



Misión Barrio Adentro: Atención fracturada y salud en crisis.

Dr. Carlos Aponte.
Profesor universitario e investigador del CENDES - UCV.

MISIÓN BARRIO ADENTRO (BA): Visión General.

- Comenzó en 2003 como un programa de salud eminentemente preventivo pero incorporó, luego, otros componentes asociados con la red hospitalaria-curativa.
- Aunque Barrio Adentro alcanzó una cobertura importante durante parte de su trayectoria nunca sobrepasó los porcentajes de población que fueron atendidos en la red pública tradicional de salud.
- Desde inicios del 2016 se planteó el reimpulso de BA para una supuesta cobertura de 100% a comienzos del 2017; pero ese propósito no se cumplió: muy confiables investigaciones académicas¹ apuntan a una sustancial reducción de la población atendida por esa Misión desde hace años.
- Aunque BA no representa al conjunto de la fragmentada institucionalidad de salud venezolana, ha sido el destino prioritario de los nuevos recursos financieros orientados hacia el sector público de salud desde el 2003, al ser concebida como alternativa para superar las insuficiencias de la red tradicional y los problemas de salud primordiales de la población. Por eso puede asociarse el comportamiento de muchos de los indicadores de salud –desde entonces- con los resultados de BA, empezando por los registros preventivos.
- Distintos indicadores estratégicos de salud que tuvieron a inicios de este siglo alguna mejoría tendencial en Venezuela, avance bastante modesto en una comparación latinoamericana, propendieron a moverse -desde el 2008- entre el estancamiento y un proceso de deterioro que se ha vuelto especialmente grave en los años más recientes, contrastando negativamente con los registros sub-continetales.
- Aunque el gobierno ha intentado censurar la divulgación de los registros epidemiológicos oficiales estos se han filtrado –con tardanza- a medios de comunicación privados y redes académicas, en tanto que diversos organismos internacionales han difundido sus propias estimaciones sobre salud en Venezuela, con algún comprensible rezago. Con base en esas fuentes, las más variadas evaluaciones evidencian que el país atraviesa en los años recientes por la peor regresión de sus indicadores de salud, al menos desde que ellos empezaron a sistematizarse mediante la creación del Ministerio que atiende a este sector en 1936. Se estima que la mortalidad infantil ha involucionado hacia registros de hace unas dos décadas en tanto que la mortalidad materna habría retornado a los registros que presentaba en los años cincuenta. Se han reactivado diversas epidemias prevenibles que se habían erradicado desde hace muchas décadas como el sarampión o la difteria en tanto que se han expandido otras, como –de manera especialmente acentuada- la malaria.
- Ante ese panorama asombran frecuentes declaraciones oficiales, como unas muy recientes del vice-presidente de la República quien asegura que en Venezuela hay un sistema de salud “humano” y de “calidad” para todos².

1 En especial la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) promovida por muy destacadas universidades.

2 <http://www.eluniversal.com/politica/7334/gobierno-venezolano-dice-tiene-sistema-salud-humano-calidad>

LAS MISIONES SOCIALES

Fue la designación que le dio Hugo Chávez a las principales “novedades” que introdujo su política social en la gestión pública venezolana a partir del 2003. A pesar de su alto impacto político-comunicacional y de su elevada popularidad las misiones no han evidenciado, genéricamente, un efecto social significativo en las condiciones de vida de la población en las dimensiones a las que se han dirigido.

Se les vinculó con la reducción de la pobreza de ingresos que se produjo en Venezuela fundamentalmente entre 2004 y 2008. Pero, en esos años las misiones no transfirieron recursos monetarios significativos a la población por lo que sería difícil asociarlas con aquella reducción. A partir del 2011 ha sido más frecuente que las misiones transfieran recursos monetarios pero ello ha coincidido con un periodo de estancamiento y, luego, de grave expansión de los niveles de pobreza por lo que, nuevamente, no son identificables ni siquiera con un programa compensatorio efectivo frente a los efectos empobrecedores de la paradójica política económica “estadista-rentista” promotora de las importaciones que, con diversos ajustes, han impulsado desde 2003 los gobiernos venezolanos.

Genéricamente el diseño de las misiones ha sido muy improvisado y, de las más de 40 que se han creado, la inmensa mayoría ha desaparecido o muestra -en la actualidad- una existencia precaria. En cualquier caso **las misiones de mayor cobertura han sido Barrio Adentro y Alimentación, destinadas a salud y nutrición**³.

MISIÓN BARRIO ADENTRO: CONTEXTO ACTUAL.

Venezuela atraviesa desde el 2013 por una depresión económica que el Fondo Monetario Internacional (FMI) ha calificado como uno de los más graves colapsos productivos en el mundo durante el último medio siglo⁴. Ello supuso una disminución de alrededor de un 35% del PIB entre 2013 y 2017⁵ proyectándose que para fines del 2018 la riqueza por habitante generada en el país pueda haber disminuido a cerca de la mitad del valor que ella tuvo hace 5 años.

³ Esta síntesis sobre las misiones se basa en especial en Carlos Aponte Blank (2014). La política social durante las gestiones presidenciales de Hugo Chávez (1999-2012). Caracas: CENDES; y, Carlos Aponte Blank (2017) “La política social durante la gestión de Maduro (2013-2016)” en Revista SIC N° 794, Mayo, Caracas: Gumilla, pp.176-180. Sobre las misiones en general tienen también particular interés: Yolanda D’Elía (2006). Las misiones sociales en Venezuela. Caracas: ILDIS; y, Luis Pedro España y otros (2016). Pobreza, cobertura de las misiones y necesidades de protección social para la reforma económica de Venezuela. Harvard Kennedy School-CID.

⁴ <http://www.panorama.com.ve/politicaeconomia/FMI-La-crisis-en-Venezuela-es-una-de-las-mayores-de-la-economia-moderna-20180420-0056.html>

⁵ http://www.el-nacional.com/noticias/economia/venezuela-retrocedio-anos-terminos-crecimiento-economico_

Esa debacle económica se encuentra acompañada por un crecimiento persistente de la pobreza. Entre el 2004 y el 2008 la pobreza (por línea de ingresos) se redujo en el país, significativa pero coyunturalmente, durante la fase de mayor auge de la bonanza petrolera. Pero, desde el 2008 tendió a estancarse hasta el 2013 cuando empezó un importante incremento que evidencian hasta las cifras oficiales⁶ y que, luego, a pesar y ante el silencio de las estadísticas públicas ha sido documentado anualmente, desde 2014 hasta 2017, por investigaciones de prestigiosas universidades venezolanas (como ENCOVI) que muestran un proceso de empobrecimiento severo e intenso que ha producido los mayores niveles de pobreza que se hayan registrado en el país, al menos desde los años 70s, cuando se inició la exploración sistemática de esta variable.

La emergencia humanitaria compleja que afecta a Venezuela plantea muy graves e intensos deterioros de las condiciones de vida de la población, deterioros de origen multi-causal y que se expresan en variedad de planos: económico, social, político e institucional. Entre las razones de esa emergencia cabe un papel decisivo a las políticas públicas desarrolladas por el gobierno. Bastaría apreciar que ningún otro país petrolero muestra el cuadro de afecciones extremas que caracteriza a Venezuela sea porque esas naciones generaron algún grado de ahorro durante la bonanza de inicios de siglo para los commodities, estimularon la inversión y consolidación de sus compañías petroleras y/o fomentaron la diversificación productiva. Alguna o varias de esas alternativas permitieron que esos países sobrellevaran la importante baja coyuntural de los precios petroleros, especialmente en 2015- 2016, y que hayan aprovechado la recuperación del valor de los hidrocarburos desde 2017.

Pero, el modelo “estatista-rentista” e importador venezolano, junto con una ruinoso gestión de la empresa estatal petrolera, bloqueó las posibilidades venezolanas. Gasto público desbordado, financiamiento monetario del déficit fiscal, estímulo cambiario y estatal a las importaciones, controles de precios y derechos de propiedad precarios se combinaron para generar escasez de una gran variedad de bienes y una inflación creciente (que se convierte en hiper-inflación a fines de 2017) todo lo cual se complementó por la crisis de gestión de la empresa petrolera estatal (PDVSA) que se ha traducido en una disminución sustancial de la producción petrolera, especialmente desde el 2017.

Entre las manifestaciones más graves de este contexto nacional en materia de derechos humanos se registran las asociadas con la salud, la nutrición y con la inseguridad personal, siendo que –en este último caso- Venezuela se convirtió en este siglo en la nación sudamericana y en uno de los países del mundo de mayor mortalidad asociada con la violencia delictiva. Salud, nutrición y seguridad personal son campos en los que se encuentra en elevado riesgo la vida de muchos venezolanos y, en primer lugar, de los que se encuentran en pobreza y que tienen otros motivos para ser vulnerables: niños o adultos mayores; personas con discapacidad; pacientes con enfermedades crónicas o de alto costo; distintas minorías expuestas a una acentuada exclusión y discriminación (indígenas, presos, población hospitalizada, etc.); entre otros.

En el marco del empobrecimiento de los sectores populares y medios y de los deterioros en salud, nutrición e inseguridad personal, se ha multiplicado una migración que adquirió características especialmente graves en el marco hiper-inflacionario desde el 2017 y que

⁶ De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE) la pobreza (por ingresos) en Venezuela pasó de 47% de los hogares en 2004 a 28% en 2008 y se mantuvo en ese nivel hasta 2013; para el 2014 y 1er. semestre 2015 ese registro alcanzó 33% de los hogares y, luego, el INE dejó de divulgar la información sobre pobreza según línea de de ingresos www.ine.gov.ve. ENCOVI estima que la pobreza por ingresos se expandió en un 80% (es decir casi se duplicó) entre el 2014 y el 2017 (<https://www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ENCOVI-2017-presentacionC3%B3n-para-difundir-.pdf>)

ha conducido a generar medidas de atención a millares de refugiados venezolanos en Colombia y Brasil, con la asistencia de Oficinas de las Naciones Unidas como ACNUR, PMA y OIM y el apoyo financiero de organismos internacionales como la OEA y la Unión Europea.

El gobierno ha mantenido políticas en el plano social, entre las que destacan las misiones sociales, que ha promovido como su recurso central para afrontar problemas que, en gran medida, son ocasionados por otras políticas que instrumenta el mismo Estado. Aunque no puede atribuirse a los programas sociales la responsabilidad por la situación en materias como la salud o la nutrición sí se puede evidenciar la insuficiencia y la ineffectividad de las medidas y programas gubernamentales para afrontar los efectos de la emergencia humanitaria compleja en los campos señalados.

En este Informe caracterizaremos la Misión Barrio Adentro y sus resultados, con especial referencia a los registros asociados con la salud en Venezuela.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS/TRAYECTORIA: Misión Barrio Adentro

Barrio Adentro se inició en 2003 como un programa destinado a desarrollar la atención preventiva en salud especialmente entre los sectores de menores recursos socio-económicos, lo que se apoyaría fundamentalmente en los Consultorios Populares que empezaron a formarse desde ese año y que se idearon para cubrir cada uno, a unas 1250 personas (250-300 familias), iniciativa que sería identificada como Barrio Adentro 1. Aunque para el 2012 se contabilizaba oficialmente 6.712 de esos consultorios ya se estimaba que sólo la mitad de ellos estaban funcionando; y es que la desactivación de los consultorios de BA se planteó tempranamente (al menos desde 2006) como un problema severo⁷. La ENCOVI 2017 muestra una caída sostenida de los beneficiarios de misiones distintas a Alimentación-CLAP entre 2015 y 2017, por lo que aquella desactivación se habría generalizado; pero –en marcado contraste con ello– según datos oficiales en la actualidad estarían funcionando 13.617 Consultorios de BA⁸.

A pesar de su propósito preventivo inicial en el 2005 la Misión empezó a crear una red en un segundo nivel de atención de medicina especializada y de emergencia identificado como Barrio Adentro 2 que, según lo planificado, serían 600 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), 600 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y 35 Centros de Alta Tecnología (CAT) aunque de acuerdo con los imprecisos datos oficiales, esas unidades podrían ser un número sustancialmente menor⁹.

Lo que se reconoce popularmente como Barrio Adentro son básicamente los nuevos servicios e instalaciones de atención representadas por BA 1 y 2. Hay que resaltar que estos componentes de Barrio Adentro han sido principalmente dirigidos y ejecutados por la Misión Médica de Cuba y (al menos hasta el 2016) por personal médico proveniente de esa nación. Esa misión ha contado con niveles de autonomía acentuados que parecen haber implicado una muy escasa coordinación con el Ministerio de Salud aunque tuviera mecanismos de reporte directo –por tanto con riesgo de baja exhaustividad– con el Presidente de la República de Venezuela¹⁰.

7 Véanse D'Elía-PROVEA y Vanessa Davies, entre otros, en Aponte Blank (2014). Ob. cit. p.173 y ss.

8 www.fmiba.gob.ve (sala situacional). Consulta 30-04-2018.

9 En la reseña histórica del programa que presenta la Fundación Barrio Adentro (consultada el 30-04-2018) se habla de 175 CDI, 183 SRI y 6 CAT, aunque puede ser información desactualizada. En todo caso, los registros de la Misión parecen confundir reiteradamente, metas o anuncios con resultados o avances efectivos.

10 Junto al texto de D'Elía (2006) antes citado, hay otros interesantes análisis sobre la relación entre la Misión médica cubana y las autoridades venezolanas entre los que pueden destacarse los de Jorge Díaz Polanco (2008). Salud y hegemonía en Venezuela. Barrio Adentro, continente afuera. Caracas: CENDES; y, de Luis Fuenmayor Toro (2017) "Las misiones bolivarianas" en Revista venezolana de Análisis de coyuntura, vol. XXII, N° 2, jul.-dic. Caracas: IIES-UCV. pp.51-71.

Una de las estrategias básicas que parece haberse previsto para suplantar gradualmente al personal cubano en esos servicios, fue la formación de millares de Médicos Integrales Comunitarios (MIC) que, por razones que no se han explicitado mayormente, no parecen estar cumpliendo plenamente con ese reemplazo. Sin embargo, en 2017 se informaba que de los 30.000 médicos cubanos que habrían participado en BA quedaban, a inicios de 2017, 1.094 en Venezuela, médicos que –supuestamente- laboraban con más de 14.000 MIC en los servicios de esa misión¹¹. A este respecto hay que advertir que, debido al éxodo masivo de decenas de miles de médicos venezolanos muchos de esos MIC han ingresado como personal médico a la red hospitalaria, evidenciando en gran parte de los casos carencias formativas muy acentuadas para funcionar adecuadamente, de manera independiente, en esos servicios de salud.

En el 2005 también se formó Barrio Adentro 3 destinado en este caso a la modernización de la red hospitalaria del país en materia tecnológica y en remodelación, ampliación y mejora de la infraestructura. Este componente ha sido –genéricamente- un fracaso y el motivo más relevante de denuncias de corrupción masiva en los gastos de los Barrio Adentro y, aunque lo ampliaremos luego, cabe anticipar que la situación hospitalaria nacional actual es extremadamente grave y que ha tendido en los últimos años a un deterioro extremo que pone en riesgo la vida de los pacientes por falta de médicos, de medicinas y otros insumos elementales o hasta por carencia de higiene o fallas de servicios básicos como la electricidad.

Finalmente en 2006, a raíz de la inauguración del Hospital Cardiológico Infantil de Caracas en ese mismo año, se anunció que serían creados otros 15 hospitales altamente especializados en distintas zonas del país, lo que vendría a ser el propósito de Barrio Adentro 4. Ninguno de estos anuncios se ha cumplido y hoy el propio Cardiológico-Infantil pasa por problemas de funcionamiento significativos, a pesar de las preferencias que supone ser el emblema de lo que se propuso con el cuarto componente de BA.

Hay que indicar que con BA 2 empezó (tempranamente) a cambiar el destino original de la Misión y que se perfiló el propósito de convertir a Barrio Adentro en el núcleo de un nuevo sistema de salud que suplantara a la red tradicional, lo que pareció corroborarse con la creación de BA 3 y 4. En definitiva todo ello fortaleció la fragmentación tradicional de la institucionalidad de salud y potenció la ineffectividad e ineficiencia que la venía caracterizando desde los años 80s.

Frente a esa situación se experimentó en la 2ª mitad de los 90s con la descentralización de los servicios que tuvo interesantes resultados en varias regiones venezolanas. A pesar de ello en este siglo XXI se produjo un proceso gradual de re-centralización de los servicios de salud (que habían sido transferidos a gobiernos regionales), re-centralización en la que participa BA, siendo una misión manejada con discrecionalidad centralista ante los gobiernos regionales y locales, por lo que esta expresión re-centralizadora parece resultar también co-responsable del pésimo desempeño del sistema de salud venezolano en los últimos quinquenios.

¹¹ <http://www.vicepresidencia.gob.ve/index.php/2017/04/24/venezuela-se-ubica-como-el-segundo-pais-con-mayor-atencion-en-salud-primaria-en-el-mundo>

RESULTADOS/ INDICADORES DE SALUD ASOCIADOS CON LA MISIÓN

En Venezuela, los registros oficiales –en general- y sobre programas sociales –en particular- presentan muy acentuadas deficiencias y vacíos, no solamente en materia financiera, de desempeño o en la evaluación de impactos de la gestión, sino en asuntos básicos como –en el caso de salud- el número efectivo de instalaciones con las que se cuenta (se confunden a menudo metas, instalaciones construidas y servicios activos) o la estimación de pacientes y la frecuencia de consultas.

Pero, más allá de estas graves limitaciones, hay que advertir que es difícil separar Barrio Adentro del balance global de la salud venezolana por las características que se le ha dado: ser el punto de referencia estelar de la salud preventiva mediante BA1 (sin descartar el papel de la red ambulatoria tradicional) y ser el “canal” de la mejora del resto del sistema de salud mediante BA 2, 3 y 4.

Sin embargo, para fines analíticos puede ser razonable distinguir BA 1 y 2 (más asociables con la atención preventiva, más identificados por la población con la misión y, además, administrados por directivos cubanos) con respecto a BA 3 y 4, centrados en recuperación y ampliación hospitalaria.

En medio de su limitado provecho analítico, el balance oficial de resultados de la misión para 2017 señala que durante ese año BA totalizó 118.834.872 atenciones, resaltando las casi 80 millones de consultas médicas, más de 15 millones de exámenes de laboratorio y casi 11 millones de consultas odontológicas¹². Pero, cabe explorar los resultados de la misión desde otras perspectivas.

Barrio Adentro y la prevención: del estancamiento a una grave regresión.

En Venezuela al menos desde los años ochenta se ha planteado la necesidad de que se le otorgue un valor sustancialmente mayor a la Atención Primaria en Salud (APS), lo que implicaba tradicionalmente en Venezuela la necesidad de fortalecer la red ambulatoria y, desde la creación de Barrio Adentro, especialmente la consolidación de los consultorios populares identificados con BA1¹³. Para explorar los resultados de la acción preventiva en salud, de manera más o menos universal, destaca el análisis a partir de indicadores primordiales como: la razón de mortalidad materna; la tasa de mortalidad infantil y/o de menores de 5 años; y la tasa de embarazo en adolescentes.

12 <http://www.vicepresidencia.gob.ve/index.php/2018/01/08/118-millones-843-mil-872-atenciones-se-realizaron-en-2017-por-el-100-barrio-adentro>

13 Los servicios de apoyo diagnóstico o de recuperación más especializada de BA 2 equivalen numéricamente a un 5% de los servicios de BA 1.

Los servicios de BA 2 han sido un interesante experimento que, sin embargo, se ha visto afectado gradualmente por problemas parecidos a las del sistema de salud en cuanto a insuficiencias de dotación de medicinas y equipos así como en cuanto a servicios de agua y electricidad.

Más allá de los CDI, los aportes de los SRI no pueden subsanar las fallas de los servicios que complementan.

Comenzando por ese último indicador, en lo que va de siglo Venezuela se ha mantenido como uno de los países latinoamericanos con mayor tasa de embarazo en adolescentes y no se han desarrollado estrategias efectivas para afrontar ese problema, que es –además– un factor de muy alto riesgo de pobreza a futuro. La Oficina Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) estiman que Venezuela ha sido, desde 1980-85, el país sudamericano con la más alta tasa de fecundidad adolescente, registrando un valor de 80,9 (nº de nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años) para 2010-2015. Ese registro sitúa a Venezuela con la 4ª tasa más elevada (después de República Dominicana, Nicaragua y Guatemala) en América Latina que, de por sí, es la 2ª región del mundo con mayor tasa de embarazo adolescente luego del África subsahariana¹⁴

En materia de mortalidad infantil (MI), según registros del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) la tasa de MI que era de 25,8 por 1.000 n.v.r. para 1990, alcanzó a 17,7 para el año 2000 y fluctuó levemente para situarse en 17,5 en 2004. Hay un descenso importante entre 2004 y 2006, cuando esa tasa baja hasta 14,2. Podría pensarse que ello es un efecto de la entrada en acción de BA aunque también hay una marcada coincidencia con la fase más intensa de la bonanza petrolera y la mejora de condiciones socioeconómicas que implicó pasajeramente. Y lo que hace pensar en las incidencias –al menos parciales– de factores externos a la acción de la red de salud, como los antes mencionados, es que desde el 2006, existiendo BA, las tasas de MI entran en un sostenido estancamiento, para moverse de acuerdo a los registros oficiales (hasta 2011) y según estimaciones de expertos (basadas en los Boletines Epidemiológicos del Ministerio¹⁵) en valores de entre 14 y 15 por 1.000 n.v.r. entre 2006 y 2015.

Pero, para 2016, ante el silencio oficial, estimaciones de expertos apuntan a una regresión de la tasa de MI a cerca de 19 por 1000 n.v.r., es decir un registro que vuelve a valores de unas 2 décadas atrás¹⁶. Las cifras del Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud entre 2010 y 2016, que exponemos en el Cuadro 1 evidencian el grave aumento (30% más) de las muertes de menores de 1 año en el 2016, lo que probablemente se haya agravado en 2017 y 2018. A este respecto existe una gran variedad de angustiadas y acrecentadas denuncias sobre muertes infantiles evitables (por parte de padres, familiares, organizaciones de la sociedad civil –OSC– o personal de salud) debidas a las múltiples fallas de los servicios y/o por otras diversas razones (propias de una emergencia humanitaria compleja) entre las que destaca la re-expansión de la mortalidad infantil por causas de desnutrición sobre lo que, de modo insistente, alertan desde los servicios pediátricos o desde OSC como Cáritas¹⁷. En definitiva, Venezuela está en un proceso de reversión en materia de MI que parece tender a mantenerse por lo menos durante el 2018 y que contrasta con el panorama de avances, más o menos acentuados, de los otros países de América Latina.

14 OPS, UNICEF y UNFPA (2018). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Washington: OPS-UNICEF-UNFPA, en especial pp.41-42.

15 Estos Boletines, fundamentales para la actividad preventiva en salud, se vienen divulgado irregular y/o muy tardíamente desde hace varios años y, en la última ocasión en que se difundieron, dando a conocer los datos epidemiológicos para 2016, ello incidió en la destitución de la Ministra de Salud. Más allá del nº de muertes, las tasas de MI y la RMM no han sido divulgadas oficialmente por el Estado desde hace un lustro.

16 http://www.el-nacional.com/noticias/crisis-humanitaria/minima-esperanza-vida_85963

17 Véase, entre otros, <https://www.nytimes.com/interactive/2017/12/16/world/americas/venezuela-hambre-desnutricion-crisis-maduro.html>, http://www.el-nacional.com/noticias/crisis-humanitaria/unicef-pide-acciones-ante-alza-desnutricion-por-crisis_220537 y <http://elestimulo.com/climax/los-ninos-que-mueren-de-hambre-en-venezuela>. También es importante identificar más genéricamente los efectos de la malnutrición y desnutrición en el agravamiento de la situación de salud. Al respecto es útil revisar, entre otros, <http://elestimulo.com/blog/la-desnutricion-es-un-elemento-central-en-el-empeoramiento-de-la-crisis-de-salud>.

Por su parte la razón de mortalidad materna (RMM) ha tendido a una desmejora que se acentúa marcadamente en 2016. La RMM se situó, con altibajos, cerca de 60 por 100.000 n.v. entre 1980 y el 2008. Pero, entre 2009-2011, empieza a situarse cerca de 70 por 100.000 n.v. y, luego, deja de divulgarse el registro oficial de este indicador, aunque seguiría cerca de ese valor (68,7) al menos hasta 2013, según lo reportado por la OPS¹⁸. En todo caso, las cifras del Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud entre 2010 y 2016, muestran una preocupante y grave tendencia al alza desde el 2012, con especial intensidad en el 2016 (crecen en 66% el n° de muertes maternas) y sin que se cuente, hasta ahora, con datos para los socialmente muy perjudiciales años 2017 y 2018.

Cuadro 1:
Venezuela. Número total anual de defunciones maternas y de menores de 1 año: 2010-2016.

Año	Defunciones maternas	Defunciones infantiles
2010	346	5954
2011	377	5879
2012	370	7009
2013	406	8273
2014	418	7904
2015	456	8812
2016	756	11466

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud: Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Boletín epidemiológico. Años 2010-2016.

Distintas estimaciones apuntan a que la RMM puede haberse situado en 2016 por encima de las 110 muertes por 100.000 n.v.r. lo que supone un retroceso de unos 60 años ya que supera el valor que tenía este fundamental indicador para 1960 (104). Destaca el Dr. Marino González,

reconocido investigador en políticas públicas y miembro de la Academia Nacional de Medicina, que “la marcha de un sistema de salud se puede conocer por la situación de la mortalidad materna” por lo que tomando en cuenta lo que ocurre con ella en Venezuela, es obvio el muy bajo nivel de desempeño que tiene ese sistema¹⁹.

En fin, los deplorables registros venezolanos en primordiales indicadores de prevención en salud como la tasa de embarazo entre adolescentes, la tasa de mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna evidencian los deficientes resultados que pueden atribuirse a Barrio Adentro en materia de atención primaria en salud, en la que se le asignó el papel estelar. No está de más decir, sin embargo, que parte del problema puede deberse a que, como señalaban D’Elía y Cabezas, con Barrio Adentro el “(...) gobierno ofreció un sistema de APS las 24 horas del día que lograría disminuir el uso de hospitales públicos en un 80%. En realidad la atención abarca 4 horas al día de consulta y cubre básicamente una atención de medicina simplificada que no tiene las condiciones para constituirse en una red completa de atención primaria”²⁰.

Complementariamente, cabe hacer una breve mención a las graves fallas de control de las enfermedades transmisibles, especialmente las llamadas re-emergentes (viejas enfermedades que han resurgido), y de los muy insuficientes planes de vacunación para prevenir muchas de ellas. Aunque en estos casos corresponde una responsabilidad mucho más directa al Ministerio de Salud que a Barrio Adentro, se trata de otra muestra de las severas fallas de la estrategia general de prevención en la que se ha pretendido otorgarle el lugar central a esa misión.

18 OPS (2017). Salud en las Américas 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington: OPS. p. 245.

19 Marino González (2017). “Las dimensiones de la mortalidad materna” en Tal Cual, Caracas. 19-09-2017.

20 Yolanda D’Elía y Luis F. Cabezas (2008). Las misiones sociales en Venezuela. Caracas: ILDIS. p. 11.

En este campo, por solo comentar los casos recientes más relevantes, Venezuela presenta nuevamente unos registros graves, al reaparecer y extenderse el sarampión y la difteria que habían sido erradicados desde hace años, habiéndose ya detectado casos exportados desde Venezuela a otros países latinoamericanos dado el intenso proceso de migración que sufre el país. En el caso de la difteria van casi mil casos confirmados y más de 100 fallecidos por esa causa según reporte de OPS. Este mismo organismo informa que Venezuela encabeza los informes de casos detectados de sarampión en América registrando, hasta mediados de abril de 2018, 279 de un total 385 casos en todo el continente. La malaria ha cobrado una especial extensión siendo que la Organización Mundial de la Salud calcula en más 400.000 los casos en 2017 en Venezuela y estima que el país está presentando el mayor crecimiento de esa enfermedad en el mundo²¹.

Barrio Adentro y la crisis hospitalaria

Ya comentamos que BA 4 es una muestra de la improvisación en la programación de los desarrollos factibles para los diversos servicios hospitalarios especializados. De 16 centros de salud anunciados en 2006 solamente se ha puesto en funcionamiento el Hospital Cardiológico Infantil que hoy atraviesa por problemas de funcionamiento significativos.

En cuanto a BA 3 este proyecto de recuperación de hospitales ha sido el objeto de las más graves denuncias de corrupción que se hayan dirigido hacia a Barrio Adentro como conjunto, relevancia que provocó una inusual participación activa en esos cuestionamientos por parte de diputados oficialistas, entre quienes destacó el

parlamentario Tirso Silva. No son las únicas denuncias que se han hecho puesto que se ha cuestionado la escasa transparencia del Convenio Cuba-Venezuela en diversas materias como, por ej., la abusiva desproporción entre lo que perciben los médicos de Cuba que han prestado servicios en BA y lo que obtiene el Estado cubano por cada médico que trae al país o el cuestionable mecanismo-prácticamente monopólico- de los suministros de medicinas y equipos médicos por parte de Cuba para los servicios de BA, por citar dos casos polémicos²².

Pero el proyecto de recuperación de hospitales (BA 3) resalta en el marco de identificación de irregularidades administrativas por la multiplicación de pagos para completar las mismas obras y por los acentuados retrasos que, en el marco de unas remodelaciones iniciadas al mismo tiempo en gran parte de los hospitales del país, ocasionaron una paralización significativa de distintos servicios –incluyendo en muchos casos las emergencias- durante varios años²³.

Más allá de las denuncias sobre los incumplimientos y corruptelas, la más clamorosa evidencia de lo que ha ocurrido con el proyecto de BA 3 está en la situación hospitalaria de extrema y generalizada gravedad que ha atravesado el país de manera persistente y que se ha complicado aún más acentuadamente en los últimos años.

A este respecto resulta especialmente relevante referir el balance de la Encuesta Nacional de Hospitales 2018²⁴ que cubre 137 centros de salud en el país y que destaca que entre las diversas unidades de servicio médico se

21 <http://contrapunto.com/noticia/venezuela-encabeza-los-casos-de-sarampion-en-america-van-279-segun-la-ops-196994/>;
<http://talcualdigital.com/index.php/2018/04/17/ops-asegura-que-la-difteria-sigue-activa-en-venezuela/>;
<http://www.eluniversal.com/venezuela/7094/oms-venezuela-registra-mayor-incremento-casos-malaria-mundo>;
<http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/venezuela-registra-medio-millon-casos-paludismo-ano>

22 Más detalles en Díaz Polanco (2008) y Fuenmayor Toro (2017), antes citados, y en los Informes anuales de PROVEA sobre Situación de los derechos humanos en Venezuela (en www.derechos.org.ve).

23 Como evidencia PROVEA en varios de sus Informes entre los que destaca el de 2010-2011, pp.168-170.

24 ENH 2018 en https://public.tableau.com/profile/julioacstrom#!/vizhome/enh_2018/Story1?publish=yes

detectan problemas generalizados de funcionamiento. Emergencias: 22% están inactivas; 71% tiene fallas intermitentes; y sólo 7% opera adecuadamente. Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI) pediátrico: 9% no funciona; 83% muestra fallas intermitentes y 8% funciona regularmente. UTI de adultos: 15%; 79% y 6%. Pabellones: 15%; 76%; y 9%, respectivamente. En campos más específicos la Encuesta reporta que:

- Quirófanos: 53% presenta fallas. Han tenido que suspenderse muchas de las cirugías electivas para centrarse en las de los pacientes que ingresan por emergencia, extendiéndose las ya largas listas de espera para operaciones.
- Insumos hospitalarios: 88% de los centros de salud reportan fallas de medicamentos; 84% de fallas de catéteres y sondas; y, 79% registra escasez de material médico quirúrgico. Aunque muchos pacientes y sus familiares intentan adquirir esos insumos hay problemas de escasez generalizada de algunos de ellos en el país lo que (junto con el empobrecimiento generalizado de la población) pone muy frecuentemente en riesgo la vida de los pacientes.
- 100% de los laboratorios presenta déficits en áreas importantes, como la falta de reactivos que impide regularmente la realización de una variedad de exámenes. También presentan fallas: 94% de los servicios de rayos x; 97% de los de tomografía; y 84% de los de ecosonograma.
- 96% de los centros tienen fallas en el servicio nutricional y en la mayoría de los hospitales la comida que reciben los pacientes es poco adecuada; 66% de los servicios pediátricos no cuentan con fórmulas lácteas para los recién nacidos.
- En cuanto a servicios básicos: 79% de los centros tiene fallas en servicio de agua, lo que no solamente ha generado problemas de higiene para el funcionamiento de los centros sino que en fecha reciente ha complicado los tratamientos de diversos pacientes al no poder cumplirse las diálisis renales, por solo citar un ejemplo.

La información que ha obtenido la Encuesta Nacional de Hospitales (promovida por la ONG Médicos por la Salud y, auspiciada más recientemente por la Asamblea Nacional de Venezuela) desde hace 5 años muestra un empeoramiento de la situación de esos centros de salud desde el 2014 hasta el 2017, en todos los indicadores que estudia.

A modo de balance final, puede decirse que según lo planteado el Ministerio del Poder Popular para la Salud en su Memoria y Cuenta del 2011 la gestión de salud se propuso, al menos, desde el 2005-06 “impulsar y consolidar la nueva institucionalidad del Sistema público nacional de salud basado en Barrio Adentro como su eje articulador” (p. 13). En la realidad, la desintegrada e inefectiva institucionalidad que se ha formado muestra, especialmente hoy, una reversión dramática del derecho a la salud en el país, marcada por la abierta crisis de la atención preventiva y curativa en medio de las más diversas manifestaciones de deterioro: el éxodo masivo de personal de salud (médicos, enfermeras, bio-analistas, etc.); las dramáticas situaciones y padecimientos de las personas con enfermedades crónicas o de alto costo; la escasez generalizada y persistente de medicinas; el descenso de los recursos financieros en términos reales (por habitante) para lo social y para la salud, en el marco de la extrema improvisación fiscal del país durante la fase de bonanza petrolera; y, en síntesis, el agravamiento extremo de muchos de los indicadores básicos de salud, todo lo cual conforma una situación de emergencia humanitaria que reclama una urgente y abierta disposición a la cooperación de los actores nacionales e internacionales, empezando por el gobierno venezolano, a fin de atender a las demandas de la población venezolana en defensa de su derecho a la salud y a la vida.



@NoMasGuiso



NoMasGuiso
#ObservatorioMisiones



TransparenciaVe



facebook.com/Transparenciatv

Tu app para denuncias

