



Hospital Universitario Luis Razetti de Barcelona, Venezuela.

MERIDITH KOHUT

Balance salud 2018

La emergencia humanitaria compleja de Venezuela (II)

Cristyn Quiroz*

En el derecho a la salud, la emergencia humanitaria compleja comprende impactos de gran alcance en el menoscabo y destrucción de las capacidades sanitarias nacionales. Entre estos impactos destacan una institucionalidad sanitaria ausente, la paralización y cierre operativo de la mayor parte de los servicios de atención médica y la denegación prolongada de

medicinas, vacunas e insumos sanitarios básicos para la prevención y tratamiento de enfermedades y lesiones, y la atención de personas con condiciones crónicas, desnutrición, embarazadas y recién nacidos, en un contexto de grave inseguridad alimentaria, hundimiento económico, 61 % de extrema pobreza, alta incidencia de muertes violentas y colapso de los servicios básicos



UPSOCI



GATOPARDO

Entre 2012 y 2017 migraron del país 22 mil médicos venezolanos, entre especialistas y residentes, cuya mayoría prestaba servicios en las áreas de pediatría, medicina general, emergencia y cirugía del sistema sanitario público. Esta cifra representa una pérdida de al menos 55 % del personal médico capacitado sobre un total de 39 mil 900 registrados por la OPS en 2014. El Gobierno ha venido otorgando títulos a más de 20 mil médicos integrales comunitarios (MIC) y 12 mil médicos generales, sin haber cursado los programas de formación de las facultades de medicina ni hacer revalidas en las universidades públicas que acreditan a todos los médicos en Venezuela. Tampoco se conocen los niveles de deserción. A las renunciaciones del personal médico se han sumado las de 6 mil 600 bionialistas (33 % de 20 mil en total) y de 6 mil 30 enfermeras/os (24 % de unos 24 mil 500 según OPS en 2014), aumentando a 74 % el déficit de 50 % en personal de enfermería que arrastraba el país.

El gasto público en salud de Venezuela representa 1,5 % del PIB. Este gasto es 75 % inferior al 6 % recomendado por la OMS y está ubicado en el último lugar de América Latina y el Caribe, a una distancia de 40,5 % por debajo del 3,7 % en promedio que destinan los países de la región. Venezuela es el único país que retrocedió a menos de lo que gastaba en 1995, año en el que era 1,8 % del PIB. La mayor caída de recursos ocurrió entre los años 2007 y 2014, período en el cual disminuyeron 40 %, luego de haber alcanzado un máximo de 2,5 % del PIB en 2007. La reducción del presupuesto público para la salud por tantos años se ha hecho a expensas de mantener altos niveles de “gasto de bolsillo” cargados al presupuesto de las familias. El pago por medicinas y servicios médicos en 2014 fue 64,3 % del gasto familiar en salud, siendo uno de los más altos del mundo y el mayor de América Latina y el Caribe, en 59 % superior al promedio regional.

De 2012 a 2017, las importaciones cayeron 70 % sin previsión ni plan de contingencia. Los cuantiosos recursos extraordinarios que recibió Venezuela en divisas, bajo control del Estado desde 2003, se utilizaron para privilegiar las importaciones antes que la producción interna. En el sector salud, las importaciones alcanzaron 95 % del abastecimiento en medicinas, insumos, materias primas, equipos y repuestos. Estos niveles de importación se mantuvieron a través de endeudamiento y, a partir de 2010 el Gobierno fue reduciendo la asignación de divisas a las empresas importadoras, hasta detenerlas en el año 2017, dejando una elevada deuda sin cancelar. En 2018, 74,5 % de estas empresas había cerrado, así como la mayoría de los laboratorios internacionales. Entre 2012 y 2016, el recorte de divisas para importaciones del sector salud fue de 70 %, precipitando una extensa y grave escasez sin ninguna previsión ni plan de contingencia. Entre 2016 y 2017 las importaciones para bienes esenciales cayeron 37 %, siendo salud el sector más afectado.

Entre los años 2014 y 2018, el consumo de medicinas bajó de veintidós a 1,5 unidades per cápita. Hasta 2018, las empresas de la industria farmacéutica nacional reportaban una caída de la producción interna de medicamentos entre 60 % y 70 %, debido a los excesivos recortes en la asignación de divisas para la compra de materia prima, 98 % de la cual es importada, así como la pérdida de aproximadamente 60 % de los trabajadores de la industria. Entre los años 2016 y 2018, la red de farmacias privadas registró una escasez de medicinas en sus anaqueles que osciló entre 80 % y 85 %. En 2016 cerraron cuarenta farmacias, en 2017 habían quebrado 125 y, en 2018, se esperaba el cierre de cien más. En los hospitales, la escasez de medicinas aumentó de 55 % a 88 % entre los años 2014 y 2018, de acuerdo con los datos proporcionados por la *V Encuesta nacional de hospitales* (ENH 2018). Entre



MERIDITH KOHUT



DIARIO LAS AMÉRICAS

2016 y 2018, las políticas oficiales se han limitado a medidas de racionamiento en la distribución de medicinas, cuyo acceso está sujeto a criterios y condiciones de carácter político.

Debido a los bajos niveles de gasto público en salud, la protección financiera de la población ante los costos sanitarios es muy débil en Venezuela. El porcentaje de población sin seguro médico alcanzó 68 % en la *Encuesta nacional de condiciones de vida* (Encovi) 2017, cayendo 18 puntos en relación con 2014. Entre 2014 y 2016, la cobertura de seguridad social se redujo 36 %, bajando de 22 % a 14 %, y la de otros seguros públicos cayó 67 %. En 2017, un estudio de IPYS Venezuela en veintidós salas de urgencia de los mayores centros públicos del país, confirmó que todas las medicinas e insumos eran comprados por los familiares. Durante un año de hiperinflación, los costos de las medicinas, desde los más básicos como analgésicos, hipertensivos y antibióticos, y los precios de exámenes, vacunas y anticonceptivos, además de escasos, son inaccesibles para la mayoría de la población. A ello se suma la crisis de transporte público, dado que 90 % de las unidades se encuentra paralizada en todo el país, afectando las posibilidades de movilidad hacia los servicios de salud y su funcionamiento por ausentismo laboral.

En comparación con el estándar mínimo mundial de 2,3 camas por mil habitantes, Venezuela presenta un déficit de 64 % en la cantidad de camas con un total de 26 mil disponibles (unas 20 mil en hospitales públicos y 6 mil en privados). De 18 mil 300 camas evaluadas en 104 hospitales públicos y 33 privados, la ENH 2018 encontró que 40 % estaba fuera de servicio. El déficit es más alto en el número de camas de terapia intensiva, el cual es superior a 60 %. Las pocas camas existentes en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) colapsan solo atendiendo al gran número de casos de urgencia que llegan

por accidentes de tránsito y lesiones de arma de fuego. La EHC 2018 mostró que 25 % de las UCI para adultos y niños habían cerrado y que entre un 79 % y 83 % presentaba fallas intermitentes, lo cual obedece a que no se cuenta con monitores, ventiladores, bombas de infusión, aires acondicionados, termocunas, incubadoras, personal médico y de enfermería.

Según la ENH 2018, 71 % de las salas de emergencia en los hospitales públicos no prestaba servicios de manera regular, 22 % había dejado de funcionar y 53 % de los quirófanos en 730 pabellones, se encontraba cerrado. La severa interrupción de los servicios de emergencia y cirugía obedece al elevado deterioro de las instalaciones, el gran número de equipos averiados, la extrema escasez de insumos y medicinas, el cierre o parálisis de laboratorios y la falta de personal médico y de enfermería. La ENH 2018 también reportó fallas en 97 % de los tomógrafos, 94 % de los servicios de Rayos x y 86 % de los servicios de ecografía; así como escasez de 84 % en catéteres y sondas y 79 % en material médico-quirúrgico. En el principal Hospital Cardiológico Infantil G.R. Ochoa, las cirugías disminuyeron 42 %. Hasta 2016, se estimaba una deuda quirúrgica de 450 mil personas. En 2017, el Gobierno implementó un Plan Quirúrgico Nacional para cirugías menores y esterilizaciones, dejando sin atender a quienes están en espera de cirugías complejas y urgentes.

Casi 100 % de los laboratorios del sector público no pueden hacer pruebas de rutina ni de emergencia frente a un 90 % de escasez de reactivos, repuestos para equipos, insumos y materiales básicos como tubos de ensayo, inyectoras, algodón, alcohol, guantes y recolectores de muestras. En 2018, el 38 % de los laboratorios estaba técnicamente cerrado y 69 % de los bancos de sangre que hacían pruebas serológicas a donaciones no contaba con reactivos e insumos para tamizaje de enfermedades transmisibles

como hepatitis B, hepatitis C, VIH, enfermedad de Chagas, sífilis y virus linfotrópico humano. Las extremas carencias de laboratorios y bancos de sangre son la principal causa de la suspensión de cirugías y no permite garantizar tratamientos transfusionales seguros a personas con anemia, cáncer, problemas renales y hematológicos, entre otros, así como realizar otro tipo de exámenes, y el almacenamiento y transporte de la sangre y hemoderivados.

El colapso de servicios básicos a nivel nacional agrava los problemas de saneamiento de los centros de salud públicos, la mayoría con precarias condiciones de infraestructura. En 2018, la ENH encontró que 79 % de los hospitales públicos carecía de suministro regular de agua, lo cual genera serios problemas de higiene y falta del líquido para la hidratación y alimentación de las personas hospitalizadas. Entre 2012 y 2017, las denuncias por escasez de agua subieron ocho puestos en los problemas que presentan los hospitales públicos monitoreados por Provea anualmente. Los cortes de luz, intensificados los dos últimos años por la caída de las capacidades de energía eléctrica en el país, también constituyen un aspecto de enorme preocupación dado que al menos 33 % de los hospitales públicos no cuentan con plantas para mantener encendidos equipos de soporte vital en caso de fallas dentro de áreas críticas como emergencias, quirófanos y unidades de cuidado intensivo.

El menoscabo y destrucción de las capacidades sanitarias a nivel nacional afecta también los alcances y calidad de los datos que recogen los sistemas de vigilancia epidemiológica y de saneamiento ambiental, lo cual aumenta los niveles de subregistro de mortalidad y morbilidad y los vacíos de información sobre sus causas y patrones. Además, estos sistemas han perdido capacidades para el control, investigación y seguimiento de casos por la ausencia de transporte terrestre y aéreo, y de presupuesto para gastos logísticos, trayendo como consecuencia que los equipos de trabajo no puedan realizar actividades en terreno de supervisión e inspección de establecimientos de salud, visitas a comunidades, traslado de muestras, control de vectores, aguas y residuos sólidos, así como la distribución de vacunas, medicamentos y material médico quirúrgico. A esto se suma, en 2018, la falta de formas de papel para suministrar a las familias actas de nacimiento y defunción.

Entre enero y agosto de 2018, el Observatorio Venezolano de Conflictividad Social (OVCS) registró 296 protestas pacíficas del personal de salud y personas afectadas por la escasez de medicinas y las graves fallas de la atención médica. Quienes denuncian y ejercen la protesta pacífica están sometidos a prácticas de intimidación y represalia por autoridades públicas, cuerpos de seguridad y grupos de civiles vio-

lentos. Entre 2015 y 2018, varios médicos fueron interrogados y amenazados de acusaciones penales por denunciar e incluso publicar trabajos de investigación que documentan muertes por la grave situación dentro de los hospitales; directores de hospitales han sido suspendidos de sus cargos por pronunciarse ante el precario estado de sus centros de salud; trabajadores del personal de salud han sido agredidos y privados de libertad por protestar y exigir respuesta a reclamos laborales; periodistas y medios de comunicación han sido censurados y bloqueados en sus páginas web por investigaciones periódicas, entre las cuales destacan las de salud.

Las estadísticas oficiales sobre la situación de salud y rendimiento de los establecimientos sanitarios desaparecieron completamente en 2016. Desde 2013 no se publican los anuarios de mortalidad y en 2016 se suspendió el acceso a los boletines epidemiológicos y muertes de notificación obligatoria. En 2018 se eliminó la página web del Ministerio de Salud donde estas estadísticas se publicaban. Desde 2016 tampoco se presentan las memorias de gestión y presupuesto público al Parlamento nacional. Numerosas denuncias señalan la orden de no registrar causas de enfermedades y muertes en centros de salud públicos que perjudiquen al Gobierno. En 2018, se eliminó el Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades (Cevece), que velaba por la integridad y calidad técnica de los registros y estadísticas epidemiológicas y de salud. Las autoridades sanitarias han informado internacionalmente sobre una extensa red de establecimientos públicos de salud sin proporcionar datos sobre sus reales condiciones de funcionamiento y capacidades de respuesta.

*Especialista en Derechos Humanos y Política Internacional.

NOTA

Para conocer el reporte original y las referencias consultadas, visitar el siguiente enlace: <http://www.civilisac.org/civilis/wp-content/uploads/Reporte-Nacional-EHC-Derecho-a-la-Salud-septiembre-2018-Espa%C3%B1ol1.pdf>