegado malhechores empistolados amenazando al personal. Es cierto que era riesgoso grabar dentro del hospital, valió la pena porque se expuso a la luz algo que yacía en la zozobra. Pero esto requiere de la búsqueda de ayuda inmediata para las condiciones de salud pública, ya la desmantelación hospitalaria desfavorece a la población venezolana.

En cuanto a la post producción, el hecho de que 1 sola persona fue la que pre produjo, produjo y post produjo, ayudó a la edición en caliente sin tener que pietar todo el material, esto facilitó la rapidez de la edición, al igual que la utilización del material en digital sin la necesidad de la digitalización.

Mi recomendación para aquellos que quieran tocar este tema, es que busquen un punto que desemboque en varios, puesto que la salud pública a pesar de tener poca información escrita, audiovisualmente, es un tema que tiene bastante jugo que exprimir. Sería interesante extenderse en el tema de la inseguridad, buscar esa matriz de opinión en la sociedad y desarrollarla a manera de salud pública.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Fuentes Bibliográficas:

- Nichols, B (1997) Representando la Realidad. 1era edición
- Rabiger, M (1987) Dirección de Documentales. 1era edición.

Fuentes Electrónicas:

- Anónimo. (2009). *<PROPUESTA> Ley de Médicos Residentes*. Recuperado Marzo, 20 de 2011. http://www.mancia.org/foro/actualidad-politica/73510-propuesta-ley-medicos-medicos-residentes.html
- Anónimo. (2008). *Definición de Hospital,* Recuperado Junio 23 de 2011. http://definicion.de/hospital/
- Anónimo. (2007). *Definición de Crisis*. Recuperado Junio 23 de 2011. http://www.definicionabc.com/social/crisis.php
- Blog de Micelaneas.(2008). *¿Usted sabe qué es un médico residente?* Recuperado Marzo, 7 de 2011. http://hospital-publico.com/?p=123
- De la Rosa. (2011). *Médicos marchan para exigir mejoras salariales* .Recuperado en mes Junio 16 de 2011. http://www.eluniversal.com/2011/06/16/medicos-marchan-para-exigir-mejoras salariales.shtml?utm_term=jjrendon&utm_content=jjrendon&utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter&utm_campaign=jjrendon
- Efe. (2011). *Presidente de la Federación Médica dice que no hay garantías sanitarias en el país.* Recuperado en Junio 24 de 2011. http://el-nacional.com/www/site/p_contenido.php?q=nodo/211981/Nación/Presidente-de-Federación-Médica-dice-que-no-hay-garantía-sanitaria-en-el-país
- Fernández. (2011). *Inseguridad Ciudadana.* Recuperado Junio 24 de 2011. http://blog.pucp.edu.pe/item/6096/definicion-y-causas-de-la-inseguridad-ciudadana-en-el-peru
- Gabriel. (2008). *Politización y Sociedad Civil.* Recuperado Junio 23 de 2011. http://www.accionhumana.com/2006/11/politizacin-y-sociedad-civil.html
- Mackintosh. (1960). *¿Para qué sirve un Hospital?*. Recuperado Julio, 1 de 2011. http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v32n5p416.pdf

- Mirabel. (1999). *El Proceso Histórico de la Ciencia de la salud.* Recuperado Junio, 22 de 2011 .http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/hospi.htm
- Psiquis. (2009). *El residente de Medicina: una responsabilidad, un privilegio y un reto.* Recuperado 21 de Marzo del 2011. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=57652&id_seccion=3010&id_ejemplar=5836&id_revista=180
- Rodríguez. (2011). *Insalubres Hospitales en Venezuela.* Recuperado en 6 Junio de 2011. http://www.guia.com.ve/noticias/?id=67809
- Rivero (2007). *Políticas de Salud en Venezuela.* Recuperado Junio 21 del 2011. http://www.monografias.com/trabajos64/salud-venezuela/salud-venezuela2.shtml
- Rodríguez (s/a). *Dr. Miguel Pérez Carreño. Un innovador de la cirugía.* Recuperado Junio 21 de 2011. http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_2827.pdf
- Suárez, (2011). *Médicos marcharán este jueves en Caracas.* Recuperado en mes Junio 14 del 2011. http://www.elimpulso.com/pages/vernoticia.aspx?id=122355
- Vera, A. (2009). *MIP: Medico Interno de Pregrado.* Recuperado Abril. 4 del 2011. http://conciertoairedeti.blogspot.com/2008/05/cosas-que-no-te-gustaria-escuchar-en-un.html
- Vargas, Fernández, Salazar (2011). *Piden seguridad en los hospitales para evitar hechos violentos.* Recuperado Junio 17 de 2011. http://eltiempo.com.ve/locales/regionales/salud/piden-seguridad-en-hospitales-para-evitar-hechos-violentos/23950

Fuentes Vivas:

- Gustavo Pereda, Profesor de post grado de la Universidad Católica Andrés Bello. Gerencia en Salud. Caracas.
- Anixa Freites, Demógrafa. Directora del departamento de políticas sociales, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.

ANEXOS

PIETAJE DEL MATERIAL SELECCIONADO
ENTREVISTAS CD 1

George Beyloune

1; 18; 34; 06 a 1; 18; 36; 03	¿Cuál es el Horario de las Guardias?
1; 22; 17; 26 a 1; 23; 22; 06 1; 23; 02; 01 a 01; 23; 10; 00	¿A qué hora generalmente Comen?
1; 35; 08; 19 a 01; 35; 20;00	¿Duermes durante las guardias?
3; 38; 37; 06 a 03; 39; 15; 06 01; 28; 34; 12 a 01; 28; 55; 50	¿Cuentas con los suficientes Recursos?
01; 25; 28; 15 a 01; 25; 38; 56 01; 31; 35; 03 a 01; 31; 50; 17	¿Qué es lo más impactante que hayas visto?
01; 24; 15; 09 a 01; 25; 55; 20 01; 39: 13; 19 a 01; 39; 50; 33 01; 39; 47; 01 a 01; 40; 01; 10	¿Cuál es tu labor en el año que te corresponde a la residencia?
02; 14; 30; 14 a 02; 14; 37; 27 01; 30; 31; 17 a 01; 30: 38; 44	¿Has sentido ganas de renunciar?
01; 41; 55; 26 01; 42; 00; 03	¿Cómo te motivas? ¿Vale la pena?

Daniela Toro

3; 32; 03;01 a 3; 34: 28; 22	¿Cuál es el Horario de las Guardias?
3; 33; 27; 05 a 03; 33; 45; 12	¿A qué hora generalmente Comen?
03: 35; 57; 09 a 03; 36; 09: 04 01; 35; 22; 16 a 01; 35; 45; 30	¿Duermes durante las guardias?
02; 08; 54; 02 a 02; 09; 04; 00	¿Cuentas con los suficientes Recursos?
03; 47; 32; 26 a 03; 48; 05; 02	¿Qué es lo más impactante que hayas visto?
03; 33; 50; 29 a 03; 34; 12; 22 03; 59; 06; 07 a 03; 59; 36; 50	¿Cuál es tu labor en el año que te corresponde a la residencia?
03; 44; 45; 10 a 03; 44; 55; 50 03; 44; 57; 24 a 03; 45; 00; 13	¿Has sentido ganas de renunciar?
03; 59; 57; 45 a 04; 01; 20; 40 03; 09; 18; 24 a 03; 09; 38; 50	¿Cómo te motivas? ¿Vale la pena?

Glomar Luque

02; 41; 27; 23 a 02; 44; 13; 53	¿Cuál es el Horario de las Guardias?
02 ; 41 ; 51 ; 21 a 02; 42; 44; 02; 42; 02; 21 a 02; 42; 09; 18	¿A qué hora generalmente Comen?
02; 44; 47; 17 a 02; 45; 06; 27	¿Duermes durante las guardias?
2: 48; 31; 05 a 02; 49; 55; 00	¿Cuentas con los suficientes Recursos?
2; 51; 22; 06 a 2; 51; 40; 11;00	¿Qué pasó ese Día?

03; 00; 19; 09 a 03; 00; 50; 40	¿Qué es lo más impactante que hayas visto?
02; 56; 29; 25 a 02; 57; 05; 10	¿Cuál es tu labor en el año que te corresponde a la residencia?
02; 54; 35; 25 a 02; 54; 45; 25 02; 54; 54; 13 a 03; 54; 58; 33	¿Has sentido ganas de renunciar?
03; 09; 18; 24 a 03; 09; 38; 50	¿Cómo te motivas? ¿Vale la pena?

Willander Coss

01; 49; 09;12 a 01; 52; 23;00	¿Cuál es el Horario de las Guardias?
01; 50; 48; 15 a 01; 51; 23; 03	¿A qué hora generalmente Comen?
01; 53; 28; 00 a 01; 53; 42; 26	¿Duermes durante las guardias?
02; 10; 54; 02 a 02; 11; 00; 20	¿Cuentas con los suficientes Recursos?
02; 16; 56; 00 a 02; 17; 05; 20 02; 18; 18; 10 a 02; 18; 38; 30	¿Qué es lo más impactante que hayas visto?
01; 56; 17; 20 a 01; 57; 03; 00 01; 57; 24; 20 a 01; 57; 55; 30 01; 58; 54; 03 a 01; 59; 03; 41	¿Cuál es tu labor en el año que te corresponde a la residencia?
02; 14; 30; 14 a 02; 14; 37; 27	¿Has sentido ganas de renunciar?
02; 15; 52 07 a 02; 16; 10; 43 2; 30; 00; 22 a 2; 30; 25; 31	¿Cómo te motivas? ¿Vale la pena?

Expertos:

Gabriel Pereda y Anixa Freites

03; 21; 19; 18 a 03; 23; 00; 10	Habla de la Duplicidad de la estructura atencional G.P
03; 19; 30: 40 a 03; 20; 02; 10 03; 20; 02; 10 a 3; 20; 39; 07	Sobre la mala gerencia en el uso de los recursos G.P
01; 05; 33; 21 a 01; 06; 17; 03 01; 06; 17; 03 a 01; 06; 22; 38	Mortalidad por causas violentas en los jóvenes A.F
01; 06; 50; 06 a 01; 07; 10; 36 01; 09; 50; 10 a 01; 10; 13; 30	Del repunte desde 1999 hasta hoy por casusas violentas

PIETAJE DEL MATERIAL SELECCIONADO HOSPITAL CD 2

01;05;29;03 a 01;05;30;15 01;00;29;03 a 01; 00; 30:15	Residente Vistiendose en su casa
1; 00; 23; 00; a 1; 00; 26; 19	Daniela Toro Caminando antes de entrar al triaje
1; 03; 03; 10 a 1;05; 55;20	Glomar Luque llenando una Historia
01; 00; 32;19 a 01; 02; 36; 26	Willander Coss Examinando a un paciente politraumatizado
01; 00 ; 08; 00 a 01; 00; 10; 20	Glomar Luque Evaluando una Herida por arma de fuego
00 ;00; 01; 33 a 00; 00; 02; 03	George Beyloune con sus compañeros desayunando
01; 00; 01; 18 a 01; 00; 02; 00;00	Glomar Duque Mostrando su desayuno.
00 ;00; 03; 33 a 00; 00; 04; 03	George Beyloune Observando una placa junto con su R2
01; 00; 01; 18 a 01; 00; 02; 00;55	Willander Coss habla con uno de los acompañantes
00; 05;03; 24 a 00; 05; 13; 05; 05	Willander Coss Colocando una sonda
1; 00; 16; 07 a 1; 00; 50; 07	Glomar Duque habla a la cámara sobre no tener rayos XS
1; 00; 03; 07 a 1; 00; 45; 06	Arturo Castillo habla sobre el personal que se fuga
02; 18; 18; 10 a 02; 18; 38; 30	Willander Coss Habla con un paciente que se rehúsa a colocarse una sonda.
01; 00; 11; 13 a 1;00: 40; 23; 55 01; 01; 23; 04 a 01; 01; 50; 37	Entrevista a Manuel Blanco Catia, sobre los que se van a buscar venganza. Tema violencia.

Entrevista telefónica Dr Sergio Medina. Médico Cirujano Plástico.

La práctica de la Residencia en medicina se viene empleando en los países desarrollados desde hace aproximadamente 60 años y en Venezuela desde hace aproximadamente 50 años. Anteriormente, se empleaba una práctica llamada "fellow", que consistía en que; el médico aspirante a especialización, se trasladaba al exterior a trabajar junto al médico especialista de mayor experiencia y reconocimiento en la especialidad que el aspirante quería lograr."

Por lo general, esta formación bajo la modalidad de fellow, era basada en la práctica y no necesariamente en el estudio y/o investigación, esto último quedaba de parte del aspirante y no era un requisito implícito. Sin embargo su formación ó especialización era muy completa y reconocida.

De manera sistemática el gremio de la medicina empezó a reconocer estas especializaciones y a implementar formalmente la residencia luego de culminada la carrera de medicina para completar la formación académica especializada de los médicos"

Entrevista al Dr. Bernardo Reinfeld Médico psiquiatra:

Aún cuando ha pasado tiempo suficiente para realizar reformas verdaderamente favorecedoras a las instituciones hospitalarias, en cuanto a infraestructura y dotación. La realidad es que hay mucha propaganda y sin embargo seguimos igual en cuanto al desperdicio de recursos y peor en cuanto a la política de contratación, debido a que, es evidente por los resultados y respuestas que dan los responsables que a la hora de contratar empresas e inclusive personal, prevalece el criterio de afiliación política por encima de la capacidad. La ideología política hace que se tergiverse toda una manera en que se podría actuar con mejores resultados para la población.