

Análisis de la situación general de salud y la epidemia de COVID-19 en Venezuela durante el año 2020

Drs. Alejandro Rísquez¹, Mariano Fernández²

RESUMEN

Introducción: La salud pública es el resultado del esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente de las instituciones públicas y las políticas de salud y de su gestión. Parte de sus funciones esenciales es la vigilancia permanente de la salud pública. El objeto del estudio es el diagnóstico de la situación general de salud pública y la epidemia de COVID-19 en Venezuela durante el año 2020. **Métodos:** Se trata de un estudio de revisión, basado en información de fuentes documentales nacionales e internacionales sobre la situación de salud de la población venezolana y la epidemia de COVID-19 para el mes de septiembre de 2020. Se seleccionan los determinantes e indicadores de impacto de la salud más resaltantes y de monitoreo por los organismos responsables de la salud pública y de sectores afines. **Resultados:** Los indicadores de impacto se han deteriorado con pérdida de 3 años en la esperanza de vida durante el último quinquenio, aumento de la mortalidad materna en más de 70 puntos durante los últimos 5 años y la mortalidad infantil menores de 5 años pasó de 16 x 1 000 nacidos vivos en 2012 a 24 x 1 000 nacidos vivos en 2016. Los determinantes sociales y ambientales en franco deterioro con aumento de la pobreza a más del 95 % de la población, la prevalencia de la desnutrición crónica

pasa el 30 %, el salario mínimo no alcanza 1 dólar americano diario, la educación ha perdido cobertura y los programas preventivos como la vacunación no llegan a evitar las enfermedades inmuno-prevenibles controladas como difteria y sarampión. La epidemia de COVID-19 ha empobrecido más la población y empeorado los programas de prevención de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles. La violencia dentro de las principales causas de muerte general en Venezuela y la primera causa de muerte en adolescentes y jóvenes adultos. **Conclusiones:** El diagnóstico general de salud de Venezuela para 2020, muestra un deterioro grave de los determinantes y los indicadores de impacto, que frente a la epidemia de COVID-19 en curso se han deteriorado a extremos no cuantificados hasta el momento con muestras de violación a los derechos humanos a la salud y la dignidad de las personas. La epidemia de COVID-19 ha afectado negativamente las coberturas de los programas preventivos y de control médico. Venezuela requiere urgente ayuda humanitaria internacional puesto que ha sido sobrepasada en sus capacidades para enfrentar la epidemia que profundiza la severa “emergencia humanitaria compleja”; reconocida y declarada por la ONU desde 2019.

Palabras clave: Diagnóstico de salud, Venezuela, COVID-19, determinantes sociales, morbi-mortalidad.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2020.128.s1.4>

¹Médico Pediatra y Epidemiólogo. Profesor Titular, Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Cátedra de Salud Pública, Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, Universidad Central de Medicina.

²Médico Epidemiólogo, Doctor en Educación. Profesor Titular, Coordinador de Investigación, Facultad de Medicina, Universidad Central de Medicina.

Alejandro Rísquez E-mail: risqueza@gmail.com; Mariano Fernández E-mail: mferna@gmail.com

SUMMARY

Introduction: Public health is the result of the organized efforts of society mainly of public institutions and health policies as well as their management. Part of its essential functions is ongoing monitoring of public health. The purpose of the study is the diagnosis of the overall public health situation and the COVID-19 epidemic in Venezuela during 2020. **Methods:** This

is a review study, based on information from national and international documentary sources on the health situation of the Venezuelan population and the COVID-19 epidemic by September 2020. The most important determinants and indicators of health impact and monitoring by public health agencies and related sectors are selected. Results: Impact indicators have deteriorated with 3-year loss in life expectancy during the last five years, increased maternal mortality by more than 70 points over the past 5 years, and infant mortality under 5 years went from 16 x 1 000 live births in 2012 to 24 x 1 000 live births in 2016. The social and environmental determinants in deep deterioration with increased poverty to more than 95 % of the population, the prevalence of chronic malnutrition passes 30 %, the minimum wage does not reach 1 US dollar a day, education has lost coverage and preventive programs such as vaccination do not prevent controlled immuno-preventable diseases such as diphtheria and measles. The COVID-19 epidemic has impoverished the population and worsened programmes to prevent communicable and noncommunicable diseases. Violence among the main causes of general death in Venezuela and the first cause of death in adolescents and young adults. The COVID-19 epidemic has negatively affected coverage of preventive and medical control programs. Conclusions: Venezuela's general health diagnosis for 2020 shows a serious deterioration in determinants and impact indicators, which in the face of the ongoing COVID-19 epidemic have deteriorated to not quantified extremes so far with samples of violation of human rights to health and dignity. The COVID-19 epidemic has worsened programmes to prevent sanitary and medical programs. Venezuela urgently requires international humanitarian aid as it has been outweighed in its capacities to deal with the epidemic that deepens the severe "complex humanitarian emergency"; declared by the UN since 2019.

Key words: Health diagnosis, Venezuela, COVID-19, social determinants, morbidity-mortality

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de la situación global de salud pública de un país ha sido tradicionalmente una tarea asignada al equipo de epidemiólogos como instrumentos de la inteligencia en salud pública. El objeto de un análisis de situación de salud pública del país tiene como ámbitos fundamentales: a) conocer el estado de la salud, identificar, analizar e interpretar los principales problemas que afectan a la población, y b) identificar los

factores condicionantes o determinantes de la salud poblacional y su influencia en el mismo espacio y tiempo dado (1).

Por una parte, la salud pública es definida por la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), como objeto social, práctica social y que va más allá del estado como responsable principal, fue consagrada en una publicación sobre el tema en el año 2002, en reunión pautada para la discusión de la definición consensuada y las funciones esenciales de la salud pública, cerró con la siguiente concepto comprehensivo: “La Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo” (2).

Para poder realizar el diagnóstico global de salud pública, son necesarios el monitoreo y el análisis de la situación de salud de la población, el diagnóstico es una función esencial para el mejor desempeño de las prácticas de la salud pública. Además, la función tiene otros componentes, como lo son: monitoreo de la tendencia y actualización del estado de salud, y de sus determinantes con identificación de las desigualdades, los grupos vulnerables, los daños y el acceso a los servicios sanitarios; la identificación de las necesidades de la población, los riesgos y las demandas por servicios; manejo de las estadísticas vitales, la generación de información para valorar y evaluar los servicios de salud; el trabajo intersectorial para la promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida; y el desarrollo de nuevas tecnologías para la comunicación y por último, la provisión y evaluación de la información y de los datos de salud pública (3).

Con miras a la identificación, análisis e interpretación de los problemas de salud pública poblacional y sus determinantes, la salud pública como rama del saber, se sostiene en principios y prácticas y una amplia gama de métodos científicos y de disciplinas afines e integrales. Entre las más relevantes por su peso en el diagnóstico de salud se encuentran: la demografía, las ciencias sociales y las ciencias biomédicas así como de las artes y humanidades vinculadas con educación sanitaria, administración y gestión sanitaria, de la política y legislación entrelazada

al marco de la biojurídica y la bioética (4).

La igualdad y la equidad son principios básicos de la salud pública como acción del estado que dan impulso a la Epidemiología Social, un enfoque disciplinario que ancla el sistema socio-económico y otros aspectos sociales como fundamento principal de la salud humana. El nivel socio-económico de los individuos y de las colectividades constituidos por sus bienes (renta, activos e ingreso), su ocupación (profesión u oficio que le brinda el sustento) y la educación conforman los elementos más importantes y sustantivos de los determinantes de la salud y del modelo de salud pública con orientación social en la búsqueda y explicación de las desigualdades en los niveles de salud dentro de los grupos sociales (5). Y las nuevas orientaciones y concepciones de los determinantes para buscar “la causa de las causas” en lo multifactorial como son los factores socio-económicos y las condiciones de vida en educación, alimentación, seguridad y el conjunto integrado en el continuum salud-enfermedad colectiva (6,7).

La evolución de los modelos para la orientación de la salud pública en nuestro país ha sido dinámica en los últimos 100 años: el modelo de la doctrina sanitaria orientó la fundación, estructura y ámbitos de acción del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en los años 1930, con una fuerte acción sobre la higiene del ambiente y lo social (8). Seguido luego por modelos con cargas en los modelos biomédicos y la tendencia a invertir más los presupuestos en la estructura hospitalaria que sobre la promoción y prevención de la salud, denominados críticamente como “medicalistas” (9,10).

Por último y más difundido, el modelo de los Determinantes de la Salud (DS) auspiciado por la OPS/OMS (Figura 1), donde las dimensiones y factores múltiples que influyen directamente sobre el estado de salud de la población son estructurales, intermedios y proximales al individuo y la familia, según el modelo propuestos por Dahlgren y Whitehead, en 1991, y modificado por la OPS (11).

La Figura 1 muestra los DS de la salud en forma de capas concéntricas como un arcoiris en el horizonte, los determinantes clasificados en proximales y distales a los individuos, las familias y las poblaciones de acuerdo a su cercanía

al círculo central del arco, que lo conforma el individuo o la población a estudiar, componente proximal representado por las características genéticas y de la biología humana inherentes, representa la descripción de los individuos o de la población como un solo órgano (edad, sexo, etnia, y otros factores constitucionales y genéticos). El siguiente nivel superior correspondiente es denominado “estilo de vida o social” y nos configura la conducta social, hábitos, costumbres y comportamiento del individuo o el grupo. Seguido, se encuentran aquellos determinantes proximales que moldeados dentro de un contexto familiar y comunitario por y con un patrón y un modo de vida sociales representados por las redes sociales y comunitarias; amigos, allegados, familiares y asociados y los vecinos, los consejos comunales y asociaciones de vecinos, los condominios y las juntas vecinales, las asociaciones laborales, religiosas, culturales, y los clubes civiles, los gremios, sindicatos y afines que se relacionan e interactúan directamente con el individuo o grupo (12).



Figura 1. Principales determinantes de la salud.

Los determinantes sociales y ambientales comprenden y corresponden al siguiente arco concéntrico, denominados determinantes intermedios sujetos a competencias de los gobiernos municipales, estatales y nacional como son la educación, las condiciones y los medios de vida, el trabajo, los servicios públicos básicos: agua,

electricidad, saneamiento ambiental, telefonía, conectividad a internet, vías de comunicación, vivienda y dentro de este determinante intermedio se encuentra la atención de la salud y médica. Esto nos permite visualizar con claridad, que el sector salud constituido por el sistema de salud y de atención médica, solo forma parte de un arco de los determinantes intermedios de la salud, y que a pesar de su importancia, muestra que es un componente más dentro de los determinantes de la salud individual y colectiva. La capa más externa del arco son los determinantes distales de salud comunitaria, estos son amplios y con carácter supranacionales o nacionales que envuelven y demarcan condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales intermedias, por regla general, las globales fuera del comando de los países y alcanza fuerzas supranacionales en lo político, económico, social y ambiental (12).

La llegada de la pandemia de COVID-19 (Enfermedad por Coronavirus por sus siglas en inglés) declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) pandemia en el mes de marzo de 2020, el mundo y en particular en los países de ingreso medios y bajos, se han afectado y agravado las condiciones socio-económicas de las poblaciones, no solo directamente por los efectos sobre la morbilidad y la mortalidad del virus SARS CoV-2, sino indirectamente, por las consecuencias de las medidas de contención y mitigación sociales y de salud pública implementadas a escala global y sobre los programas de salud preventiva y curativa de los sistemas de salud pública y de bienestar social (13).

El objeto de la siguiente revisión es hacer un análisis de la situación de salud y la epidemia de COVID-19 en Venezuela durante este año 2020, haciendo énfasis en el comportamiento de los determinantes sociales y ambientales, y los indicadores de salud de impacto más relevantes.

MÉTODOS

Se trata de un estudio de revisión, basado en información de fuentes documentales sobre la situación de salud de la población venezolana y la epidemia de COVID-19, para el mes de septiembre de 2020.

Se utilizaron como fuentes de información principales: los Informes oficiales nacionales e internacionales publicados y disponibles en línea. Los anuarios y boletines epidemiológicos del Ministerio del Poder Popular para la Salud, los documentos e informes técnicos y publicaciones de la organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, de la UNICEF (Fondo Mundial para ayuda a la infancia), del Banco Mundial, otros organismos de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización de Estados Americanos (OEA), del Centro para el Control de la Enfermedades de EE.UU (CDC), Ministerios del Gobierno Bolivariano de Venezuela, Sociedades Científicas, la Academia Nacional de Medicina y otras academias, y las universidades.

Se analizó y discutió la información y datos seleccionados por su relevancia, de manera global y macro-cualitativa siguiendo el orden de fuera hacia dentro de la versión esquemática de los Determinantes de la Salud (Figura 1). A continuación, se analizaron los indicadores más comunes para la medición del impacto en el estado de salud de la población y los objetivos del desarrollo sustentable de acuerdo con la Organización de Naciones Unidas y se realizará su comparación con las metas propuestas.

Los datos demográficos se obtuvieron de los registros disponibles del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), las producidas por la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2019-2020 y de las Naciones Unidas. Se valoran los indicadores y las poblaciones de programas sanitarios claves: la morbimortalidad de la infancia y los adolescentes, grupos indígenas, estado nutricional, las enfermedades prevenibles por vacunas, las enfermedades transmitidas por vectores y las infecciones por VIH/Sida. Además, los determinantes de la salud del estado económico, indicadores de pobreza, niveles de educación, saneamiento ambiental, alimentación y seguridad con sus tendencias cronológicas.

Limitaciones: Dentro de las limitantes del análisis de la situación país de Venezuela, se encontró la falta de información oportuna desde la fuente oficial del Ministerio del Poder Popular para la Salud, puesto que los informes y boletines anuales y semanales tienen varios años sin ser publicados. El último Anuario de Mortalidad

publicado es del año 2014, el último Anuario de Morbilidad del año 2013, el último Boletín Epidemiológico Semanal es la semana 52 del año 2016. El último Censo nacional fue en el año 2011. No contamos con publicaciones sobre la actividad y gestión médica en los establecimientos de atención médica. Tampoco se dispone de las estadísticas sobre otros indicadores de saneamiento ambiental, lucha contra los vectores, enfermedades infecciosas inmuno-prevenibles ni de otros programas preventivos y de control médico de las enfermedades no transmisibles. No se encuentran disponibles las Memorias y Cuenta del MPPS desde el año 2015.

DESARROLLO DE LOS RESULTADOS

La información y los datos son los disponibles como ya se puntualizó, en cuanto a los indicadores se tomaron los de más reciente publicación en las fuentes consultadas, se seleccionaron también, los determinantes sociales más resaltantes que difunden las referencias más confiables y actualizadas conseguidas.

DETERMINANTES SOCIALES Y AMBIENTALES

Se presentan los determinantes (todos los factores físicos, biológicos, sociales, culturales y de comportamiento que influyen sobre la salud colectiva) en orden centrípeto, seleccionando las más relevantes y mencionadas en la revisión temporal, y dentro del modelo de determinantes de la salud de la OMS.

Emergencia y crisis humanitaria

Reporta el Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA), ONG dedicada a la protección de los derechos humanos, en 2017 que la emergencia humanitaria compleja que vive Venezuela desde el año 2014, es de múltiples causas de carácter económico, social y político, que por este último carácter político la diferencia de otras emergencias humanitarias debidas a desencadenantes como los desastres naturales o los conflictos armados y guerras civiles. Las emergencias humanitarias complejas

cuando duran varios años son omnipresentes en todos los órdenes del estado, con un efecto destructivo y desestructurador, que demanda y requiere de ayuda internacional para retornar a la reorganización y estabilización del estado (14).

Venezuela se halla sumida en una crisis humanitaria compleja multidimensional que afecta e impacta muy negativamente al sector salud con graves fallas en su funcionamiento, estructura y gestión. “situación de emergencia en la que se provee una masiva ayuda a una población en un grado superior al habitual y que si no se provee con suficiencia, eficacia y diligencia desemboca en un grave deterioro de indicadores de salud (mortalidad-morbilidad) en la población que vive en una determinada zona geográfica” (15).

Sin embargo, las deficiencias marcadas en todos los sectores relacionados con los determinantes sociales han fracasado, el sector producción con una economía en hiperinflación y sueldos menores a 1 dólar diario, el PIB ha descendido a niveles de 1940, el sector educativo con fallas en su cantidad y calidad de la educación, más adelante se muestran indicadores del área, el sector petrolero con disminución de la producción nacional y desplome de los precios internacionales del barril petrolero. Los servicios básicos con deficiencias y fallas estructurales en plantas de tratamiento y suministros e insumos para la potabilización del agua, con más de 9 millones de venezolanos que reciben agua potable de manera intermitente, sin horario ni periodicidad establecida, se ha hecho dependiente del transporte por cisternas para abastecer las zonas populares y las urbanizaciones por problemas de la redistribución del líquido y falla en la fuentes de energía para mantener las bombas propulsoras en funcionamiento. El servicio eléctrico ha sufrido graves fallas del servicio, “apagones” nacionales y regionales desde el año 2016 de manera frecuente, con suministro interrumpido de la corriente eléctrica en amplias zonas del territorio nacional. El gas de bombonas, usado en las poblaciones rurales, indígenas y los grandes centros y barriadas populares de las ciudades ha sufrido crónico desabastecimiento (16-18).

La población venezolana ha sido sometida a deficiencias y fallas completas de servicios

básicos para mantener las condiciones mínimas de vida saludable, así es como lo describe la Dra. Marianella Herrera en su publicación, “Venezuela atraviesa una emergencia humanitaria compleja..., la cual es el resultado de una combinación de inestabilidad política, conflictos y violencia, desigualdades sociales y una pobreza subyacente...” y continúa más adelante “... Esta situación compromete el bienestar de la población sobre todo de los niños y niñas, mujeres embarazadas, las personas de tercera edad, con condiciones crónicas de salud y las reclusas o en zonas de difícil acceso geográfico acarreando un acelerado deterioro nutricional de la población, grave escasez de medicamentos e insumos médicos y dificultad de obtener atención médica esencial” (19).

Con motivo de la pandemia por el COVID-19, el pasado mayo de 2020, el Consejo de Seguridad de la ONU en sesión dedicó parte de su discusión y debate sobre la profundización de la crisis humanitaria en Venezuela, y la Unión Europea entre otros “...teme que la pandemia ponga en mayor riesgo a los ciudadanos venezolanos con un impacto humanitario devastador, considerando la crisis social, económica, política y de salud que atraviesa el país caribeño”. Además, apoyaron el llamado del Secretario General de la ONU, Antonio Guterres, a trabajar para que se provea asistencia humanitaria por parte del órgano, la Cruz Roja Internacional y por ONG nacionales e internacionales” (20).

Condiciones socio-económicas, culturales y ambientales

Según las cifras más recientes de la Encuesta sobre condiciones de vida del venezolano 2019-2020, tenemos una caída del 70 % del producto interno bruto desde la fecha de inicio abrupto de la caída del precio del petróleo en el 2013, hasta diciembre de 2019, la inflación en bolívares, con una moneda con capacidad adquisitiva muy disminuida, se devaluó hasta llegar a 3,365 % (21).

El venezolano con un ingreso diario promedio de 0,72 dólares americanos para diciembre de 2019, así, la pobreza pasó de 29 % en el año 2012 a 96,2 % en el año 2019, y la pobreza extrema, aquellos venezolanos que no tienen forma de cubrir la canasta de alimentos pasó de 8,3 % en

el año 2012 a 79,3 % el año 2019 (21).

En su resumen ejecutivo la ENCOVI nos señala que la educación en cuanto a su cobertura tocó su límite máximo para los años 2014 y 2015 con un descenso en todos los niveles de la educación (21).

La educación preescolar se mantuvo estable hasta 2019 con un promedio de 68 %-70 % de cobertura, en situación similar se mantienen las cifras de educación escolar que descienden levemente a 97 %. Mientras que la educación secundaria de los niños de 12 a 17 años de edad, las cifras han caído desde 89 % a 85 % en los últimos 3 años, y la educación superior cayó de manera muy significativa del 48 % de cobertura universitaria a 25 %. Entre las razones más frecuentes encontradas para la deserción y ausentismo escolar y universitario se hallaron las siguientes: Los escolares dejan de asistir a clases por no querer estudiar o no considerarlo importante, hasta en un 35 % en estudiantes de bachillerato con predominio de los varones, seguido de necesidad de trabajo con un 7 % a predominio de los varones en secundaria, costo de los útiles escolares en secundaria con falla del 7 %; embarazo u obligaciones en el hogar 8 % en la edad secundaria con predominio de las mujeres; mientras que entre 2 y 3 % manifestaron que no acuden a continuar sus estudios de bachillerato por deficiencias y fallas en el transporte es decir al acceso y por enfermedad. Las diferencias por sexo son más acentuadas en ir a trabajar los hombres y embarazo u obligaciones en el hogar las mujeres (21).

La pérdida del empleo o de los ingresos durante el último año previo a la epidemia de COVID-19 en marzo de 2020, fue muy elevado, las familias con estructuras familiares y dependientes mayores de 65 años o niños menores de 13 años llegan a cifras de 34 % y 40 %, algunas familias sin dependientes alcanzan un nivel del 50 % de falta de ingresos o empleo. Las cajas CLAP benefician a un promedio de 1,1 millones de familias, sin embargo, porcentajes de pobres extremos no reciben la caja y algunos no pobres, sí. Un porcentaje importante del 46 % no tiene periodicidad definida en la entrega de la caja CLAP, 15 % refiere cada 2 meses y el 39 % al menos una entrega mensual (21).

Alimentación y nutrición

ENCOVI nos comunica que en Venezuela para el año 2019, el estado de desnutrición de los niños menores de 5 años en Talla-Edad es de 30,3 %, siendo el país de América Latina con las peores cifras de desnutrición seguida de Haití 22 % para el año 2012 y vs. Colombia país frontera 12,7 % el año 2016. 639 000 niños menores de 5 años están en desnutrición crónica (17). Según el Reporte del Estado de alimentación y nutrición del 2020, de organismos internacionales como la FAO, UNICEF, IFAD de la ONU, Venezuela en el trienio 2004-2006 se reporta 8,5 % mientras que en los últimos años 2017-2019 se reportó 31,4 % de la población total desnutrida (22).

El Reporte de la Fundación Bengoa en diciembre de 2018, ya muestra que la emergencia humanitaria compleja desde el año 2015, compromete severamente el derecho a la alimentación de toda la población venezolana, conduciendo a hambre y desnutrición en especial de las poblaciones más vulnerables y los niños y adultos mayores (23).

Saneamiento ambiental y agua para uso y consumo humano

En evaluación de la cobertura de saneamiento seguro en el mundo de acuerdo a una evaluación de la OMS en 2017 que incluye el saneamiento de aguas residuales y del agua potable, de las regiones evaluadas tanto Latinoamérica como África tienen los menores porcentajes de cobertura, Venezuela presenta 24 % de cobertura la cual está posicionada entre las más bajas de la región (24).

Ayuda humanitaria y migración venezolana.

Una buena parte de la ayuda internacional ha sido consecuencia de la emergencia humanitaria que ha sido declarada por la situación de Venezuela en el mundo; los migrantes y la situación interna ha requerido mucha ayuda para poder paliar la situación. En general las emergencias humanitarias resultan en: migración y desplazamiento de numerosos grupos humanos o masas, hay reubicación transitoria en diferentes locaciones; ocurren aglomeraciones y

hacinamiento; se genera degradación económica y ambiental; hay falta de agua para el uso y consumo humano; condiciones insalubres y poca sanidad y deficiente manejo de basuras y residuos; empobrecimiento general; ausencia de refugios o viviendas dignas; fallas en alimentación y consecuente malnutrición por déficit; y pobre acceso a los servicios de salud (25).

La Organización internacional para las Migraciones (OIM) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) tienen una plataforma Web de ayuda y coordinación a los migrantes y refugiados venezolanos (R4V). Según R4V, en mayo a inicios de la epidemia de COVID-19, emitieron el siguiente informe sobre Venezuela, los migrantes se estiman en 5,1 millones por todo el mundo, de los cuales 4,3 están localizados en Latinoamérica, desde México hasta Argentina incluidas las islas del Caribe, los países que más tiene migrantes son Colombia 1,8 millones entre refugiados y migrantes, más de 1 millón en situación irregular, sin documentación que le permita acceso a los derechos y servicios básicos de saneamiento, nutrición, y servicios de salud. Tienen más de 150 organizaciones trabajando en 17 países del continente, con programas de educación, salud y atención médica, transporte, protección personal, otros recursos, nutrición, refugio y saneamiento e higiene. Con la llegada de COVID-19 se incorporan programas especiales con solicitud de mayor financiamiento para la atención de los migrantes y refugiados en asuntos médicos. El financiamiento solicitado es de 1,4 billones de dólares y hasta el momento se han recolectado (26).

INDICADORES DE SALUD

Para este fin se consideraron los indicadores más usados y parte de los parámetros de medición de los objetivos del desarrollo sustentable de las Naciones Unidas, se seleccionaron los más relevantes y destacados para el período de estudio.

Esperanza de vida y cambios demográficos. Migración

El INE según los datos arrojados por el Censo

2011, proyectan que la población venezolana tiene una expectativa de vida para el año 2020 de 75,9 años de edad, para las mujeres es de 78,9 y para los hombres de 72,9, sin embargo, los cálculos hechos por ENCOVI 2019-2020 concluye que quienes han nacido en el período 2015-2020 vivirán 3,7 años menos a lo pronosticado según las proyecciones oficiales. La Figura 2 muestra las gráficas elaboradas por ENCOVI (21), denominadas una nueva demografía, donde se visualizan claramente el impacto del saldo demográfico negativo que ha experimentado Venezuela al comparar las estimaciones de la población por frecuencias con los grupos de edad entre las proyecciones del INE y las proyecciones de las Naciones Unidas, y sobre la pirámide poblacional se muestra como deforma la figura con mayor impacto en los grupos migrantes.

Las Naciones Unidas en sus proyecciones y estadísticas demográficas para Venezuela (27) entregan los siguientes indicadores para los siguientes períodos:

Para el año 2020 la población se estima en 28 436 000, con una mediana de edad de 29,6 años, con un porcentaje de población menor de 15 años de 27,3 %, de 25 a 64 años 48,6 % y de 65 años y más 8 %.

La tasa anual de cambio poblacional del período 2010-2015 1,1 mientras que 2015-2020 -1,1, en negativo. La tasa de mortalidad 2015-2020 7 x 1 000 habitantes y la tasa de natalidad 18 x 1 000 hab. con una tasa de fecundidad de 2,28 niños por mujer. En relación con las proyecciones de la esperanza de vida para el período 2010-2015 es de 73,1 años, con un descenso para el período de 2015-2020 en 72,1 años, la reducción es de 1 año de vida para el período estimado. Como se puede observar en la Figura 3, un descenso de la curva de crecimiento durante los años 2016-2020 para en la proyección de los siguientes años un crecimiento positivo.

La mortalidad general

Las principales muertes en los países de ingreso mediano alto en el año 2016 según reportes de la OMS son muy similares a los de Venezuela en el año 2014, dentro de las principales causas la mayoría son enfermedades no transmisibles y los accidentes de tránsito, con franca diferencia en cuanto a las muertes por homicidios y suicidios presentes en Venezuela dentro de las primeras causas de mortalidad general desde inicios de año 2000 (28).



Figura 2. Estimación poblacional y pirámide poblacional por edad y sexo, según ENCOVI, Venezuela. 2020. Fuentes: 2020 INE: Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones demográficas y proyecciones de población basadas en el censo 2011; 2020 NU: United Nations. World Population Prospects 2019.

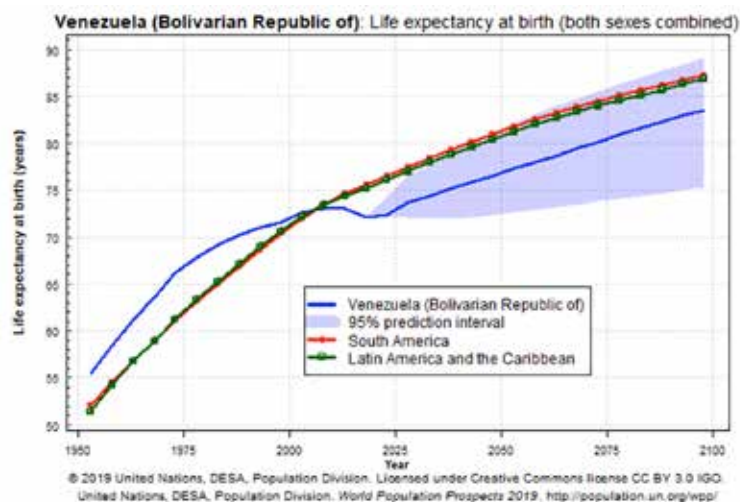


Figura 3. Proyecciones de expectativa de vida al nacer para ambos sexo, Venezuela, 1950 - 2100. 2019.

Al analizar las 10 principales causas de muerte en Venezuela para el año 2014 (Cuadro 1), último anuario disponible, se puede observar que representan el 75 % del total, y las 4 primeras muertes son cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades cerebrovasculares todas enfermedades no transmisibles (ENT), seguidas de las causas externas que son las agresiones

(homicidios y suicidios) y los accidentes de todo tipo (los accidentes de tránsito son la mayoría), y seguidos en las posiciones 6 las afecciones perinatales, la 8 enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, la posición 10 por enfermedades del hígado, todas ellas también ENT, para tener solamente la posición 9 con Influenza y Neumonías, enfermedades

Cuadro 1

Principales causas de muerte en Venezuela, 2014

#	CAUSA DE MUERTE	Muertes	%
1	Enfermedades del corazón (I05-I09, I11, I13, I21, I51)	34 672	21,4
2	Cáncer (C00-C97)	24 199	14,9
3	Diabetes (E10-E14)	13 422	8,3
4	Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	11 926	7,4
5	Suicidios y homicidios (X60-Y09)	9 818	6,1
6	Accidente de todo tipo (V01-X59)	9 209	5,7
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00.P96)	5 605	3,5
8	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	4 901	3,0
9	Influenza y neumonía (J09-J18)	4 779	2,9
10	Enfermedades del hígado (K70-K77)	3 456	2,1
	Total 10 principales	121 987	75,2
	Otras causas	30 439	18,8
	Causas de mortalidad mal definidas desconocidas o sin diagnóstico médico tratante (R95-R99)	617	0,4
	Resto de muertes violentas (Y10-Y34, Y35-Y36)	9 082	5,6
	Total de muertes	162 125	100,0

Fuente: Anuario de Mortalidad 2014 del MPPS.

transmisibles. Según los campos de salud del modelo Lalonde (29) podemos también asociar las principales causas de muerte a los estilos de vida en buena parte de los factores de riesgo más frecuentes: cigarrillo, sedentarismo, alimentación desbalanceada e hipercalórica, estrés seguidos del ambiente social (violencia y delincuencia, embarazos en adolescentes), acceso a los servicios sanitarios (bajas consultas preventivas, vacunaciones, control de ENT y la biología humana).

Un dato dentro de la mortalidad general que resalta son las muertes codificadas como “Resto de muertes violentas”, las cuales son en su gran mayoría muertes por agresiones tipo homicidios (90 % se estima), explicado por el Dr. Avilán Rovira desde 2002, lo que aumenta de manera sustancial las muertes por Suicidios y Homicidios al sumar resultan 18 900 muertes, entonces la posición pasaría a la tercera casilla con un porcentaje 11,7 %. La violencia por agresiones interpersonales y las cometidas por los órganos de seguridad del estado han aumentado de manera muy significativa en los últimos 20 años, afectando sobre todo a los más jóvenes varones (30).

Para el Observatorio Venezolano de Violencia (OVV) en sus análisis anuales encuentran que las alteraciones de la composición de la población por grupos de edad y sexo, afectan a los adolescentes (12-17 años), jóvenes (de 18 a 24 años) y a los adultos jóvenes (25 a 29 años) . De

estos (Cuadro 2) 69 niños, niñas y adolescentes murieron en situaciones registradas como de “Resistencia a la Autoridad”, lo cual cuestiona el fiel cumplimiento de los DDHH por parte de los órganos de seguridad del estado (31).

Mortalidad infantil y de 1 a 4 años

Los indicadores de mortalidad infantil en menores de 5 años son parámetros de comparación internacional y meta del Objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sustentable suscritos por Venezuela ante la ONU en el año 2015 que tomaron la posición de los Objetivos del Milenio iniciado en el año 1990 como compromiso internacional por Venezuela ante el mundo, para reducir la mortalidad materno-infantil y mejorar la salud colectiva (32).

Las cifras de mortalidad infantil en menores de 5 años (Figura 4) estimada es de 24,2 por 1 000 nacidos vivos, a pesar de UNICEF aplica la población general de 32 240 724 habitantes, muy superior a la estimada con el saldo migratorio por otros organismos de la ONU. (33). Esta tendencia de la mortalidad infantil que estaba en descenso importante desde los años 1990 hasta el año 2008 que se estabiliza en tasas aproximadas de 15 a 16 x 1 000 nv. Las cuales comienzan a subir a partir del año 2013 y ascienden hasta alcanzar más de 24 x 1 000 nv. y se estabilizan. Esto implica un aumento de más de 9 puntos en menos de 3 años y se mantiene invariable.

Cuadro 2

Muertes por agresiones en menores de 30 años. Venezuela 2019

Edad reportada	Tipo de muertes violentas		Total
	Homicidio	Resistencia a la autoridad	
Niños (0-11 años)	100	2	102
Adolescentes (12-17 años)	325	67	392
Jóvenes (18-24 años)	1 474	1 187	2 661
Adultos jóvenes (25-29 años)	1 064	857	1 921
Totales niños y jóvenes	2 963	2 113	5 076

Fuente: OVV

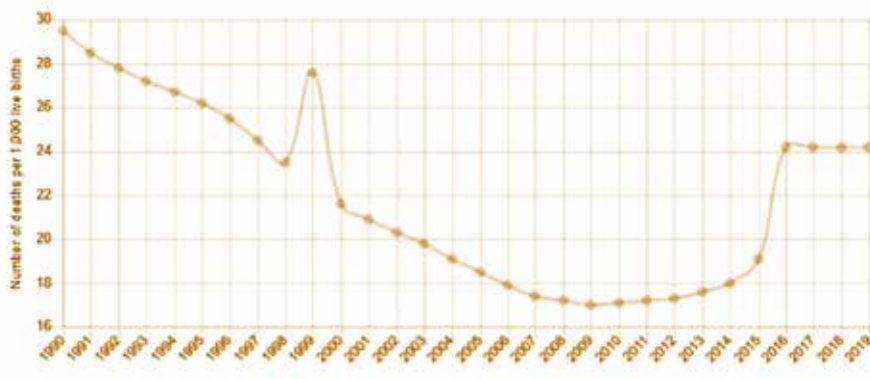


Figura 4. Mortalidad infantil en menores de 5 años, Venezuela 1990-2019.

La Organización *Save the Children* examina los factores más importantes para conocer la situación de salud de los niños, alrededor de 180 países son medidos en cuanto a enfermedad y salud, malnutrición, deserción escolar, trabajo infantil, matrimonio en niños, embarazo de adolescentes y conflicto y extrema violencia, Venezuela ocupa la posición número 137, y entre los indicadores seleccionamos los siguientes: mortalidad infantil menores de 5 años 24,5 x 1 000 nacidos vivos; matrimonio de niños de 15 a 19 años 15,8 %; malnutrición menores de 5 años desnutridos 13,4 %; embarazo de adolescentes 85,5 x 1 000 adolescentes; niños fuera de la escuela 13,2 %; desplazados por conflictos 14,6 %; y víctimas de homicidio 25,1 muertes por 100 000 (34).

En cuanto a la mortalidad materna, nunca Venezuela logró disminuir desde el compromiso de las metas del milenio de 2000 a 2015, llegando incluso en el informe último del Instituto Nacional de Estadística de 2012 a alcanzar la cifra oficial de 72,2 x 100 000 nacidos vivos y en 1990 era de 59 x 100 000 nv. y no llegó a alcanzar la Meta 5^a de Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes es decir llegar a 8 x 100 000 nv., más bien aumentó desproporcionadamente (35).

La mortalidad materna ha sido objeto de discusión y análisis, de gran preocupación por la falta de información oportuna de cifras oficiales, fallas en el registro médico y subregistro, así

como cifras discrepantes y no transparentes del indicador compuesto producto de una razón entre las muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y los recién nacidos vivos registrados (36). Entre las principales causas médicas de muerte materna están: 1. Trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia y eclampsia); 2. Hemorragias posparto, y; 3. Infecciones (aborto séptico, endometritis, heridas operatorias infectadas y sepsis) y sus determinantes o “causas subyacentes” que explican la alta mortalidad materna se encuentran: 1) Falla del control y atención prenatal de la mujer embarazada (binomio madre-feto); 2) Déficit y falta absoluta de medicamentos, insumos y equipos esenciales para la atención prenatal, la embarazada y durante el puerperio; 3) Insuficiencias en laboratorio, pruebas diagnósticas, inmunoglobulinas para RH-, y de sangre; 4) Falta de antibióticos esenciales en los centros de asistencia y las farmacias y expendios de medicamentos externas a los servicios de salud; 5) Falta de medicamentos antihipertensivos y antihemorrágicos para prevención y tratamiento de crisis hipertensivas y hemorragias pre-parto y posparto (37). Las cifras de mortalidad materna durante el período estudiado (Figura 5) presentó un incremento persistente desde 1990, en los últimos 18 años con un aumento exponencial, se pasó de 76,5 x 100 000 en 2015 a 126,6 en el año 2016, precedido y acompañado de la crisis profunda por la caída de precios de la cesta petrolera venezolana (38,39).



Figura 5. Mortalidad materna en Venezuela según cifras oficiales del MPPS 1998-2013 y Boletines epidemiológicos semanas 2014-2016.

Fuente: Anuario de Mortalidad y Boletines Epidemiológicos de las semanas 52 del 2014-2016 del MPPS.

Mortalidad indígena

La mortalidad indígena aparece por primera vez reseñada como un cuadro aparte en el Anuario de Mortalidad de 2013, publicado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud. Se hizo una comparación de la mortalidad indígena con la mortalidad no indígena y se encontraron enormes diferencias en términos de mortalidad porcentual de las principales causas de muerte, las que se muestran en la Figura 6. En ambos grupos humanos la primera causa son las muertes por enfermedades cardiovasculares 29,8 % vs. 23,7 % en no indígenas e indígenas, sin embargo la segunda causa de muerte para los no indígenas son las causas externas (accidentes de todo tipo y homicidios y suicidios) 19,3 % en los indígenas 10,2, mientras que para los indígenas la 2ª causa de muerte son las enfermedades infecciosas y parasitarias (15,4 %) vs en población no indígena 3,7 %. Los indígenas también contemplan proporciones muy superiores a los no indígenas en cuanto a mortalidad materna y desnutrición (40).

En cuanto a la mortalidad infantil en menores de 1 año de edad y comparando, se observa lo siguiente: La mayoría, 57,3 % de los indígenas menores de 1 año, mueren por causas exógenas y prevenibles como: desnutrición, infecciones, diarreas, parasitosis y neumonías, versus solamente el 16,2 % de los criollos.

En cuanto a su afectación por la epidemia de COVID-19, desde el inicio de la epidemia hasta el 2 de agosto se han presentado en el territorio nacional casos y muertes de indígenas para un total de 179 casos distribuidos en las etnias Pemón de Bolívar 123 casos, los goajiros en el Zulia 43 casos (con 2 defunciones), en el Amazonas 12 casos y los Waraos del Delta de Amacuro que reportan 1 muerte (41).

Paludismo y enfermedades causadas por vectores (mosquitos) dengue, Chikungunya y Zika

Durante los últimos 10 años los casos notificados han venido en aumento exponencial, pasando de menos de 30 000 casos anuales en los primeros años del siglo XXI hasta pasar de 400 000 casos anuales en el último trienio 2017-2019. Venezuela exportadora de casos a toda la región han levantado las antenas y alertas mundiales para llegar incluso a considerar la ayuda internacional por la crisis humanitaria que padece el país desde hace más de 5 años, entre otros organismos por la OPS que han propuesto e implantado planes y acciones regionales de cooperación técnica y apoyo logístico para los principales problemas de Venezuela entre ellos malaria, y enfermedades inmunoprevenibles (42).

El informe de la OPS en junio de 2020, en plena epidemia latinoamericana en fase ascendente por

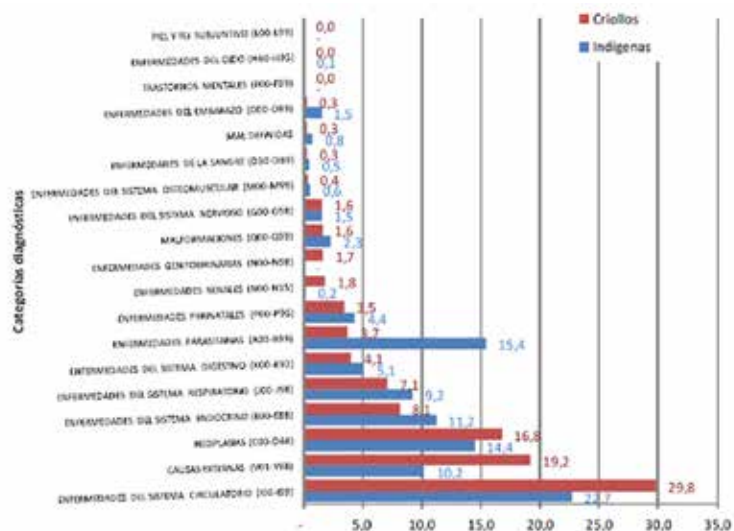


Figura 6. Mortalidad indígena vs. No indígena. Venezuela 2013. Fuente: Cálculos propios. Anuario de Mortalidad 2014 del MPPS.

el SARS-Cov-2, comunica que la región presenta una disminución de los casos de las enfermedades transmitidas por vectores. Según la referencia OPS, Venezuela ha disminuido el número de casos registrados de malaria durante el año 2020, en 2019, reportó 398 285 casos, el 58,4 % totales de las Américas y para la semana 22 de este año 2020 generó 104 005 casos, una disminución del 58 % vs. año 2019, lo cual se lo atribuyen a la

falta de gasolina y restricciones del transporte público y particular, y más recientemente desde abril 2020, por causa de la rigurosas medidas de control social y de salud pública aplicadas por COVID-19 aunados a la falta de combustible. Sin embargo, Venezuela se mantiene como el país que más contribuye con casos de paludismo en toda América (43).

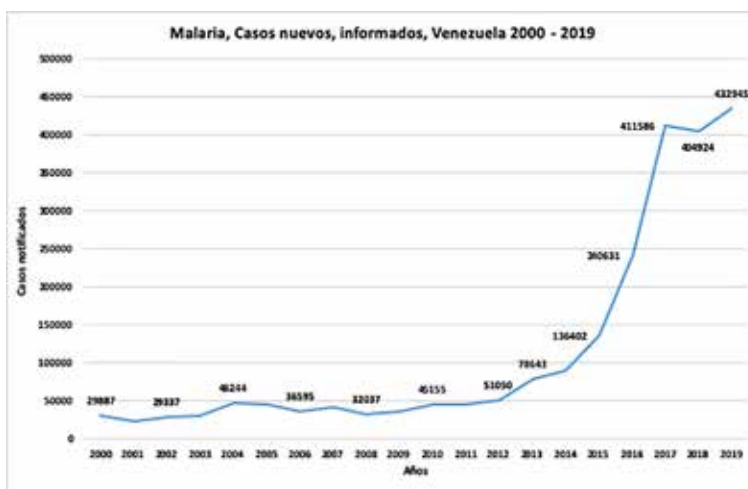


Figura 7. Casos notificados de paludismo en Venezuela, 2000-2019. Fuente: Ministerio del poder popular para la Salud, Venezuela.

El dengue endémico en Venezuela y Latinoamérica se ha mantenido en las primeras semanas del año 2020 con cifras elevadas que han disminuido a partir de la pandemia de COVID-19 asociado a las medidas de restricción social y contención que han disminuido permeado la propagación de casos y portadores asintomáticos (44).

Muy recientemente, se ha planteado la posibilidad de una inmunidad cruzada entre el dengue y SARS coV-2 que ofrecería protección a aquellas personas que han padecido dengue. Se trata de un estudio ecológico y hay que esperar investigaciones ulteriores (45).

El Chikungunya sigue siendo endémico en la región de las Américas, con tasas de incidencia acumulada de 1 a 4 x 100 000 habitantes, en la mayoría de los países andinos, Centroamérica, México y el Caribe. En Brasil llega la tasa de incidencia entre 15-19 x 100 000 habitantes. La enfermedad por Zika se mantiene endémica desde 2015 en la región y se han reportado hasta más de 7 000 casos en las primeras 22 semanas epidemiológicas del año 2020, con 1 solo fallecido, la mayoría de los casos en Brasil (46).

Enfermedades inmuno-prevenibles

Desde hace más de una década, las sociedades

científicas de Salud Pública y Defendamos la Epidemiología han analizado el monitoreo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Venezuela y se han denunciado todas sus fallas, debilidades y nudos operativos. La OPS evidenció en informes sobre las fallas de inventarios de vacunas e insumos para la inmunización, situación que empeoró en el año 2017, con desabastecimiento de 10 de 12 los productos (83,3 %) y también de insumos como las jeringas desechables (47).

Las coberturas durante el último trienio 2017-2019 para difteria no pasan de 66 % para la 3ª dosis de DPT en niños sobrevivientes de 12 a 23 meses, mientras que para la 2ª dosis de refuerzo de sarampión están en 66 % (48).

La situación en cuanto a cobertura, muy a pesar de los esfuerzos de OPS y UNICEF en brindar asesoría logística a Venezuela con suministro de vacunas y equipos para la cadena de frío, las epidemias de difteria se desencadenó en 2016 y se mantiene al día de hoy y la epidemia de sarampión re-emergió en 2017 y ha sido controlada finalmente en el año 2020. El último informe de OPS sobre difteria muestra la Figura 8 que muestra cómo los esfuerzos lograron disminuir los casos en el 2019, aunque todavía se mantiene el brote epidémico en fase de descenso para el 2020 (49).



Figura 8. Difteria, distribución de casos confirmados y defunciones según año de inicio de síntomas. Venezuela, 2016-2020 (Hasta la SE 34 de 2020). Fuente: Datos del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela y reproducidos por la OPS/OMS.

VIH/Sida

La epidemia de VIH/Sida ha mostrado un ascenso durante el período revisado, ver Figura 9, y ha alcanzado un total de 2 500 muertes y tasa de mortalidad de 8,3 x 100 000 habitantes para el año 2016. La prevalencia general en Venezuela se estima en 0,6 %, mucho mayor de 5 % en grupos vulnerables como los hombres que tienen sexo con hombres, transgéneros y trabajadores sexuales. La prevalencia del VIH en los indígenas waraos es de 9,5 %, una de las más altas de América Latina. Para el año 2016, de 120 mil personas con VIH en Venezuela, 71 210 (59 %) tenían acceso al tratamiento antirretroviral (TARV), solo 7 % tenían supresión de la carga viral de VIH. Venezuela es el país de América Latina, que ha experimentado más interrupciones del TARV, agravándose dicha situación durante los años 2017 y 2018, con un acceso a tratamiento de 16 % en abril de 2018, desde abril de ese mismo año, 58 000 pacientes estaban en falta absoluta de TARV. Para el año 2015, la cobertura de la prueba de VIH y sífilis para las embarazadas que acudieron al control pre natal fue de 23 % y 27 % (50).

En tiempos de pandemia según la OMS en informe de julio de 2020, Venezuela muestra una interrupción muy grave de los servicios de atención al paciente con VIH/Sida. Se estima

que la identificación de VIH positivos no llega al 90 % de la meta y la cobertura de TARV es 40 % muy inferior a la meta del 90 % y la más baja de Latinoamérica (51).

Asistencia médica

La crisis hospitalaria tiene muchos años en evolución, organismos internacionales y revistas indexadas con trascendencia global han reseñado la gravedad y sostenibilidad de la profunda y grave situación de los hospitales y la atención a nivel ambulatorio, Human Right Watch en un reporte de abril del año 2015 se refiere en estos términos “...Conforme al derecho internacional de los derechos humanos, los gobiernos tienen la obligación de asegurar que estos medicamentos estén disponibles y sean accesibles para todas las personas, sin discriminación. Si bien documentamos estos problemas en países de todo el mundo, pocas veces hemos visto, fuera de zonas en guerra, un deterioro tan rápido en el acceso a medicamentos esenciales como el de Venezuela...” (52).

A inicios de la pandemia, abril de 2020, ONGs dedicadas a los derechos humanos (PROVEA) nos relata “La crisis de salud se agudiza y le faltan los insumos y equipos básicos necesarios” ... “La crisis hospitalaria es una de

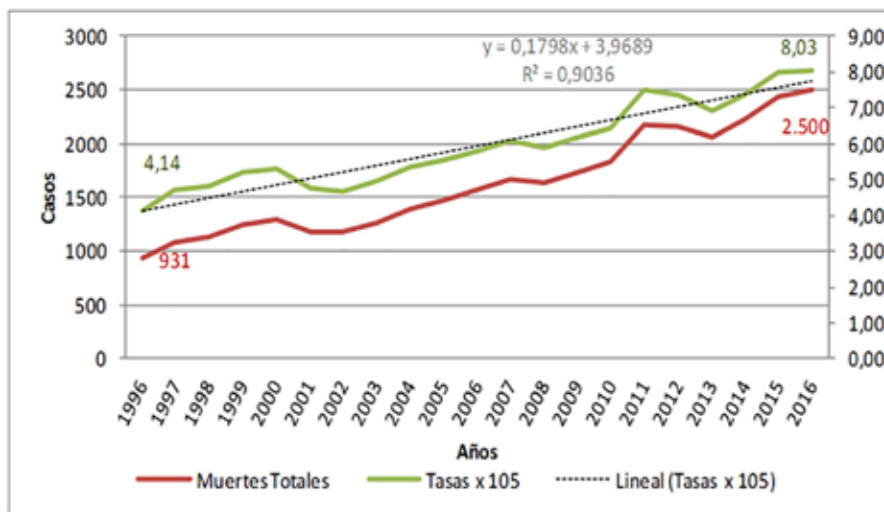


Figura 9. Tasas y muertes por VIH/Sida en Venezuela 1996-2016. Fuente: Anuarios de Mortalidad e Informes del MPPS, 1996-2016.

las vertientes del complejo problema de salud pública”. y continua ...”La precariedad del sistema hospitalario se ha acentuado mucho más y, en medio de esta pandemia, no existen centros de salud adecuados para atender las necesidades de los grupos contagiados.”... Los Hospitales Centinelas para la atención de los casos COVID-19 con insuficiencias y fallas en su operación y falta de suministros de los medicamentos esenciales para los asistentes al sistema de salud pública. En resumen todos los elementos requeridos para la atención apropiada de los pacientes y sobrevenido las fallas de la infraestructura, el agua y la electricidad, los comedores sin alimentos para pacientes y trabajadores de la salud (53).

CONCLUSIONES

Venezuela según el último informe mundial sobre asistencia humanitaria 2019, reporta 14,3 millones de personas con necesidad de ayuda humanitaria, de los cuales 6 390 000 son desplazados y refugiados internacionales la mayoría a países vecinos y latinoamericanos, aunque algunos no encajan en el término habitual. La crisis es valorada con un puntaje de gravedad en 4 de 5 puntos. Los requisitos del plan de respuesta del país son 223 MM dólares americanos y la proporción cubierta llega a 30 % aproximadamente, mientras que los desplazados y refugiados requieren 738 MM dólares americanos y han recibido 52 % en 2019. La causa del conflicto es política y socioeconómica, con grave escasez de alimentos y una duración de más de 5 años con asistencia humanitaria internacional. En relación con los riesgos por la epidemia de COVID-19 lo catalogan de moderado riesgo 2 de 4 puntos (54).

El diagnóstico global de la situación de salud en Venezuela muestra un país con indicadores de morbi-mortalidad en ascenso, con implicaciones en la esperanza de vida, que aunado a la gran y sostenida migración y su impacto en la natalidad, ha disminuido al menos 3 años la expectativa de vida al venezolano durante el último quinquenio.

Se agrava la situación global de salud del 2019, por la irrupción de la pandemia de COVID-19 que afecta negativamente la emergencia humanitaria

compleja, con presión directa sobre los programas de subsidios alimentarios, la movilización de la población, el transporte público, abastecimiento de combustible, la falta de empleo y la instauración de medidas de contención social y medidas de salud pública que sobrecargan a la población. Además, el sistema de asistencia sanitaria con fallas y deficiencias en su capacidad y oferta de servicios preventivos y curativos.

Podemos desplegar en los siguientes puntos la gravedad y el empeoramiento de la situación global de salud concomitante a la llegada de la epidemia de COVID-19 a Venezuela:

- Crisis humanitaria compleja muy profunda que afecta la vida familiar e infantil. Aumento de la desnutrición aguda y crónica. Pobreza mayor del 95 % y extrema cercana al 80 %.
- Aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, con retroceso de décadas.
- Enfermedades transmisibles en incremento: las inmuno-prevenibles (sarampión y difteria), las enfermedades por vectores (malaria, dengue) en expansión, y tuberculosis VIH/Sida con fallas programáticas. Fallas en la atención de enfermedades no transmisibles: cardiopatías, nefropatías, cáncer y anomalías congénitas.
- Fallas en todos los servicios públicos básicos para la vida digna y saludable: agua, electricidad, gas doméstico, combustible, transporte, seguridad física y saneamiento ambiental.
- Deserción escolar y universitaria elevada, con deficiencias profundas, por falta de profesores, actividades educativas, insumos básicos, materiales escolares y alimentación escolar.
- Financiamiento y apoyo logístico de Organismos Internacionales en la asistencia social y sanitaria desde hace más de 5 años para la protección, seguridad alimentaria, sanidad y asistencia en salud y ayuda en general a más de 14 MM de la población venezolana.
- Los programas de salud infantil durante la pandemia están gravemente afectados: consulta preventiva, vacunaciones, consulta prenatal, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, y los programas de enfermedades no transmisibles y enferme-

dades olvidadas. La violencia y la destrucción de la estructura familiar en niveles muy altos.

- La educación, piedra fundamental de la infancia, está afectada con graves deficiencias para la educación en casa, por problemas en la conectividad, falta de equipos y capacitación del personal. Sueldos muy por debajo de 1 dólar americano al día a los docentes de primaria, secundaria, bachillerato y universidad.
- La crisis sanitaria con varios años de grave crisis, agravada con la pandemia de COVID-19 con paliativos insuficientes y una respuesta inefectiva por parte del estado y debilidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica..
- La atención médica está afectada por enfermedad y muerte del personal sanitario de primera línea.
- Los migrantes que retornan al país sufren un alto grado discriminación, estigma y falta de atención. Muchos de los migrantes que residen en otros países sufren de escasez económica que los deja en un «limbo asistencial» y requieren ayuda humanitaria.
- Los órganos asesores científicos y humanísticos venezolanos del estado como las Academias, las Universidades, las Sociedades Científicas y gremiales, y las ONG dedicadas al área de la salud no son invitados a contribuir con las autoridades de hecho.
- La ayuda y la cooperación internacional por intermedio de organismos internacionales de la ONU y ONGs siempre bienvenidos por todos los sectores de la vida nacional, han colmado el sector social y de salud, integrando y compartiendo responsabilidades del estado venezolano en materia de salud, alimentación, vivienda y protección de los derechos humanos como nunca antes en la historia contemporánea de Venezuela.

REFERENCIAS

1. Infante R. Diagnóstico global de situación de salud. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública. 1987;49:75-82.
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Publicación científica 598. Washington, D.C.: OPS; 2002.
3. OPS. Funciones esenciales de salud pública. Punto 4.11 del orden del día provisional. CD42/15 (Esp.) Washington, 20 julio 2000. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34026/9789507101274_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Echezuría L, Fernández M, Rísquez A. Fundamentos de investigación epidemiológica la metodología epidemiológica. Capítulo 14. En: Echezuria L, Fernández M, Rísquez A, Morales A, editores. Temas de epidemiología y salud pública. Tomo I. .p.323-350. Caracas, Venezuela: Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela. Ediciones el Pasillo 2011; 2013.
5. Echezuría L. Epidemiología social. Capítulo 31. En: Echezuria L, Fernández M, Rísquez A, Morales A, editores. Temas de epidemiología y salud pública. Tomo I. .p.719-730. Caracas, Venezuela: Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela. Ediciones el Pasillo 2011; 2013.
6. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. Public Health Rep. 2014;129(Suppl 2):19-31.
7. Santoro-Lamelas V. La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional. Rev Salud Pública. 2016;18(4) Publicado: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n4.47854>
8. González Guerra M. La Salud en Venezuela en los inicios de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Rev Soc Venezol Histo Med. 2015;64(1).
9. Jaén MH, Quezada T. Ciencias sociales, medicina, preventiva y formación médica, Venezuela. Educ Med Salud. 1986;20(2).
10. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31(Suppl 1):13-27.
11. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Dinamarca; 1991.
12. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, segunda edición. Washington D.C.: OPS, © 2002, 30 p. -(Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares N° 24).
13. WHO. Newsroom. In WHO global pulse survey, 90 % of countries report disruptions to essential health services since COVID-19 pandemic. <https://www.who.int/news-room/detail/31-08-2020-in-who-global->

- pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic
14. Prensa Civilis Derechos Humanos. Las emergencias humanitarias complejas son de carácter político. 2017. <https://www.derechos.org.ve/actualidad/civilis-las-emergencias-humanitarias-complejas-son-de-caracter>
 15. Rojas I. PRODAVINCI actualidad. ¿Cuáles son los conceptos básicos sobre ayuda humanitaria?. Disponible en: <https://prodavinci.com/cuales-son-los-conceptos-basicos-sobre-ayuda-humanitaria/>
 16. Noticias ONU. La ONU incluye por primera vez a Venezuela en el plan anual de ayuda humanitaria. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2019/04/1454201>
 17. BBC News Mundo. 28 septiembre 2019. Crisis en Venezuela: la ONU crea una misión para investigar presuntas violaciones a los derechos humanos en ese país. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-49860424>
 18. Human Right Wacht. La emergencia humanitaria en Venezuela. 2019. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/report/2019/04/04/la-emergencia-humanitaria-en-venezuela/se-requiere-una-respuesta-gran-escala>
 19. Herrera Hernández M. Amenazas al bienestar de la infancia venezolana: Un reto para el pediatra ante una emergencia humanitaria compleja. *An Venez Nutr.* 2018; 31(2): 55-65.
 20. CEPAZ: La profundización de la crisis humanitaria en Venezuela por el COVID-19 fue motivo de preocupación en el Consejo de Seguridad de la ONU. 2020. Disponible en: <https://www.examenonuvenezuela.com/respuesta-humanitaria/cepaz-la-profundizacion-de-la-crisis-humanitaria-en-venezuela-por-el-covid-19-fue-motivo-de-preocupacion-en-el-consejo-de-seguridad-de-la-onu>
 21. ENCOVI. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2019 – 2020. 2020. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019>.
 22. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2020. The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets. Rome, FAO.
 23. Fundación Bengoa, OVS. Emergencia humanitaria compleja en Venezuela derecho a la alimentación Reporte Nacional. Diciembre. 2018. Disponible en: <https://www.fundacionbengoa.org/noticias/2019/Reporte%20Nacional%20EHC%20Derecho%20a%20la%20Alimentaci%C3%B3n%20y%20Nutrici%C3%B3n%20diciembre%202018%20Espa%C3%B1ol.pdf>
 24. Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2017. Special focus on inequalities. New York: United Nations Children’s Fund (UNICEF) and World Health Organization, 2019. Disponible en: https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/jmp-2019-full-report.pdf
 25. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE). Working Group on Vaccination in Humanitarian Emergencies. Vaccination in acute humanitarian emergencies: a framework for decision making. World Health Organization. 2013.
 26. UN IOM. RMRP 2020 for refugees and migrants from Venezuela refugee. Disponible en: <https://crisisresponse.iom.int/response/regional-refugee-and-migrant-response-plan-refugees-and-migrants-venezuela-2020>
 27. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles (ST/ESA/SER.A/427). Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Graphs/DemographicProfiles/Line/862>
 28. WHO. Notas descriptivas. Las 10 principales causas de defunción. 24 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
 29. Lalonde MA. New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Information Canada, 1974.
 30. Avilán Rovira JM. Aumenta la mortalidad por violencias. *Gac Méd Caracas.* 2002;110(3):301-304.
 31. Observatorio Venezolano de Violencia. 2019 – La mortalidad violenta acorta la esperanza de vida de los jóvenes en Venezuela. Disponible en: <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/2019-la-mortalidad-violenta-acorta-la-esperanza-de-vida-de-los-jovenes-en-venezuela/>
 32. WHO. Notas descriptivas. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 19 de febrero de 2018. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
 33. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women. Disponible en: <https://data.unicef.org/country/ven/16/09/2020>
 34. Save the Children. The best and worst places in the world for children. Disponible en: <https://www.savethechildren.org/us/about-us/resource-library/global-childhood>
 35. Instituto Nacional de Estadística (INE). Cumpliendo las metas del milenio, 2020. ISBN: 980-6456-12-2. Impreso en el Instituto Nacional de Estadística. Septiembre, 2013.
 36. González Blanco M. Mortalidad materna en Venezuela: ¿Por qué es importante conocer las cifras?. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2020;77(1):1-4.
 37. Castro Méndez J, Tineo Figueroa R. La crisis de mortalidad materna en Venezuela. *Prodavinci.* 2016. Disponible en: <https://historico.prodavinci.com/blogs/>

- la-crisis-de-mortalidad-materna-en-venezuela-un-trabajo-especial-de-julio-castro-mendez-y-rafael-e-tineo-figueroa/)
38. Carvajal A, Oletta López J, Rísquez A, Walter C, Castro J, Godoy O, et al. Vergonzoso aumento de la mortalidad materno-infantil en Venezuela (Informe preliminar). Sociedad Venezolana de Salud Pública y Red Defendamos la Epidemiología Nacional. Caracas. 2017.
 39. Rísquez A, Damas J. Indicadores de mortalidad materno-infantil y el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio por Venezuela, 216. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría 2017;80(4):116-124.
 40. Rísquez A, Cordero C, Damas J, Navarro E, Nevett V. Mortalidad en la niñez de la población indígena vs no indígena. Venezuela, 2013. Arch Venez Puericul Pediat. 2019;82(1):5-14.
 41. OPS/OMS. Actualización Epidemiológica: COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-covid-19-pueblos-indigenas-americas-5-agosto-2020>
 42. World Malaria Report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.) (Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los estados miembros vecinos. Punto 7.22 del orden del día provisional. 162.a Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D. CE162/INF/22, v. 1. 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275867/9789241565653-eng.pdf?ua=>
 43. OPS/OMS. Actualización Epidemiológica: Situación de la malaria en las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/66590/download?token=vWZLL-Db>
 44. OPS/OMS Alerta Epidemiológica: Dengue y otras arbovirosis en el contexto de COVID-19. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-dengue-contexto-covid-19-28-julio-2020>
 45. Nicolelis M, Raimundo R, Peixoto P, Siliansky de Andreazzi C. How super-spreader cities, highways, hospital bed availability, and dengue fever influenced the COVID-19 epidemic in Brazil. medRxiv 2020.09.19.20197749; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.09.19.20197749>
 46. OPS/OMS. Actualización Epidemiológica: Dengue y otras Arbovirosis. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-dengue-otras-arbovirosis-10-junio-2020>
 47. Oletta López JF, Rísquez Parra A. Fracaso del Plan Nacional Ampliado de Inmunizaciones en Venezuela. La Sociedad Venezolana de Salud Pública y Red Defendamos la Epidemiología Nacional. 2019.
 48. OPS/OMS. Actualización Epidemiológica: Difteria. 22 de septiembre de 2020, Washington, D.C. OPS/OMS. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-difteria-22-septiembre-2020>
 49. Lohman D. Human Right Wacht. La crisis del sistema de salud de Venezuela. 2015. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2015/04/29/la-crisis-del-sistema-de-salud-de-venezuela>
 50. Carvajal de Carvajal AC, Rísquez A, Oletta López JF, Godoy O. Epidemiología del VIH en Venezuela desde 1983 a 2016. Med Interna. 2019;35(2):79-93.
 51. Global HIV, Hepatitis and STI Programmers World Health Organization. Disruption in HIV, Hepatitis and STI services due to COVID-19. 2020. https://www.who.int/docs/default-source/hiv-hq/disruption-hiv-hepatitis-sti-services-due-to-covid19.pdf?sfvrsn=5f78b742_6
 52. González GM. La crisis del Sistema de Salud en Venezuela. Rev Salus UC. 2018;22(1):6-7.
 53. Transparencia Venezuela. Salud en Venezuela: un escenario aterrador para 2020. Disponible en: <https://www.derechos.org.ve/actualidad/salud-en-venezuela-un-escenario-aterrador-para-2020-1>
 54. Development Initiatives. Global humanitarian assistance report 2020. ISBN: 978-1-8381530-1-4. Disponible en: <https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2020/>