

CUADERNOS DEL CENDES
AÑO 38, N° 106
TERCERA EPOCA
ENERO-ABRIL 2021
VERSIÓN DIGITAL
ISSN: 2443-468X
VERSIÓN IMPRESA
ISSN: 1012-2508
CARACAS-VENEZUELA

CUA
DER
NOS
DEL
CEN
DES

Dossier
Venezuela:
Emergencia en salud
y pandemia

Andy Delgado Blanco
Coordinadora

106

60 años  CENDES
Centro de Estudios del Desarrollo Universidad Central de Venezuela

CUADERNOS DEL CENDES
AÑO 38. N° 106
TERCERA ÉPOCA
ENERO-ABRIL 2021
VERSIÓN DIGITAL
ISSN: 2443-468X
VERSIÓN IMPRESA
ISSN: 1012-2508
CARACAS-VENEZUELA

CUA
DER
NOS
DEL
CEN
DES

Dossier
Venezuela:
Emergencia en salud
y pandemia

Andy Delgado Blanco
Coordinadora



CEN
DES

Centro de Estudios del Desarrollo
Universidad Central de Venezuela

106

Revista Cuadernos del Cendes. 1983 -

Caracas: UCV, Centro de Estudios del Desarrollo
(CENDES)

Cuatrimestral

ISSN: 1012-2508

Revista Cuadernos del Cendes

Año 38, N° 106

Enero-abril 2021

Editada por el Centro de Estudios del Desarrollo, Cendes, de la Universidad Central de Venezuela

© Cendes, UCV 2021

Hecho el Depósito de Ley

Versión impresa

Depósito Legal: pp198302DF32

ISSN: 1012-2508

Versión digital

Depósito Legal: ppi201502DC4651

ISSN: 2443-468X

Centro de Estudios del Desarrollo, Cendes, UCV

Dirección Avenida Neverí, Edificio Fundavac, Colinas de Bello Monte - Caracas

Teléfonos (58-212) 753.10.90 / 30.89 / 34.75 / 38.62 / 31.98

Fax (58-212) 751.26.91

Web www.ucv.ve/cendes

Coordinación editorial Rosa Lucía Celi, Jefa Dpto. de Publicaciones, Cendes, UCV

Carátula Analiett Solórzano

Corrección de textos Consuelo Iranzo

Diagramación

Esta revista se publica bajo el auspicio del
Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico
UCV

Aumenta la visibilidad de tus investigaciones
Ingresa a **saber.ucv.ve**



CUA DER NOS DEL CEN DES

Director Fundador
José Agustín Silva Michelena (†)

Comité Editor
Consuelo Irazo / Directora
Carlos Aponte Blanc
Andy Delgado Blanco

Comité Asesor

Fernando Mires
Universidad de Oldenburg
Alemania

Andrés Wainer
Conicet
Argentina

Hebe Vessuri
Investigadora independiente
Profesora visitante Ciga-Unam
Argentina-México

H.C.F. Mansilla
Academia de las Ciencias
Bolivia

Marcia de Paula Leite
Universidad de Campinas
Brasil

Carlos de La Torre
Flaco
Ecuador

Carlota Pérez
Investigadora independiente
London School of Economics
and Political Science
Inglaterra

Enrique de La Garza
Univ. Autónoma Metropolitana
México

Martín Tanaka
Pontificia Universidad Católica
Perú

Carmen García Guadilla
Cendes
Universidad Central de Vzla
Venezuela

Juan Carlos Rey
Instituto de Estudios Avanzados
Venezuela

Marino González
Universidad Simón Bolívar
Venezuela

Contenido

DOSSIER VENEZUELA: EMERGENCIA EN SALUD Y PANDEMIA

VII

Presentación Presentation

1

- Derechos laborales y acción colectiva
 El sector salud venezolano
 en pandemia
 Jacqueline Richter
 Keta Stephany
- Labour Rights and Collective Action
 The Venezuelan Health Sector
 in Pandemic

33

- Desfalcos que cuestan vidas:
 corrupción y sanidad pública
 en Venezuela
 Gustavo J. Villasmil-Prieto
- Embezzlements that Cost Lives:
 Corruption and Public Health
 in Venezuela

53

- Aspectos cualitativos
 de la Inseguridad Alimentaria
 dentro de la crisis de salud
 venezolana
 Marianella Herrera-Cuenca
- Qualitative Aspects
 of Food Insecurity
 Within the Venezuelan
 Health Crisis

73

- La crisis económica venezolana
 en el contexto del covid-19
 Oly Millán Campos
 Wilmer Torrealba
- The Venezuelan Economics Crisis
 in the Context of Covid-19

103

- La salud mental en Venezuela
 a un año del inicio de la pandemia
 Yorelis J. Acosta
- Mental Health in Venezuela
 One Year After the Start the Pandemic

Entrevista Interviews

135

José Esparza Bracho: José Esparza Bravo:
Es importante seguir a la ciencia, It is important to follow science,
no adelantarse a ella not get ahead of it
Carlos Walter Valecillos
Andy Delgado Blanco

Documentos Documents

141

Jorge Díaz Polanco: Jorge Diaz Polanco:
Hombre y circunstancia en el desarrollo Man and Circumstance in the Development
de la Sociología de la Salud of the Sociology of Health
en Venezuela in Venezuela
por Carlos Walter Valecillos

Reseñas Reviews

155

Proyecto de investigación Research project
Pandemia covid-19 Covid-19 Pandemic
Progresión estadística, numérica y gráfica: Statistical, Numerical and Graphic Progression:
mundial y de Venezuela Worldwide & Venezuela
por Annelie C. Jurewitz R.

167

Eventos Events

La respuesta académica al año 2020: The Academic Response to the Year 2020:
congresos y encuentros virtuales Congresses and Virtual Meetings
Yorelis J. Acosta

175

Reseñas bibliográficas Bibliographical Reviews

La peste La Plague
Albert Camus
por Andy Delgado Blanco

Información editorial Editorial Information

181

Autores Authors
Normas para autores Standards for Authors
Guía de arbitraje Arbitration Guidelines

Presentación

Cerrando el primer cuatrimestre de 2021, la *Revista Cuadernos del Cendes* presenta este Dossier especial, que gira alrededor del tema de la emergencia de la salud en Venezuela, en el marco de la pandemia que se vive a nivel mundial.

Cuando el 11 de marzo de 2020, con 118.000 casos confirmados, en 114 países y más de 4.000 muertes, la Organización Mundial de la Salud, en la voz de su director, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró como una pandemia al coronavirus que se venía propagando por el mundo, el cual en febrero de 2020 había sido denominado covid-19, los venezolanos supimos que era cuestión de tiempo que el virus llegara al país y que no era descartable que viviéramos con mayor saña sus efectos.

Al cierre de la primera década de XXI, el deterioro del sector público de salud en Venezuela se acentuó aún más para traspasar límites históricos. Diversos actores, incluidos las más altas autoridades del país, admitieron este agravamiento. En 2009, el entonces presidente de la República, Hugo Chávez declaró la emergencia en el área. Más tarde, en 2013, el vicepresidente Nicolás Maduro calificó la falta de materiales e insumos y «la ausencia de médicos como un problema común a todos los centros hospitalarios» y admitió la responsabilidad del Gobierno Nacional; en diciembre de ese mismo año, ya investido como Presidente calificó los viejos hospitales públicos como «una vergüenza para la revolución».

Precariedad de la infraestructura hospitalaria, de los programas y servicios médicos; desabastecimiento de productos farmacéuticos como medicamentos, productos biológicos, materiales e insumos médicos para la realización de actos quirúrgicos indicados a los pacientes; insuficiencia de reactivos, pruebas diagnósticas y materiales para laboratorio clínico, pruebas básicas o especiales y bancos de sangre que impiden descartar enfermedades en las donaciones de sangre, anatomía patológica y radioisótopos para imagenología; obsolescencia de equipos médico-quirúrgicos y fallas en su

mantenimiento; dificultades para el acceso a tratamientos médicos, limitadas condiciones de trabajo del personal de salud, entre otros aspectos, exponen la poca o nula capacidad de la red asistencial pública de salud venezolana para dar respuesta al crecimiento de la demanda en materia de asistencia sanitaria y visibilizan lo que se ha denominado la emergencia sanitaria en Venezuela.

A la luz de esas carencias, en la primera parte de este número especial, siete expertos venezolanos abordan algunos temas que explican esa crisis o sus efectos, a saber: «Derechos laborales y acción colectiva. El sector salud venezolano en pandemia», «Desfalcos que cuestan vidas: corrupción y sanidad pública en Venezuela», «Aspectos cualitativos de la Inseguridad Alimentaria dentro de la crisis de salud venezolana», «La crisis económica venezolana en el contexto del covid-19», «La salud mental en Venezuela a un año del inicio de la pandemia».

En «Derechos laborales y acción colectiva. El sector salud venezolano en pandemia», Jacqueline Richter y Keta Stephany analizan la forma en que el gobierno ha venido violando los derechos laborales de los trabajadores de la salud, en el marco de la emergencia humanitaria en el sector y como esa situación se ha agudizado con la pandemia. Identifican la persecución a dirigentes sindicales y a trabajadores que protestan por las malas condiciones de trabajo o por las deficiencias en los servicios públicos, y las carencias de insumos y medidas de bioseguridad, así como estrategias gubernamentales dirigidas a dismantlar el sindicalismo autónomo y la negociación colectiva libre y voluntaria. En paralelo, las autoras exponen la evolución de las formas de lucha y de organización de los entes sindicales y gremiales del sector, las cuales han tenido el mérito de reunir a diferentes categorías de trabajadores de la salud y de utilizar acciones que, sin apelar a la violencia, han logrado generar tensión y malestar en el Estado patrono.

En «Desfalcos que cuestan vidas: corrupción y sanidad pública en Venezuela», Gustavo Villasmil-Prieto revisa la manera en que la laxitud de los controles fiscales contribuyó al fenómeno de la corrupción en la sanidad pública venezolana, lo que se traduce no solo en una significativa pérdida patrimonial para la República, sino en un impacto negativo en la salud de la población venezolana. Villasmil-Prieto comienza por referirse a los efectos perniciosos que ha tenido el manejo discrecional y clientelar de la renta petrolera en la economía venezolana, para detenerse en la inconsistencia de la expansión del gasto sanitario frente a la baja en la oferta de servicios de atención médica, el estado calamitoso de la infraestructura sanitaria, el rezago tecnológico y el

repunte de enfermedades ya desaparecidas. Destaca la manera en que, a falta de mecanismos fiscales regulatorios y de control ciudadano, actualmente la administración sanitaria ha sido cooptada por grupos de interés, amparados por el poder, militar y político, cuyas prácticas de actuación se caracterizan, entre otros aspectos por compras con sobreprecio, inobservancia de normas y procedimientos, y trato preferencial de proveedores.

En «Aspectos cualitativos de la Inseguridad Alimentaria dentro de la crisis de salud venezolana», Marianella Herrera-Cuenca expresa su preocupación por la pérdida de los patrones de alimentación, los tiempos de comida, las tradiciones culinarias, el placer y disfrute de la comida, las normas usos y costumbres al comer, la socialización en el momento de la comida, la ética de la alimentación y el hambre, la falta de educación nutricional y de salud de las familias venezolanas. Y alerta sobre el riesgo que se corre cuando los estudios que se realizan se limitan a describir una parte asociada al mero consumo de alimentos, a la disponibilidad y acceso, y a los medios de vida alterados a los que hay que recurrir para acceder a ellos, sin mostrar lo que el detrimento en dicho consumo puede tener, como consecuencias emocionales, educativas, sociales y culturales, tanto a nivel individual como familiar y colectivo.

En «La crisis económica venezolana en el contexto del covid-19», los economistas Oly Millán Campos y Wilmer Torrealba abordan el impacto de la pandemia en la crisis económica venezolana, a través de dos escenarios distintos, donde la pandemia se convierte en una variable de shock que se incorpora a la crisis preexistente. Para ello, desarrollan un modelo econométrico ARDL y estiman tanto el comportamiento del PIB para el año 2020 y 2021, como el déficit fiscal y el gasto de consumo final del gobierno. Concluyen en que para cambiar las tendencias negativas que viene presentando la economía venezolana, el gobierno debe aplicar políticas integrales que vayan mucho más allá de las que se plantean en la estricta dimensión fiscal, para abarcar variables que van desde lo económico, pasando por lo institucional, político, social, hasta llegar a lo sanitario.

En el trabajo «La salud mental en Venezuela a un año del inicio de la pandemia», Yorelis Acosta analiza la dimensión psicosocial de la salud mental en Venezuela por efecto del covid-19. Aun cuando advierte sobre la ausencia de datos oficiales, identifica algunos síntomas y signos comunes, en la población venezolana como: insomnio, ansiedad, dolores de cabeza, alteraciones gastrointestinales, aumento de obsesiones y compulsiones, miedos y temores, mayor nivel de estrés, cuadros depresivos y ansiosos,



manifestaciones de estrés postraumático, dificultades para conciliar el sueño, violencia intrafamiliar y autolesiones; manifestaciones que se hacen mayores o menores según la población de la que se trate: adultos mayores, infantes, personal de salud. Estas manifestaciones se han visibilizado a través de solicitudes de ayuda psicológica y expresiones públicas en redes sociales como Twitter, Facebook e Instagram, o de los reportes de organizaciones no gubernamentales, como Psicólogos sin fronteras, o en la práctica clínica de los profesionales en el área. De cara a esta situación, Acosta advierte de una disminución de la capacidad de atención psicológica del sistema de salud pública, expresada en la suspensión de servicios.

La segunda parte de la revista abre con la entrevista que le realizaron Carlos Walter Valecillos y Andy Delgado Blanco al Dr. José Esparza Bracho, experto virologo venezolano, sobre la pandemia del covid-19: *Es importante seguir a la ciencia, no adelantarse a ella*, en la cual, entre otras cosas, acentúa la importancia en este proceso de vacunación de la participación ciudadana, haciéndose presente a través de la demanda de sus derechos y en la lucha contra la enfermedad, y en la exigencia del respaldo científico y de los organismos competentes, de carácter independiente, en las decisiones que se están tomando.

En la Sección Documentos se presenta un homenaje póstumo: en septiembre del año pasado falleció el investigador del Cendes, Jorge Díaz Polanco, profesor jubilado y fundador del Área de Desarrollo y Salud. En ocasión de este hecho, se invitó al Director de la Institución, su amigo durante cuarenta años, a hacer una semblanza. En *Jorge Díaz Polanco, Hombre y circunstancia en el desarrollo de la sociología de la salud en Venezuela*, Carlos Walter indaga, desde una perspectiva Ortegiana, en las circunstancias que le tocó vivir a Díaz Polanco. Para ello, selecciona aspectos de su trayectoria profesional y académica que marcaron una impronta en su quehacer público, sin que ello signifique que se deje de lado ciertos rasgos de su carácter, que son resaltados por otros investigadores que en algún momento le acompañaron en su trasiego vital.

De seguidas, Annelie C. Jurewitz, presenta un proyecto de investigación estadístico en proceso continuado, se trata del Programa Cendes-covid-19: «Una ventana a la pandemia», que ofrece una plataforma de recopilación de diferentes investigaciones, trabajos, artículos y modelos de análisis acerca del covid-19. La autora ha venido sistematizando la data numérica de la pandemia, a la luz de los indicadores disponibles en las páginas oficiales,

desde el desde el 13 de marzo de 2020, cuando se inició el reporte diario de casos en Venezuela por parte de los voceros oficiales del gobierno nacional, y en los que se registra la progresión estadística específica del caso venezolano, con datos actualizados hasta el mes de abril del año en curso. El objetivo principal del proyecto es consolidar toda la data disponible en archivos únicos bajo el lema «Toda la data en un sitio, toda la data en un archivo».

Yorelis Acosta nos reseña dos eventos a los que asistió en 2020, ambos realizados de manera virtual. El primero de ellos fue el XIII Congreso Argentino de Salud Mental, dedicado a la salud pública y mental, en el que, durante cuatro días, 174 ponentes centrales debatieron sobre 58 ejes temáticos relativos a adicciones, aspectos clínicos, teóricos, culturales, deportivos, derechos humanos, determinantes sociales, económicos, genero, medios de comunicación, musicoterapia, políticas públicas, comunitaria, migraciones, atención primaria, violencia entre otros. El segundo fue la Semana Ibero-Latinoamericana de Investigación en Psicología Política, cuyo propósito central fue contribuir a la visibilidad de investigaciones y discusiones actuales desde la Psicología Política de Ibero-Latinoamérica, para generar un repositorio digital que permita la difusión de referentes de la disciplina a través de diferentes medios digitales.

En las Reseñas bibliográficas, quien suscribe hace una reseña de la novela: *La peste*, del nobel francés Albert Camus, e intenta responder a la pregunta de ¿Por qué seguimos leyendo *La Peste* 75 años después de su primera edición? Las respuestas a esta interrogante inicial van más allá de las circunstancias actuales y podrían estar en la necesidad de reflexionar sobre los modelos autoritarios que parecieran reciclarse en distintos momentos de la historia, para minar la confianza de los ciudadanos tanto en sus instituciones sociales y políticas, como en sí mismos.

El esfuerzo editorial que se presenta en las páginas siguientes, muy sucintamente delineado arriba, es una muestra del compromiso académico del Comité Editor y de los autores que, aun en medio de las dificultades por las que atraviesa el país, exacerbadas por el flagelo del covid 19, desde sus campos de acción, con pocos recursos, mucha generosidad y mayor integridad, siguen dispuestos a producir conocimiento, porque como dijera Camus, en *La Peste*: «la única manera de luchar contra la Peste es la honestidad».

Andy Delgado Blanco
Coordinadora del Dossier

Derechos laborales y acción colectiva El sector salud venezolano en pandemia*

Jacqueline Richter**
Keta Stephany

pp. 1-31

Resumen

En este artículo, con información documental y a través de entrevistas a actores clave, se analiza la acción colectiva de los trabajadores del sector salud en Venezuela, ante las violaciones a los derechos laborales en el marco de la emergencia humanitaria en el sector y, más recientemente, de la pandemia. El estudio permite identificar las estrategias gubernamentales para dismantlar el sindicalismo autónomo, la negociación colectiva libre y voluntaria, lo que ha significado la destrucción del empleo con protección social. También el estudio reseña las diversas formas de lucha de los sindicatos y los cambios en el repertorio organizacional de los trabajadores.

Palabras clave

Derechos laborales / Acción colectiva / Trabajadores de la salud / Derecho Colectivo del Trabajo

Abstract

In this article, with information from documentary sources and through interviews with key actors, the collective action of workers in the health sector in Venezuela is analyzed in the face of violations of labor rights in the context of the humanitarian emergency in the sector and, most recently, from the pandemic. The study makes it possible to identify government strategies to dismantle autonomous unionism, free and voluntary collective bargaining, which has meant the destruction of employment with social protection. The study also reviews the various forms of union struggle and the changes in the workers organizational repertoire.

Keywords

Labor rights / Collective action / Health workers / Collective Labor law

* Este artículo forma parte de las investigaciones que se desarrollan en el marco del Observatorio Venezolano de Libertad Sindical (Ovlis).

** J. Richter. Abogada, Especialista en Derecho del Trabajo, Magister en Gobierno y Políticas Públicas, Doctora en Sociología. Profesora de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad Central de Venezuela (UCV).

Correo-e: jrichterd@gmail.com

K. Stephany. Licenciada en Letras, Doctora en Estudios del Desarrollo. Magister en Planificación mención Política Social. Profesora de la Escuela de Trabajo Social y de los postgrados de la Escuela de Salud Pública de la UCV.

Correo-e: sketa0@gmail.com

Introducción

En este artículo se analiza, en el marco de la pandemia, la acción colectiva ante las violaciones a los derechos laborales en el sector público de la salud en Venezuela.

Es esta una investigación con base en información sobre incumplimiento de derechos establecidos en la legislación laboral, con especial referencia a las violaciones a la libertad sindical, obtenida de fuentes secundarias y del testimonio de actores clave.

A partir de esta información se identificaron los casos de violación a los trabajadores de la salud de variados derechos del trabajo, entre ellos la libertad sindical, el salario, la carrera funcionarial y la profesionalización de los obreros y la estabilidad. Se identificaron las normas constitucionales y legales que los consagran, con algunas referencias a la evolución de la jurisprudencia, y se estudió la acción colectiva en defensa de los derechos laborales, reseñada por los medios de comunicación social.

El estudio tiene como finalidad documentar las diversas estrategias que han desarrollado las organizaciones sindicales y gremiales del sector salud para denunciar la precarización de sus condiciones de trabajo.

Las estrategias de investigación fueron el análisis documental y las entrevistas en profundidad.

Este análisis permitió identificar la ausencia de una política de protección laboral con ocasión de la pandemia, los cambios en la acción colectiva y en la organización de los trabajadores de la salud generados por la profundización y generalización de la emergencia humanitaria en el sector y por la violación de los derechos laborales.

El desarrollo de la exposición, a continuación, está dividido en tres secciones: contexto normativo, condiciones de trabajo en la pandemia, con especial referencia a las posibles violaciones de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (Lopcymat), y protesta del sector salud durante la pandemia en Venezuela. Finalmente se presentan las conclusiones.

El contexto normativo

El 13 de marzo de 2020, se declaró el *estado de alarma* con la finalidad de tomar las medidas urgentes para preservar la salud de la población, mitigar y erradicar los riesgos de la epidemia con ocasión de la Covid-19, según lo dispuesto en el artículo 1 de dicho decreto (Presidencia de la República, 2020).

El *estado de alarma* es una medida excepcional prevista en el artículo 338 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), cuya finalidad es permitir al ejecutivo nacional tomar acciones para enfrentar una catástrofe o situaciones similares que pongan en riesgo la seguridad de las personas. Obviamente la pandemia es una de esas situaciones.

El decreto de *estado de alarma* se promulgó ya dentro de una situación de excepción, pues desde el 2016 se han decretado de manera ininterrumpida estados de excepción y de emergencia económica. Ambos tipos de procedimientos excepcionales permiten restringir derechos y garantías constitucionales. Por lo tanto, el *estado de alarma* viene simplemente a reforzar las potestades del ejecutivo nacional para restringir derechos constitucionales.

El decreto de *estado de alarma*, al igual que los de estados de excepción y emergencia económica, se han promulgado sin respetar el procedimiento previsto en la Constitución que requiere su aprobación por la Asamblea Nacional y solo se prevé una prórroga. En estos casos, se ha omitido la aprobación de la Asamblea Nacional, pero han sido convalidados por la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, a fin de dar una apariencia de respeto de la legalidad.¹

El Decreto de *estado de alarma* modificó las relaciones de trabajo en el país, pues suspendió la relación de trabajo en los sectores no prioritarios o en los casos en que no sea posible laborar bajo la modalidad de teletrabajo. La suspensión de la relación de trabajo tiene dos efectos: el trabajador no está obligado a prestar el servicio ni el empleador a pagar el salario; así lo establece el artículo 73 del Decreto Ley Orgánica del Trabajo, Trabajadores y Trabajadoras (Dlottt).²

El rasgo esencial de la suspensión del contrato de trabajo es su carácter temporal, cuya finalidad es conservar el empleo en situaciones excepcionales (Cabanellas, 1968; Palomeque y Álvarez, 2001; Alfonzo-Guzmán, 2009).

Bruzual (2013:16) sostiene que:

La institución (...) tiene por finalidad mantener la relación de trabajo existente entre el patrono y el trabajador cuando por determinadas causas el trabajador se halla impedido en forma temporal de prestar servicios y como consecuencia de ello, percibir su remuneración y otros derechos.

¹ La actuación del poder judicial para dar apariencia de legalidad y estado de derecho fue criticada tanto por el informe de la Comisión de Encuesta de OIT como el de determinación de los hechos de Naciones Unidas.

² Artículo 73. Durante el tiempo que dure la suspensión, el trabajador o trabajadora no estará obligado a prestar el servicio ni el patrono o la patrona a pagar el salario.

La suspensión de la relación de trabajo es una vieja institución del derecho laboral que busca compatibilizar la protección al trabajador, sin generar costos para el empleador, pues la principal contraprestación del trabajador no ocurre. En general, en la mayoría de las legislaciones latinoamericanas el periodo de suspensión no se contabiliza para la antigüedad del trabajador y se suspenden los aportes a la seguridad social. No es el caso venezolano que se computa para la antigüedad, el empleador debe cancelar el monto del bono de alimentación y hacer los aportes a la seguridad social.

Los supuestos típicos³ de suspensión del contrato de trabajo refieren a situaciones de enfermedad, embarazo, servicio militar, obligaciones cívicas, como participar en procesos electorales, y casos de fuerza mayor.

En el caso de enfermedad y de los permisos por maternidad o paternidad, el salario es reemplazado por un pago del Seguro Social o debe ser asumido por el empleador, si no ha cumplido la obligación de inscribir al trabajador en dicho instituto. También se da la modalidad de acuerdos formales o informales con el trabajador en los cuales, el empleador asume el pago del salario normal o de la indemnización que otorga el Seguro Social a cambio de que el trabajador le reembolse el pago, una vez recibido. Otra modalidad implementada por aquél consiste en descontar esos pagos de los aportes que debe realizar el empleador. En otros casos, como la huelga, en la que no hay ningún tipo de aporte estatal o patronal, se depende del fondo de huelga del sindicato o de que en los acuerdos para finalizar el conflicto se logre que el patrono asuma algún pago durante la suspensión de la relación

³ El artículo 72 del Dlottt. Supuestos de la suspensión

La suspensión de la relación de trabajo procede en los siguientes casos:

- a) La enfermedad ocupacional o accidente de trabajo que incapacite al trabajador o trabajadora para la prestación del servicio durante un período que no exceda de doce meses.
- b) La enfermedad o accidente común no ocupacional que incapacite al trabajador o trabajadora para la prestación del servicio durante un período que no exceda los doce meses.
- c) Licencia o permiso por maternidad o paternidad.
- d) El cumplimiento del deber constitucional de prestar servicio civil o militar.
- e) El conflicto colectivo declarado de conformidad con esta Ley.
- f) La privación de libertad en el proceso penal, siempre y cuando no resulte en sentencia condenatoria.
- g) El permiso para el cuidado del cónyuge o la cónyuge, ascendientes y descendientes hasta el primer grado de consanguinidad, en caso de necesidad y por el tiempo acordado entre las partes.
- h) La licencia concedida al trabajador o trabajadora por el patrono o la patrona para realizar estudios o para otras finalidades de su interés.
- i) Casos fortuitos o de fuerza mayor que tengan como consecuencia necesaria, inmediata y directa, la suspensión temporal de las labores, en cuyo caso deberá solicitarse autorización a la Inspectoría del Trabajo dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la ocurrencia de los hechos que ameritan la suspensión, la cual no podrá exceder de sesenta días.

de trabajo. Otros supuestos, tales como servicio militar o permiso para cuidar a familiares, o casos de fuerza mayor no generan ninguna retribución a cargo del empleador o del Estado.

La suspensión de la relación de trabajo prevista en el decreto de *estado de alarma* refiere al supuesto de fuerza mayor que, al ser declarado por el ejecutivo nacional, nos pone en presencia de lo que la doctrina jurídica denomina hecho del príncipe: una decisión gubernamental que se impone ante una catástrofe o una epidemia que obliga a tomar medidas urgentes para paliar las consecuencias económicas y sociales.

Desde la declaratoria del *estado de alarma* en Venezuela, se ha combinado la suspensión del contrato de trabajo con periodos de flexibilidad que posibilitan prestar servicios en todas las actividades. Ello pudo suponer un alivio a la falta de remuneración en las semanas de cuarentena radical, pero parece que la realidad ha transitado otro camino: muchas pequeñas empresas han funcionado a puerta cerrada. Solo los comercios que no lograron transformarse en expendedores de alimentos se han visto afectados por el cierre total.

La semana de flexibilidad tampoco parece ser la respuesta adecuada, pues no hay una regulación que obligue a pagar el salario en la semana sin actividades, ni regulaciones para adaptar los horarios de funcionamiento, no solo porque la pandemia no permite contactos por muchas horas, sino por las elementales carencias de transporte público y gasolina.

En síntesis, la promulgación del *estado de alarma* previó una sola medida para el mercado de trabajo y, a diferencia de otros países, no acompañó la suspensión del contrato de trabajo con pagos estatales que mitiguen la ausencia del salario. El gobierno nacional ha implementado una política de subsidios monetarios cuyo acceso está supeditado a la inscripción en una plataforma en línea denominada el Sistema Patria y muchos de los bonos se otorgan si la persona tiene un carnet biométrico, el Carnet de la Patria. Los bonos otorgados a través del Sistema Patria no cumplen mínimamente la función de mitigar la ausencia de salario o compensar el bajo salario, ya que en el sector salud el salario promedio no supera los doce dólares mensuales, incluido el bono especial al personal de primera línea. El salario mínimo y el Cesta Ticket⁴ no superan los 4 dólares mensuales. A ello se le adiciona que los

⁴ Pago obligatorio que debe efectuar todo empleador por comida durante la jornada de trabajo. En Venezuela por disposición del Dlottt dicha obligación se mantiene en periodos de no prestación de servicios, como las vacaciones y la suspensión de la relación de trabajo.

bonos especiales del Sistema Patria no son otorgados a todos los trabajadores y su monto no cubre la canasta alimentaria de una persona, que los datos no oficiales situaron, para febrero de 2021, en Bs. 535.756.684,06, equivalentes a 281,97 dólares (Cendas-FVM, 2021).

La ausencia de una visión sobre los efectos de la pandemia en el empleo queda en evidencia en la composición de la Comisión Presidencial para la Prevención y Control del Coronavirus, que no incluye a ningún organismo del mundo del trabajo, ni siquiera al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (Inpsasel).

La carencia de una política laboral para enfrentar la pandemia se hace aún más evidente en los sectores prioritarios y en las actividades que admiten trabajar bajo la modalidad de teletrabajo. En el caso de la salud, como veremos, la regla ha sido la improvisación y poner todo el peso de la atención en cabeza de un personal con pésimas condiciones de trabajo y sin protocolos de bioseguridad.

La ausencia de medidas específicas para el mundo del trabajo ha sido acompañada con un recrudecimiento de la persecución a dirigentes sindicales y a trabajadores que osen protestar ya sea por las malas condiciones de trabajo o por las deficiencias en los servicios públicos. En pandemia han sido detenidos dirigentes sindicales. En dos informes presentados, ante órganos de control de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) y al sistema de protección de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, por la Central de trabajadores Alianza Sindical Independiente (ASI), la Confederación de Trabajadores de Venezuela y la Federación de Asociaciones de Profesores Universitarios de Venezuela (Fapuv) se contabilizaron los siguientes dirigentes sindicales o gremiales detenidos:

- Tania Rodríguez, dirigente sindical de la empresa Ferrominera del Orinoco, fue detenida el 3 de abril de 2020, por una publicación en sus redes sociales y presentada en tribunales en Puerto Ordaz, donde le impusieron casa por cárcel.
- Eduardo Galindo Peña, directivo del Colegio Nacional de Periodistas en Apure y Amazonas, fue detenido el 15 de abril de 2020 en su domicilio de San Fernando de Apure, por funcionarios del Conas por contenido publicado en su portal web Senderos de Apure.
- Darío Salcedo, Secretario de Organización del Sindicato Nacional Socialista de Trabajadores y Trabajadoras de la Pesca, Acuicultura y Actividades Conexas (Sinstrapescave) y trabajador de Insopesca, fue detenido el 5 de

mayo de 2020-5-20 (Caso n° 3385 de la OIT). Bartolo Guerra, sindicalista de PDV Marina, filial de Petróleos de Venezuela, S.A. (Pdvsa), fue detenido por la Dirección General de Contrainteligencia Militar (Dgcim) el 6 de mayo de 2020, por reclamos laborales en una reunión de trabajadores con el presidente de PDV Marina.

- Abner Mendoza, dirigente sindical de Fetramento, fue citado por el Cicpc, por orden del vicepresidente de la empresa Corporación Socialista de Cemento, por mensaje en sus redes sociales.

- Hannia Salazar, Presidenta del Colegio de Enfermería del estado Zulia fue citada por el Cicpc para el 30 de junio, sin indicar los motivos y respetar su derecho a conocerlo y a defenderse.

- Guillermo Zárraga, sindicalista petrolero fue detenido el 14 de noviembre de 2020 en su vivienda en Coro, estado Falcón, a manos de funcionarios del Servicio Bolivariano de Inteligencia Nacional (Sebin) por su actividad sindical y por sus denuncias sobre las condiciones de las instalaciones petroleras.

- Eudis Felipe Giro, Director Ejecutivo de la Federación Unitaria de Trabajadores Petroleros (Futpv) fue detenido el 18 de noviembre de 2020, en su residencia ubicada en el Municipio Diego Bautista Urbaneja del Estado Anzoátegui, a las 7:00 p.m., por la Dgcim n° 52 del Estado Anzoátegui, por ejercer sus obligaciones sindicales y denunciar la situación de Pdvsa, la falta de gasolina y la violación de los derechos de los trabajadores.

Dichos informes reseñan más de 12 detenciones de trabajadores de la salud por el simple hecho de reclamar las pésimas condiciones de trabajo y las carencias de insumos y medidas de bioseguridad.

Durante la pandemia la situación de la clase trabajadora se ha deteriorado aún más y desde el Estado se ha omitido cualquier medida que alivie la pérdida de salario o que regule la prestación de servicios en sectores prioritarios o bajo la modalidad de teletrabajo. Ello vuelve a confirmar que el trabajo pro-ductivo y bien remunerado no forma parte de la agenda gubernamental. Al contrario, la política estatal parece destinada a evitar que los trabajadores puedan ser autónomos y tener una vida digna producto de su esfuerzo y trabajo.

Las condiciones de trabajo y de seguridad laboral del sector de salud pública muestran claramente que se ha desarrollado toda una política estatal para destruir el sistema de relaciones de trabajo, basado en convenios colectivos que mejoren los beneficios previstos en la ley. El último celebrado en el 2017 y vigente a partir del 1 enero de 2018 no contiene regulaciones sobre el salario.

Condiciones de trabajo en pandemia y Lopcymat. Antecedentes

Las condiciones de trabajo eran malas antes de la pandemia. La destrucción de tejido industrial, la paralización de empresas, los salarios de hambre y la pérdida de los beneficios económicos y sociales de las convenciones colectivas se remontan a finales de la primera década del siglo XXI.⁵

La pandemia solo ha profundizado la emergencia humanitaria compleja declarada en el 2015. A ello se le suman las sanciones que desde el 2018 se aplican al Estado venezolano por violaciones comprobadas de derechos humanos y blanqueo de capitales.

Las malas condiciones de trabajo, la dotación insuficiente de materiales e insumos y el deterioro de la infraestructura de los centros sanitarios del país mostraban una de las caras de la emergencia humanitaria compleja. Por ello, las condiciones de trabajo de este sector prioritario constituyen un buen indicador del estado del sistema de relaciones de trabajo del país.

El Decreto de *estado de alarma* prevé la dotación de insumos y medicamentos en los centros de salud públicos para atender a las personas afectadas por la pandemia. Insumos adecuados, infraestructura en buen estado y medicamentos suficientes, son mínimas condiciones para que el personal de salud pueda realizar sus labores. Cualquier insuficiencia en dotar de higiene y garantizar la salud ocupacional puede ocasionar responsabilidad penal para el empleador y sus representantes, tal como lo prevé la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (Lopcymat).

La pandemia llega en momentos en que los centros de salud estaban deteriorados, carentes de insumos y sin los más elementales servicios básicos, como agua y electricidad. De los 14 nuevos hospitales que en los distintos periodos de gobierno del fallecido presidente Hugo Chávez y los de Nicolás Maduro, se habían ofrecido construir, ninguno está en funcionamiento y, por tanto, la atención se realiza en una infraestructura construida hace más de 30 años, a la cual no se le ha hecho el mantenimiento adecuado, como se reporta en las denuncias cotidianas de los trabajadores (Observatorio Venezolano de Libertad Sindical, 2020) y en los reportes de Monitor Salud.

La mejor demostración de que no hay nueva infraestructura es que la mayoría de los hospitales centinelas, designados para atender los casos de

⁵ Un reciente estudio del profesor Héctor Lucena muestra la destrucción del empleo con protección laboral en 18 empresas privadas del sector industrial en el estado Carabobo. Ver: <https://hectorlucena.blogspot.com/2020/07/desindustrializacion-y-relaciones-de.html>

personas contagiadas por covid-19, son los hospitales construidos antes de la llegada al poder del fallecido presidente Chávez.

Desde que comenzó la emergencia humanitaria compleja, los trabajadores del sector salud salieron a la calle a protestar tanto por sus pésimas condiciones de trabajo como por la falta de los insumos más elementales para atender a los pacientes. Durante 2018 y 2019, fueron múltiples las protestas y denuncias por la violación de los derechos laborales más básicos, los graves problemas de infraestructura y la carencia de insumos. El término bioseguridad no aparecía aún en nuestro lenguaje, pero los reclamos por las posibilidades de enfermarse al atender a los pacientes eran constantes en las denuncias de los sindicatos y gremios de la salud.

La pandemia empeoró las condiciones de trabajo y nuevas violaciones de derechos laborales se han hecho cada día más evidentes. En pandemia no solo se trabaja sin las más elementales medidas de bioseguridad, con salarios de hambre que no mejoran con los bonos especiales que se han otorgado para lo que se denomina «trabajar en primera línea». Además, se han acrecentado las dificultades de transporte que existían desde hace años.

Las condiciones de trabajo del sector salud fueron de las primeras que se regularon por contrato colectivo. El Sindicato de Trabajadores de Hospitales, Clínicas y Oficios Similares del Distrito Federal y Estado Miranda fue fundado en 1947 y la Federación de Trabajadores de la Salud (Fetrasalud) en 1961. Esas organizaciones de obreros negociaban sin dificultades buenos convenios colectivos desde la instauración de la democracia en 1958.

Los empleados administrativos y el personal médico también se organizaron para negociar colectivamente, a pesar de la renuencia de su empleador y un marco normativo que no consagraba expresamente ese derecho para los servidores públicos. Pero, ya desde finales de los años 60 del siglo pasado, se celebraron actas convenio, término utilizado para encubrir el convenio colectivo.

La Ley Orgánica del Trabajo de 1990, con su polémico artículo 8,⁶ zanjó la vieja discusión y consolidó la negociación colectiva en el sector público.

Al llegar el chavismo al poder, el sector disfrutaba de convenios colectivos para obreros, empleados y personal médico en cada institución del sector

⁶ En dicho artículo se reconocía expresamente el derecho a la negociación colectiva para los funcionarios públicos de carrera. Además, en esa ley, se otorgó a los colegios profesionales facultades para negociar convenios colectivos para sus afiliados.

salud. Así, en el Seguro Social, el Ipasme, en el ministerio de la salud y en cada gobernación existía un convenio para obreros, otro para los empleados y otros para médicos y enfermeras.

Esos convenios colectivos regulaban con detalle el tema salarial y contenían diversos beneficios socioeconómicos para el trabajador y su familia. Eran comunes las regulaciones sobre la calidad y regularidad de la entrega de uniformes, los útiles escolares y juguetes que se concertaban con el sindicato. En la mayoría de los convenios colectivos se preveían comisiones paritarias para tratar diversos asuntos de las relaciones de trabajo.

La carrera administrativa y la profesionalización de los obreros también se había consolidado. Las evaluaciones del personal de carrera y sus ascensos por méritos se realizaban con consultas al sindicato y se crearon especies de corredores de información entre la oficina de personal y los delegados sindicales para tramitar los ingresos y ascensos. Las sanciones disciplinarias eran sometidas a un procedimiento que contemplaba una fase inicial en una comisión paritaria.

Los obreros, por su parte, también consolidaron una carrera profesional. Ellos hablaban de la escalera para referirse al proceso que implicaba ingresar en un cargo de baja jerarquía y remuneración. Para su profesionalización contaban con el instituto de formación de Fetrasalud y el Instituto Nacional de Capacitación y Educación INCE. En su mejor época, el manual de cargos llegó a contar con 40 oficios, organizados por tramos y ascensos.⁷

El sistema de remuneración no se agotaba en la cláusula salarial, sino que expandía a las regulaciones por guardias, horas extras o pagos especiales por prestación de servicios en zonas de alto riesgo. A ello, se le adicionaba que la dotación de uniforme era regular y de buena calidad. En esa cláusula se previó la posibilidad de un pago en dinero en vez de dotar de uniforme y, cuando ello ocurrió, la cantidad pagada era suficiente para comprar uniformes de buena calidad.

El transporte y la comida también tenían regulaciones convencionales. La leche y otros alimentos eran comunes para los que laboraban en servicios con radiación. El acceso al comedor del centro sanitario y el transporte eran otros mecanismos de mejorar los ingresos, pues implicaban un ahorro importante.

La caja de ahorro, con aportes patronales y del trabajador, permitía acceder a préstamos para mejoras de vivienda, compra de carros y hasta

⁷ Entrevista a Pablo Zambrano (2020) y a Ismael Ocanto (2020), secretarios ejecutivos de Fetrasalud.

inicios de la primera década del 2000 esos préstamos permitían amortiguar la pérdida de capacidad de compra del salario o pagar con intereses más bajos el uso de las tarjetas de crédito.⁸

Por su parte, la jurisprudencia del Tribunal de Carrera Administrativa y de la Corte Contenciosa Administrativa consolidaron la estabilidad absoluta de los funcionarios públicos de carrera. Fueron constantes, las sentencias que señalaban que, pasados los 6 meses de período de prueba, el funcionario adquiría la condición de empleado administrativo de carrera con derecho a ascenso y sometido a los procedimientos administrativos de apertura de expediente con derecho a la defensa, en el procedimiento administrativo de calificación de la falta.

En síntesis, a finales del siglo XX se había consolidado un sistema de relaciones de trabajo con participación de los trabajadores, quienes gozaban de diversos beneficios económicos y sociales producto de luchas sindicales de décadas.

La llegada al poder del fallecido presidente Hugo Chávez cambió radicalmente ese sistema de relaciones de trabajo. En primer lugar, las organizaciones sindicales mayoritarias del sector de obreros y empleados administrativos formaban parte de la Confederación de Trabajadores de Venezuela (CTV), central sindical estigmatizada por sus vínculos con Acción Democrática (AD). De igual manera, en los colegios profesionales, la presencia de AD era considerable, lo cual tampoco hacía a esas organizaciones afines al nuevo sistema político que se iniciaba.

Durante los primeros 10 años del mandato de Chávez, se impulsó una política de paralelismo sindical con la finalidad de desplazar y destruir la estructura sindical de la CTV. La Federación Nacional de Sindicatos Regionales, Sectoriales y Conexos de Trabajadores de la Salud (Fenasirtrasalud) fue creada en el año 2003 con apoyo estatal y varios de sus dirigentes ocupaban cargos gerenciales en el ministerio de la salud o en los institutos autónomos. El Sindicato Único Nacional de Médicos de Venezuela (Sunamed) se crea en 2015 y se afilia a Fenasirtrasalud.

La primera década del siglo XXI se negocia a regañadientes con Fetrasalud y con el Sindicato Único Nacional de Empleados Públicos del Sector

⁸ Entrevista a Pablo Zambrano (2020).

Salud (Sunep-SAS), pero se inicia el proceso de dismantelar el contenido del convenio colectivo. Las cláusulas cogestivas desaparecen o dejan de aplicarse.

En el año 2013 se celebra el convenio colectivo con Fenasirtrasalud, mientras las organizaciones sindicales cetevistas participan como adherentes, pues ya no son reconocidas como las mayoritarias. En ese convenio colectivo desaparece la cláusula salarial y las de uniformes, juguetes y útiles escolares se establecen solo con pagos, sin prever la posibilidad de entrega del beneficio.

El convenio celebrado en octubre de 2017, cuya vigencia se inició el 1° de enero de 2018, terminó de vaciar el convenio colectivo: sin aumento salarial, con pagos irrisorios por uniforme, juguetes y útiles escolares; las cláusulas cogestivas desaparecieron.

La carrera de los empleados y la profesionalización de los obreros también fue reformulada. Poco a poco, los ingresos se comenzaron a realizar al margen del nombramiento, en el caso de los empleados, o del contrato de trabajo a tiempo indeterminado, para los obreros. La figura del contratado o el ingreso provisional comenzaron a ser la regla. En 2016, más del 60 por ciento de los empleados era contratado al margen del procedimiento previsto en el Estatuto de la Función Pública. Ese año se hizo una regulación de las contrataciones, pero al aparecer la pandemia truncó ese logro.

Las reformas legales y la jurisprudencia también han significado retrocesos para los derechos de los funcionarios. La Constitución de 1999 y la Ley del Estatuto de la Función Pública (LEFP) reafirman el carácter unilateral de la fijación de las condiciones de trabajo, en particular el salario. La LEFP le otorga al patrono-Estado la posibilidad de efectuar reestructuraciones o eliminar dependencias administrativas; es decir, de despidos por razones técnicas o económicas sin ningún tipo de indemnización o consulta con los sindicatos.

La jurisprudencia ha sido otra arista de pérdida de derechos. El criterio reiterado de que a los 6 meses se adquiría la condición de funcionario de carrera fue cambiado y ahora, si se ingresa de forma irregular, no se anula ese ingreso y solo se le da al trabajador una protección provisional que limita el despido hasta que se realice el concurso previsto en la Constitución y el LEFP. Por tanto, el funcionario queda atado a su cargo indefinidamente y no le es posible ascender.

En 2018, los salarios de hambre, que no pasaban de 2 dólares mensuales, las carencias más básicas de medicamentos y equipos, y la infraestructura

totalmente deteriorada, eran reclamos cotidianos de los trabajadores y sus organizaciones sindicales y gremiales, como veremos más adelante.

En pandemia, la pérdida de derechos se ha acrecentado. A los salarios, que, con bonos especiales, no superan los 12 dólares mensuales, se le suma la ausencia de las medidas más elementales de bioseguridad. Se trabaja sin agua, con escasa limpieza del centro sanitario, laboratorios sin insumos y equipos en mal estado o dañados. A ello, se le suma que la provisión de equipos de seguridad personal es insuficiente e irregular: las mascarillas, guantes y uniformes no se cambian diariamente y los trabajadores han tenido que dotarse de esos implementos con donaciones o elaborarlos por sus propios medios.

A las malas condiciones de trabajo se le suma la ausencia de personal, lo que lleva a un recargo de funciones y actividades para los que logran llegar a su sitio de trabajo, porque ya el servicio de transporte propio no existe y el transporte público está funcionado con pocas y deterioradas unidades. En los estados, casi no hay transporte público y muchos de los trabajadores se trasladan a pie.

La diáspora y las renunciadas son un tema que escapa a este artículo, pero afectan las condiciones de trabajo porque obligan a los trabajadores a realizar funciones de otros o suplir a un compañero. Lo que realizaban dos camareras o dos enfermeras, ahora lo hace una sola.

La pandemia ha justificado que no se discuta el convenio colectivo, ya vencido en el año 2019 y cuyo contenido fue muy criticado porque fue un pésimo acuerdo. Hasta los sindicatos gubernamentales están solicitando reiniciar la discusión del convenio colectivo. Al momento de escribir estas líneas, inicios de 2021, la respuesta del patrono-Estado ha sido el silencio. Ni siquiera responde la solicitud.

Las precarias condiciones de trabajo, la alta cifra de trabajadores muertos por covid-19 y la ausencia de las más elementales medidas de protección han llevado a los trabajadores nuevamente a la calle para exigir mejoras salariales, la dotación de equipos de seguridad personal, la atención a los trabajadores contagiados y un protocolo de seguridad; estas son las exigencias que realiza la Intergremial Nacional de Salud, plataforma unitaria de las organizaciones sindicales y gremiales del sector. A sus luchas dedicamos el siguiente punto de esta contribución.

Protesta del sector salud durante la pandemia en Venezuela

Antecedentes

Las luchas sindicales en el sector salud por condiciones adecuadas de trabajo y remuneración, siempre han incluido entre sus reclamos los derechos de los pacientes y la dotación a los centros de salud de los insumos y medicamentos necesarios para garantizar un mejor servicio. Para ello, el movimiento ha hecho gala de un repertorio de diversas estrategias y formas de protesta para presionar al patrono. «Los movimientos sociales, su alcance, sus objetivos, su unidad, su estrategia y sus tácticas, son procesos sociales que van reformulándose y cambiando a partir de su propio desarrollo y de los conflictos en los que se manifiestan» (Jelin, 2020: 768). En el caso de los trabajadores de la salud la evolución de sus formas de lucha y de organización durante los últimos años es clara muestra de ello.

La creación de la Intergremial de la salud significó un cambio importante para la movilización de los trabajadores. La incorporación de los médicos le dio contenido y fuerza a la denuncia, lo que ha sido particularmente importante durante la pandemia. Dicha Intergremial sindical tiene la novedad no solo de reunir diferentes sectores de trabajadores de la salud, sino también distintas formas de organización.

La forma da estructura y cuerpo a la identidad y a la acción a la par que ayuda a articular las relaciones con otros movimientos e instituciones. Una de las funciones, tanto de los activistas de los movimientos como de los empresarios es la de recombinar de forma creativa los elementos del repertorio organizacional de una sociedad dada, intentando así optimizar el potencial social de la movilización... Utilizando una idea del antropólogo Claude Levi-Strauss, este acercamiento entre modelos organizacionales podría calificarse de bricolaje (Clemens, 1999: 292).

En la Intergremial sindical de la salud, con la Fetrasalud, la federación de obreros afiliada a la CTV, concurren federaciones de colegios de profesionales de la enfermería, bioanalistas, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, farmacéuticos, entre otros, el sindicato nacional de la salud (Sunep-SAS) y una organización no gubernamental, Médicos Unidos, de alcance nacional e internacional. Se reúnen así, en una forma organizacional alternativa, distintos repertorios organizacionales de la Venezuela de los siglos XX y XXI. El resultado es que la acción colectiva de esa intergremial pasa a combinar formas de lucha sindicales como la asamblea, las concentraciones y las

marchas, con formas de solidaridad propias de las ONG, como la gestión y repartición de almuerzos a los trabajadores en los hospitales, y con la denuncia basada en estudios rigurosos como los proyectados a través del Monitor Salud, en su seguimiento a las condiciones de dotación y trabajo en los centros hospitalarios en el marco de la pandemia. A continuación, revisaremos cómo fue el proceso que condujo a esta respuesta por parte del movimiento de los trabajadores de la salud.

Durante todo el mandato de Nicolás Maduro, los trabajadores de la salud no han dejado de exigir al Estado-patrono condiciones de trabajo dignas, en particular, una mejora sustancial del salario. En Stephany (2015), se analizan el comportamiento, el repertorio, la naturaleza, los actores y los motivos de la protesta en el sector salud en Venezuela, durante el año 2013. Dicho análisis, centrado en el primer año de gobierno de Maduro, puede servir como línea base para establecer la evolución de la situación en términos de movilización de los trabajadores. Ese año, las denuncias por falta de condiciones para la prestación de servicios en el sistema público de salud en Venezuela, aumentaron en un 84 por ciento en comparación con el año anterior, lo que indica un ascenso importante en las luchas en el sector, y el propio Maduro reconoció la situación deplorable de los hospitales.

De acuerdo con dicha investigación, los determinantes de la crisis que impulsaron la denuncia y la protesta en el sector salud en 2013 fueron:

- La falta de información en materia epidemiológica, expresada en múltiples denuncias, recogidas por Provea.

- El financiamiento insuficiente. Esto trae consigo graves consecuencias, las más visibilizadas a través de la protesta en el sector fueron: deficiencias en la dotación de insumos básicos, material médico-quirúrgico y medicamentos; falta de mantenimiento adecuado de la infraestructura; falta de reposición de los equipos obsoletos o dañados; deficiencias en los servicios de agua y electricidad, insalubridad y hacinamiento.

- Problemas de gestión tales como: maltrato a los pacientes, cierre de centros y servicios por motivos ajenos a la función de salud; la inseguridad; el vencimiento de medicinas y la crisis general en el sector. Al respecto, la Asamblea Nacional apuntaría en su declaración de emergencia de 2016 el deterioro de los indicadores de gestión y la falta de planificación.

- Impacto en la población: reducción de vacunaciones, aumento de enfermedades parasitarias, mortalidad materno infantil, interrupciones en la entrega de tratamientos a enfermos crónicos, aumento del dengue

y de la malaria y problemas de accesibilidad para tratamientos de VIH, cáncer, afecciones mentales, hemofilia, diálisis y trasplantes. A pesar de su importancia, estos problemas no generaron movilización en el sector durante el primer año de gobierno de Maduro.

- Fuga de talento: en la acción colectiva y en el informe de Provea correspondiente a 2013, es tema destacado la falta de especialistas de las distintas especialidades, bioanalistas y personal de enfermería, debido al éxodo temprano de talento por el maltrato laboral.

- Ambiente hostil de trabajo: fue la causa principal de movilización en 2013 en el sector salud, caracterizado por la violación de los derechos laborales. Este importante aspecto no sería tomado en cuenta en la declaración de emergencia de 2016 de la Asamblea Nacional, aunque ya para entonces el malestar de los trabajadores se expresaba cada vez con mayor fuerza en el conjunto de la protesta popular en Venezuela.

En 2013, el principal motivo para la movilización fue, entonces, la violación de los derechos laborales, la cual se expresaba en los bajos salarios, el maltrato al personal, el atraso en la contratación colectiva,⁹ las deudas laborales y el gran número de contratados y tercerizados sin beneficios ni estabilidad.

En cuanto a los actores, los que más protestaron ese año fueron los obreros y los enfermeros, seguidos de los médicos, y los menos movilizados fueron los pacientes y sus familiares. No se encontraron organizaciones por el derecho a la salud, entre los protagonistas de las acciones.

Las distintas maneras como los actores sociales se movilizan para protestar, son parte de un repertorio histórico. En una misma acción o evento se pueden combinar distintas formas de lucha, pero todas ellas son parte de ese repertorio, que se transforman cuando se producen cambios importantes en la organización social (Tilly, 1978).

En 2013, las principales formas de protesta fueron la concentración en espacios limitados de la ciudad, frente a los centros de salud o frente a las sedes de organismos gubernamentales responsables, la tranca de avenidas, conocida también como corte de ruta y el paro. Atendiendo a la clasificación de la acción colectiva de Tarrow (1995) en convencional, confrontacional y violenta, «de las protestas en el sector salud durante 2013, reseñadas por la prensa nacional, son convencionales: el cabildo abierto, la denuncia, las

⁹ El contrato anterior al de 2013 fue el del año 2006 (García, 2020:225).

asambleas, el volanteo y la manifestación. Los paros, concentraciones, cortes de ruta, pintas, toma y pitazo son confrontacionales. Y la quema de cauchos es violenta» (Stephany, 2015: 48). De modo que, por su naturaleza, las protestas del sector salud en 2013 fueron principalmente de carácter confrontacional, es decir, acciones que, sin apelar a la violencia, generaron tensión y malestar en el adversario.

Asomaban entonces, un conjunto de problemas que no fueron atendidos debidamente por el Estado y que conducirían a la declaratoria de la emergencia humanitaria en salud por parte de la Asamblea Nacional el 27 de enero de 2016 (Asamblea Nacional, 2016).

El mismo año de la declaración de la emergencia humanitaria en salud por la Asamblea Nacional, se creó la ONG Médicos Unidos, a raíz de las denuncias de las deficiencias del sistema de salud en Venezuela. También fue ese el año de creación de la Intergremial Sindical Nacional de la Salud, plataforma de lucha de los sindicatos y gremios del sector, cuya primera acción de calle tuvo lugar, en la ciudad de Caracas, en febrero de 2017, con una marcha multitudinaria por la avenida San Martín, que partió de la Maternidad Concepción Palacios, y culminó en el Ministerio de Salud.

Decía Rosa Luxemburgo en su polémica con los socialdemócratas alemanes que «la rígida concepción mecánica y burocrática no quiere reconocer la lucha sino como producto de la organización llegada a un determinado nivel de potencia. Contrariamente, el desarrollo dialéctico hace surgir la organización como producto de la lucha» (Luxemburg, 1975: 200-201). Pues bien, la Intergremial Nacional Sindical de la Salud es un ejemplo de ello.

Para entender el surgimiento de la Intergremial, hay que remontarse al año 2013, cuando diferentes sindicatos como Sunep-SAS y el Sindicato de Hospitales y Clínicas comenzaron a reunirse con organizaciones como la Federación de Bioanalistas, para presentar propuestas de ajuste salarial, aumento de escalafón, jubilación con un 100 por ciento del salario y bono compensatorio por el vencimiento de la convención colectiva. A partir de ahí, federaciones, colegios nacionales y sindicatos comenzaron a articularse en función de objetivos comunes, ante la propuesta de reunión normativa laboral, donde estaba previsto que Fenasirtrasalud, como se dijo, federación paralela creada por el gobierno, discutiera sola el contrato. En esa circunstancia, los gremios y Sunep-SAS acordaron presentar un contrato único bajo la

modalidad de reunión normativa laboral; el sindicato patronal presentó otro, pero la presión fue tan fuerte que este se tuvo que sentar con sindicatos y gremios independientes y presentar un solo proyecto acordado entre las partes. A pesar de que el gobierno trató de sacarlos de la discusión, lograron participar en la reunión normativa laboral del sector salud donde defendieron las cláusulas comunes a todos y las conquistas de cada sector.¹⁰ Finalmente, participaron en la negociación Fenasirtrasalud, que para la fecha solo agrupaba a obreros, Sunep-SAS, de los empleados, y las federaciones de los gremios de enfermería, bioanálisis, psicólogos, odontólogos, farmacéuticos y fisiatras (García, 2020). Fetrasalud, centró sus esfuerzos en la movilización de calle. Con el deterioro de las condiciones de trabajo y de vida en el sector, las organizaciones que habían comenzado a articularse para la discusión del convenio, se vieron en la necesidad de tomar la calle y en esa circunstancia, de articular sus luchas. De ese proceso de articulación para la negociación del contrato de trabajo y para la acción colectiva, fue que surgió la Intergremial en 2016.

En 2017, Médicos Unidos se incorporó a la Intergremial Sindical Nacional de la Salud y, en 2018, en asamblea general, estableció como objetivo principal la defensa de los derechos humanos, enfocada en el derecho a la salud y aprobó una estructura organizativa, con un director general y seis direcciones, capítulos en la mayoría de los estados del territorio nacional y delegaciones en países de América y Europa.¹¹

Para 2018, el 78 por ciento de las denuncias y protestas reportadas por 43 medios de comunicación social, enarbolaban la exigencia de un salario que cubriese la canasta básica. *No me quiero ir de mi país y basta de salarios de hambre* fueron consignas recurrentes en todas las marchas y protestas desde 2018 hasta el inicio de la pandemia (Observatorio Venezolano de Libertad Sindical, 2020).¹²

Las denuncias por el mal estado de la infraestructura, la carencia de insumos y medicamentos y la irregularidad en los servicios de agua y electricidad fueron constantes en las declaraciones de los dirigentes. Videos y fotos sobre operaciones efectuadas con las linternas de los celulares circularon por las redes sociales y portales de noticias durante todo 2018 y 2019 (BBC, 2020).

¹⁰ Entrevista a Judith León (2020).

¹¹ Entrevista a Jaime Lorenzo.

¹² Ver también: https://libertadsindicalvenezuela.files.wordpress.com/2020/12/boletin-4-ovlis_.pdf

Ello muestra una tradición del sector: vincular sus luchas reivindicativas con los derechos de los pacientes y ciudadanos. El derecho a la vida y a la salud siempre han estado en el discurso y acción de las organizaciones sindicales y gremiales.

El tema de las condiciones y medio ambiente de trabajo ya aparecía con fuerza, aunque no se hablaba de equipos de protección personal o de medidas de bioseguridad. En 2018, el 37 por ciento de las denuncias y protestas referían a problemas de infraestructura en los hospitales, carencia de equipos adecuados y medicamentos para atender a los pacientes y la recurrente falta de agua y electricidad. La falta de transporte público y el deterioro de las unidades propias de los centros sanitarios comienzan a reportarse, aunque en un porcentaje muy pequeño.

La reconversión monetaria de agosto de 2018, con la eliminación de 5 ceros al bolívar, fue acompañada con un aumento salarial que mejoró los paupérrimos salarios, al establecer el salario mínimo en 30 dólares mensuales, ya que en julio de ese año el salario mínimo no llegaba a 1 dólar mensual.¹³ Pero dicho aumento fue acompañado con una resolución ministerial que redujo las escalas salariales a un máximo de dos salarios mínimos. Por ello, a partir de septiembre, a la protesta por las malas condiciones de trabajo y los salarios de hambre, se le incorporó la lucha por derogar la resolución y rescatar las tablas salariales, las cuales eran producto de años de lucha sindical. El sindicalismo autónomo no podía aceptar que sus luchas de décadas fuesen borradas de un plumazo.

La mejora salarial se desvaneció pronto, pues la hiperinflación devoró en pocos meses el aumento. Ya en julio de 2019, el salario mínimo se había reducido a 2 dólares mensuales y en 2020 terminó de evaporarse. En octubre de 2020, el salario mínimo mensual equivalía a 0,80 centavos de dólar.

Un salario de hambre, la pérdida de la mayoría de los beneficios contemplados en el contrato colectivo, el deterioro creciente de la infraestructura de los centros sanitarios y la falta de insumos y medicamentos básicos llevaron a una elevación de la protesta, que se hizo constante y continua durante 2018 y 2019.

¹³ El salario mínimo al 18 de agosto de 2018 (dos días antes de la reconversión) era de 3.000.000 de bolívares, excluyendo del mismo los cesta-ticket, que eran 2.196.000 bolívares. El cambio paralelo del dólar era de 3.529.019,8 bolívares/dólar. Haciendo el cálculo sobre el sueldo base, excluyendo el cesta-ticket, da como resultado que el sueldo mínimo al 23 de julio era de 0.85\$.

Los seis primeros meses de 2018, el 42 por ciento de toda las protestas y denuncias reportadas por los medios de comunicación fue protagonizada por los trabajadores de la salud. Hasta ese momento, la tendencia era que cada gremio o sindicato convocase y los otros apoyaban. Esa estrategia cambia por varias razones. A partir de agosto, con la destrucción de las escalas salariales, se intensifican las acciones conjuntas de las organizaciones de la salud, las cuales hacen alianzas con otros sindicatos y se le incorpora a la lucha por la salud la defensa de las escalas salariales.

Un elemento clave de las luchas de los trabajadores de la salud ha sido su capacidad de articularse con otros sectores sindicales y la rotación de la vocería de sus peticiones, no solo entre sus dirigentes, sino que esas peticiones también son asumidas por otros sindicalistas o dirigentes gremiales.

Esa articulación fue producto de un trabajo interno que poco a poco comenzó a dar sus frutos. Al inicio del periodo estudiado, cada gremio de la salud hacía sus declaraciones y denuncias de manera separada, pocas veces declaraban de manera conjunta; pero ya a partir de mayo de 2018, todos convocan a las mismas marchas y protestas, y la vocería se rota entre dirigentes obreros, administrativos, personal de enfermería, bioanalistas y médicos. También se concreta la articulación con otros sectores sindicales, como educación, eléctricos, telefónicos, administración pública y con las empresas básicas de Guayana. En las regiones son comunes las marchas o protestas conjuntas entre todos los sectores sindicales afectados por los salarios de hambre y la pérdida de los beneficios de la negociación colectiva, las cuales suelen ser reseñadas por la prensa local, por ejemplo, en *El Impulso* (2018).

La acción conjunta del sector salud con otros sindicatos se reforzó con la lucha por la recuperación de las escalas salariales convencionales, lo que implicaba la derogación de las tablas salariales impuestas por el gobierno en septiembre 2018. Desde ese momento, el 40 por ciento de las protestas reportadas por los medios de comunicación social son acciones conjuntas de varios sectores del movimiento sindical, en particular los sindicatos de las empresas básicas, los trabajadores del sector eléctrico, los empleados públicos, la Compañía Anónima Nacional Teléfonos de Venezuela (Cantv) y los sindicatos y gremios de la educación (ver, por ejemplo, reseñas de Comunicación Continua, 2019, a y b).

La creación de la Intersectorial de Trabajadores de Venezuela (ITV), cuyo acto fundacional fue efectuado el 7 de noviembre de 2018 en una asamblea

plenaria en la sede de la Asociación de Profesores de la Universidad Central de Venezuela (Apucv), tuvo un apoyo importante desde la Intergremial Sindical Nacional de la Salud. La primera acción de la ITV fue una marcha para exigir la derogación de la resolución que reducía las tablas salariales. En esa marcha, el sector salud encabezó las peticiones al lado de dirigentes de la talla de Rubén González, quien fue ilegalmente detenido, una vez más, después de participar en dicha protesta.

La estrategia de acompañar los reclamos de otros sectores se hace evidente a partir de mediados del 2018. En toda protesta sindical aparece una enfermera, un médico, un nutricionista, obrero o empleado de la salud y siempre hay una declaración sobre la emergencia humanitaria compleja y los estragos que está ocasionando en el sector salud. Los llamados al gobierno a mejorar las condiciones laborales y dotar a los hospitales de insumos y medicamentos son constantes. La salud convoca al país y se logran articular luchas que sobrepasan las reivindicaciones laborales para situar los problemas en el *quid* del asunto: la mala gestión gubernamental.

La represión acompaña la protesta sindical, pues en varias ocasiones las concentraciones no pudieron salir de su punto de partida. Fue el caso de las concentraciones que implicaban caminar hacia el centro de la ciudad capital, como las convocadas en los alrededores del Hospital de Niños Dr. J. M. de los Ríos o en la Universidad Central de Venezuela o en algún sitio del este de la ciudad en Caracas. En cambio, en las regiones, las marchas lograron movilizarse por las ciudades, acompañadas por un fuerte dispositivo militar, pero no se les impidió la concentración.

La dirigencia sindical de la salud cambió la estrategia y en vez de salir desde un punto de concentración, se puso como tal el sitio de llegada: la plaza Caracas, sede de los ministerios de la salud y del trabajo, dependencias gubernamentales que debían atender los reclamos de los dirigentes, una como patrono y la otra como poder público a cargo de las relaciones de trabajo.

La estrategia fue un éxito y se logró realizar diversas protestas en el centro de la ciudad, sitio prohibido para cualquier actividad que no fuese impulsada por los partidarios del gobierno, entre ellas, la marcha del 2 de octubre de 2018, la marcha del 29 de noviembre de 2018, para exigir la renuncia del ministro de educación, y la marcha del 15 de enero de 2019 para exigir mejores sueldos y hacer llamado a paro nacional.

El éxito de estas movilizaciones estimuló la convocatoria a nuevas concentraciones intergremiales, en las cuales la presencia del sector salud siempre fue decisiva. En las regiones también se realizaron nutridas y numerosas marchas de protesta, ya sea en el centro de cada ciudad o en sus sitios emblemáticos, como lo son las adyacencias de los hospitales, los campus universitarios o los portones de las empresas. Es el caso, por ejemplo, de la marcha de docentes en Bolívar de fecha 15 de noviembre de 2018, en exigencia de mejoras salariales, la derogación de los tabuladores impuestos y el pago de beneficios laborales; y de la manifestación de la CVG Refractarios, de fecha 21 de septiembre de 2018, realizada en la sede, en protesta contra las tablas salariales impuestas por la Oficina Nacional de Presupuesto (Onapre) y en demanda de mejores sueldos y la restitución de derechos laborales.

Un análisis de las protestas en el sector salud reseñadas por los medios en 2018 y 2019, y sistematizadas en la Base de Datos del Ovlis, indica que más de la mitad de las acciones (54 por ciento), fueron protagonizadas por los actores que reúne la Intergremial, es decir, que salieron juntos médicos, obreros, empleados, y profesionales. En segundo lugar, se ubican los profesionales de la enfermería con un 23 por ciento y en tercer lugar los médicos con un 14 por ciento.

En relación con los motivos de las acciones, el 75 por ciento respondió la violación de derechos laborales, donde destaca la pérdida de valor de los salarios, seguida por falta de insumos (10 por ciento) y crisis humanitaria (7 por ciento). En cuanto a la forma de la protesta, el sector salud conserva su repertorio de concentraciones, paros, movilizaciones y denuncias a los medios. Siguen prevaleciendo las acciones de tipo confrontacional, dentro de las cuales debemos incluir las marchas en el centro de Caracas, ya que el oficialismo es muy sensible a que se realicen protestas en ese sector de la ciudad, y consideran que, al hacerlas, lo están retando. No se reportaron acciones violentas.

La fuerza de la protesta no aminoró a inicios del 2020, pues el salario seguía en picada y la falta de insumos, medicamentos, agua y electricidad eran parte de la cotidianidad de cualquier centro de salud. Los primeros dos meses del 2020, el sector educación y salud, en ese orden, calentaban motores para volver a las calles a exigir por enésima vez salarios dignos y el derecho a permanecer en el país, ejerciendo su profesión con los implementos necesarios para atender a los pacientes.

Llegó la pandemia y el país cayó en un largo letargo y aislamiento. Ese cese de actividades no afectó a los sindicatos y gremios de la salud y educación, pues ambos sectores debían trabajar: uno de manera presencial y el otro virtual, pero sí incidió en la disminución de la protesta con respecto al año anterior, tal como lo reporta el Observatorio de Conflictividad Social.¹⁴

Desde el inicio de la pandemia, directivos del Sindicato de Trabajadores de Hospitales, Clínicas y Oficinas Similares del Distrito Federal y Estado Miranda comenzaron, a través de las redes sociales, a denunciar la falta de agua, cloro, detergentes, guantes, mascarillas y otros implementos básicos de seguridad para atender la emergencia. Esas denuncias fueron el comienzo de otro esfuerzo organizativo en el sector: Monitor Salud.

Monitor Salud es una iniciativa de la Intergremial Sindical Nacional de la Salud, que muestra las potencialidades de un acervo organizativo para la defensa de los derechos laborales, pues fue casi natural generar una instancia para articular acciones que sustenten la demanda de medidas de protección para los trabajadores de la salud, quienes están en primera fila para atender a las personas contagiadas por el virus covid-19.

Monitor Salud compila información sobre la insuficiencia de insumos básicos para la limpieza de un centro sanitario, la escasa dotación de equipos de protección personal y las crecientes dificultades para llegar a los sitios de trabajo. Son constantes los reportes de la falta de agua, cloro y desinfectantes para limpiar y de la insuficiencia de guantes y mascarillas para atender a los pacientes, no solo del covid-19, sino de cualquier enfermedad infecciosa. Esas condiciones de trabajo constituyen un alto riesgo tanto para el personal de salud como para los pacientes. Para los trabajadores, representan un grave incumplimiento de las obligaciones de seguridad e higiene ocupacional que tiene el empleador, cuya sola infracción genera multas. En caso de enfermedad o muerte por esas malas condiciones de higiene y seguridad laboral, hay responsabilidad penal, aunque no haya habido culpa o intencionalidad de causar un daño. Así, lo establece claramente el artículo 131 de la Lopcymat.

Las campañas de Monitor Salud y de Médicos Unidos, tanto en las redes sociales como en su portal, han sido reseñadas por los medios de comunicación social, quienes utilizan esas denuncias para hacer sus propios reportes sobre

¹⁴ El Observatorio Venezolano de Conflictividad Social (OVCS) registró 9.633 protestas durante 2020, equivalente a un promedio de 26 diarias. Esta cifra representa una disminución del 42 por ciento en comparación con 2019 (OVCS: 2020).

la precariedad sanitaria que existe en los centros de salud. De esta manera, se ha logrado romper el cerco informativo impuesto por el gobierno.

Estas denuncias han puesto en evidencia que el Estado venezolano no ha tomado ninguna medida adecuada para paliar la grave crisis hospitalaria que sufre el país, por lo menos desde 2013. La pandemia llegó con una infraestructura destruida, ascensores y morgues sin funcionar, laboratorios sin insumos, trabajadores sin equipos de protección personal, salarios de hambre y cero beneficios sociales.

Durante la pandemia se ha incrementado la violación de las libertades cívicas por parte del Estado. Son comunes las detenciones arbitrarias por los reclamos más elementales, como exigir el respeto de la cola para surtir gasolina o un reclamo por la entrega de la famosa caja CLAP.¹⁵ Son detenciones que incumplen las más básicas reglas del debido proceso.

Los trabajadores de la salud han sido uno de los sectores que han sufrido detenciones ilegales por denunciar las malas condiciones de trabajo y sanitarias de sus centros de salud. Entre el 13 de marzo y el 30 de junio de 2020, las centrales sindicales CTV, ASI y la Fapuv reportaron ante los órganos de control de la OIT, a la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos y a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos un total de 107 detenciones arbitrarias; 12 de ellas fueron de trabajadores de la salud por denuncias sobre casos de covid-19 o por reclamos por la carencia de insumos y equipos para atender a los pacientes. En pandemia, continuó la destrucción de los derechos laborales como veremos a continuación.

Los derechos violados en pandemia

Desde el inicio de la pandemia, el patrono ha intensificado su política de destrucción del régimen de trabajo del sector salud. La negativa a negociar una nueva convención colectiva ahora abarca incluso a los sindicatos oficialistas que, desde mayo de 2020 comenzaron a exigir que el ministerio de salud discutiese un nuevo contrato colectivo. Hasta enero de 2021, el silencio ha sido la respuesta patronal.

El deterioro de las condiciones de trabajo no ha parado en pandemia. Ninguno de los bonos, que el ministerio de salud ha otorgado a lo que, unilateralmente, denomina trabajadores de primera línea en la atención de

¹⁵ Los Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP) son un programa social gubernamental dedicado a distribuir cajas de alimentos básicos a la población.

pacientes con covid-19, ha detenido la pérdida de la capacidad de compra del salario. Los salarios con bonos siguen siendo de hambre. A ello se le adiciona que la pandemia hace más peligrosa la prestación de servicios por la ausencia de protocolos de bioseguridad, la insuficiencia de equipos personales de seguridad y la carencia un elemento vital de sanidad: el agua. Y se suma, además, el deterioro de la infraestructura, los laboratorios cerrados y la falta de medicamentos.

Para los dirigentes sindicales y gremiales consultados, la ausencia de las más elementales medidas de bioseguridad es la principal violación de las condiciones de trabajo, seguida por el ya paupérrimo salario que en promedio no pasa de 4 dólares mensuales. El pago de la bonificación de fin de año, efectuada en octubre de 2020, en promedio no superó los 5 dólares, con lo cual ya ni siquiera cumple la función de compensar la pérdida del salario y su finalidad navideña desapareció. El salario previsto en el artículo 91 de la Constitución de 1999, que debe ser suficiente para cubrir las necesidades básicas del trabajador y su familia, es una quimera. La violación de la norma constitucional es de tal magnitud que perfectamente podría intentarse un amparo constitucional.

Los datos publicados por Monitor Salud en redes sociales de integrantes de la Intergremial Sindical Nacional de la Salud, así como en el portal de Monitor Sindical (2020) permiten construir promedios y series para el período marzo-septiembre de 2020 y muestran claramente la ausencia de las condiciones más elementales para atender no solo la pandemia, sino la enfermedad más sencilla. La probabilidad de infectarse con cualquier virus es alta, pues en promedio el 45 por ciento de los centros sanitarios carecen de agua.

Cuadro 1

Acceso a los insumos para la limpieza
Período marzo-septiembre 2020

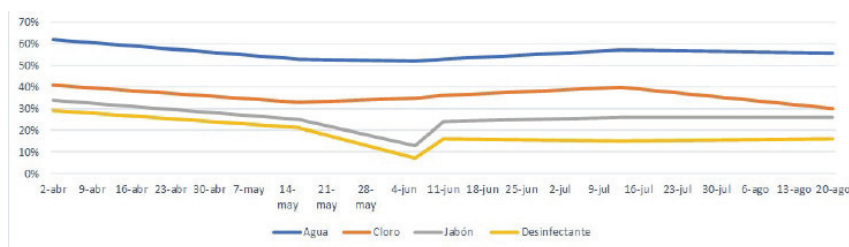
Insumo para la limpieza	Porcentaje de acceso al insumo
Agua	55 %
Cloro	36 %
Jabón	24,6 %
Desinfectante	17,3 %

Fuente: Monitor Salud, elaboración propia.

La tendencia a dotar los centros de salud de esos 4 elementos básicos para la asepsia fue siempre negativa. El desinfectante vital para limpiar pisos y paredes faltó casi siempre y los trabajadores reportaban que el cloro entregado estaba ligado con agua. A ello, se le sumaban los cortes de luz y los daños de equipos médicos. En varios hospitales se reporta que la morgue no funciona y los ascensores están dañados.

Gráfico 1

Disponibilidad de agua y artículos de limpieza en Venezuela
 Período 02/04/2020 a 20/08/2020



Fuente: Monitor Salud, elaboración propia.

La dotación de equipos de protección personal también ha sido deficiente durante la pandemia. Los datos muestran que, en cuidados intensivos, el 55 por ciento del personal carece de mascarillas y guantes. La reutilización de las mascarillas ocurre en el 86 por ciento de los casos.

Las deficiencias en la dotación fue una constante durante todo el periodo estudiado, incluso no varió significativamente en los momentos en que la curva de contagiados comenzó a ascender. Tampoco disminuyó a pesar de que el gobierno declaró que había recibido insumos y donaciones de la OMS y sus aliados comerciales (TelesurTv.net, 2020).

Cuadro 2

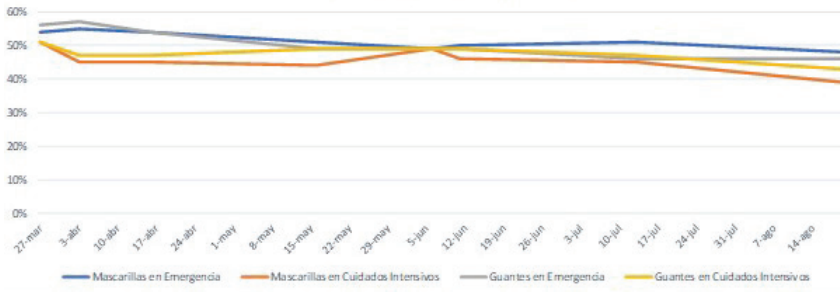
Dotación de Equipos de Protección Personal

Tipo de Equipos	Porcentaje de dotación
Mascarillas Emergencia	51,5%
Mascarillas Cuidado Intensivo	45,5%
Guantes Emergencia	51%
Guantes Cuidado Intensivo	47,6%

Fuente: Monitor Salud, elaboración propia.

Gráfico 2

**Disponibilidad de guantes y mascarillas en las diferentes áreas de los hospitales venezolanos
 Periodo 27/03/2020 a 20/08/2020**



Fuente: Monitor Salud, elaboración propia.

A la carencia de insumos y equipos de bioseguridad se agrega la falta de transporte y gasolina. Son constantes las denuncias de los trabajadores y sus dirigentes sobre las dificultades que enfrentan para tener prioridad en las colas de las estaciones de servicio, así como la ausencia de transporte colectivo para trasladarse a su sitio de trabajo. Monitor Salud reportó que el 34 por ciento de las vías estuvieron cerradas y que la falta de transporte público y dinero en efectivo afectaba al 94 por ciento de los trabajadores.

La falta de efectivo y de transporte tuvo una importante consecuencia para la atención de los pacientes y para las condiciones de trabajo. En el 88 por ciento de los centros de salud se reportaron inasistencias de trabajadores. Ello significa una recarga importante de trabajo para los que lograron llegar. En los hechos, la famosa multifuncionalidad que siempre han solicitado los empleadores se ha logrado totalmente en el sector salud. El manual descriptivo de cargos y funciones también terminó de desaparecer durante la pandemia.

En 60 hospitales encuestados por Monitor Salud, el 40 por ciento no tiene morgue y el 30 por ciento de los que sí tiene carece de refrigeración, que en los hechos es como si no contara con ese servicio.

Los datos por ausencia de medidas básicas de bioseguridad nos muestran un incumplimiento total de la Lopcymat. Ese incumplimiento en caso de muerte genera responsabilidad penal de los directores y sus representantes. La ley es clara: no hay excusa que valga y el ministerio público ya debería haber iniciado las solicitudes ante los tribunales penales para imputar a los directores y sus representantes.

El artículo 131 de la Lopcymat impone al empleador y sus representantes penas de prisión hasta de 10 años y si obligaron a los trabajadores a laborar en ese ambiente inseguro, se toma como un agravante que aumenta la pena. Esa situación ha sido una constante en todos los centros de salud públicos de Venezuela.

La falta de las más elementales medidas de bioseguridad y la carencia de protocolos ha producido que tengamos la cifra más alta del mundo de trabajadores de la salud fallecidos por covid-19. Finalizando marzo de 2021, los datos oficiales reportan 1.615 fallecidos: el 25 por ciento de ellos son trabajadores de la salud.

Un conocido jurista francés señala que «...en la relación de trabajo, el trabajador, a diferencia del empleador, no arriesga su patrimonio, arriesga su piel» (Supiot, 2002: 68). En el caso venezolano, la frase adquiere literalidad para los trabajadores de la salud.

Conclusiones

La pandemia por covid-19 puso de manifiesto, con crudeza, las consecuencias negativas de la destrucción del trabajo productivo con protección social en Venezuela. En esta investigación, se ha podido demostrar que en el país no solo no se han tomado las medidas típicas que han adoptado otros Estados, sino que con un salario mínimo que siguió siendo absolutamente irrisorio, no se previó ningún mecanismo para garantizar ingresos laborales en un contexto de suspensión del contrato de trabajo.

Los sectores productivos que utilizan formas de teletrabajo tampoco cuentan con una mínima regulación que permita a los trabajadores saber cuáles son las obligaciones de su empleador y los límites que existen para prestar servicios en esa modalidad. Tampoco los empleadores cuentan con un marco normativo que les permita organizar el teletrabajo con seguridad jurídica.

La ausencia de una política estatal sobre el teletrabajo es absoluta: no aparece ni siquiera en la agenda de la Asamblea Nacional electa en diciembre, ni en la Asamblea Nacional del 2015 y tampoco la Asamblea Nacional Constituyente legisló sobre el asunto.

La carencia de políticas de promoción del trabajo productivo con protección social y de recuperación del ingreso real de los trabajadores, agudizó significativamente la destrucción de la calidad de vida de los venezolanos por la emergencia humanitaria compleja y fue acompañada con un claro patrón estatal de represión a la protesta laboral. Exigir derechos se ha convertido casi

en un delito. Prueba de ello son las detenciones arbitrarias de 7 dirigentes sindicales o gremiales en el período de la pandemia.

En los últimos años, con la profundización de la emergencia humanitaria de la salud en Venezuela y la generalización de la violación de los derechos laborales, los trabajadores de la salud han dado una respuesta creciente a través de la acción colectiva, que conserva su repertorio de lucha fundamentalmente confrontacional, pero no violenta, y presenta a un actor social que reúne a los distintos sectores de trabajadores de la salud y no solo a gremios o sindicatos aislados como ocurría anteriormente.

Es importante el hallazgo de cómo, en el fragor de sus luchas, el repertorio organizacional de los trabajadores de la salud se amplió a través de la creación de la Intergremial Sindical Nacional de la Salud, una suerte de bricolaje afortunado que combina distintos modelos de organización existentes en el sector y toma de ellos todo su acervo y experiencia. Esto le ha permitido al movimiento dar respuestas a la altura de la gravedad de la situación tanto para la denuncia objetiva de las condiciones de trabajo en el sector, asunto tan sensible en el marco de una pandemia, como para atender las necesidades inmediatas de sus agremiados, a la vez que se mantiene la movilización por salario y condiciones adecuadas de vida y de trabajo.

En el marco de la pandemia, se ha profundizado la violación de los derechos laborales y ha pasado a un primer plano el tema de la violación de la Lopcymat y el riesgo laboral. Esto es así porque en las deplorables condiciones del sistema de salud venezolano no se garantizan las medidas de higiene y bioseguridad, por lo que el personal de salud termina expuesto a elevadas cargas virales de covid-19, lo que constituye un riesgo permanente a su salud y a su vida.

La ampliación del repertorio organizacional de los trabajadores de la salud y de sus relaciones interinstitucionales en la sociedad, les ha permitido monitorear esta situación con mucho rigor y detalle y darla a conocer en distintos espacios de la sociedad, incluidos los académicos, nacional e internacionalmente, lo que cualitativamente es un gran paso de avance para la defensa de sus derechos.

El análisis que hemos hecho es de una situación en desarrollo que se proyecta muy difícil para el movimiento de trabajadores y que requiere del apoyo de toda la sociedad, si es que en Venezuela queremos hacer valer nuevamente el derecho a la salud. Garantizar condiciones adecuadas del sistema hospitalario no es asunto exclusivo de los trabajadores de la salud, cuya capacidad de sacrificio y de lucha ha sido llevada al máximo por las

circunstancias. Sin embargo, en las protestas de los últimos años en el sector, la presencia de los destinatarios de los servicios de salud es muy débil. Cambiar eso es una necesidad y es un reto.

Referencias bibliográficas

- Asamblea Nacional** (2016). «Acuerdo mediante el cual se declara crisis humanitaria en la salud de Venezuela, en vista de la grave escasez de medicamentos, insumos médicos y deterioro de la infraestructura sanitaria». Caracas. Obtenido de http://www.asambleanacional.gob.ve/uploads/documentos/doc_c454694fb4c5d9c0c052307a4a0d18c53d330925.pdf
- Asamblea Nacional** (2005). «Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (Lopcymat)». Gaceta Oficial 38.236. Caracas, 26 de julio.
- BBC** (2018) «'Se fue la luz cuando los doctores ya me habían abierto el vientre': cómo la crisis eléctrica afecta a la zona más poblada de Venezuela». Disponible: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-43673923>. Consultado el 08 de noviembre de 2020.
- Bruzual, G.** (2013). *Manual de Derecho del Trabajo*. Caracas: Ediciones Paredes.
- Cabanellas, G.** (1968). *Compendio de Derecho Laboral*, Tomo I. Buenos Aires: Bibliográfica Omeba.
- Cendas-FVM** (2021). Finanzas Digital. Disponible: <https://www.finanzasdigital.com/2021/03/cendas-fvm-en-febrero-de-2021-la-canasta-alimentaria-familiar-caf-se-ubico-en-bs-535-756-68405-bolivares-28197-un-aumento-del-171-con-respecto-a-enero/>
- Clemens, E. S.** (1999). «La organización como marco: identidad colectiva y estrategia política en el movimiento sindicalista norteamericano (1880-1920)», en D. McAdam, J. D. McCarthy y Z. Mayer N., *Movimientos sociales: perspectivas comparadas*, pp. 288-319. Madrid: Ediciones Istmo.
- Comunicación Continua** (a) (2019). «Más docentes nacionales y regionales merideños se suman al paro nacional». 11 de enero. Disponible: <https://comunicacioncontinua.com/mas-docentes-nacionales-y-regionales-meridenos-se-suman-al-paro-nacional/>.
- Comunicación Continua** (b) (2019). «Trabajadores universitarios paralizan sus actividades por 48 horas ante burla del gobierno nacional». 10 de enero de 2019. Disponible: <https://comunicacioncontinua.com/trabajadores-universitarios-paralizan-sus-actividades-por-48-horas-ante-burla-del-gobierno-nacional/>.
- El Impulso** (2018). «Trabajadores de Cantv en Lara exigen mejoras laborales por quinta semana consecutiva». Disponible: <https://www.elimpulso.com/2018/07/17/fotos-trabajadores-de-cantv-en-lara-exigen-mejoras-laborales-por-quinta-semana-consecutiva-17jul/>
- García, J.** (2020). *Organización del trabajo y relaciones laborales en el sistema público de salud en Venezuela*. Valencia: Ipapedi.
- Jelin, E.** (2020). «Espontaneidad y organización en el movimiento obrero», en E. Jelin, *Las tramas del tiempo. Familia, género, memorias, derechos y movimientos sociales. Antología*, pp. 765- 826. Libro digital, PDF Buenos Aires: Clacso.
- León Judith** (2020). Presidenta del Colegio de Bioanalista. Entrevista. Caracas, 14 de mayo.

- Lorenzo, Jaime** (2020). Médicos Unidos. Entrevista. Caracas, 3 de diciembre.
- Luxemburg, R.** (1975). «Huelga de masas, partido y sindicatos», en R. Luxemburg, *Escritos políticos*. G. Muñoz, trad., pp. 139-237. Barcelona, España: Grijalbo.
- Monitor Sindical** (2020). Disponible: <https://monitorsindicalvenezuela.com/reportes-diarios-caracas/>
- Observatorio Venezolano de Conflictividad Social** (2020). Disponible: <https://www.observatoriodeconflictos.org.ve/destacado/informe-anual-situacion-de-la-conflictividad-en-venezuela-en-2020>.
- Observatorio Venezolano de Libertad Sindical** (2020). «Base de datos de la conflictividad y violación de los derechos laborales en Venezuela». Caracas.
- Ocando Ismael** (2020). Secretario Ejecutivo de la Federación de Trabajadores de la Salud (Fetrasalud). Entrevista. Caracas, 14 de mayo de 2020.
- Palomeque, M. y M. Alvarez** (2001). *Derecho del Trabajo*, 9ª ed. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Presidencia de la República** (2020). «Decreto n° 4.160, mediante el cual se declara el Estado de Alarma en todo el Territorio Nacional». Gaceta Oficial n° 6.519, Extraordinario. Caracas, 13 de marzo de 2020.
- Presidencia de la República** (2012). «Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras» (Dlottt). Gaceta Oficial 6.076, Extraordinario. Caracas, 30 de abril de 2012.
- Stephany, K.** (2015). «Protesta y salud en Venezuela: comportamiento, naturaleza, formas y actores». *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*, julio-diciembre, pp. 33-55. Caracas: doi:ISSN 0798-0388.
- Supiot, Alain** (2020). *Critique du droit du travail*. Paris: Presses Universitaires de France. Quadrige.
- Tarrow, S.** (1995). «Cycles of Collective Action: Between Moments of Madness and the Repertoire on Contention», en M. Traugott, ed., *Repertoires & Cycles of Collective Action*. USA: Duke University Press.
- TelesurTV.net.** (2020). «Venezuela recibe ayuda humanitaria de Naciones Unidas y Rusia». 8 de abril. Disponible: <https://www.telesurtv.net/news/venezuela-recibe-ayuda-humanitaria-naciones-unidas-rusia-20200408-0032.html>.
- Tilly, C.** (1978). *From Mobilization to Revolution*. New York: Random House.
- Zambrano, Pablo** (2020). Federación de Trabajadores de la Salud (Fetrasalud). Entrevista. Caracas, 26 de noviembre.

Desfalcos que cuestan vidas: corrupción y sanidad pública en Venezuela*

Gustavo J. Villasmil-Prieto**

pp. 33-51

Resumen

El fenómeno de la corrupción a lo interno de la administración pública corre a la par del desarrollo de la institucionalidad venezolana, la sanitaria incluida. El efecto de la renta petrolera y la laxitud de los mecanismos de control fiscal contribuyeron a ello. Tales prácticas, inicialmente marginales y ocultas, evolucionaron a partir de 1998 con el desarrollo de complejas redes dedicadas a lucrarse de la gestión de los importantes recursos asignados a la sanidad pública. Los resultados de la gestión sanitaria bajo el signo de la corrupción son ostensibles a la luz de indicadores económicos y epidemiológicos, destacando junto a la importante pérdida patrimonial para la República un saldo marcadamente negativo en términos de salud poblacional que impacta incluso sobre indicadores demográficos.

Palabras clave

Sanidad pública / Corrupción / Renta petrolera / Control fiscal / Gestión

Abstract

The phenomenon of corruption within Venezuelan public administrations runs hand in hand with the development of its institutions, including the health sector. The effect of oil revenues and the laxity of fiscal control mechanisms contributed to this. Such practices, initially marginal and hidden, evolved from 1998 with the development of complex networks dedicated to profiting from the management of the important resources allocated to public health. The results of health management under the sign of corruption are evident in terms of economic and epidemiological indicators, highlighting, along with a significant loss of assets for the Republic, a markedly negative balance in terms of population health that impacts even on demographic indicators.

Key words

Public health / Corruption / Oil Income / Fiscal Control / Management

* Nombre del proyecto de investigación que dio origen al artículo: Políticas Públicas en Salud.

**Médico cirujano y especialista en Medicina Interna (UCV), Doctor en Ciencias Políticas y Profesor de las Facultades de Odontología, Medicina, Ciencias Jurídicas y Políticas, y Humanidades y Educación. Universidad Central de Venezuela. Correo-e: villasmilucv@yahoo.com.ve

Introducción

De que el poder corrompe y el poder absoluto corrompe absolutamente, como le escribiera Lord Acton al arzobispo anglicano Mandell Creighton en 1887, ninguna duda cabe (Acton, 1907). De allí que el control del poder, a través de mecanismos que contrabalanceen sus enormes fuerzas, haya estado en la mente de los gestores de los grandes diseños institucionales conocidos en el mundo occidental desde las constituciones de Roma. La corrupción, entendida esta como la obtención de rentas a través de la compra y venta de derechos, como nos lo proponen los chilenos Guzmán y López, supone la privatización de lo público y, más extendidamente, su subordinación a agendas particulares distintas cuando no opuestas al interés general (Guzmán y López, 1998). En Venezuela, la corrupción como problema ha estado presente desde los inicios de nuestra historia institucional. Desde de que Guzmán Blanco descubriera –como sostiene Díaz Sánchez– los mecanismos del crédito público, el manejo discrecional de los recursos del Estado nos ha caracterizado al punto de derivar en toda una cultura política según la cual este terminó convirtiéndose en botín (Díaz, 1975). Propensión esta que en 1998 se convierte en una política expresa cuyas consecuencias, más allá de indicadores macroeconómicos que resultan verdaderamente alarmantes, culminaron saldándose en vidas, como procuraremos demostrarlo seguidamente.

Lo público y lo privado. Su difusa línea divisoria en Venezuela

La frontera entre lo público y lo privado en Venezuela siempre fue difusa para el poder. Así, por ejemplo, es apenas en 1938 cuando el control fiscal se institucionaliza con la creación de la Contraloría General de la República (CGR). Ya para entonces, la cultura del expolio al tesoro público como rasgo inherente al ejercicio del poder estaba sólidamente instituida. Al respecto, Gumersindo Torres –médico de formación– escribió:

En Venezuela, los funcionarios públicos, de Presidente de la República a portero de oficina o simple agente de policía, han acostumbrado valerse de su posición política para hacer dinero con todo género de negocio...El General Gómez, hombre de negocios, usó del poder y de su gran autoridad para hacerlos y por eso murió millonario y tales abusos fueron en función del poder (Mayobre, 2007).

El venezolano fue desde su formación lo que Gunar Myrdal llamara un «Estado blando» (Myrdal, 1968). Fundado sobre las ruinas de una monarquía

decadente e institucionalmente débil, forjado al calor de la más devastadora guerra de independencia vivida en el continente y de las conflagraciones civiles que le sucedieron y ultimadamente cebado por la súbita riqueza petrolera, el estado venezolano sería en lo sucesivo un espacio privilegiado para la gestación y desarrollo de complejas redes de corrupción.

El fenómeno de la corrupción no es exclusivo de país alguno. Investigaciones de data reciente han desvelado que sus tupidas redes pasan lo mismo por el primero que por el llamado tercer mundo. Pero si en Venezuela dicho fenómeno ha alcanzado expresiones únicas, la explicación habría que procurarla en un clima social que le ha sido siempre extremadamente propicio. Moisés Naim, en su denso ensayo sobre la economía ilícita, señala la importancia de los «puntos brillantes» que las sociedades deben oponer al «agujero negro» de la corrupción; «puntos brillantes» expresivos de una «suficiente capacidad cívica como para contrarrestar las redes y, a veces, vencerlas» (Naim, 2006). La cultura forjada al amparo de la renta petrolera operó como un poderoso obstáculo para ello. Ya en 1948, Uslar Pietri, en abierta crítica al mensaje anual al Congreso en el que el presidente Gallegos, alertaba sobre el peligro de la erosión de los suelos de uso agrícola, llamaba la atención acerca de otra forma de erosión –la de la moral pública– que inadvertidamente se extendía en una Venezuela en la que «todas las formas de su existencia han sido afectadas y desajustadas por la riqueza petrolera. Todo se ha convertido en petróleo» (Uslar Pietri, 1948:23).

Más arriba, en el mismo texto, Uslar Pietri señala que:

Cambiamos petróleo por dinero y ese dinero...por burocracia, por festejos, por gastos de propaganda, por importaciones de lujo, por perfumes de París, radios de Norteamérica, pasajes y paseos al exterior, ornamentación, es decir, cosas de consumo que no se reproducen, lujo, placer, ruido, humo. Cambiamos petróleo por baratijas (Uslar Pietri, 1948:23).

Los datos disponibles hablan del potente efecto que en ello tuvo la *cuantía de la renta petrolera vertida en la elemental economía venezolana de principios del siglo veinte*. El consumo privado, que en 1925 era de 1939 millones de bolívares se había multiplicado por 25 en 1976, año emblemático en la narrativa de la para entonces llamada «Gran Venezuela» (Baptista, 1997).

Se entiende así que el fundamento de la erosión moral sobre la que alertaba Uslar Pietri, expresiva –en palabras de Fernando Coronil– de una

«enfermedad» en la que la sociedad había invertido «la relación entre la producción y el consumo» (Coronil, 1997). Terry Lynn Karl, en su ensayo sobre los petroestados, destaca el papel de estos como «centros de acumulación» en torno a los cuales opera lo más sustantivo de sus economías y desde los que se distribuyen sus utilidades. De ello resulta entonces la notable expansión del Estado venezolano como consecuencia del «boom» petrolero de 1973. A propósito de ello reflexiona la misma autora: «...la naturaleza de [la] reforma administrativa hizo del petroestado sujeto y objeto de la depredación» (Karl, 1997:139).

A la captura de la sanidad pública venezolana: el olvido de la misión

El 16 de febrero de 1959, Arnoldo Gabaldón, designado por el recién electo presidente Betancourt, recibía de manos de Espíritu Santo Mendoza, su titular durante la Junta de Gobierno presidida primero por Wolfgang Larrazábal y finalmente por Edgar Sanabria, la cartera de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). La naciente democracia venezolana estrenaba su programa sanitario en cabeza del más destacado sanitarista iberoamericano desde Abraham Horwitz. En su discurso de recepción, Gabaldón delinea la misión a cumplir por la sanidad pública en esta nueva etapa, señalando al incremento de la esperanza de vida al nacer como norte de la acción del estado en la salud pública:

...he considerado que Venezuela necesita actualmente un ataque más en extensión que en profundidad, es decir, un ataque horizontal de sus problemas sanitarios y sociales que abarque a la mayor parte de nuestra población...creo oportuno que se establezca un orden de prioridades para intensificar la lucha contra algunas enfermedades, seleccionando en primer lugar aquellas que más daño causan y [que] pueden ser controladas con medidas directas y específicas, para determinar así los campos en los que los medios disponibles pueden producir un beneficio mayor (Gabaldón, 1965a: 445-446).

Al conjuro de aquella misión la sanidad pública venezolana habría de materializar logros tenidos aún hoy como hitos sanitarios a nivel mundial, siendo el control de la malaria el más frecuentemente citado, pero ciertamente no el único. Así, por ejemplo, la institucionalización del parto, importante logro en una región signada por la muerte materna y la neonatal precoz, pasó del 55 por ciento en 1951 al 75 por ciento en 1962, período este durante el cual la esperanza de vida al nacer se incrementó en 10 meses por año pasando de 63 a 66 años (*idem*).

El Estado venezolano, gestor de acciones conducentes a un destino común más o menos consensuado se transforma progresivamente en un aparato al servicio de intereses de grupos de muy diversa índole, desde económicos hasta políticos y sindicales. Aquella institucionalidad sanitaria venezolana que tan airosa surgió de los años sesenta experimenta a partir de los setenta importantes y no siempre acertadas reestructuraciones y reasignaciones de recursos que terminaron desdibujándola al alejarla progresivamente de su misión original. Al respecto señalan Freije y Jaen:

Las instituciones de salud usualmente tienen una definición poco precisa de su misión, visión, objetivos y metas, lo cual puede generar que las agendas de los funcionarios no siempre estén alineadas con el objetivo de darle salud a la gente. De hecho, el personal médico y administrativo tiene sus propias motivaciones y preferencias, no siempre alineadas con la población (Freije y Jaen, 2003:157).

Las antiguas banderas de la lucha, contra las endemo-epidemias rurales y las enfermedades propias de la pobreza, terminaron siendo relegadas en favor de la creación de una oferta de programas y servicios ciertamente más sofisticada, pero no siempre en sintonía con las necesidades del país real. El análisis de los presupuestos públicos, instrumento por excelencia de toda política, resulta elocuente: en 1980, los recursos destinados a los programas bajo la administración de la otrora laureada Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental fueron seis veces inferiores a los que le asignaron bajo la gestión de Gabaldón veinte años antes, mientras que los de gastos administrativos casi se duplicaron en un presupuesto para el sector diez veces mayor al de 1960 (Galli y García, 1989). A manera de contraste, cabe destacar que, pese a la notable expansión del gasto sanitario en 1980, la oferta de servicios de atención médica no se incrementó de modo sustancial. Es así como el número de camas hospitalarias bajo la administración del MSAS y otras entidades públicas apenas creció en poco más de un 30 por ciento, en tanto que las del sector privado en casi 300 por ciento. Todo lo dicho contrasta con la construcción de una importante capacidad hospitalaria de camas privadas en el este y norte de Caracas en los años setenta y ochenta y apenas un hospital público en el oeste de la ciudad (el Hospital General del Oeste, en 1972) y otro en el municipio Sucre del estado Miranda quince años más tarde (el Hospital Domingo Luciani).

Es de destacar que si alguna política de Estado en Venezuela se ejecutó con relativa estabilidad y sentido del largo plazo desde sus orígenes fue la sanitaria. En 1936, con la creación del MSAS por López Contreras, los presupuestos orientados al gasto sanitario pasaron de cero a 17.5 millones de bolívares, lo que sumado a los de educación (19.7 millones) totalizó un gasto social superior al del Ministerio de Guerra y Marina. Desde entonces, las erogaciones hacia el gasto sanitario se mantendrían con más o menos ritmo sostenido, relativamente protegido de las variaciones del gasto público características de la volatilidad del ingreso petrolero (Puente, 2001). Incluso tras el desplome histórico del bolívar en 1983 y la ruptura en 1989 del pacto político surgido en 1958, los esfuerzos por mantener el gasto sanitario se mantuvieron firmes, totalizando aquel año el 6 por ciento de todo el gasto público.

Esa gran organización que viera la luz, en la epifanía sanitaria de 1936, al llamado del lema «educar, sanear y poblar» y que se tradujo en las poderosas líneas de política pública del Programa de Febrero –elevadas a rango constitucional en 1946 y universalizadas a partir de 1959 con el logro de indicadores sanitarios próximos a los del primer mundo– se transformó progresivamente en una caja que, como dicen Rodríguez Sosa y Rodríguez Pardo, hizo posible a las administraciones públicas venezolanas «el manejo discrecional de la renta que permite al gobierno emplearla de manera clientelar, favoreciendo a su base y castigando a los que disienten» (Rodríguez Sosa y Rodríguez Pardo, 2012:55).

La corrupción en el proceso de desinstitucionalización de la sanidad pública venezolana

La corrupción en la sanidad pública venezolana surge como una consecuencia directa de su captura progresiva por administraciones alineadas con grupos de interés amparados por el poder, relativamente protegidos del escrutinio público y por tanto fuera del alcance de los mecanismos de control fiscal establecidos. Los importantes recursos fiscales dedicados al sector no podían pasar desapercibidos para tales grupos, que terminaron «colonizando» sus organizaciones hasta finalmente controlarlas.

Las prácticas corruptas a lo interno de las administraciones públicas venezolanas en modo alguno constituyen un fenómeno reciente. El año 1973, al calor del «boom» petrolero de entonces, significó un hito clave

en su instalación y fortalecimiento. Bajo el lema de «la Gran Venezuela», el sector público se expandió al límite de lo imaginable, «literalmente, se tragó al país», señaló Uslar Pietri. La omnipotencia del Estado fortaleció el carácter virtualmente monopólico de la sanidad pública venezolana, tenedora desde entonces de más del 80 por ciento de toda la oferta de camas hospitalarias disponibles gestionadas por administradores sometidos a mecanismos de control fiscal relativamente laxos y a cuyo arbitrio se ejecutaron inmensos presupuestos. Proliferan así a las puertas de sus oficinas los «vendetutti»,¹ los «reposeros»² y los «empresarios de maletín»,³ sistemáticamente a la caza de oportunidades para obtener utilidades a partir de la conexión con algún funcionario con poder de decisión suficiente, ya fuera a través de operaciones de compra de bienes, suministros y servicios, del control de nóminas o de la gestión de trámites ante el ministerio. Añádase a ello las prácticas clientelares que incluso desde los inicios de la era democrática encontraron en la sanidad pública un nicho fecundo, como se desprende de las reflexiones de Arnoldo Gabaldón vertidas en su Memoria y Cuenta al Congreso en 1962, cuando afirmó que:

Es difícil comprender la desesperante situación que en este campo existe y por ello me veo obligado a presentar algunos ejemplos para que se pueda apreciar. En un hospital donde se gastan mensualmente alrededor de 60.000 bolívares en agua y electricidad, o sea, cerca de un 6 por ciento de su presupuesto, los médicos se quejan de que no alcanzan los fondos para las drogas necesitadas por los pacientes, pero no se ha investigado si aquella elevada suma resulta de descuidos del personal. Otro hospital en menos de un año contrajo deudas por 676.597 bolívares sin que los organismos supervisores se dieran cuenta de ello...En un sanatorio, el intendente robó en pocos meses 686.636 bolívares. Lo más interesante del caso fue que ni el personal de nuestra División de Auditoría ni el de la CGR pudieron descubrir de primera intención ese fraude...Para terminar, un director de hospital me informó que él calculaba en 1.000 bolívares diarios las pérdidas por sustracción de artículos, en especial de alimentos y lencería, que era imposible evitar (Gabaldón, 1965b: 414-415).

¹ «Vendetutti»: en la jerga de las oficinas públicas, dicese del proveedor no especializado que ofrece en venta cualquier *ítem* requerible en una institución sanitaria (desde equipos médicos hasta material de escritorio), valiéndose de la ventaja que le otorga el figurar en los registros oficiales de proveedores, estar en posesión de ciertas licencias, etc.

² «Reposero»: funcionario acogido fraudulentamente a baja médica («reposo»).

³ «Empresarios de maletín»: agentes privados cuyas firmas, sin contar con el patrimonio, la experiencia y tecnología necesarios, contratan grandes proyectos con el Estado para posteriormente subcontratarlos con otros proveedores.

Pero será a partir de 1998 cuando la corrupción a lo interno de la sanidad pública venezolana, hasta entonces oculta a la sombra de tinglados invisibles al ciudadano, emerja ya no como práctica marginal sino como política de Estado. La primera de estas fue el Plan Bolívar 2000, de cuya gestión directa estuvo a cargo el Ejército. Al respecto, escribe Gustavo Coronel:

El programa Bolívar 2000 estuvo a cargo del Comandante General del Ejército Víctor Cruz Weffer y recibió recursos por aproximadamente 300 millones de dólares. Luego de solo un año, el programa fue cancelado por la corrupción y el derroche incontrolables, manifiestos en la falta de rendición del gasto de cerca de 150 millones de dólares (Coronel, 2006).

El argumento de la «sensibilidad social» fue con frecuencia invocado en descargo de tales ilícitos. Ochoa Henríquez y Rodríguez Colmenares señalan, citando al Ministerio de Planificación y Desarrollo de la época, que el Proyecto Bolívar 2000 está definido como «un plan cívico-militar que tiene como finalidad activar y orientar la recuperación y fortalecimiento de Venezuela y atender las necesidades sociales del país». Y cuando surgieran señalamientos en razón de la aplicación de dichos recursos por parte de gestores militares, las mismas autoras contra argumentaron indicando que:

Una tercera crítica en torno a los problemas sobre la gestión del proyecto señala que es ineficiente, involucrado en actos de corrupción y malversación, entre otras cuestiones, lo cual parece contradictorio ante la aparente eficiencia, disciplina y orden del cuerpo castrense, no así con algunos hechos que en el pasado han vinculado a élites de las FFAA con actos de corrupción. El punto de partida de las denuncias sobre la ejecución del plan lo constituyen las realizadas a mediados de 1999 por el contralor general de la República, nombrado en la gestión anterior mediante el acuerdo tácito entre AD y Copei, quien en informe enviado al Congreso de la República señala la inexistencia de un plan coherente en la ejecución, falta de definición para articular la participación de las organizaciones y recursos involucrados, riesgo de malversación y corrupción (Ochoa y Rodríguez, 2003).

La magna corrupción

Pronto la corrupción a lo interno de la sanidad pública superaría sus primigenias prácticas basadas en la captura marginal de recursos por la vía del cobro de coimas, la gestoría de trámites o la creación de «nóminas blancas».

A partir del Plan Bolívar 2000, la organización sanitaria será progresivamente supeditada a factores de poder ajenos a ella, entre los que destacan de manera especial el militar y el que en adelante habremos de denominar el «factor cubano».

El «factor cubano» asume un extraordinario protagonismo con la implantación en el país de la Misión Barrio Adentro (MBA), programa sanitario bandera del Estado venezolano que supuso la cesión de históricas competencias de la sanidad pública a un operador extranjero. Al respecto, Aldo Muñoz Hernández, jefe de la llamada «Misión Médica Cubana» en Venezuela, escribe que:

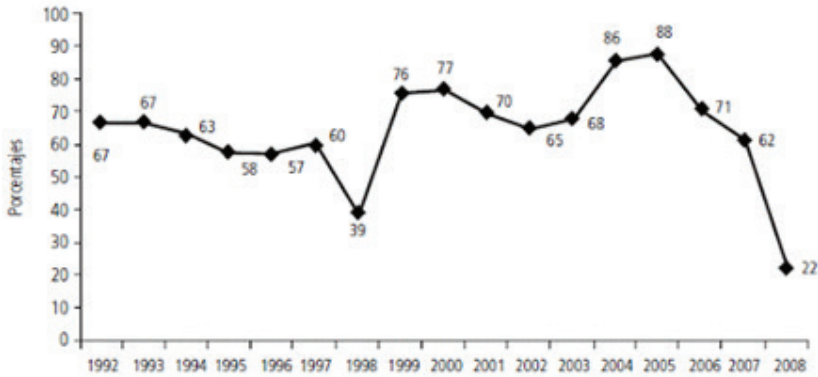
Las consecuencias sobre la situación de salud, del abandono de la responsabilidad de Estado y el predominio de ideas neoliberales provocaron un descenso brusco de la prestación de servicios de salud. La tasa de mortalidad infantil, la materna, así como el índice de bajo peso al nacer, se incrementaron, las tasas de incidencia de las enfermedades transmisibles, como la malaria y el dengue aumentaron (Muñoz, 2011:13).

Para 2018 –catorce años después de la implantación de la MBA en Venezuela– el Estado venezolano había erogado, de acuerdo con estimaciones de De Freitas, un total de 40.400.285 millones de dólares por la vía de transferencias a Cuba por concepto de servicios médicos prestados por personal de ese país a través de la red de la MBA. Una erogación totalmente fuera del alcance de los organismos y procedimientos más elementales de control fiscal pese a lo cual, señala la autora, el 80 por ciento de los establecimientos de la MBA está actualmente fuera de servicio (De Freitas, 2007).

El desempeño técnico de la MBA, a pesar de los desproporcionados recursos puestos a su disposición, no resiste mayores análisis. En 2008, con la MBA en pleno apogeo, Díaz Polanco y Borges Guitian estudian la cobertura poblacional con la vacuna triple bacteriana (tosferina, difteria y tétanos), entre las más básicas de las incluidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) normativo venezolano. Dicha cobertura fue de apenas 22 por ciento, la más baja registrada históricamente desde 1992 (Díaz y Borges, 2010).

Gráfico 1

**Cobertura de vacunación con triple bacteriana en niños menores de un año
Venezuela, 1992-2008**



Fuente: PAI, MPPS, 2009.

La instalación de nuevos entramados de corrupción a lo interno de la sanidad pública no necesariamente significó la superación de los más antiguos, que muy por el contrario se reafirmaron bajo modalidades más sofisticadas. La organización Transparencia Venezuela (Transparencia Venezuela *et al.*, 2020), en informe consignado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en octubre de 2020, identifica catorce «mecanismos de corrupción» operando actualmente en la sanidad venezolana, los cuales se citan a continuación:

1. La reiterada asignación discrecional de contratos a empresas para la construcción o remodelación de hospitales e importación de medicinas, materiales e insumos médicos. Este mecanismo se detectó especialmente con compañías recién creadas, empresas extranjeras intermediarias o sin experiencia en el área, cuyos propietarios estaban vinculados a funcionarios venezolanos de alto nivel.
2. Compra de medicamentos, materiales y equipos con sobreprecio y, en algunos casos, con pagos adelantados.
3. Compra de medicamentos no requeridos por los centros de salud a nivel nacional.
4. Compra de medicamentos cuyas existencias no justificaban nuevos pedidos.
5. Compra de medicamentos con fecha de vencimiento fuera del standard permitido.

6. Facturación de cantidades superiores a las recibidas.
7. Contrabando fronterizo de medicinas.
8. Reiteradas denuncias de hurto y desvío a menor escala de medicinas, insumos médicos e incluso de gasoil para el funcionamiento de plantas, en caso de fallas eléctricas.
9. Forjamiento de documentos para adquirir medicamentos.
10. Venta de medicinas e insumos médicos que deberían ser suministrados de forma gratuita por el Estado.
11. Incumplimiento reiterado de los contratos para la ejecución de obras, sin acciones legales en contra de empresarios, a pesar del desembolso de recursos públicos.
12. Abusos de autoridad contra médicos o personas que protestan por la crisis del sector.
13. Puerta giratoria.⁴
14. Nepotismo.

La compra con sobreprecio y la inobservancia reiterada de normas y procedimientos de ejecución controlada de fondos fiscales, así como el trato preferencial a ciertos proveedores, siguieron siendo prácticas comunes.

Tabla 1

**Precios de adquisición promedio de ítems médico-quirúrgicos esenciales*
Varios países, 2020**

País	Guantes quirúrgicos	Sonda Foley # 14	Máscaras de oxígeno	Apósitos transparentes	Tubo endotraqueal	Catéter intravenoso
Venezuela	2.81	93.5	23.7	11.52	8.03	12.78
El Salvador	0.23	0.55	1.56	0.39	1.19	0.26
Perú	0.	1	1.06	0.71	1.72	0.37
Colombia	0.10	0.67	1.90	3.81	0.82	0.55
Guatemala	0.29	3.56	2.69	4.64	2.94	0.25

* Precios por unidad en dólares americanos actuales, estimado sobre el promedio de cuatro cotizaciones por país.
Fuente: «Corrupción en el sistema de salud público de Venezuela en el contexto de la pandemia del covid-19» Informe de audiencia presentado a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el marco del 177° periodo de sesiones, octubre 2020. Transparencia Venezuela, 2020.
Dicho estudio estima en US\$ 11.300.000 los sobreprecios pagados por estos conceptos entre 2016 y 2018.

⁴ En la jerga de las oficinas públicas, mecanismo mediante el cual un proveedor cuya firma no resulta favorecida en un proceso licitatorio resulta siéndolo mediante la interposición de otra también de su propiedad o de personas allegadas. También aplica al caso de proveedores que ofertan una obra, bien o servicio a través de una de sus firmas al tiempo que introducen en el procedimiento licitatorio otras también de su propiedad (conocidas en la jerga de las oficinas públicas como «tapa» aparentando con ello competir por la adjudicación del mismo contrato.

La organización Transparencia Venezuela, en el ya referido informe, destaca la magnitud de los sobrepuestos con los que se acordó la compra de algunos consumibles médico-quirúrgicos básicos para hospitales y centros de atención médica en Venezuela, por parte de la Corporación Venezolana de Comercio Exterior, Corpovex, en 2020.

El impacto de la corrupción en la sanidad pública venezolana

El impacto de la corrupción a lo interno de la administración pública venezolana, que de práctica marginal y oculta pasó a convertirse en un poderoso centro de operaciones de fraude al fisco, puede estimarse incluso en términos macroeconómicos. Hablar de la corrupción en Venezuela es referirse a una verdadera corporación del delito contra la cosa pública, cuyas utilidades superan con creces a las de cualquier actividad económica legítima. Sobre la magnitud de sus operaciones señala la plataforma Chavismo Inc., auspiciada por las organizaciones no gubernamentales Transparencia Venezuela, Alianza Rebelde Investiga (ARI) y la plataforma latinoamericana de periodismo Connectas, que:

La cifra supera casi seis veces las reservas internacionales según datos del Banco Central de Venezuela divulgados en enero de 2020. Sin embargo, es una fracción frente a los ingresos recibidos gracias a un boom petrolero que le reportó al Estado, que maneja el monopolio de la industria petrolera, ingresos fiscales calculados en aproximadamente un millón de millones de dólares en una década, que parecieron evaporarse mientras las instituciones controladas por el chavismo desde hace 20 años apenas han hecho esfuerzos por recuperarlos e investigar las denuncias asociadas a cada centavo (Proyecto Chavismo, 2020).

Sin embargo, para 2017 la caída del gasto público sanitario en términos reales se estimó en 69 por ciento, lo que unido a las pérdidas atribuibles a prácticas corruptas en sus organizaciones provee de una explicación razonable al estado actual de sus redes asistenciales. El trato relativamente privilegiado que históricamente ha recibido el gasto sanitario no bastó para morigerar la notable caída de la cantidad y calidad de sus prestaciones a los ciudadanos, como consecuencia del desacertado diseño y ejecución de sus planes y, ciertamente, del impacto de la corrupción en sus organizaciones: seis de los más recientes titulares de la cartera de Salud aparecen señalados como incurso en hechos de corrupción en las investigaciones consignadas ante la Cidh por la organización Transparencia Internacional.

Históricamente y a pesar de la sostenida contracción de la economía y del fenómeno hiperinflacionario, el Estado venezolano ha mantenido su histórico trato preferencial al gasto sanitario, si bien con una notable diferencia en términos reales respecto de los nominales, según se desprende del análisis de los datos de Abarca (2017).

Tabla 2

**Variación del gasto público sanitario
Venezuela, 2016-2017**

Partida	En términos nominales			En términos reales		
	2016	2017	Variación	2016	2017	Variación
Medicamentos	2624	16095	513%	1640	2012	23%
Mantenimiento y equipamiento de infraestructuras	972	21464	2108%	6082	2683	342%
Producción, almacenamiento y distribución de medicamentos básicos	309	2252	629%	193	282	46%

Fuente: Abarca (2017).

En su análisis, Abarca destaca las consecuencias derivadas de la reducción del gasto sanitario en términos reales:

En el presupuesto del año 2017, el sector salud representa el 7 por ciento del presupuesto de gasto de la República. Cuando comparamos todas las erogaciones en salud por parte del Estado venezolano en los últimos 18 años y la situación actual del sistema de salud en el país, la brecha, más que brecha, es un abismo. Nos encontramos que hoy en día el sistema de salud venezolano posee menos de la mitad de la capacidad instalada que poseía en 1964, revelando un profundo proceso de regresión tecnológica. Desde el año 2014 la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales (AVCH) ha solicitado al gobierno nacional, sin resultados, que declare emergencia humanitaria en el sector salud, debido a la aguda crisis de escasez de insumos, medicinas, material quirúrgico y equipos médicos, entre otros (Abarca, 2017).

El derrumbe de las infraestructuras sanitarias

Es inocultable el deterioro de las redes médico-asistenciales adscritas a la sanidad pública venezolana. En su informe correspondiente a 2018, la Encuesta Nacional de Hospitales concluyó que el 43 por ciento de los laboratorios clínicos de los 44 hospitales incluidos en su muestra nacional estaba inoperativo, así como el 95 por ciento de sus equipos de tomografía y el 52 por ciento de los de radiología convencional. El desabastecimiento de insumos básicos requeridos para la atención de emergencias promedió el 52 por ciento y el de los quirófanos el 38 por ciento (Equipo Encuesta Nacional de Hospitales, 2018).

Ello se tradujo, como se cita en el informe emanado de la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos de julio de 2019, citando datos de la Encuesta Nacional de Hospitales, en un total de 1557 decesos prevenibles acaecidos en sus salas de emergencia, ámbito de atención sanitaria en el que los actos médicos se caracterizan precisamente por el papel crítico que juega la variable tiempo (Oacnnuuddhh, 2020):

Tabla 3

Muertes prevenibles atribuibles a condiciones cardíacas agudas y traumas Venezuela, noviembre 2018-febrero 2019

Causa inmediata deceso	Frecuencia observada del evento
Condiciones cardíacas agudas (cardiopatía isquémica aguda o insuficiencia cardíaca)	801
Trauma	756
Total de decesos registrados	1557

Fuente: Encuesta Nacional de Hospitales, Informe febrero 2019.

Asistimos pues a las consecuencias del definitivo divorcio entre la misión histórica de la otrora formidable organización público sanitaria venezolana, por un lado, y sus planes y ejecuciones. El peso de las complejas redes de corrupción que operan a lo interno de sus organizaciones fundamentales parece haber quedado demostrado.

Los resultados

La progresiva desinstitucionalización sanitaria venezolana como consecuencia de su progresiva captura y subordinación a los intereses de sofisticadas redes de corrupción se hace evidente en la medición de los resultados técnicos reflejados en sus propios informes. Fue así como, en 2016, en ocasión de la última comparecencia de titular alguno de la cartera sanitaria haya hecho ante la Asamblea Nacional desde 1998, se consignó en la correspondiente Memoria y Cuenta el revelador dato referido a la mortalidad hospitalaria correspondiente al año fiscal anterior (MPPS, 2016).

Tabla 4

Mortalidad hospitalaria, Venezuela, 2016

	2012	2013	2014	2015
% mortalidad sobre altas	2,9	3,5	4,36	31,2

Fuente: Memoria y Cuenta del MPPS ante la Asamblea Nacional, 2016.

Formalmente, el egreso hospitalario opera por tres únicas vías: el alta médica (egreso del paciente una vez recuperado de la condición que justificó su admisión al hospital), el alta no médica (o contra la opinión del facultativo tratante) y la muerte hospitalaria. Los tratadistas clásicos en materia de gestión hospitalaria en Iberoamérica, la han estimado en un dígito o dos dígitos bajos en hospitales oncológicos o involucrados en el manejo de pacientes complejos o de alto riesgo. El mexicano Barquín, por ejemplo, la ubica en 4 por ciento. Un indicador ocho veces superior como el registrado en 2015 es francamente expresivo de un exceso de mortalidad hospitalaria que cuestiona radicalmente la calidad de sus procesos técnicos (Barquín, 1992).

Es de destacar que nos referimos aquí al más elemental de los indicadores de eficacia aplicable a la evaluación del desempeño de un hospital. Los indicadores de eficiencia también resultan elocuentes poniendo en evidencia la precaria gestión de la planta asistencial disponible. Así, por ejemplo, en 2010, cuando la crisis fiscal venezolana aún no alcanzaba a tener sus actuales expresiones de profundidad, los indicadores más elementales de eficiencia eran consistentes en cuanto a la pobre productividad promedio de la cama hospitalaria administrada por el Estado venezolano.

En su análisis de tales indicadores, destaca Oletta:

Estos datos evidencian que no se está cumpliendo con el propósito de los hospitales. No es explicable que la población haya aumentado y que la prestación de los servicios de asistencia médica haya disminuido. Todos los indicadores se muestran reducidos y en cuanto a eficiencia, productividad y calidad la tendencia es francamente descendente (Oletta, 2012):

Tabla 5

Indicadores hospitalarios. Hospitales adscritos al MPPS, 2010-2011

Indicador de utilización	2010	2011
Número diario de camas ocupadas	12.443	11.196
Porcentaje de ocupación	71	59
Promedio de estancia	5	4
Intervalo de sustitución	2,11	3,11
Índice de rendimiento	50,65	46,2

Fuente: Memoria y Cuenta MPPS, 2011.

Finalmente, hemos de admitir que sumada a los efectos lesivos de la hiperinflación, de la relativa –que nunca, como hemos visto, absoluta– escasez de recursos y de la impreparación de sus burocracias, ha sido la corrupción la generadora de los más negativos impactos sobre el desempeño de la sanidad pública venezolana en las últimas dos décadas; impactos que comenzaron siendo, como se ha demostrado, inicialmente patrimoniales y luego sanitarios para luego asumir a la postre expresiones demográficas. El informe de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (Encovi), en su edición 2019-2020, es elocuente en este sentido: «los nacidos entre 2015 y 2020 vivirán 3,7 años menos a lo previsto en las proyecciones oficiales» (Encovi, 2019).

A manera de conclusión

Resulta plausible postular que la instalación, fortalecimiento y expansión de prácticas corruptas a lo interno de la sanidad pública venezolana y sus organizaciones corrió a la par de un proceso sistemático de desinstitucionalización, cuyo origen hay que ubicarlo en el progresivo abandono de su misión primigenia sustituida hoy por las agendas de redes de corrupción bien identificadas. El daño patrimonial a la República, como se ha demostrado, es cuantioso, al punto de incidir en variables macroeconómicas básicas y los

resultados técnicos obtenidos de una precariedad que incluso ha sido recogida por importantes referentes internacionales. Pero no menor es el infligido a la salud pública venezolana. La carga de enfermedad que soporta la población venezolana para 2016 se estimó en 27.375 DALYs por 100.000 habitantes.⁵ Indicador superior a los de Colombia (21.427,33), Ecuador (25.477,07), Perú (21.463,49), Chile (21.615,71), Argentina (24.632,59), Paraguay (25.958,14) y Uruguay (23.941,71) (Rose y Ritchie, 2016).

Pero todo ello no sería comprensible sin la apelación a la compleja y nunca bien caracterizada relación entre sociedad, Estado y renta petrolera en Venezuela. Se trata de la sociedad que vive del Estado, que a su vez debe su fortaleza al control que ejerce sobre la renta petrolera. Resolver tan compleja ecuación supone la mediación de esfuerzos en aspectos tan distintos como la reestructuración del Estado, la formación y selección del funcionariado a su servicio y la implantación de leyes punitivas que eleven el costo de transgredir las normas de control fiscal.

Limitar la discrecionalidad de los administradores públicos en el manejo de los recursos fiscales puestos bajo su gestión, luce como el punto de partida de un esfuerzo reinstitucionalizador de tal alcance. Al respecto escriben Rodríguez Sosa y Rodríguez Pardo:

La inconsistencia dinámica se resuelve con la implementación de mecanismos creíbles que comprometan al gobierno de turno a cumplir las políticas trazadas y que, en efecto, limiten su discrecionalidad (Rodríguez Sosa y Rodríguez Pardo, 2012: 68).

La pérdida de la vinculación entre productividad e ingreso ha moldeado en no poca medida la cultura de las organizaciones venezolanas, lo mismo públicas que privadas. Nuestra sanidad no podía ser la excepción, lo que unido a la relativa lasitud del «Estado blando» venezolano facilitaría su progresiva colonización en los años subsiguientes hasta su definitiva captura a partir de 1998.

Poner límites a la discrecionalidad de sus administraciones y controlar el poder omnímodo de las burocracias públicas, unido al logro de un mínimo de transparencia en la gestión público sanitaria venezolana se impone, por

⁵ DALYs (en inglés *disability-adjusted life years*). Indicador epidemiológico de los años de vida perdidos por enfermedad, discapacidad o muerte prematura en una población. Es una medida de la carga de enfermedad de una comunidad, región o país.

tanto, como una prioridad de estado ante los inmensos costos en los que la ciudadanía incurre a causa de una asistencia médica conculcada por algunas de las más tupidas redes de corrupción que Venezuela haya jamás conocido.

Referencias bibliográficas

- Abarca, K.** (2017). «El despropósito del gasto público: déficit de salud en Venezuela», en *Boletín Gasto Público*, n° 40. Observatorio de Gasto Público, Centro para la Diseminación del Conocimiento Económico y la Libertad (Cedice). Caracas. Disponible en: <https://cedice.org.ve/observatoriogp/portfolio-items/boletin-40-desproposito-del-gasto-publico-deficit-salud-venezuela/> Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Acton, Jeed** (1907). «Carta al obispo Mandell Creighton», en J.N. Figgis y R.V. Laurence, *Historical Essays and Studies*. London: Macmillan.
- Baptista, A.** (1997). *Bases cuantitativas de la Economía Venezolana, 1830-1995*. Caracas: Fundación Polar.
- Barquín, M.** (1992). *Dirección de hospitales*. México: Interamericana-Mc Graw-Hill.
- Coronel, G.** (2006). «Corrupción, administración deficiente y abuso de poder en la Venezuela de Hugo Chávez», en *Cato Development Policy Analysis* n° 2, Cato Institute. Disponible en: https://www.cato.org/pub_display.php?pub_id=6787. Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Coronil, F.** (1997). *The magical state. Nature, money and modernity in Venezuela*, pp 59. Chicago and London: The University of Chicago Press, .
- De Freitas, M.** (2007). «Contraloría General de Venezuela. Allanando el camino para el PSUV», en Transparencia Venezuela, ed., *Muchas instituciones, un jefe. El desmontaje de la democracia venezolana*. Caracas: edición conjunta de Transparencia Venezuela y Suprema Justicia.
- Díaz, J. y S. Borges** (2010). «La década bolivariana de salud: un secreto mal guardado», en *Chávez: una década en el poder*, pp. 387-405. Bogotá: Universidad de Rosario.
- Díaz, R.** (1975). *Elipse de una ambición de poder*. Caracas-Madrid: Editorial Mediterráneo.
- Encuesta Nacional de Condiciones de Vida** (2019). Informe. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019>. Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Equipo Encuesta Nacional de Hospitales** (2018). Informe. Disponible en <https://www.encuesta-nacional-de-hospitales.com/2018>. Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Freije, S. y M.H. Jaen** (2003). «Hacia una seguridad social eficaz: salud y pensiones», en J. Kelly, *Políticas públicas en América Latina. Teoría y práctica*, pp. 157. Caracas: Ediciones IESA.
- Gabaldón, A.** (1965a). «Una política sanitaria». Caracas: Ediciones del MSAS.
- Gabaldón, A.** (1965b). «Memoria y cuenta al Congreso, 1962». Imprenta Nacional.
- Galli, A. y H. García** (1989). «El sector salud: radiografía de sus males y de sus remedios», en M.Naim y R.Piñango, ed., *El caso Venezuela. Una ilusión de armonía*. Caracas: Ediciones IESA.
- Guzmán E y R. López** (1998). «Análisis económico de la corrupción en Chile», en E. Guzmán, ed., *Corrupción y gobierno*. Santiago de Chile: Fundación Libertad y Desarrollo.

- Karl, T. L.** (1997). *The paradox of plenty. Oil Booms and Petro-States*. Berkeley: The University of California Press.
- Mayobre, E.** (2007). *Gumersindo Torres*. Caracas-Venezuela: Ediciones El Nacional- Banco del Caribe.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público** (varios años). *Memoria y cuenta*.
- MPPS** (2016). *Memoria y Cuenta*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- MPPS** (2011). *Memoria y Cuenta*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- MPPS** (2009). *Memoria y Cuenta*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Myrdal, G.** (1968). *Asian Drama: An Enquiry into the Poverty of Nations*. London: Pelican.
- Muñoz, A.** (2011). «Prólogo», en Del Calvo Penichet, S. *Raíces de Barrio Adentro: una experiencia inédita*, pp.13-66. Caracas: Fondo Editorial El perro y la rana.
- Naim, M.** (2006). «Ilícito. Cómo traficantes, contrabandistas y piratas están cambiando al mundo». Bogotá: Editorial Debate.
- Ochoa, H. y I. Rodríguez** (2003). «Las fuerzas armadas en la política social de Venezuela», en *Política y Cultura*, 20, pp. 117-35, México.
- Oacnnuuddhh** (2020). *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela*. Consejo de Derechos Humanos, 41º período de sesiones, 24 de junio-12 de julio de 2019. Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session41/Documents/A_HRC_41_18_SP.docx. Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Oletta, J.F.** (2012). «Los Hospitales Públicos en Venezuela. Visión general. Nota técnica n° 47», en *Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela*. Disponible en: <http://www.rscmv.org.ve/> Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Proyecto Chavismo Inc** (2020). «Los engranajes del capitalismo bolivariano en el mundo». Disponible en: <https://chavismoinc.com/> Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Puente, J. M.** (2001). «Gasto público social en Venezuela: ¿una historia de ganadores o perdedores?», *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, vol. VII, 2, pp. 149-156.
- Rodríguez Sosa P. L. y L. R. Rodríguez Pardo** (2012). «El petróleo como instrumento de progreso», en *Una nueva relación ciudadano-Estado-petróleo*. Caracas: Ediciones IESA.
- Rose, M. y H. Ritchie** (2016). «Burden of disease». Disponible en: <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>. Consultado el 21 de diciembre de 2020.
- Transparencia Venezuela et al.** (2020). «Cuando la corrupción es el virus», en Informe de Audiencia: *Corrupción en el sistema de salud público de Venezuela en el contexto de la pandemia del COVID-19* (mimeo). Caracas-Venezuela.
- Uslar Pietri, A** (1948). «La otra erosión», en *Biblioteca Uslar Pietri, Pizarrón*. Caracas: Los libros de El Nacional.

Aspectos cualitativos de la Inseguridad Alimentaria dentro de la crisis de salud venezolana

Marianella Herrera-Cuenca* pp. 53-71

Resumen

La seguridad alimentaria establece que todas las personas deben tener acceso a alimentos suficientes y saludables en todo momento que les permita el goce de una vida en óptimas condiciones; las cuatro dimensiones implícitas en el concepto requieren de la satisfacción y alcance de algunos elementos cualitativos que a lo largo de la historia de la humanidad se han instalado dentro del proceso alimentario. Este trabajo intenta discutir los aspectos cualitativos de la Inseguridad Alimentaria referidos como elementos cotidianos asociados a la alimentación e inmersos dentro del contexto de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela. Se sugiere continuar la investigación sobre estos elementos, que de otra manera permanecen enmascarados en las cifras de desnutrición, medios de vida alterados y dimensiones de la pobreza. Debido a la compleja interacción de estos factores se requiere una perspectiva más holística en el abordaje de la Inseguridad Alimentaria y tomarlos en cuenta para su superación.

Palabras clave

Inseguridad Alimentaria / Crisis de salud / Venezuela
Patrones de consumo de alimentos / Tiempos de comida

Abstract

Food security establishes that all people must always have access to sufficient and healthy food that allows them to enjoy a life in optimal conditions, the four dimensions implicit in the concept require the satisfaction and scope of some qualitative elements that throughout the history of mankind have been installed within the food process. This paper attempts to discuss the qualitative aspects of food insecurity referred to as everyday elements associated with food and immersed within the context of the health and complex humanitarian emergency in Venezuela. It is suggested to continue research on these elements, which otherwise remain masked behind the figures of malnutrition, altered livelihoods and dimensions of poverty. Due to the complex interaction of these factors, a more holistic perspective is required in addressing food insecurity and taking them into account to overcome it.

Key words

Food Insecurity / Health Crisis / Venezuela / Food Consumption Patterns / Eating Times

*Médico egresada de la Universidad Central de Venezuela (UCV), Doctora en Nutrición (USB). Docente e investigadora del Centro de Estudios del Desarrollo de la UCV. Jefa del grupo de trabajo Global en Seguridad Alimentaria del Consejo de Investigaciones de Academy of Nutrition and Dietetics (USA).
Correo-e: manyma@gmail.com

Introducción

El mundo entero debe enfrentar el reto de alimentar a las personas en medio de una pandemia sin precedentes y que tomó a los países sin estar preparados para ella (Gates, 2020). En Venezuela la crisis por la pandemia de covid-19, se superpone a otra crisis preexistente: la EHC (Emergencia Humanitaria Compleja) (Van Praag y Arnson, 2020) y ha implicado un empeoramiento de la ya deteriorada situación de salud, alimentación y nutrición de sus ciudadanos en un marco de continuo detrimento social, económico, institucional y político, que no contribuye a mejorar el bienestar de las personas (Landaeta *et al.*, 2017; The Lancet, 2018) y que impacta como nunca la Seguridad Alimentaria de la población.

La Seguridad Alimentaria ha sido un concepto innovador desde su introducción en la cumbre sobre alimentación de la FAO (Food and Agriculture Organization) en 1996 (FAO, 1996). La multidimensionalidad del concepto ha permitido su abordaje desde diferentes aspectos y la interconexión con otros aspectos relativos a ella, también multidimensionales y complejos como la pobreza, la salud y la educación (Santos, 2019).

En las últimas décadas el entendimiento de los retos y amenazas a la Seguridad Alimentaria ha logrado colocar sobre la mesa de discusión aspectos como el alza en los precios de los alimentos, los cambios en los patrones de alimentación y las brechas en la distribución de alimentos, los mismos que de alguna manera evidencian la desigualdad entre los diferentes grupos poblacionales para cubrir sus requerimientos nutricionales (Landaeta *et al.*, 2018b). Estos aspectos que afectan la capacidad de las personas para alimentarse, se imbrican en una compleja red de interacciones, donde la consideración de un solo factor no es suficiente para abordar el proceso alimentario de manera eficiente (Santos, 2019).

En Venezuela, la instalación de la crisis de Inseguridad Alimentaria se inició lentamente, para instalarse en el tiempo y con mayor severidad, dadas las condiciones económicas del país asociadas al contexto hiperinflacionario, la caída en la producción de alimentos, el cambio en la orientación de los programas de atención alimentaria y nutricional, entre otros factores que acompañaron este proceso (Landaeta *et al.*, 2018a).

De tal manera, que la medición de la Seguridad Alimentaria se ha hecho fundamental en los últimos años en el país, habiéndose iniciado en el 2016 con la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (Encovi), cuyos resultados mostraron que el 80 por ciento de los hogares encuestados vivían en

condiciones de Inseguridad Alimentaria (Landaeta *et al.*, 2016). Sin embargo, detrás de la cifra, se encuentra una serie de aspectos que pasan inadvertidos y que al margen de la angustia del hambre y la inminente malnutrición por exceso y por déficit, no son reconocidos por gran parte de las comunidades científicas, económicas, políticas e incluso humanitarias que deben hacer frente a esta crisis.

La salud está íntimamente relacionada con la alimentación y sus consecuencias nutricionales. No puede gozarse de un buen estado de salud si el estado nutricional, está deteriorado, pues de la adecuada nutrición y cobertura de los requerimientos nutricionales depende el buen funcionamiento del organismo, desde el inicio de la vida. Incluso desde antes de la concepción, la alimentación de los futuros padres impacta el desarrollo de los futuros hijos (Koletzko, 2012). Hoy en día la evidencia muestra que la influencia del ambiente alimentario es un factor fundamental en la programación de la salud o la enfermedad de los individuos, por ello la importancia de tomar en consideración todos los aspectos que puedan afectar la alimentación y la nutrición.

Desde que se considera el concepto multidimensional de la Seguridad Alimentaria, según el cual todas las personas deben tener acceso a alimentos suficientes y saludables en cualquier momento, permitiéndoles el goce de una vida en óptimas condiciones (Ruel, 2013), se asume que la garantía para el acceso, la disponibilidad, la bio-utilización, y la estabilidad de las tres anteriores, deben ser aspectos fundamentales para el logro del derecho humano a la alimentación (Delgado y Herrera, 2019).

La alimentación como hecho social, cultural y antropológico, habla sobre una serie de hechos que confluyen en el acto de comer. La socialización se da a través del compartir de alimentos ¿y el consumo de cuáles alimentos? Los que están disponibles localmente, los que las tradiciones culinarias han instalado como usos y costumbres, las representaciones, símbolos y creencias que allí se encuentran.

Jean Pierre Poulain (2019) introdujo el concepto del «Espacio Social Alimentario» para definir a la articulación de las dimensiones sociales, psicológicas y fisiológicas de un grupo, lo que permite identificar las lógicas de interacción con el medio (componentes físicos, climatológicos, biológicos) y con el ámbito cultural (dimensiones lingüísticas, simbólicas, tecnológicas e imaginarias). Este espacio entonces requiere, que exista una verdadera articulación entre los alimentos a ser consumidos, la preparación, el sistema alimentario, los hábitos de consumo, los tiempos de comida, el lugar donde

ocurre el consumo de alimentos y la presencia de otras personas, en general la familia que come en conjunto y donde en el momento del consumo de alimentos se da un intercambio particular de ideas, de formación, aprendizaje por decir lo menos (CASA, 2012).

De lo anterior, es posible establecer que para que exista consumo de alimentos con sus rituales y simbolismos y se garantice al menos dos de las cuatro dimensiones de la Seguridad Alimentaria en una familia deben, entonces, coexistir algunos de los siguientes aspectos: 1) alimentos (acceso y disponibilidad); 2) fuentes de bio-utilización (gas, electricidad, agua); 3) un espacio físico para prepararlos (la cocina y los utensilios asociados); 4) un espacio físico para consumirlos (la mesa y los utensilios asociados); 5) las características familiares determinadas para que exista el compartir de la mesa familiar; y 6) el simbolismo cultural traducido en la despensa local de alimentos que han contribuido a construir la memoria culinaria y los gustos y preferencias tradicionales (Ruel, 2013; Poulain, 2019). De ahí la preocupación por describir y documentar algunos aspectos que pasan inadvertidos dentro de una crisis de Inseguridad Alimentaria tan severa, como la venezolana y otras más en pleno siglo XXI.

Metodología

El objetivo de este trabajo es discutir los aspectos cualitativos de la Inseguridad Alimentaria (IA, de ahora en adelante), referidos como elementos cotidianos asociados a la alimentación e inmersos dentro del contexto de la EHC que vive Venezuela e identificar posibles elementos que aporten explicaciones dentro del ámbito de la crisis que ayuden a entender el cambio en algunos de dichos elementos. Se trata de una revisión documental exhaustiva de literatura pertinente en los temas de: inseguridad alimentaria, patrones de consumo de alimentos y tiempos de comida, normas, usos y costumbres en alimentación, tradiciones culinarias, el placer de comer, las relaciones intrafamiliares al momento de la comida, ética y alimentación y derecho a la alimentación y a la salud. Frecuentemente ocultos detrás de aspectos económicos, productivos e incluso logísticos referentes al proceso de la alimentación humana, los aspectos cualitativos como consecuencias de la IA van desarrollándose e instalándose de una manera lenta que pasa inadvertida incluso para los expertos, y que son más fáciles de describir que de explicar.

Para realizar la búsqueda de literatura, se utilizó como motor de búsqueda la plataforma Google, Google académico y la biblioteca física de la Fundación Bengoa para la alimentación y nutrición. En las plataformas digitales, se utilizaron los siguientes términos para identificar los temas relacionados con los objetivos de esta revisión con relación a la Seguridad Alimentaria: Venezuela, patrón de alimentación, tradiciones culinarias, placer de comer, tiempos de comida, normas, unos y costumbres al comer, educación nutricional, educación en salud, comer en familia, ética y alimentación y derechos a la salud y alimentación. Se tomaron en cuenta referencias de páginas digitales de organizaciones, comentarios importantes relacionados en redes sociales y artículos o libros electrónicos que surgieron en la búsqueda.

Se procedió a limpiar los resultados de la exploración para asegurar que estuvieran relacionados con seguridad alimentaria y los aspectos cualitativos relevantes para esta investigación. También se chequeó que no hubiese repeticiones.

Se obtuvieron 40 referencias en total, incluyendo, libros impresos, libros electrónicos, páginas digitales, entrevistas en medios digitales y comentarios en redes sociales.

Esta investigación no pretende ser una revisión sistemática de literatura, y por lo tanto es una búsqueda inicial en relación con un tema poco trabajado en referencia a la Seguridad/Inseguridad Alimentaria con un énfasis particular en la Venezuela en crisis.

Que significa ser inseguro desde el punto de vista alimentario

Contar con Seguridad Alimentaria, a nivel individual, hogareño y comunitario, tiene unas características esenciales. Para comenzar, el acceso, la disponibilidad y la garantía de la bio-utilización debe ser constante (FAO, 1996), pues no funciona tener alimentos una semana sí, y otra no; o poder cocinar un día sí y otro no porque la electricidad, el agua o el gas son inestables; pues al menos en teoría, los humanos, luego de una larga transformación, social, biológica y cultural, consumen alimentos todos los días, varias veces al día. Los tiempos de comer cuando había para luego pasar otro tiempo sin comer hasta que la caza, la pesca o la recolección lo permitiesen, hace ya miles de años que han finalizado (Sanz, 2018).

Antes de que se descubriera el fuego, los humanos comían solo alimentos crudos y es que la complejidad que añadió el fuego al consumo de alimentos implicó el desarrollo de los utensilios para la cocina, los cuales por

más sencillos que resultasen eran importantísimos para esta actividad. Los estudios sobre el paleolítico dan cuenta del consumo de asados de animales hace ya 300 mil a 40 mil años atrás (Sanz, 2018).

En las sociedades modernas y en las diferentes culturas alimentarse es más que consumir alimentos. En palabras de Mauss (1950), el acto alimentario, en su condición de hecho social total, sustenta relaciones interpersonales y sociales, sistemas simbólicos y artísticos.

Esta última aseveración lleva a considerar todo lo que ocurre alrededor del consumo de alimentos: conversaciones cotidianas, reflexiones, reforzamiento de relaciones intrafamiliares, resolución de conflictos. Las implicaciones del compartir social y familiar e incluso político pasan por la mesa, las instrucciones para el día con los niños, en el desayuno, las cenas familiares incluso han reportado ser factores de prevención de drogas en adolescentes, cuando se quiere conversar de algo importante con alguien cercano, invitamos al menos a un café y las cenas de Estado entre gobernantes se ajustan a las tradiciones y culturas de los países que intervienen (Mendelson, 2014).

De tal manera que, en una emergencia humanitaria compleja, en una catástrofe natural o en un conflicto armado, frecuentemente se habla de las dificultades para alimentar a la población y entre las soluciones se piensa en canastas de emergencia con alimentos básicos que cubran los requerimientos energéticos y de nutrientes esenciales. Sin embargo, poco se habla de los aspectos cualitativos que pasan inadvertidos para el resto del mundo: la pérdida de los patrones de alimentación; los tiempos de comida; las tradiciones culinarias; el placer y disfrute de la comida; las normas, usos y costumbres al comer; la socialización en el momento de la comida; la ética de la alimentación y el hambre; la falta de educación nutricional y de salud. Todo esto, pareciera esconderse detrás de los repartos de comida y alimentos terapéuticos para compensar las crisis alimentarias y queda opacado tras los indicadores de desnutrición, la economía colapsada, la pobreza general y extrema. Lo mismo ocurre con el propio indicador de Seguridad/Inseguridad Alimentaria, que pareciera solamente describir una parte asociada al mero consumo de alimentos, a la disponibilidad y acceso, y a los medios de vida alterados a los que hay que recurrir para acceder a ellos, sin mostrar que el detrimento en dicho consumo puede tener consecuencias emocionales, educativas, sociales y culturales, tanto a nivel individual como familiar y colectivo.

Retomando entonces el hecho de que la Seguridad Alimentaria es un concepto multidimensional, referido al necesario acceso en todo momento

para todas las personas a suficientes alimentos, de calidad, que puedan cubrir sus requerimientos nutricionales acorde con sus costumbres y culturas, es también oportuno recordar que para ello debe garantizarse: el acceso, la disponibilidad, la bio-utilización y la estabilidad de las tres dimensiones anteriores. Por lo tanto, la vulneración de la Seguridad Alimentaria, en alguna de sus dimensiones, hace a una persona, hogar o comunidad inseguro desde el punto de vista alimentario, y pone en riesgo el cumplimiento del derecho humano a la alimentación descrito en el artículo 11 del Pidesc (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (Naciones Unidas, 1966), toda vez que la condición de IA compromete los aspectos cualitativos cotidianos, de los cuales depende la adecuada ingesta de alimentos, la dignidad de las personas y el no deterioro de las tradiciones culinarias y de las rutinas de alimentación.

Patrones de alimentación y tiempos de comida

Los patrones de alimentación se refieren a los hábitos de consumo de alimentos por parte de una población, lo que incluye los grupos de alimentos más frecuentemente consumidos. Se han realizado intentos para describir los patrones de alimentación saludables y contrastarlos con los potencialmente no saludables. Imamura *et al.* (2015) utilizaron dos modelos para definir la calidad de la dieta de las poblaciones mediante dos patrones de alimentación: uno saludable y otro no saludable, descritos en la tabla 1.

Tabla 1

Alimentos que constituyen los Patrones de Alimentación «Saludable» y «No Saludable»

Patrón saludable	Patrón no saludable
Frutas, verduras (hortalizas), frijoles y legumbres, frutos secos y semillas, cereales integrales, leche, ácidos grasos poliinsaturados totales, pescado, omega 3 de origen vegetal (verduras-hortalizas) y fibra dietética.	Carnes rojas no procesadas, carnes procesadas, bebidas endulzadas con azúcar, grasas saturadas, grasas trans, colesterol de la dieta y sodio.

Fuente: Imamura et al., 2015

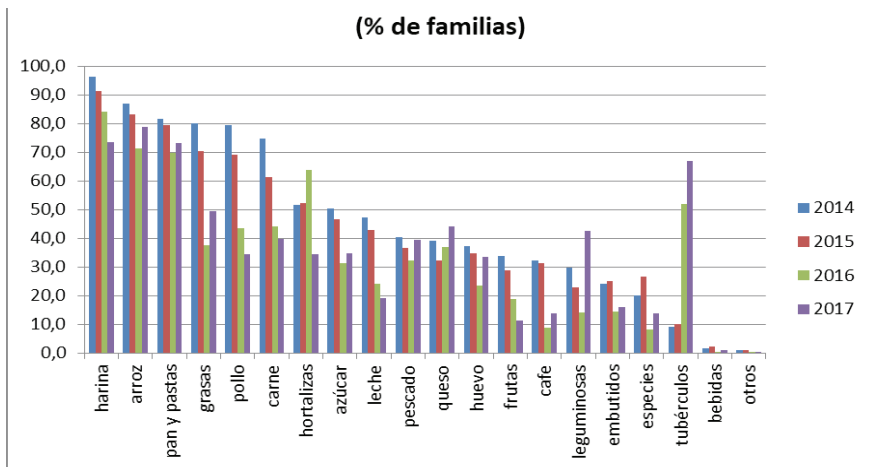
En esta tabla, no se toman en cuenta las harinas, panes y pastas, arroz, o tubérculos, que son alimentos muy utilizados en Venezuela. En todo caso, en este país, así como en otros en emergencias humanitarias, donde el poder adquisitivo de la población es escaso, la tendencia es a utilizar alimentos

rendidores, más económicos y ricos en calorías, que puedan saciar el apetito, brindar una sensación de llenura, pero comprometiendo la calidad y la variedad de la dieta (Landaeta *et al.*, 2017a, 2017b).

En el siguiente gráfico, puede observarse la evolución del patrón de intención de compra de alimentos reflejado en la encuesta Encovi entre los años 2014-2017. Se puede observar una disminución en la intención de compra de algunos rubros que tradicionalmente han formado parte de la dieta de los venezolanos, tal es el caso de la carne de res, el pollo y la leche, y se observa un aumento del arroz el cual desplaza del primer lugar a la harina de maíz precocida para ese momento. También se observa un aumento importante de los tubérculos como alternativa para alimentar a las familias y un aumento en la intención de compra de las leguminosas como intento de sustituir las proteínas de origen animal.

Grafico 1

Compra semanal de alimentos 2014-2017



Fuente: Encovi. 2014-2017 (Landaeta-Jimenez *et al.*, 2017).

Al estimar las calorías persona/día que deben ser consumidas por la población vulnerable, para compensar el déficit calórico, se priorizan usualmente los alimentos terapéuticos y las canastas básicas de emergencia, pero poco se piensa en dietas completas, variadas que incluyan todos los grupos de alimentos. Esta respuesta logística puede entenderse como

una medida temporal; sin embargo, en crisis y conflictos que demoran en el tiempo las consecuencias de no tener una dieta equilibrada pueden ser devastadoras (Imamura *et al.*, 2015).

En la historia de la humanidad, los tiempos de comida han evolucionado desde aquellos marcados por la disponibilidad de alimentos, hasta la existencia permanente, la cual cambió las rutinas de comida a diario; en consecuencia la ingesta de alimentos, en general, se realiza luego de varias horas de ayuno nocturno, en el desayuno, una ingesta de alimentos al mediodía (almuerzo) y antes de dormir en la noche (cena) eventualmente la presencia de meriendas entre comidas, según la costumbre de una población, también puede contribuir a su aporte de calorías y nutrientes (Sanz, 2018).

En Venezuela, los principales alimentos consumidos son: arroz, harina de maíz precocida y algún tipo de grasa, y se reporta una disminución muy importante de las proteínas de origen animal, frutas, verduras (hortalizas), lácteos y huevos (Landaeta *et al.*, 2017). Para enfrentar la crisis, una de las estrategias más utilizadas por las familias venezolanas es dejar de consumir alguna de las comidas y una de las más omitidas es el desayuno (Landaeta *et al.*, 2016).

El placer de comer

El consumo de alimentos no solamente cumple con el «deber» de cubrir los requerimientos nutricionales establecidos; el acto de comer también conlleva un efecto placentero y en palabras de Aduriz e Innerarity es una acción de la cultura y evidencia que el ser humano es un animal simbólico, que ha transformado los asuntos de supervivencia en ámbitos estéticos y que «inevitablemente transforma la fisiología en cultura». De allí, que no es lo mismo consumir un huevo crudo que una *omelette* a la francesa, no es lo mismo comer un pescado crudo que un ceviche o un *sushi*, o una mazorca de maíz cruda que una arepa, donde han existido procesos que han dado origen a preparaciones y recetas que evocan a los ancestros, con las memorias y con los aromas involucrados en esos momentos y sin olvidar las circunstancias que acompañaron el surgimiento de esas recetas (Aduriz e Innerarity, 2012). La población de hoy en día, eminentemente urbana, ha desarrollado su identidad, construida dentro de la modernidad aportada por la confluencia de factores alimentarios, culturales y sociales (Sanz, 2018).

Pero es que el acto de comer, que ha sido y sigue siendo un reto para muchos, también ha representado a lo largo de la historia una de las formas

de entretenimiento más importantes (Aduriz e Innerarity, 2012). Obviamente, la comida comienza a ser una diversión cuando la provisión de alimentos deja de ser un problema. Posiblemente para los 9,3 millones de personas en Venezuela que viven en IA moderada o severa (PMA, 2020), la comida no pasa de ser el reto diario que deben enfrentar para poder alimentarse a sí mismos y a sus familias; tampoco podrá ser una diversión para los más de 800 millones de personas afectadas por hambre en el mundo. Sin embargo, hay que recordar que el desarrollo del gusto implica la introducción de alimentos diversos que contribuirán a la construcción de lo que produce placer.

En el desarrollo del «gusto» se conjugan las memorias, los constructos sociales de aprobación, lo afectivo-emocional que lo influenciará, así como al placer (Popic, 2013). Pero también en el origen del gusto confluyen estímulos distintos que aportarán al desarrollo de las vías neurofisiológicas del mismo (Erickson, 1982). Poco puede esperarse entonces de la memoria gustativa o del desarrollo del dicho sentido cuando los alimentos son limitados, los tiempos de comida han desaparecido y la mesa familiar es inexistente.

Tradiciones culinarias

Muchos elementos se han investigado sobre las tradiciones culinarias en las diferentes culturas, sus ingredientes, preparaciones y eventos. El curry asociado a la comida hindú tradicional, el maíz asociado a las culturas meso y suramericanas, el aceite de oliva y frutos secos asociados a la cultura mediterránea. Todas tienen un origen en la despensa originaria de los países, en los que existía y estaba disponible.

La respuesta a la pregunta de si las tradiciones evolucionan o las preparaciones cambian dependerán mucho de la disponibilidad y el acceso a los alimentos. Magnum Nilssen (2019) afirma que solo lo que existe perdurará en el tiempo y es lógico, porque solo puede cocinarse con lo que se tiene.

Castillo (2013), en «La Mesa Caraqueña de los años cincuenta», defiende el hecho de que en Caracas, en ese periodo,

...se advierte una asombrosa confluencia de tendencias y procesos de diversa índole, que lejos de lo que simplistamente podría suponerse como una exclusiva consecuencia del bienestar económico y de la dominación política autoritaria que prevaleció en esos años, desencadenan una compleja red de interacciones, innovaciones, oposiciones y fusiones que cambian sustancialmente la faz de nuestro país y, muy especialmente, de la ciudad de Caracas.

Y acota muy especialmente que, en conjunto con otros fenómenos globales –por ejemplo, la coyuntura de la Segunda Guerra Mundial y sus consecuencias, entre ellas, la importante oleada de migrantes europeos que llegaron a Venezuela– contribuyeron, junto al auge de la renta petrolera, a una evolución de la comensalidad local, teniendo como espacio a la ciudad de Caracas (Castillo, 2013).

De esta manera, las tradiciones culinarias se conforman, crecen y evolucionan con lo que existe; lo que está disponible, si es accesible, se transforma con la influencia ambiental, entendiendo por ambiente todo lo que rodea al proceso alimentario, los alimentos, las influencias, gustos y preferencias, los mercados, la mesa y sus utensilios, los símbolos y creencias particulares de la población (Castillo, 2013). En medio de la crisis venezolana, la disponibilidad y acceso reducido de los alimentos, así como la reducción en la producción de estos, lleva implícito en sí mismo el reto de la evolución de las tradiciones culinarias desde la casa y desde la mesa pública. Los platos podrían sufrir transformaciones de acuerdo a lo que hay o no hay, por ejemplo, las hallacas podrían ser más pequeñas, con ingredientes menos lujosos (se eliminarían las almendras o las pasas) serían estas, en palabras de Castillo (2020) las «hallacas resilientes», en clara alusión a uno de los platos que identifica la tradición navideña de las familias venezolanas.

Normas, usos y costumbres

Las normas para comer, dónde se come y cuándo se come, quién come primero y por qué son aspectos que pueden transformarse durante una crisis de IA. Desde el aforismo de Brillat-Savarin: «Dime que comes y te diré quién eres» (Brillat-Savarin, [1826] 2010) se puede entender que buena parte de nuestro comportamiento social está determinado por la comida que se elige y que finalmente consumimos (Cartay, 2019). Por supuesto que el acceso a pocos alimentos habla de una historia familiar, de la exposición a factores ambientales, como la dieta poco variada y desequilibrada que influye en distintos aspectos del desarrollo fisiológico del gusto, pero también con el inadecuado aporte de energía, proteínas y nutrientes esenciales para el desarrollo en los periodos críticos del crecimiento (Landecker, 2011).

De las normas al comer en Venezuela existen algunos aforismos que relatan que es importante sentarse a la mesa y comer tres comidas al día. «Meter los pies bajo la mesa» y «Los tres golpes» (Maracucholario Plus, 2020) hablan claramente de la existencia de estas costumbres y hábitos en torno

al consumo. También, la distribución de la comida en el hogar es un tema importante en estos momentos, pues se sabe que «lo que hay» tiende a repartirse entre todos, en una sutil manera de incluirlos, sin que se tengan datos específicos de lo que allí ocurre. Sin embargo, no es de extrañar que, en tiempos de escasez, las comidas alrededor de la mesa, el saltar una o más comidas al día, acostarse con hambre porque no se han consumido alimentos y el hecho de que las madres en particular dejen de comer para poder alimentar a sus hijos, han influido en el cambio de las normas, usos y costumbres de la mesa venezolana (PMA, 2020). La precariedad observada por quien escribe en los trabajos de campo realizados y las visitas intradomiciliarias en comunidades de muy escasos recursos, dan cuenta de la existencia de muy pocos utensilios para cocinar, el uso de la cuchara como cubierto esencial para el consumo de alimentos, el consumo mezclado de los mismos y la manera de comer separados en distintos lugares del hogar cuando no hay una mesa que agrupe a sus miembros.

Todos estos detalles, que parecieran no ser lo más importante a la hora de identificar casos de desnutrición crónica o aguda, pasan inadvertidos, pues al menos en el momento de la visita médica, o medición antropométrica, la compensación calórica, proteica y de micronutrientes resulta lo más esencial considerando que se trata de condiciones asociadas al estado de salud de la persona. Sin embargo, estos elementos que dan fluidez al momento de las comidas, que promueven la comunicación entre los que comen juntos y que han formado parte de la cotidianidad venezolana, podrían perderse ante la escasez de alimentos en el hogar y la falta de utensilios para comer no permite más allá que un envase de plástico de alguna «margarina» que ya no existe.

Desde siempre y en el manual de Manuel Carreño (2000, edición original 1853) –el venezolano que ha enseñado las buenas costumbres y la etiqueta a millones de personas dentro y fuera de Venezuela– se ha reflejado nuestra forma de comer entre otros usos y costumbres, incluido el aseo personal, tan importante para el bienestar personal. A diferencia de otras culturas, en Venezuela el uso de la cubertería ha sido importante desde hace ya varios siglos, en contraste con la India por ejemplo donde comer con las manos siempre ha sido habitual y lo continúa siendo (Rishtedar.com, 2020).

Las relaciones intrafamiliares al momento de la comida

Dentro del contexto descrito, las relaciones intrafamiliares frecuentes al momento de la comida, tan importantes como elemento socializador de los

miembros del hogar, han disminuido. De manera empírica y al observar la distribución física de los hogares más desposeídos, llama la atención que no hay mesa para el consumo grupal de alimentos. Se observan cocinas con topes para cocinar que es lo que de alguna manera ha sustituido el espacio de la mesa en términos de socialización, ahora cuando se preparan los alimentos entre varias personas, se conversa y pareciera que ese es el momento que ha sustituido a lo que en otro momento fuera la «mesa familiar».

Según algunos estudios, el comer en familia contribuye a mejorar las relaciones intrafamiliares, incluso, tal y como se ha mencionado el comer en familia la mayoría de los días de la semana contribuye a disminuir el riesgo de adicciones en adolescentes, en particular el consumo de drogas (CASA, 2012). Además, es importante que en las comidas familiares emergen tópicos de discusión que reflejan los acontecimientos diarios de los miembros de la familia y es el momento de compartir experiencias, conocimientos y aprender de los mayores. La pérdida de este espacio es un elemento cualitativo importante a raíz del deterioro de la calidad de vida de los venezolanos y de la crisis de IA que ha venido experimentando el país de forma cada vez más severa, y que merece mención en este trabajo como una forma de documentar lo que ocurre en el área intrafamiliar alimentaria.

Educación nutricional y en salud

La educación nutricional y en salud, vista más allá de solo impartir conocimientos tradicionales acerca de la importancia de una adecuada nutrición y las bases de un buen estado de salud, en este momento podría tener más que ver con la recuperación de algunos elementos perdidos como consecuencia de la crisis. Al referirnos a la educación nutricional tradicional, podríamos estar considerando el hecho de explicar que la dieta debe contener una fórmula calórica de al menos 15 por ciento de proteínas, 30 por ciento de grasas y un 55 por ciento de carbohidratos (Landaeta *et al.*, 2013), lo cual es muy importante para que la población conozca la relevancia de las proporciones de los macronutrientes y que una dieta a expensas de carbohidratos y grasas a pesar de saciar el apetito, no es una dieta saludable. Por esta razón, en medio de una crisis de IA, la educación nutricional debe hacer referencia a las comidas alternativas, a la optimización de alimentos y al reciclaje. En este momento, la educación alimentaria y nutricional en Venezuela debe abordar estos aspectos a la vez que considerar la interacción con los componentes de salud asociados a la higiene de los alimentos en un ambiente de poca

salubridad y con servicios públicos deficientes (FAO, 2020). Esto ha orientado a los programas de atención, básicamente de las ONGs en el país, hacia una búsqueda más holística en la educación y promoción de la nutrición, la alimentación y la salud, al integrar medidas de higiene: lavado de manos, uso de mascarillas y guantes, más acentuado, ahora en tiempos de covid-19, con la optimización de recursos alimentarios, ejemplificada en la instalación de huertos, la promoción del uso de tallos y hojas comestibles, que en otro momento hubiesen sido descartados y no menos importante la modificación de recetas para realizar variaciones con los ingredientes reducidos de los cuales disponen las comunidades más vulnerables (Proyecto Nodrizas, 2021a).

Estas aproximaciones a la promoción y educación en salud y nutrición son consistentes con una dieta más sustentable, con mayor orientación a la prevención de enfermedades asociadas a una higiene pobre, y cuyos resultados podrían impactar favorablemente la reducción de la malnutrición, enfermedades diarreicas y otras infecciones del aparato gastrointestinal o incluso de covid-19. Una muestra de ello sería la intervención realizada en una red de comedores al este de Caracas, en el cual no se ha reportado un solo caso de covid-19 desde el inicio de la pandemia. Sin tener mayores datos que puedan corroborar la existencia o no de casos no sintomáticos, es muy importante el hecho de que la intervención en promoción de la higiene y manipulación de alimentos iniciada hace ya cuatro años, se ha instalado como hábito en las cocineras comunitarias, el personal de los comedores y las madres beneficiarias y sus hijos quienes han entendido que el lavado de manos al llegar al comedor y al manipular los alimentos, tanto como el fomento del lavado de manos en los niños antes de comer, tiene un efecto en la prevención de la transmisión de enfermedades por la contaminación a través de las manos sucias (Proyecto Nodrizas, 2021b).

Ética, alimentación, Seguridad Alimentaria y derecho a la alimentación

Comer para alimentarse y cubrir los requerimientos nutricionales es muy distinto a comer para saciar el apetito. También es distinto comer con placer y cubrir las necesidades hedónicas del acto de comer, que comer cualquier «cosa que se encuentre en el camino». En palabras de Aduriz e Innerarity (2012), la comida comienza a ser diversión una vez que se pasa la etapa de necesidad y solo entonces la comida puede ser un entretenimiento; todo el ritual gastronómico, con la parafernalia del goce integral que ocurre en el acto de comer, puede manifestarse solo cuando la alimentación ha dejado de

ser una necesidad para el ser humano, porque en un principio las prioridades son la satisfacción de las necesidades básicas, no divertirse con la comida.

Ahora bien, ¿qué sucede cuando hay pobreza, cuando lo que se come porque no se puede acceder a más, es poco saludable? Desde los tiempos de la documentación de Orwell, en su clásico *The road to Wigan Pier* (Larsen, 2015), donde era notoria la brecha en la alimentación de la clase trabajadora inglesa, mucho menos saludable, que la de las clases más pudientes, el tema del acceso a alimentos saludables ha sido una clave para entender los patrones de alimentación de las distintas poblaciones y lo que está detrás de ellos. También es importante el hecho de que los más vulnerables siempre han estado en desventajas y una de las mayores es la calidad, variedad y suficiencia de la alimentación.

El porqué de las escogencias para la compra de alimento, dentro de las clases menos favorecidas, puede responder a diversos factores, entre ellos, la emulación de lo que se cree comen los más adinerados; pero también responde a las posibilidades económicas de las familias, a las actitudes y creencias, y a la compleja interacción con los elementos políticos y antidemocráticos para el uso de la comida como arma de sumisión a alguna ideología o planteamiento (Larsen, 2015). La perspectiva ética de cuales consideraciones son válidas para la distribución de comida a cambio de algo, incluyendo el apoyo político, ha sido discutida en repetidas oportunidades. La presencia de hambre y pobreza ha generado a lo largo de la historia de la humanidad un espacio para el desarrollo de conflictos, guerras y ha dado pie a dictadores para manejar a la población vulnerable (Essex, 2012).

Desde la visión y aceptación del derecho humano a la alimentación, el exigir una postura política a cambio de comida es inadmisibles (Essex, 2012). El derecho humano a la alimentación se encuentra enmarcado dentro de los derechos sociales, económicos, y culturales, donde el nivel de vida debería ser adecuado para todas las personas (Naciones Unidas, 1996), y el goce de estos derechos requiere como mínimo una alimentación y nutrición adecuadas, vestido y vivienda y acceso a la salud. Las estructuras fundamentales del derecho humano a la alimentación dadas por la justicia y equidad en el trato a los más vulnerables, las garantías en la Seguridad Alimentaria y las políticas para el acceso digno a los alimentos deben ser rescatadas para todos, comenzando por trabajos con salarios dignos, que incluyan el desarrollo óptimo de la persona para que pueda alcanzar su máximo potencial como ser humano (Delgado y Herrera, 2019).

Los Estados que han suscrito los pactos internacionales deben comprometerse a brindar la seguridad institucional, política, social y económica para permitir que los ciudadanos de forma autónoma y libre puedan obtener los recursos para alimentarse, según sus creencias y conocimientos alimentarios y nutricionales. La agencia individual debe regir a los ciudadanos en el ejercicio de sus derechos y en el cumplimiento de sus obligaciones, toda vez que el Estado garantiza el esquema de libertades democráticas para que las actividades sean fluidas y rinda mayor provecho para los ciudadanos (Eide, 2020).

Los valores y ética relativos a la alimentación deben estar inmersos en su contexto: desde la consciencia de no robar por hambre, lo cual sigue siendo un delito, hasta los gobiernos que permiten que la población más vulnerable se alimente de la basura. La solidez de las instituciones deberá contribuir al respeto de las normativas al garantizar la inocuidad de los alimentos, la libertad para la adquisición de los mismos y la no utilización de la alimentación como herramienta de control, pues cuando alguno de estos elementos existe se transforma en una violación al derecho a la alimentación y un potencial insumo para la instalación de la IA.

A modo de conclusión

La compleja interacción de factores que se da entre los determinantes de la pobreza, salud, hambre e IA hace que concluir enfáticamente sobre los eventos causales de los mismos sea extremadamente difícil; pero también es muy difícil concluir la influencia que estos conceptos (pobreza, hambre e IA) tienen sobre los aspectos cualitativos de la IA, pues como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, muchos de ellos se mantienen ocultos bajo las cifras de las estadísticas de malnutrición, sus consecuencias, el estado de salud, la alteración de los medios de vida de la población o las estrategias de sobrevivencia que de alguna manera deben enfrentar los más vulnerables para sobrellevar la crisis. Sin embargo, después de esta revisión exhaustiva y de la documentación examinada para la realización de este trabajo, podemos aproximarnos a la hipótesis de la alteración de una red de aspectos cualitativos en la cotidianidad de quienes viven dentro de un hogar con IA. De tal manera que el consumo de alimentos, la variedad de la dieta, los tiempos de comida, los usos y costumbres, el placer de comer, las tradiciones culinarias, terminaran deteriorándose cuando las condiciones son precarias y no se dispone de recursos para lo más básico. Se termina este trabajo invitando a

seguir las investigaciones en este campo, los aportes en la identificación de estos aspectos podrían ayudar de manera importante a ubicar hasta donde la crisis que vive Venezuela ha dejado su huella en las familias venezolanas, para determinar a futuro distintas maneras de revertir la crisis alimentaria y nutricional que vive el país. El uso de la despensa local, retomar la mesa familiar y el desarrollo de planes de intervención nutricional focalizados a las verdaderas necesidades de la población, algún día tendrá que iniciarse con base en los constructos que nos identifican como nación, por ello debemos trabajar con la Seguridad Alimentaria de forma integral, considerando tanto sus dimensiones particulares establecidas como los demás aspectos cualitativos que se encuentran implícitos en este concepto.

Referencias bibliográficas

- Aduriz A., Luis y Daniel Innerarity** (2012). «Jerarquías del Paladar, en Cocinar, Comer, Convivir», e-book *Destino*. España.
- Brillat-Savarin, J.A.** ([1826] 2010). *Fisiología del Gusto o meditaciones de gastronomía trascendental*. Madrid: Maxtor.
- Cartay, Rafael** (2019). «Aproximación Epistemológica a la Gastronomía». *Revista Agroalimentaria* 25 (49) pp. 21-44. Mérida, Venezuela.
- Carreño, Manuel** (2000). *Manual de urbanidad y buenas maneras en suma del pensar venezolano*. Caracas: Fundación Empresas Polar, Eduven.
- Castillo D'Í., Ocarina** (2013). *La mesa Caraqueña en los años cincuenta*. Caracas: Facultad de Ciencias Económicas y Sociales- Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales «Dr. Rodolfo Quintero», Universidad Central de Venezuela.
- Castillo D'Í., Ocarina** (2020). «Las Hallacas de la Resiliencia», en *Observatorio Venezolano de Seguridad Alimentaria y Nutricional* (Ovsan). Disponible en URL: <https://www.youtube.com/watch?v=BEAV-ktPABY>. Consultado el 7 de enero de 2021.
- Delgado Blanco, Andy y M. Herrera-Cuenca** (2019). «El Derecho a la alimentación en Venezuela bajo el enfoque de derechos». *Cuadernos del Cendes*, año 36, n° 100, pp. 57-80. Caracas.
- Eide A.** (2020). «El derecho humano a una alimentación adecuada y a no padecer hambre». Disponible en: <http://www.fao.org/3/W99905/w9990503.htm>. Consultado el 9 enero de 2021.
- Erickson, R.P.** (1982). «The Across-Fiber Pattern Theory: An Organizing Principle for Molar Neural Function» en William D. Neff, ed., *Contributions to Sensory Physiology*, vol. 6. Elsevier.
- Essex J.** (2012). «Idle Hands Are the Devil's Tools: The Geopolitics and Geoeconomics of Hunger». *Ann Assoc Ame Geog* 102(1) pp.191-207.
- FAO** (1996). «Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria». Disponible en: <http://www.fao.org/3/al936s/al936s00.pdf>. Consultado el 29 de octubre de 2020.

FAO (2020). «Cultura y tradiciones alimentarias: mediante el apoyo a unas dietas saludables, diversificadas y culturalmente apropiadas, la agroecología contribuye a la seguridad alimentaria y la nutrición al tiempo que mantiene la salud de los ecosistemas». Disponible a través de URL: <http://www.fao.org/agroecology/knowledge/10-elements/culture-food-traditions/es/> Consultado el 8 enero de 2021.

Gates B. (2020). «Responding to Covid-19 -A Once in a Century Pandemic?» *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1677-1679. February, DOI: 10.1056/NEJMp2003762.

Imamura F., R. Micha, S. Khatibzadeh, S. Fahimi, P. Shi, J. Powles y D. Mozaffarian (2015). «Dietary quality among men and women in 187 countries in 1990 and 2010: A systematic assessment». *The Lancet Glob Health*; 3 (3), e132–e142.

Koletzko B, B. Brands, L. Poston, K. Godfrey y H. Demmelmair (2012). «Early Nutrition programming of long-term health». *Proc Nutr Soc*; 71: 71.378.doi:10.1017/S0029665112000596.

Landaeta-Jiménez, M., M. Herrera-Cuenca, M. Vásquez y G. Ramírez (2017a). «La alimentación de los venezolanos, encuesta nacional de condiciones de vida 2016». *Anuario Venezolano de Nutrición*, 30(2).

Landaeta-Jiménez, M., M. Herrera-Cuenca, M. Vásquez y G. Ramírez (2017b). «La alimentación de los venezolanos», en Anita Freites, coord., *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo? Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, Encovi, 2016*, pp. 51-75. Caracas, Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello (UCAB).

Landaeta-Jiménez, M., M. Herrera-Cuenca, M. Vásquez y G. Ramírez (2018a). «Las precarias condiciones de alimentación de los venezolanos», en Anita Freites, ed., *Espejo de la Crisis Humanitaria Venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2017*, pp.151-173. Caracas, Venezuela: UCAB.

Landaeta-Jiménez, M., Y. Sifontes y M. Herrera-Cuenca (2018b). «Venezuela entre la inseguridad alimentaria y la malnutrición». *Anales Venezolanos de Nutrición*, 31(2), 66-77. Disponible en: <https://www.analesdenutricion.org/ve/ediciones/2018/2/art-4/>

Landaeta-Jiménez M., C. Aliaga, Y. Sifontes, M. Vásquez, G. Ramírez, L. Falque Madrid, M. Herrera, A.M. Reyes, E. Elzakem, H. Herrera y J. Bernal (2013). «Valores de referencia de energía para la población venezolana». *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 63(4), pp. 258-277. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222013000400003&lng=es&lng=es. Consultado el 9 de enero de 2021.

Landecker H. (2011). «Food as exposure: Nutritional epigenetics and the new metabolism», *BioSocieties* 6, pp.167–194. doi:10.1057/biosoc.

Larsen M.H. (2015). «Nutritional Advice from George Orwell. Exploring the Social Mechanisms Behind the Overconsumption of Unhealthy Foods by People with Low-socioeconomic Status». *Appetite* 91, pp. 150-156.

Maracucholario Plus (2020). «Meter los pies bajo la Mesa» Disponible en: <http://maracucholario.blogspot.com/2020/01/meter-los-pies-debajo-de-la-mesa.html>. Consultado el 6 de enero de 2021.

Mauss, M. (1950 [1925]). «Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques», en *Sociologie et Anthropologie*, pp. 148-254. París: Presses Universitaires de France.

Mendelson Forman, J. (2014). «Gastrodiplomacy: Cooking up a Tasty Lesson On War and Peace». Entrevista en *The Salt what's on your plate*. Disponible en: <https://www.npr.org/sections/thesalt/2014/03/24/291980375/gastrodiplomacy-cooking-up-a-tasty-lesson-on-war-and-peace>. Consultado el 4 de enero de 2020.

- Naciones Unidas** (1966). «*Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*». Disponible en: <http://www.ohchr.org>. Consultado el 2 enero de 2020.
- Popic M.** (2013). «Geografía gastronómica» en *Comer en Venezuela, del Cazavi a la espuma de Yuca*, pp 154-157. Caracas: Miro Popic Editor.
- Poulain, Jean-Pierre** (2002). *Sociologies de l'alimentation*. Paris: Quadrige/PUF, Presses Universitaires de France.
- PMA** (2020). «Venezuela- Evaluación de seguridad alimentaria. Principales hallazgos, 23 febrero 2020». Programa Mundial de Alimentos. Disponible en: <https://www.refworld.org.es/docid/5e56e2d34.html>. Consultado el 4 de enero de 2020.
- Proyecto Nodriz** (2021a) «El Huerto». Disponible en: <https://www.instagram.com/p/CMZnMMNHzwY/?igshid=1ua3az4gah228>. Consultado el 12 de enero de 2021.
- Proyecto Nodriz** (2021b). «Alfabetizando en Salud. Disponible en: <https://proyectonodriz.org/alfabetizando-en-salud-y-cuidados/>». Consultado el 12 de enero de 2021.
- Rishtedar.com** (2020). «¿Por qué se utilizan las manos para comer en India? Disponible en: <http://www.rishtedar.com/por-que-se-utilizan-las-manos-para-comer-en-india/> Consultado el 8 de enero 2021.
- Ruel M.** (2013). «Food Security and Nutrition: Linkages and Complementarities». Chap 2 in *The Road to Good Nutrition. A Global Perspective*, Karger Publishers.
- Santos M.E.** (2019). «Desafíos en el diseño de medidas de pobreza multidimensional e innovaciones recientes». Cepal. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/disenio-medidas-pobreza-multidimensional-maria-emma-santos_0.pdf. Consultado el 29 de octubre 2020.
- Sanz, Nuria** (2018). «Cooperación internacional en conservación e investigación del patrimonio evolutivo de la producción de alimentos: de la neolitización hasta la Agenda 2030 de las Naciones Unidas», en *El Origen y la evolución de la producción de alimentos y su impacto en los patrones de consumo*. Unesco, Nuria Sanz Editor IGO (CCBY-SA3.0 IGO). Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/igo/>
- CASA** (2012). «The Importance of Family Dinners VIII Report. The National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University. Disponible en: <https://drugfree.org/reports/the-importance-of-family-dinners-viii/> Consultado el 26 de diciembre de 2020.
- The Lancet** (2018). «The collapse of the Venezuelan health system», 391(10128), 1331. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00277-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00277-4/fulltext).
- Van Praag, O. y C.J. Arnson** (2020). «A crisis within a crisis: Venezuela and covid-19». 440 Washington: Wilson Center. Available online at: 441. https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/media/uploads/documents/A%20Crisis%20Withi442n%20a%20Crisis_Venezuela%20and%20COVID-19%20%281%29.pdf. Consultado el 28 de noviembre de 2020.

La crisis económica venezolana en el contexto del covid-19

Oly Millán Campos*
Wilmer Torrealba

pp. 73-102

Resumen

Esta investigación estudia la crisis económica de Venezuela en el marco de la pandemia (SARS-CoV-2) que causa la enfermedad covid-19. De acuerdo con un escenario sin pandemia y otro con pandemia, utilizando el desarrollo de un modelo econométrico ARDL (Autoregresivo de Rezago Distribuido), se estima el comportamiento del PIB para el año 2020 y 2021, así como lo referido al ámbito fiscal (déficit fiscal y al gasto de consumo final del gobierno), lo que permite cuantificar cuál es el impacto que tiene la pandemia SARS-CoV-2 sobre la crisis económica venezolana y cuánto corresponde al comportamiento inercial de dicha crisis. Por otro lado, se trata de caracterizar la capacidad de maniobra que tiene el gobierno, utilizando políticas fiscales y monetarias expansivas, para recuperar el crecimiento económico en un entorno macroeconómico donde la pandemia se convierte en una variable de shock que se incorpora a la crisis preexistente.

Palabras clave

Pandemia SARS-CoV-2 / Covid-19 / Déficit fiscal Recaudación no petrolera / Modelo Autorregresivo de Rezago Distribuido (ARDL)

Abstract

This research studies the economic crisis in Venezuela in the context of the pandemic (SARS-CoV-2) caused by the covid-19 disease. According to a scenario without pandemic and another with the pandemic, using the development of an econometric model ARDL (Autoregressive Distributed Lag), the behavior of the GDP for the years 2020 and 2021 is estimated, as well as what refers to the fiscal area (fiscal deficit and the government's final consumption expenditure), which allows quantifying the impact that the pandemic SARS-CoV-2 has on the Venezuelan economic crisis and how much corresponds to the inertial behavior of that crisis. On the other hand, the aim is to characterize the maneuvering capacity of the government, using expansionary fiscal and monetary policies, to recover economic growth in a macroeconomic environment where the pandemic becomes a shock variable that is incorporated in the pre-existing crisis.

Keys words

Pandemic SARS-CoV-2 / Fiscal Deficit / Non-Oil Revenue Model Autoregressive Distributed Lagged (ARDL)

*O. Millán Campos, Economista (FACES-UCV), Magister en Historia (UCLA), Doctorante en Economía (UCV), Profesora de Economía Política (FACES-UCV).
Correo-e: omillancam@gmail.com.

W. Torrealba: Economista (FACES-UCV), Magister en Modelos Aleatorios (Escuela de Matemática), Doctorante en Economía (UCV), Profesor en Crecimiento económico, Microeconomía, FACES, UCV,
Correo-e: wjts198@gmail.com.

Introducción

El año 2020 fue un año inédito para la economía mundial, y concretamente para los países de América Latina y el Caribe donde, ya que, tal como fue planteado en el Informe Especial covid-19, n° 2 de la Comisión Económica para América Latina (Cepal, 2020a), la pandemia SARS-CoV-2 conducirá a la región a la mayor contracción económica que se conozca desde que esa institución comenzó a llevar registros en 1900. Por su parte, de acuerdo con los pronósticos realizados por el Fondo Monetario Internacional (FMI), las proyecciones de caída de las principales economías del mundo se estimaban en una contracción generalizada sin precedentes, con excepción de China, como se puede observar en el siguiente cuadro (FMI, 2020).

Cuadro 1

Últimas proyecciones de crecimiento de la economía mundial

Región	2020
Econ.avanz	-5,8
EEUU	-4,3
Japón	-5,3
Reino Unido	-9,8
Zona euro	-8,3
Alemania	-6,0
Francia	-9,8
Econ. Emerg. As	-1,7
China	1,9
India	-10,3
Econ. Emerg.Eur	-4,6
Rusia	-4,6
América Latina	-8,1

Fuente: FMI, octubre 2020.

Para el primer semestre de 2021 se desconoce si podrán revertirse los impactos negativos que, durante el 2020, experimentaron las economías del planeta en el curso de la pandemia SARS-CoV-2, la cual, según el FMI a nivel mundial, en términos de vidas humanas, se cobró más de un millón de personas y llevó a más de 90 millones a vivir en condiciones de indigencia.

Tal como fue anunciado a lo largo del 2020 por los organismos multilaterales como el FMI y Cepal, entre otros, las recetas económicas de Occidente se aglutinaron en torno a políticas fiscales y monetarias expansivas (Cepal, 2020b), las cuáles dependiendo del margen de maniobra de cada gobierno en particular, tuvieron como objetivo minimizar la curva de contagio del coronavirus SARS-CoV-2 y suavizar la caída del PIB de los países. Para el caso de América Latina y el Caribe, los desafíos eran y siguen siendo mayores.

La crisis derivada de la pandemia exacerbó los problemas económicos y sociales que venían arrastrando gran parte de los países de América Latina y el Caribe, cuyos gobiernos, en términos de política económica, tuvieron que tomar, con muy poco margen de maniobra, debido a sus limitados recursos fiscales, medidas de restricción de la actividad económica para contener el avance de la pandemia, ante la inexistencia de una vacuna efectiva contra el virus. Esta situación impactó e impactará negativamente, aún más, las precarias o nulas, según sea el caso, tasas de crecimiento del producto interno bruto (PIB) de los países de la región, que según estimaciones hechas por la Cepal (2020b), alcanzarán una caída histórica en el PIB.

Mientras se obtiene la información definitiva de la contracción económica de la región para el 2020 y se actualizan las proyecciones para el presente año, los Estados de América Latina y el Caribe, en tanto se genere el proceso de vacunación y se pueda eliminar definitivamente la amenaza de nuevos brotes del virus, intentan, por una parte, contener el avance de un nuevo ciclo de contagios y, por la otra, minimizar el efecto negativo que esta situación está teniendo sobre el desempeño económico de sus países.

De acuerdo con la Cepal (2020b), la región lleva siete años de lento crecimiento, siendo el lapso 2014-2019 el de menor desempeño desde la década de 1950. Ante un posible escenario de caída del PIB de un 5,3 por ciento y un incremento del desempleo en un 3,4 puntos porcentuales, se espera que para el 2020 en América Latina, la pobreza en términos absolutos se incrementará en 28.7 millones de personas y la pobreza extrema en 15.9, lo que compromete el cumplimiento del Objetivo 1 de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas, que plantea la eliminación para el 2030 de la pobreza en todas sus formas a nivel mundial (Cepal, 2020c). Se estima igualmente que, en términos de desigualdad el índice de Gini se incrementará entre 0,5 por ciento y 6 por ciento, lo que generará un proceso de retroceso a los niveles de inicios del presente siglo (*ídem*). Estos indicadores están estimados a partir de una caída del PIB regional de menos 6 por ciento;

sin embargo, como se indicó en párrafos anteriores, las proyección del FMI llegan casi al doble, lo que permite inferir que para América Latina y el Caribe, el 2020 será recordado como un año que, si bien sigue expresando los grandes desafíos que históricamente en materia económica y social tiene que seguir superando la región, como efecto de la pandemia se habrán de generar retrocesos significativos en materia de condiciones de vida y de derechos humanos.

El impacto de la pandemia sobre el sistema económico venezolano incorpora una variable adicional a la crisis preexistente. Para fines del 2019, el país tenía seis años consecutivos de caída del PIB a niveles nunca antes visto en lo que lleva de vida republicana, de allí que esta investigación se propone caracterizar la situación económica venezolana a partir de un escenario sin pandemia y otro con pandemia. En primer lugar, se realizará un análisis de la crisis económica a partir de sus problemas estructurales. Se dará cuenta del impacto que ha tenido la crisis política e institucional, así como de los errores en el diseño y puesta en práctica de políticas económicas que han conducido no solo a la profundización del modelo extractivista primario exportador petrolero, que ha caracterizado a la estructura económica de Venezuela desde hace más de cien años, sino también al incremento de un déficit fiscal que se ha hecho crónico, alimentado por los efectos que tiene el colapso de la industria petrolera sobre la dinámica económica nacional, así como en las finanzas públicas, y la poca capacidad de recuperación que tiene el país en el corto plazo, condicionada por la crisis política, generándose una espiral perversa de decrecimiento y de incremento del déficit fiscal. En segundo lugar, desde la recreación de los dos escenarios señalados, sin pandemia y con pandemia, se desarrollará un modelo econométrico (modelo autorregresivo de rezagos distribuidos, ARDL), en el que se estima el comportamiento del PIB para el año 2020, así como lo referido al ámbito fiscal (déficit fiscal y al gasto de consumo final del gobierno), lo que permite cuantificar el impacto que tiene la pandemia SARS-CoV-2 sobre la crisis económica venezolana y lo que corresponde al comportamiento inercial de dicha crisis. Por otro lado, se tratará de caracterizar la capacidad que tiene el gobierno de utilizar políticas fiscales y monetarias expansivas para recuperar el crecimiento económico, en un entorno macroeconómico donde la pandemia se convierte en una variable de shock que se incorpora a la crisis preexistente.

La crisis venezolana: causas y efectos

Venezuela llega al siglo XXI con los típicos problemas estructurales de un país cuya economía depende exclusivamente del petróleo y del papel que le ha tocado jugar en el sistema mundo (Wallerstein, 2005). Un país que tiene más de un siglo extrayendo petróleo de su subsuelo y que siempre vivió con la tarea pendiente de utilizar la renta petrolera para desarrollar una economía más diversificada que contara con una capacidad productiva interna para producir bienes y servicios. Ahora, en los albores del presente siglo, experimenta internamente una crisis estructural sistémica de carácter societal como nunca antes había vivido en toda su historia republicana, potenciada por la propia dinámica del proceso de cambio civilizatorio (Lander, 2019) que afecta a la economía mundial y esta, catalizada por los efectos que está ocasionando la pandemia del covid (OMS, 2021), ha venido acelerando los quiebres que en el plano económico, social y cultural estaban ocurriendo por dicho proceso.

Plantear propuestas de salida a la profunda crisis que tiene el país requiere analizar los cambios cualitativos y cuantitativos que vienen ocurriendo en el sistema mundo y que hoy se ven acelerados por la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2. Concretamente, se hace referencia a los siguientes ámbitos: la poca capacidad de reposición natural del planeta, la inseguridad alimentaria, los sistemas sanitarios de los países, la cuarta revolución industrial, el desempleo estructural, el capital financiero, la crisis de deuda y la crisis energética, entre otros aspectos.

Es así como, hoy en día, Venezuela se enfrenta a un encrucijada histórica que la confronta como nación a su pasado inmediato, a su estructura económica caracterizada por el modelo de acumulación primario exportador y su expresión concreta en el rentismo petrolero agotado, que a finales del siglo XX ya venía manifestando su extenuación; así mismo, se enfrenta a los intentos fracasados del proceso bolivariano¹ por construir una economía no rentista, socialmente más justa y equitativa. Todo ello, en el marco de los grandes retos y desafíos que tiene que asumir la humanidad en este complejo siglo XXI.

La crisis económica

Venezuela, producto de la crisis económica, política, social e institucional que sufre desde hace varios años, tiene cada vez más comprometida su viabilidad

¹ Se hace referencia al período presidencial que se inicia con Hugo Chávez Frías y continúa con Nicolás Maduro Moros.

futura como nación. El país lleva casi siete años consecutivos con una significativa caída de su producto interno bruto (PIB), como resultado, entre otras razones, de la destrucción sistémica de todo su aparato productivo nacional y en especial del motor dinamizador de la economía, como lo es la producción y comercialización de petróleo. La producción petrolera ha venido perdiendo impulso progresivamente; así, para el mes de septiembre del año pasado se ubicó en 397.000 barriles diarios de petróleo (OPEP, 2020:60), y sus expectativas de mejora en el corto a mediano plazo no parecieran realizables. Esta situación es el resultado de un conjunto de procesos y decisiones que han llevado al colapso sistémico de la empresa Petróleos de Venezuela, S.A (Pdvs), combinado con los efectos negativos que viene generando, como parte de la crisis política, la permanente violación del marco constitucional que ha generado la fragmentación del Estado y las sanciones económicas impuestas por la administración del expresidente Trump de los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU).

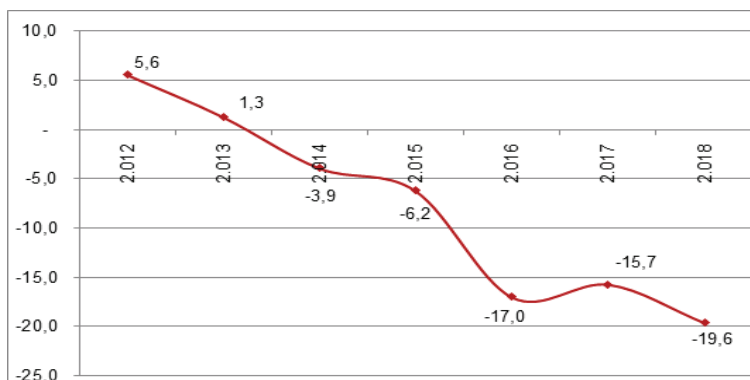
El desempeño económico en general

En términos globales el PIB de Venezuela, tal como se muestra en el gráfico 1, experimentó una ralentización en el 2013 (1,3 por ciento) con respecto al 2012. Sin embargo, a partir del año 2014 ha mantenido un proceso de sistemática contracción hasta nuestros días. Esta caída continuada del PIB es el resultado de varios factores concomitantes. Uno, de orden estructural, asociado a la dinámica propia de la estructura económica determinada por el impacto que ha tenido la disminución del precio del barril de petróleo a nivel mundial y, por ende, de la cesta petrolera venezolana, sumada a una disminución progresiva de la producción petrolera, al pasar de estar por encima de los 2,4 millones de barriles diarios en abril del 2013 hasta ubicarse, para el año pasado, en niveles de producción cercanos a los inicios de la explotación petrolera del siglo XX. Esta situación que es el reflejo del colapso sistémico de la principal empresa proveedora de ingresos para el país, como lo es Pdvs, en la que una combinación de errores de visión estratégica, objetivos contrarios al interés nacional (Mendoza, 2020) y muestras evidentes de incapacidad y corrupción desmedida (Millán, 2020), expresa además la complejidad para que su recuperación de forma mancomunada (Estado y sector privado) sea alcanzada por lo menos en el mediano plazo.

Gráfico 1

PIB Total 2012 -2018

(Variación % Interanual)



Fuente: BCV y cálculos propios.

Aunado a lo anterior, el segundo factor ha sido la profundización de un sistema económico centrado en la renta petrolera, como bien lo explicaba en su momento el economista Celso Furtado, cuando en 1973 realizó un diagnóstico de la economía venezolana, sintetizado en el siguiente párrafo:

En síntesis, se ha creado un sistema económico que genera escaso excedente bajo la forma de ahorros y de impuestos, y que obtiene un bajo rendimiento de las cuantiosas inversiones que el excedente petrolero permite realizar. Se trata, por lo tanto, de un sistema económico fundamentalmente orientado hacia el consumo y el despilfarro y en el cual el ingreso es muy concentrado y probablemente tiende a concentrarse de forma permanente. De ello resulta una extraordinaria diversificación en los patrones de consumo con efectos negativos secundarios sobre la productividad del sistema. Las dimensiones relativamente reducidas del mercado interno y las exigencias de una demanda altamente diversificada conspiran contra la integración del sistema industrial, el cual permanece ampliamente articulado con el exterior (Furtado, 1981:5).

Con el incremento, en el presente siglo, de los precios del barril de petróleo a máximos históricos (superiores a 60 USD por barril) durante el

periodo 2006 -2014, hasta que entró en escena el petróleo de esquisto² (entre otros factores) que inundó el mercado mundial e hizo mella en los altos precios llevándolos a un nivel promedio interanual de 55 USD por barril durante el lapso 2015-2019, la política económica centrada en el excesivo gasto del gobierno continuó operando. Tanto la gestión del expresidente Chávez como la de su sucesor Nicolás Maduro, no consideraron que las reglas de juego en la geopolítica energética mundial estaban cambiando, se estaba gestando un nuevo orden energético mundial, caracterizado por mucha incertidumbre, en el que, por primera vez en la historia petrolera del planeta, comenzaba a tener un peso significativo la posibilidad de un cambio en la matriz energética (centrada en los fósiles) hacia energías alternativas (IEA, 2018).

De forma inercial, la dinámica económica estuvo presa de una política que se fundamentaba: en el excesivo gasto del gobierno, manteniendo déficit fiscales crónicos (gráfico 4); en el incremento de las importaciones, las cuáles, entre 2007 y 2014, llegaron a estar por encima de los 40.000 millones de USD (anexo 1) y en el incremento de la deuda externa (soberana y de PDVSA), al pasar de estar por debajo del 20 por ciento del PIB en el 2000 hasta ubicarse en más del 80 por ciento del PIB para 2015 (Nuñez; Millán y Torrealba, 2017). De igual modo, en el fracaso, sin que se rindiera cuenta de los recursos utilizados ni se realizara contraloría nacional, de los diversos planes de desarrollo petrolero, de industrialización y de infraestructura, como de la producción agrícola. También cabe mencionar el incremento en el gasto público asociado a la estatización de empresas que se fueron convirtiendo en un enorme peso para las finanzas del Estado (Transparencia Venezuela, 2017), incluyendo el desarrollo del sector financiero estatal, no solo con la creación del Banco de la Fuerza Armada Nacional (Banfan), sino también con la compra de otros, como es el caso del Banco de Venezuela, así como la constitución del Banco Bicentenario; este como resultado de la fusión de una serie de instituciones financieras, tanto públicas como privadas que estuvieron inmersas en la denominada mini crisis del 2009 (Cáribas, 2011).

Un elemento importante a destacar, como indicador de la situación compleja que estaba viviendo el país y los errores que en materia de política económica se cometieron, es el caso emblemático de la política cambiaria que se instrumentó desde la instalación del control de cambio en 2003, que lejos

² Petróleo que se extrae de la fractura de la piedra de esquisto.

de evitar la fuga de capitales, terminó estimulándola y convirtiéndose en uno de los casos emblemáticos de desfalco a la nación en lo que va del presente siglo (Díaz, 2015).³

La política económica de Nicolás Maduro: continuidad y cambio

A partir del año 2013, la situación económica del país se fue haciendo cada vez más crítica, pues no hubo comprensión ni voluntad para realizar los cambios que se exigían en el momento.

Cuadro 1

Principales indicadores económicos 2013 – 2019

Indicadores	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PIB % (Precios Constante)	1,34	-3,89	-6,22	-17,04	-15,67	-19,62	-25,50
Inflación (% BCV)	40,7	68,5	180,9	274,0	862,6	130.600	9.586
Exportaciones (MM USD)	88.753	74.676	37.236	27.403	34.030	33.677	nd
Importaciones (MM USD)	57.183	47.255	33.308	16.370	12.023	12.782	nd
Liquidez Monetaria (% Variación interanual)	70	64	101	159	1121	63.257	4.946
Reservas Internacionales (MM USD)	21.481	22.080	16.370	10.995	9.665	8.840	6.663

Fuentes: BCV, INE y Cepal.

- BCV: PIB 2013 al 2018.
- Cepal: PIB 2019.
- BCV: Inflación, Liquidez Monetaria y Reservas Internacionales.
- INE: Exportaciones e Importaciones.

³ Ver solicitud de investigación: <http://www.correodelorinoco.gob.ve/plataforma-para-auditoria-publica-solicito-investigar-presunto-desfalco-manejo-divisas/>

Se desencadenó una progresiva espiral de desequilibrios macroeconómicos que, combinada con la profundización de la crisis política y la incursión de la geopolítica internacional⁴ en los asuntos internos del país, se convirtió en caldo de cultivo para la actual crisis que trasciende el plano nacional y estrictamente económico. En el siguiente cuadro se muestran algunos indicadores económicos representativos de dicha situación.

En materia cambiaria

En el marco del control cambiario establecido a comienzos del presente siglo, la administración del gobierno de Maduro, desde sus inicios en el 2013 y hasta agosto del 2018, implementó varios convenios cambiarios cuyos efectos se expresaron en una significativa merma de las reservas internacionales, las cuales, tal como se muestra en el cuadro 1, se ubicaban para 2013, en 21.481 millones de USD hasta llegar a menos de 7.000 millones de USD en 2019. Para la administración de Maduro era más fácil –y además le evitaba tener que hacer un verdadero acto de contrición ante el país reconociendo los errores en materia de política económica de su predecesor– explicar la crisis económica a través de lo que, para él y sus seguidores, era una «guerra económica», cuyos actores principales se encontraban en el terreno estricto de la política opositora al gobierno y de sus vínculos con el Departamento de EEUU. Lo cierto es que, todo el mecanismo de arbitraje comercial y cambiario que se creó fuera de las cadenas de distribución de bienes formales, era la consecuencia de una escasez relativa de divisas como resultado de la crisis que ya estaba instalada en Pdvs, junto con la instrumentalización de una política cambiaria que criminalizaba las operaciones en divisas, pero que además estimulaba la corrupción: le otorgaba a ciertos sectores económicos dólares preferenciales para la importación de bienes y alimentos que en gran medida no llegaban al país, obteniendo grandes ganancias por la sola vía del diferencial cambiario. Como se puede mostrar en la siguiente cita:

Un ejemplo de estas distorsiones se puede observar como para el 23 de agosto 2017 el tipo de cambio paralelo se ubicaba en 16.845.07 Bs/USD, mientras que los tipos de cambio oficiales se cotizaban en: Dicom (2.970 Bs/USD) y el Dipro (10 Bs/USD), como es obvio, si una empresa o persona natural, decidía, como en efecto ocurrió, obtener un dólar con alguna de

⁴ Por un lado, el sector de la oposición apoyado por EEUU y sus aliados internacionales y, por el otro, el apoyo que recibe el gobierno de Nicolás Maduro por parte de China, Rusia, Turquía y Cuba.

las dos tasas cambiarias oficiales, con el solo manejo de los tipos de cambio, podía obtener ganancias que iban desde 567,00 por ciento (Dicom) hasta 168.450,00 por ciento (Dipro) (Millán; Torrealba, 2017).

En materia de precios y poder adquisitivo de las familias venezolanas

A fines de 2017 y de 2020, por primera vez en la historia económica venezolana, se instala el fenómeno de la hiperinflación,⁵ el cual rompe con las experiencias hiperinflacionarias modernas (Reinhart y Savastano, 2003:22), en cuanto a magnitud y extensión en el tiempo, que haya experimentado país alguno en América Latina. En el caso venezolano, las causas de la hiperinflación responden a la combinación de factores tanto monetarios, productivos como de expectativas negativas, que se han ido creando alimentadas por el colapso de la industria petrolera y por la propia crisis política. Otro factor a resaltar como núcleo central del fenómeno es la contracción sin precedentes del aparato productivo nacional (problemas de oferta) aunado a la monetización del déficit fiscal crónico, que viene generando la política económica del gobierno nacional a lo largo de los últimos años (Palma, 2019).

Por otra parte, la situación hiperinflacionaria ha ido socavando la capacidad del poder adquisitivo de la gran mayoría de las familias venezolanas, al impactar negativamente el consumo. Un ejemplo de ello es que, para el mes junio de 2020, el salario mínimo mensual, se ubicaba en apenas 1.95 USD, mientras que el costo mensual de la canasta alimentaria, según el Centro de Documentación y Análisis para los Trabajadores (Cenda, 2020), estaba por el orden de los 202.46 USD. Esto ha generado una significativa brecha entre el salario y la canasta alimentaria, lo cual ha sido una constante durante los últimos 3 años (anexo 2), situación que ha incidido de manera importante en el proceso emigratorio que se ha venido dando en los últimos años, el cual según la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur) hasta junio del 2019 sumaba una cantidad superior a los cuatro millones de personas contabilizadas entre refugiados y migrantes.

Plan económico del gobierno de Nicolás Maduro para enfrentar la crisis

En agosto del 2018, el Presidente Nicolás Maduro (Telesur, agosto 2018) sale por primera vez del discurso político de atribuirle toda la responsabilidad de la crisis económica a la «guerra económica» y anuncia la instrumentación de

⁵ Para Phillip Cagan, en 1956, existe hiperinflación cuando el índice de precios al consumidor comienza a subir de manera sostenida, a tal punto que sus variaciones intermensuales se ubican por encima del 50 por ciento.

un plan denominado: Programa de Recuperación Económica, Crecimiento y Prosperidad y reconoce públicamente haber creado dinero inorgánico como mecanismo para financiar el déficit fiscal. En el cuadro 2 se coloca un resumen del referido Programa, aún vigente, aunque hasta la fecha se desconoce si se le ha realizado alguna evaluación por parte del Ejecutivo Nacional.

Cuadro 2

Síntesis de los elementos esenciales del programa

Objetivos	Mecanismo para lograr el objetivo
Fiscal y tributario: lograr el equilibrio fiscal y tributario. Meta déficit: fiscal cero.	1. Incremento del IVA 12 – 16%. 2. Impuesto a las grandes transacciones financieras en un rango entre 0 – 2%. ¹
Política cambiaria: derrotar «el perverso» cambio criminal impuesto por la «Guerra económica».	1. Reforma monetaria ² y anclaje del Bs.S al Petro y este a su vez anclado a la cesta petrolera venezolana (precio del barril de petróleo 60USD).
Salarios: salarizar los ingresos reales de los trabajadores.	1. El Ejecutivo decretó, a partir del 1 septiembre, un aumento del salario (nominal) mínimo llevado a Bs.S 1800 (½ Petro) equivalente a 30USD para la fecha del 17 de agosto 2018. 2. Se aprobaron recursos para transferir a la población carnetizada (carnet de la patria) un pago único monetario, un bono especial de Bs.S 600.
Precios: precios acordados, vinculados a los costos de producción y a la tasa de cambio real.	1. Acuerdo con los sectores empresariales, en especial los que han recibido dólares DICOM (dólar oficial). ³ 2. Elevar la riqueza material y monetaria 3. Liberar hasta el 31/12/19 de aranceles a las empresas importadoras..
Ingresos de divisas: Garantizar un mapa de ingresos ordinarios y extraordinarios para mantener el «equilibrio del Programa Económico»	1. Permitir las operaciones en divisas en el territorio nacional a través de casas de cambio. 2. Eliminación de la Ley de Ilícitos Cambiarios. ⁵
Petro: garantizar que todos los venezolanos tengan acceso al criptoactivo denominado: Petro.	No se explicó el mecanismo para lograr este objetivo.
Gasolina: acabar con el contrabando de combustible hacia Colombia.	Llevar el precio de la gasolina que se vende en el territorio nacional a precios internacionales.
Sistema de protección: fortalecer y ampliar los Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP) y el sistema de protección a través del carnet de la patria. ⁶	A través de los Comité CLAP.

1. Gaceta Extraordinaria n° 6.396 del 21/08/18.
2. Se eliminan cinco ceros a la moneda y se denomina a la nueva moneda de curso legal como: Bolívar Soberano, Bs.S. Gaceta Oficial n° 41.446 del 26/07/18.
3. Se publicó en Gaceta Oficial Extraordinaria n° 6.397 del 21/08/18 la lista de las empresas y de los precios acordados de 25 rubros.
4. Gaceta Oficial n° 41.446 del 25/07/18.
5. Gaceta Oficial n° 41.452 del 02/08/18.
6. Es un mecanismo de control social, basado en las tecnologías de información y comunicación donde se le otorga un carnet con un chip a las personas para recibir subsidios económicos directos. Quienes participan en el registro y control del carnet son las personas integrantes del partido de gobierno, es decir, el Partido Socialista Unido de Venezuela, PSUV.

Evaluación general del programa

Una de las demostraciones del fracaso del programa es el hecho de que la crisis económica ha continuado su curso de profundización. El déficit fiscal se ha incrementado, continúa la devaluación acelerada del bolívar, instrumentándose de facto y, de forma desordenada, un proceso de dolarización de la economía; aunque se ha ralentizado el incremento de los precios relativos de los bienes y servicios, continúa el fenómeno de la hiperinflación que, sumado a la paralización del aparato productivo, ha colocado en una situación de vulnerabilidad alimentaria aproximadamente a un 32 por ciento de la población, tal como lo refiere el Programa Mundial de Alimentos (2020).

Las sanciones por parte del Departamento de Estado de los EEUU

Las sanciones económicas aplicadas por el Departamento de Estado de los EEUU desde agosto de 2017, y su progresivo escalamiento, contribuyeron a agudizar el cuadro crítico que, en lo económico y social, venía atravesando la sociedad venezolana, producto de las erróneas e ineficientes políticas instrumentadas en los últimos 20 años por parte de las administraciones correspondientes. Dichas sanciones incidieron en la merma de las finanzas públicas debido a las limitaciones que imponen al país en cuanto a la comercialización de combustible en el mercado internacional. Las refinerías, por causa del mismo colapso general de Pdvsa, desde hace cierto tiempo están paralizadas, generando una escasez de combustible que, actualmente, se viene a sumar a la ya precaria situación de vida que tienen los venezolanos, situación que amenaza con una paralización general del país.

El desarrollo de la crisis económica y fiscal en el contexto del covid-19

Como se ha señalado en los párrafos precedentes, un factor importante que caracteriza a la crisis venezolana es la contracción histórica que se ha venido observando en la actividad económica, a lo largo de los últimos siete años, producto, entre otros factores, del colapso generalizado de la industria petrolera venezolana. El ámbito fiscal es una de las áreas que presenta mayor nivel de sensibilidad ante caídas del PIB, puesto que, al reducirse la actividad de los sectores de la economía, estos se ven limitados para aportar al fisco nacional.

Debido a que la mayoría de los países del mundo vienen aplicando políticas fiscales expansivas para contener el efecto negativo de la pandemia sobre la economía, en este apartado se tratará de estimar el comportamiento de la recaudación real no petrolera y el PIB, a partir de un escenario sin coronavirus SARS-CoV-2 y, otro escenario, en el que se toma en consideración

la pandemia, tal como lo sugiere la teoría económica de diseño de un modelo econométrico (Alvares *et al*, 2015). A los efectos de este trabajo se ha utilizado al Modelo Autorregresivo de Rezagos Distribuidos (ARDL) porque permite incorporar las expectativas de los agentes económicos, diferenciándose así de los modelos de estática comparativa.

En ese sentido, es pertinente discutir las variables que en la literatura económica influyen en el ámbito fiscal. Según un estudio realizado por Bravo (2014), en el caso de las variables que tienen causalidad en el gasto público y la recaudación tributaria, se tiene al ciclo y a la estacionalidad del PIB como variables a considerar para un modelo de vectores de corrección de errores. En dicho estudio⁶ se recomienda tomar en cuenta las fases del año en las cuales la demanda agregada tiende a crecer y decrecer de manera sistémica por motivos idiosincrásicos. También se considera que los eventos políticos pueden causar shocks importantes al fisco. De igual modo, se destaca que el PIB es una variable adecuada para estimar el déficit fiscal, agregando que existe un componente inercial en el cual las expectativas de crecimiento o contracción del mismo, según periodos pasados, pueden influir en la estabilidad del déficit público de corto a largo plazo.

Modelo ARDL - La situación y proyección fiscal venezolana

Partiendo del ámbito teórico respecto a cuáles son las variables que en mejor medida pueden impactar el comportamiento de la recaudación fiscal venezolana, dada la actual situación política y social del país, definida por una enorme incertidumbre en el futuro inmediato, es importante destacar que cualquier pronóstico en lo económico no puede ser visto de otra manera que como escenarios que pueden ocurrir si las tendencias, componentes y actores que se toman en consideración presentan un comportamiento esperado, de tal manera que mientras más incertidumbre y complejidad exista en el entorno social y político, los pronósticos, con mayor razón, pierden vigencia y deben ser revisados y adaptados cuantitativa y metodológicamente.

En el caso de Venezuela y para fines del presente trabajo, se utilizará la metodología de proyección, la cual es una herramienta de inferencia frecuentista (probabilística). Lo que se desea es inferir, según el comportamiento pasado de una serie de variables macroeconómicas, cual es el resultado de

⁶ Realizado para la economía mexicana durante los años 1990-2012.

la gestión fiscal no petrolera durante el 2020. Por lo tanto se utilizará un modelo de rezagos distribuido, reconociendo la recursividad (depende de sus pasados inmediatos) de los ingresos tributarios en el tiempo. En la presente investigación las variables macroeconómicas seleccionadas son:

PIB: El valor monetario de la producción de bienes y servicios de la economía en términos reales (base 1997) para el periodo 2007-2019, la cual es una variable de corte longitudinal trimestral.

Tasa de interés activa (TIR): En este caso esta variable se refiere al costo de oportunidad del dinero, la misma está expresada en términos reales y su corte es longitudinal trimestral (2007-2019). Esta es una variable clave ya que recoge la pérdida de valor del dinero a medida que ocurre un proceso inflacionario.

Tipo de cambio (TCR): La cotización de la divisa norteamericana en términos reales (año base 1997) para el periodo 2007-2019 de corte longitudinal trimestral.

Tasa de inflación: La tasa de variación inter-trimestral del periodo del índice nacional de precios al consumidor expresa la representación de la formación de precios relativos para la cesta de bienes representativa del consumidor promedio de Venezuela.

Liquidez monetaria (LMR): También conocida como M2, se entiende como los depósitos en cuenta corriente, billetes, monedas, depósitos de ahorro expresado en términos reales. Esta variable es la cuenta de activo de mayor expresión transaccional de la economía. Este indicador al igual que las anteriores variables, se toma en cuenta para el periodo 2007-2019 en términos trimestrales.

Una vez descritas las variables a utilizar, se pasará ahora a discutir otros aspectos técnicos; el modelo econométrico planteado tiene como variable endógena (dependiente) a la recaudación tributaria no petrolera (ISLR, IVA, importaciones, rentas aduaneras, rentas internas, transacciones bancarias, etc.). Por otra parte, las variables PIB, TIR, TCR, tasa de inflación, LMR vendrían siendo las variables exógenas (independientes). En lo que se refiere al modelo econométrico seleccionado, es necesario determinar las relaciones estadísticas convenientes entre las variables del modelo, por lo que se realizaron múltiples pruebas con más de 20 variables del sistema de cuentas nacionales de Venezuela. En el cuadro 3 se muestran algunos indicadores (elasticidad, la correlación y el test de causalidad de Granger) con los cuales se busca demostrar que las variables seleccionadas son estadísticamente

adecuadas para explicar la recaudación tributaria en términos reales durante el periodo 2007-2019. En este sentido, el primer indicador evaluado fue la elasticidad promedio de la recaudación real con respecto a las variables independientes seleccionadas para el periodo en estudio, el cual expresa que la recaudación real es sensible a los cambios de todas las variables que se han elegido, esto ocurre a pesar de que las correlaciones entre la variable endógena (recaudación tributaria real) y las exógenas no son altas.

Cuadro 3

Análisis de la relación de la recaudación real

Variables	Elasticidad	Correlación	Causalidad de Granger
PIB	15,07	22,5 %	PIB causa a Recaudación
TCR	10,69	-40,4 %	TCR causa a recaudación
Inflación	1,63	-33,2 %	Exogeneidad en sentido Granger
LMR	13,43	44,7 %	LMR causa a recaudación
TIR	7,97	7,4 %	Recaudación causa a TIR

Fuente: elaboración propia

Por otra parte, se calculó el Test de Granger, lo que permitió constatar de manera formal que el PIB, el tipo de cambio real (TCR) y la liquidez monetaria real (LMR) tienen una relación causal sobre la recaudación real, comportamiento lógico de esperar debido al existente proceso hiperinflacionario por el que está pasando la economía. En lo que se refiere a la inflación no se logró determinar algún tipo de causalidad con la variable dependiente en estudio, sin embargo en términos teóricos se sabe que esta variable puede incidir en la decisión de pagar o no la recaudación por parte de los contribuyentes, y en el caso de la tasa de interés real (TIR), se determinó que existe una causalidad bidireccional con dicha variable dependiente. Es importante destacar que la TIR puede impactar de forma negativa a la inversión productiva y por ende a la producción de bienes y servicios, lo que implicaría una menor capacidad de crecimiento tanto en la economía como en la recaudación fiscal.

En el cuadro 4 se pueden observar los resultados de la corrida final del modelo para el pronóstico de la recaudación real, el rezago óptimo de las variables del modelo se ha determinado a través de criterios de minimización del indicador akaike,⁷ en este caso se puede constatar que las variables de

⁷ El criterio de información de Akaike se sustenta en la minimización de una función de máxima verosimilitud que depende del error cuadrático medio.

mayor relevancia relativa han sido el tipo de cambio real (TCR) y la tasa de interés real (TIR); adicionalmente los signos de los estimadores MCO (mínimos cuadrados ordinales) de las variables fueron los esperados según los parámetros que plantea la teoría económica, es decir, en el caso del PIB y la LMR suma de los coeficientes resultaron positivas. En cuanto a la inflación, el TCR y la TIR la suma de sus signos termina siendo negativa. Por último, todos los estimadores son significativos estadísticamente y según se podrá observar en el cuadro 4, el modelo no presenta problemas en los errores de autocorrelación,⁸ heterocedasticidad,⁹ no normalidad,¹⁰ ni multicolinealidad.¹¹

Cuadro 4

Modelo ARDL de la recaudación real

Variables	Coefficientes	Error.Estand	t value	Pr(> t)
PIB	-4,54E+00	7,24E-01	-6,27	2.73e-07 ***
lag(PIB, 3)	8,16E+00	7,19E-01	11,34	1.33e-13 ***
Inflación	-1,16E+05	2,95E+04	-3,92	0,000370 ***
lag(Inflacion, 1)	4,27E+05	8,72E+04	4,90	1.93e-05 ***
lag(Inflacion, 2)	-5,07E+04	1,99E+04	-2,55	0,015032 *
lag(TCR, 2)	-6,87E+11	1,45E+11	-4,34	3.20e-05 ***
lag(TCR, 3)	-2,15E+11	6,23E+10	-3,44	0,001444 **
lag(TCR, 4)	7,89E+10	3,42E+10	2,31	0,026702 *
LMR	1,75E+01	4,04E+00	4,33	0,000109 ***
lag(LMR, 4)	-1,01E+01	3,77E+00	-2,69	0,010601 *
lag(Tir, 2)	-3,34E+03	6,50E+02	-5,14	9.30e-06 ***
Multiple R-squared: 0.9919		Adjusted R-squared: 0.9895		
F-statistic: 412.4 on 11 and 37 DF		p-value: < 2.2e-16		

Fuente: elaboración propia según cifras del SENIAT y del BCV.

En el caso venezolano, según los pronósticos realizados a través del modelo ARDL, se tiene que, bajo ciertas circunstancias, la crisis económica durante 2020 y 2021 continúa su curso de profundización como consecuencia, entre otros aspectos, del impacto que sobre la misma ha tenido la política de confinamiento decretada por el gobierno nacional para minimizar el contagio por el virus SARS-CoV-2. Por otra parte, es importante acotar, que, como producto del colapso de la industria petrolera venezolana y de los efectos

⁸ El supuesto se refiere a la independencia intertemporal que deben tener los residuos de todo modelo econométrico.

⁹ El supuesto se refiere a la condición que deben tener los errores del modelo econométrico, es decir, que su varianza sea constante.

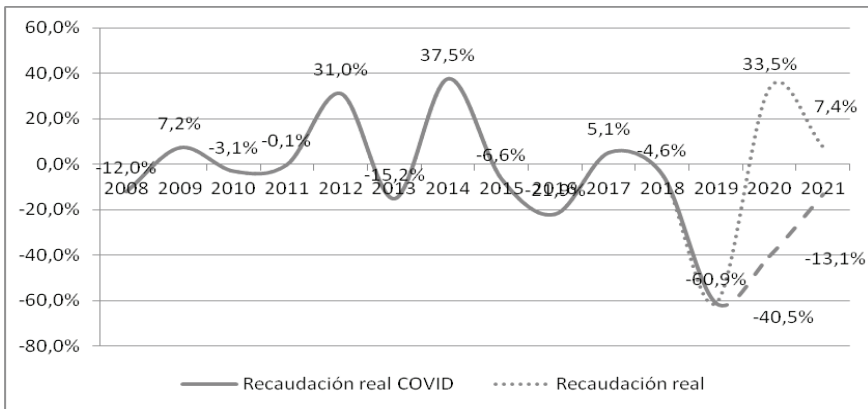
¹⁰ Este supuesto hace referencia a que la distribución de los errores deben converger a una función de distribución normal.

¹¹ Este supuesto hace referencia a que las variables exógenas de un modelo econométrico deben ser independientes, es decir que no exista una relación lineal perfecta

causados por las sanciones aplicadas por los EEUU sobre el país, la escasez de combustible que, durante el año 2020, se hizo crónica al restringir a nivel nacional severamente la movilidad social y el transporte, ha terminado convirtiéndose en otro factor que abona en la dirección, ya que sus efectos se encuentran subsumidos en la política de confinamiento radical forzosa, aplicada en todo el territorio nacional.

Gráfico 2

Variación porcentual interanual de la recaudación no petrolera real 2008-2019
Proyección 2020-2021



Fuente: elaboración propia según cifras del Seniat y del BCV.

Si se toma en consideración el comportamiento de la recaudación tributaria real sin el impacto de la pandemia SARS-CoV-2 y de la escasez de combustible (gráfico 2), las estimaciones que arroja el modelo para el 2020 dan como resultados un crecimiento de los ingresos tributarios, respecto al año precedente, de 33,5 por ciento y, para 2021, de 7,4 por ciento; esto tomando en consideración una ralentización de la contracción económica y leves mejoras en las exportaciones no petroleras, tal como se muestra, para tal fin, en la cuenta de la balanza de pagos: para el primer trimestre de 2019 presentó una variación interanual positiva de 140,6 por ciento, al pasar las exportaciones no petroleras de 1.044 millones de USD durante el primer trimestre 2018 a 2.512 millones de USD para igual período en el 2019 (anexo 3).

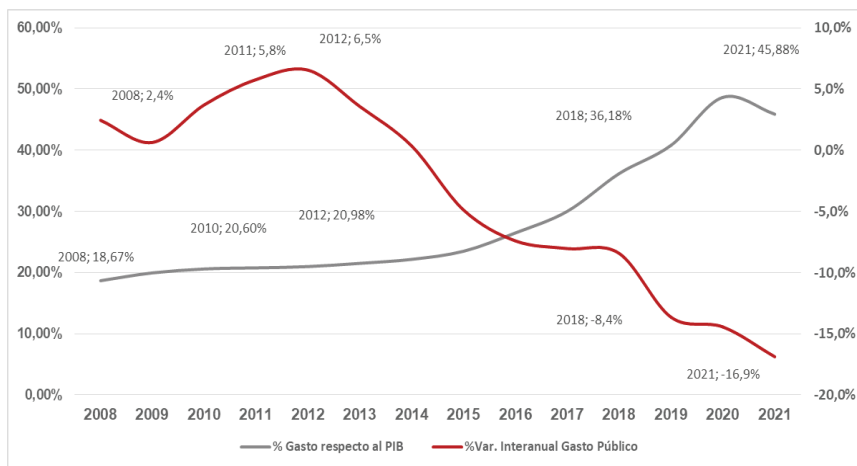
En el escenario en el que se reconoce la pandemia SARS-CoV-2, se tiene que la recaudación real estimada para 2021 se reducirá, en comparación a 2020, en un 13,1 por ciento, lo cual expresa una ralentización al decrecimiento pronosticado para este último año, estimado en una contracción por el orden del 40,5 por ciento.

En el gráfico 3 se puede observar, a partir de los patrones de comportamiento de la variable, el peso y la variación del gasto del consumo final del gobierno (GCFG) en la economía durante el periodo 2008-2018, realizándose un pronóstico para el periodo 2019-2021.

Gráfico 3

GCFG respecto al PIB vs % variación interanual del GCFC 2008-2018

Pronósticos 2019-2021



Fuente: elaboración propia según cifras estadísticas del BCV.

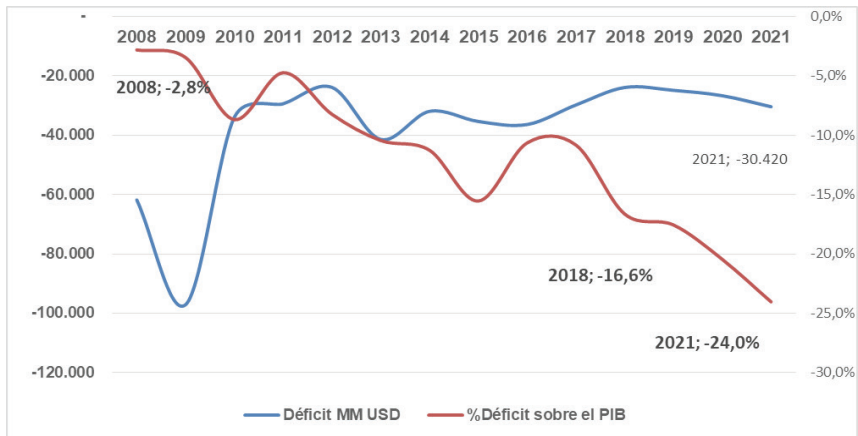
Se estima que el GCFG, para el cuarto trimestre del 2019, continúe teniendo un peso respecto al PIB alrededor del 40 por ciento, tal como ha venido ocurriendo desde fines de 2018 (existe un comportamiento estacional en el ciclo de la variable económica); de esta manera, también se estima que para 2020 y 2021, su peso con respecto al PIB se ubique en 48,64 por ciento y 45,88 por ciento respectivamente. No obstante, es importante mencionar que a partir del año 2012 tanto el PIB como el GCFG (variación interanual de 6,5 por ciento) han mantenido, en términos absolutos, una tendencia decreciente, situación que se explica como resultado de la contracción de

la renta petrolera, evidenciándose que para el cuarto trimestre del 2018 la variación porcentual interanual del GCFG se ubicó en -8,4 por ciento. De igual modo, sin tomar en consideración los efectos de la pandemia SARS-CoV-2 y de no existir cambios significativos en los factores adversos que han impactado a la economía venezolana,¹² se estima que dicha tendencia de caída continuará durante 2020 y 2021 con una variación 6,9 por ciento.

En lo que se refiere al peso y variación del déficit fiscal, tal como se muestra en el gráfico 4, durante todo el período de estudio la situación fiscal no ha sido superavitaria; se tiene que para 2008 la variable en cuestión representaba el 2,8 por ciento respecto del PIB y para el 2018 se ubicó en un 16,6 por ciento del PIB.

Gráfico 4

Déficit Fiscal (MM USD) vs % del déficit con respecto al PIB 2008 -2019 y pronósticos 2020 y 2021



Fuente: elaboración propia según cifras estadísticas de Datosmacro.expansion.com, 2021.

Tomando en consideración dicha tendencia, se debe destacar que sus razones se fundamentan en las características que definen a la actual crisis venezolana y en el impacto que adicionalmente está generando la pandemia SARS-CoV-2. Es así como las proyecciones realizadas dan cuenta de que, de no existir cambio en los factores adversos que están incidiendo en el desempeño

¹² Como, por ejemplo, lo relacionado con la escasez de combustible.

económico y financiero del país, para finales de 2020 y en el presente año 2021, el déficit fiscal con respecto al PIB se podría ubicar en torno al 20,5 por ciento y 24,0 por ciento respectivamente. No obstante, hay que señalar que el comportamiento del índice (déficit) también es impactado por la contracción del PIB, lo que implica una mayor presión para la estabilidad macroeconómica del país. Esto hace suponer que, en el marco de la pandemia causada por el coronavirus SARS-CoV-2, el gobierno nacional no cuenta con margen de maniobra para emprender, tal como lo han hecho la mayoría de los países del mundo, políticas convencionales de expansión del gasto público, porque las mismas, dada la situación de la economía venezolana, terminan haciendo un efecto contrario al buscado, es decir, se convierten en dinamizadoras de la crisis económica.

Perspectiva del crecimiento económico y el covid-19

Utilizando el modelo ARDL se plantea la proyección del PIB tomando en consideración un escenario sin la pandemia SARS-CoV-2 y un segundo escenario en el que se plantea la existencia de la misma. En el caso de la elección de una formulación teórica para modelar el crecimiento de la economía venezolana, dada la situación profunda de crisis en la que se encuentra, uno de los principales problemas a determinar es la producción de bienes y servicios, por lo que se hace necesario tener presente los argumentos básicos del que se conoce como uno de los fundadores de la macroeconomía.¹³

Para comprender cuáles son los determinantes del PIB es importante destacar la discusión central de la teoría Keynesiana, la cual, al caracterizar la crisis de la economía de mercado de la postguerra, expone que los equilibrios macroeconómicos que se alcanzan en la economía tienden a ocurrir fuera del pleno empleo, que al final se traduce en términos generales en desequilibrios. Cuando en economía se habla de equilibrios, se realiza la discusión respecto al planteamiento de que la producción de bienes y servicios por parte de los productores debe ser igual al conjunto de esos bienes y servicios que demanda la sociedad (la oferta es igual a la demanda), por lo que el ingreso nacional por la vía del gasto se entiende como: el consumo, la inversión, los gastos del gobierno y la balanza comercial. Todo ello, por definición se concibe también como la demanda agregada (Keynes, 2003).

¹³ John Maynard Keynes.

Ahora bien, según el análisis keynesiano, existen ciertas identidades macroeconómicas que deben cumplirse para lograr el equilibrio con pleno empleo, donde tal vez la más importante es que el ahorro y la inversión de cualquier economía de mercado sean estables y equivalentes, si no se cumple dicha condición, la economía se puede alejar del crecimiento económico o en su defecto existir problemas en la distribución del dinero y el empleo.

Proyección de escenarios comportamiento del PIB 2020 y 2021

En el cuadro 5 se tiene el estudio de las relaciones entre la variable endógena (PIB) y las variables exógenas, las cuales son: las exportaciones (X), la liquidez monetaria real (LMR) y la tasa de interés real (TIR). En la primera columna se presentan las elasticidades (variables independientes) en relación con el PIB, en estos cálculos se determina una alta sensibilidad respecto a las variables independientes o exógenas, aunque la que expresa menor nivel de sensibilidad es la TIR. Por otro lado, en lo que se refiere a las correlaciones se tiene que para cada caso en particular, existe una alta asociación lineal a la variable dependiente. En cuanto al test de causalidad de Granger, con el cual se busca demostrar si los resultados de una variable tienen causalidad con respecto a otra variable, al igual que para el caso del modelo econométrico de la recaudación real, se tiene como resultado que estadísticamente las variables X y TIR tienen causalidad con el PIB, con excepción de la liquidez monetaria real (LMR).

Cuadro 5

Análisis de la relación del PIB

Variables	Elasticidad	Correlación	Causalidad de Granger
X	18,83	72,6 %	X si causa a PIB
LMR	18,82	78,7 %	Exogeneidad en sentido Granger
TIR	2,29	83,8 %	TIR si causa a PIB

Fuente: elaboración propia.

Al correr el modelo, se obtuvo información estadística acerca de las variables que mejor pueden explicar el comportamiento del PIB, lo que permite realizar pronósticos del mismo para 2020 y 2021. El ARDL final se puede observar en el cuadro 6, en donde se tiene que cada estimador MCO cumple con los criterios estadísticos y económicos exigidos por el modelo.

Para efectos de las conclusiones, se debe tener en cuenta que, de acuerdo al modelo, la variable que explica en mayor medida al PIB es la tasa de interés activa real (TIR), seguida de la liquidez monetaria real (LMR). Igualmente, en el modelo se observa que existe un componente autorregresivo de orden uno en la variable endógena (PIB), la cual se comporta como una cuarta variable, lo que implica que cada valor del PIB depende de su comportamiento en el trimestre pasado. Los rezagos en el comportamiento de las variables económicas se analizan como las expectativas que los diferentes participantes en la sociedad se forman a partir del comportamiento pasado de dichas variables. Las pruebas del modelo se pueden observar en el anexo (cuadro 4).

Cuadro 6

Modelo ARDL PIB

Variables	Coefficientes	Error.Estand	t value	Pr(> t)
lag(X, 3)	8,92E-01	3,4E-01	2,6E+00	1,3E-02
LMR	2,06	5,5E-01	3,8E+00	4,8E-04
Tir	-12,97	4,8E+00	-2,7E+00	1,0E-02
lag(PIB, 1)	0,62	0,09181	7	2,58E-08
Multiple R-squared: 0.9925		Adjusted R-squared: 0.9919		
F-statistic: 1496on 4 and 45 DF		p-value: < 2.2e-16		

Fuente: elaboración propia según cifras de SENIAT y BCV.

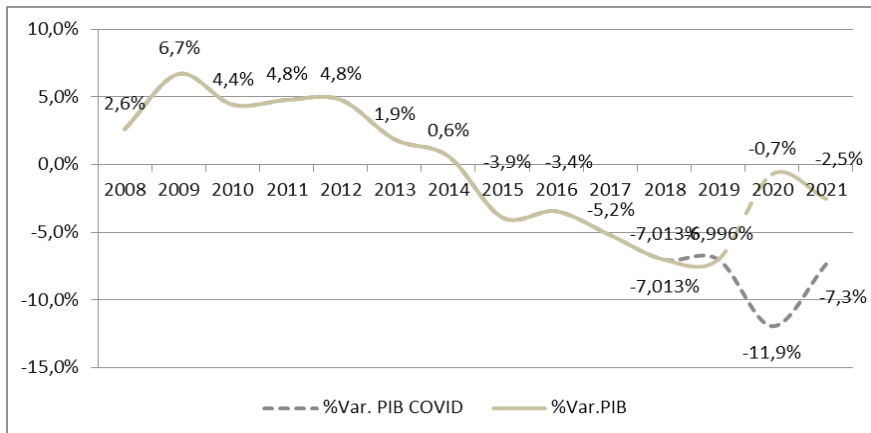
El modelo econométrico planteado, muestra a través del gráfico 5, el comportamiento del PIB, es decir su tasa de variación porcentual durante el período intertrimestral 2008-2018. En este se destaca que la caída más pronunciada ocurrió en el cuarto trimestre de 2018, explicada tanto por los factores estructurales y coyunturales de la crisis económica que se han venido analizando en el presente trabajo, como por los efectos negativos de la puesta en marcha del «Programa de Recuperación Económica, Crecimiento y Prosperidad» instrumentado a fines de 2018 por el gobierno de Maduro.

En lo que se refiere al escenario del comportamiento del PIB sin la pandemia, se tiene que la contracción intertrimestral para 2020 se pudo haber ubicado por el orden del 0,7 por ciento y la tasa de variación interanual en -5,3 por ciento. Por lo que respecta al presente año, la contracción intertrimestral, bajo el referido escenario, se estima en -2,5 por ciento. Se podría decir que en un escenario sin pandemia la economía venezolana durante 2020 y 2021 hubiese tenido una ralentización en su caída, ligeramente contraria

al comportamiento experimentado durante los últimos seis años. Ahora bien, la estimación del modelo econométrico donde se destaca el impacto negativo que tiene la pandemia sobre la economía, muestra que, para el cuarto trimestre de 2020, se podría esperar una contracción interanual de 28,24 por ciento (11,9 por ciento intertrimestral) y para el cuarto trimestre del 2021, una ralentización interanual en la caída del PIB en un 11,88 por ciento. Es decir, en un -7,3 por ciento intertrimestral.

Gráfico 5

Variación porcentual intertrimestral PIB 2008-2019, proyección 2020-2021



Fuente: elaboración propia según cifras estadísticas del BCV.

A modo de conclusiones

Cada país tendrá que adecuar a su realidad concreta las decisiones que en materia de política económica tengan que tomar sus gobiernos para minimizar la curva de contagios ocasionada por la enfermedad del coronavirus y, a la par, buscar contener el efecto negativo que la misma está ocasionando sobre sus economías; esto sin desmeritar las recomendaciones que en materia de política fiscal y monetaria vienen realizando organismos como la Cepal.

En el caso concreto venezolano, dadas las características estructurales y de profundidad de la crisis económica, la corrida del modelo econométrico utilizado (ARDL) para estimar el comportamiento inercial de la crisis y los efectos que sobre el desempeño económico y en la dimensión fiscal tiene la pandemia, nos demuestra que, durante 2020 y para el presente año, la

economía venezolana continuará su tendencia de caída, profundizada, tal como se puede observar en el cuadro 7, por los efectos que sobre el desempeño económico y fiscal, tiene la pandemia.

Cuadro 7

Escenarios: con pandemia y sin pandemia

Variables dependientes	Escenario sin pandemia		Escenario con pandemia	
	2020	2021	2020	2021
Recaudación tributaria real no petrolera (% tasa de variación interanual)	33,5	7,4	-40,5	-13,1
PIB (% tasa de variación interanual)	-5,3	-2,5	-28,24	-7,3

Fuente: elaboración propia con los datos de la investigación.

Con esto se evidencia el limitado margen fiscal (déficit fiscal con respecto al PIB estimado en un 20,5 por ciento para 2020 y en un 24 por ciento para el presente año) que tiene el Ejecutivo nacional para minimizar el efecto negativo que, adicional a la crisis, está generando la pandemia sobre la economía venezolana.

El modelo expuesto demuestra que, al relacionar los resultados de los escenarios estudiados, con y sin pandemia, con el comportamiento de la estructura fiscal del gobierno central, para cambiar las tendencias negativas que viene presentando la economía venezolana es necesario aplicar un conjunto de políticas integrales que abarquen no solo el ámbito económico, sino también lo institucional, político, social y sanitario; esto es, que vayan mucho más allá de las que se plantean en la estricta dimensión fiscal.

ANEXOS

Anexo 1

Importaciones de bienes FOB (millones de USD)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total General	47.397	51.193	41.611	41.734	52.575	65.951	57.183	47.255	33.308	16.370	12.023	12.782
Consumo Final	16.025	14.495	10.877	9.230	11.764	12.709	10.578	10.039	5.875	2.133	2.944	1.642
Consumo Intermedio	20.085	26.382	21.279	22.459	26.193	35.130	31.442	28.562	20.501	10.918	7.507	9.255
Formación Bruta de Capital Fijo	11.287	10.316	9.455	10.045	14.618	18.112	15.163	8.654	6.932	3.319	1.572	1.885

Fuente: BCV

Anexo 2

Salario mínimo vs costo canasta alimentaria¹⁴ (expresado en bolívares)

Fecha vigencia	Salario mínimo mensual	Costo mensual canasta alimentaria de los trabajadores, CAT
Noviembre 2020	1.200.000	131.723.370,17
Septiembre 2019	150.000	5.959.360,72
Octubre 2018	1.800	44.954,13
Octubre 2017	136.544,18	3.506.005,16

Fuente: Centro de Documentación y Análisis para los Trabajadores, Cenda, Resumen Ejecutivo: octubre 2017, noviembre 2018, noviembre 2019, noviembre 2020.

Anexo 3

Exportaciones e importaciones (millones de USD)

	2016				2017				2018				2019
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I
Exportaciones de bienes f.o.b.	4482	7040	7277	8604	8568	8309	7974	9179	8419	8389	8612	8257	8627
Petroleras	4076	6634	6946	8286	8078	7911	7669	7849	7375	7811	7863	6761	6115
No Petroleras	406	406	331	318	490	398	315	1330	1044	578	749	1496	2512

Fuente: BCV

¹⁴ En agosto 2018, el Ejecutivo nacional, en el marco del «Programa de Recuperación Económica, Crecimiento y Prosperidad», decretó una reforma monetaria donde, entre otras decisiones, eliminó cinco (5) ceros al bolívar.

Anexo 4

Pruebas de los Modelos Econométricos

ITEMS	Test de Durbin - Watson	Test de Breusch - Godfrey	Test de Jarque - Bera Normalidad	Test de Breusch - Pagan
Modelo Recaudación	DW= 2,2187	LM test= 1,0016	JB =0,90143	JB = 10,68
	p= value = 0,9057	p-value = 0,3169	p-value= 0,4254	p-value= 0,4705
Modelo PIB	DW= 2,2421	LM test= 0,90412	JB = 3,6782	JB = 5,1271
	p= value = 0,6112	p-value = 0,3417	p-value= 0,0775	p-value= 0,7439

Fuente: Centro de Documentación y Análisis para los Trabajadores, CENDA, Resumen Ejecutivo: octubre 2017, noviembre 2018, noviembre 2019, noviembre 2020.

Referencias Bibliográficas

Acnur (2019). «Refugiados y migrantes de Venezuela superan los cuatro millones». Naciones Unidas. Agencia para los Refugiados Disponible en: <https://www.acnur.org/noticias/press/2019/6/5cfa5eb64/refugiados-y-migrantes-de-venezuela-superan-los-cuatro-millones-acnur-y.html>. Consultado el 11-11-20.

Álvarez, M., J. Contreras y Santeliz (2015). «Recaudación Fiscal. Estructura productiva, configuración fiscal, equidad y volatilidad». *Revista BCV*, vol. XXX, n° 2. Caracas, Venezuela. Disponible en: http://www.bcv.org.ve/system/files/publicaciones/suplemento_revista_bcv_2015-2.pdf. Consultado el 27-12-20.

BCV (2020). «Información Estadística. Producto interno bruto por clase de actividad económica a precios constantes». Banco Central de Venezuela, Caracas. Disponible en: <http://www.bcv.org.ve/estadisticas/producto-interno-bruto>. Consultado el 25-11-20.

BCV (2020). «Información Estadística. Consumidor». Banco Central de Venezuela, Caracas. Disponible en: <http://www.bcv.org.ve/estadisticas/consumidor><http://www.bcv.org.ve/estadisticas/consumidor>. Consultado el 25-11-20.

BCV (2020). «Información Estadística. Balanza de pagos». Banco Central de Venezuela, Caracas. Disponible en: <http://www.bcv.org.ve/estadisticas/balanza-de-pagos>. Consultado el 25-11-20.

BCV (2018). «Convenio Cambiario n° 1. Nuevo marco cambiario». Banco Central de Venezuela. Disponible en: <http://www.bcv.org.ve/marco/convenio-cambiario-ndeg1-nuevo-marco-cambiario>. Consultado el 25-11-20.

Bravo, J. (2014). «Un modelo de estimación para la serie de recaudación del ISR». *Revista Economía*, n° 387. México. Disponible en: <http://www.economia.unam.mx/assets/pdfs/econinfo/387/03BravoLopez.pdf>. Consultado el 27-11-20.

Cáribas, Alejandro (2011). *¿Minicrisis financiera 2009,2010...? Una aproximación a su origen, desarrollo y consecuencias*. Caracas: Ediciones Paredes II, C.A.

Cenda (2020). «Canasta alimentaria de los trabajadores. Resumen ejecutivo». Diversos meses entre 2017 y 2020. Centro de Documentación y Análisis para los Trabajadores. Disponible en: http://cenda.org.ve/fotos_not/pdf/CENDA.%20RESUMEN%20EJECUTIVO.%20CAT%20NOVIEMBRE%202020WEB%20com.pdf. Consultado el 23-02-21.

Cepal (2020a). «Dimensionar los efectos del covid -19 para pensar en la reactivación». *Informe Especial covid -19*, n°2, 20 de abril de 2020. Comisión Económica para América Latina y el Caribe Santiago. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45445/4/S2000286_es.pdf. Consultado el 06/12/20.

- Cepal** (2020b). «Coyuntura, escenarios y proyecciones hacia 2030 ante la presente crisis de covid -19». *Observatorio covid -19*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe Santiago. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/presentation/files/coyuntura_escenarios_2030_crisis_covid-19_ab.pdf. Consultado el 06-12-20.
- Cepal** (2020c). «Desafío Social en Tiempos de covid-19». *Informe Especial covid-19* n° 3, 12 de mayo. Comisión Económica para América Latina y el Caribe Santiago. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45527-desafio-social-tiempos-covid-19>. Consultado el 20-11-20.
- Cepal** (2019). «Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2019». Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45000/125/S1901097_es.pdf. Consultado el 01-11-20.
- Datosmacro** (2020). «Información Estadística. Representación porcentual del déficit fiscal de Venezuela respecto al PIB del país». Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/deficit/venezuela>. Consultado el 15-10-20.
- Díaz, J.** (2015). «Ana Elisa Osorio: Los programas sociales se han afectado por la falta de dólares: Plataforma para la Auditoría Pública solicitó investigar presunto desfalco en manejo de divisas». *Correo del Orinoco*, 19 de septiembre. Disponible en: <http://www.correodelorinoco.gob.ve/plataforma-para-auditoria-publica-solicito-investigar-presunto-desfalco-manejo-divisas/> Consultado el 27-12-20.
- FMI** (2020). «Informes Perspectivas de la Economía Mundial, octubre 2020». Fondo Monetario Internacional. Disponible en: <https://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2020/09/30/world-economic-outlook-october-2020>. Consultado el 08-12-20.
- Furtado, Celso** (1981). «Notas de la economía venezolana y sus perspectivas actuales». Caracas: Oficina Central de Coordinación y Planificación de la Presidencia de la República, Cordiplan.
- IEA** (2018). *World energy Outlook. Resumen Ejecutivo*. Agencia Internacional de Energía. Disponible en: <https://webstore.iea.org/download/summary/190?filename=spanish-weo-2018-es.pdf>. Consultado el 27-12-20.
- INE** (varios años). Exportaciones e Importaciones. Instituto Nacional de Estadísticas. Disponible en http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=48&Itemid=33#. Consultado el 11-11-20.
- Keynes, J.** (2003). *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero* (4ta edición). Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Lander, Edgardo** (2019). *Crisis civilizatoria. Experiencia de los gobiernos progresistas y debates en la izquierda latinoamericana*. México: Calas, María Sibylla Merian Center.
- Mendoza, C.** (2020). «Pdvsas, Citgo, los velos corporativos y... el otro yo del Dr. Merengue». Disponible en Aporrea: <https://www.aporrea.org/energia/a293051.html>. Consultado el 11-11-20.
- Millán, O. y W. Torrealba** (2017). «Un análisis crítico de la economía venezolana a través de Keynes». Disponible en Aporrea: <https://www.aporrea.org/economia/a251637.html>. Consultado el 11-11-20.
- Millán, E.** (2020). «Catastrófica situación de Petróleos de Venezuela». Disponible en: <https://www.aporrea.org/energia/a294975.html>. Consultado el 20-12-20.

Nuñez, P. Millán, O. y W. Torrealba (10 de octubre 2017). «La deuda venezolana, las sanciones del gobierno de Trump y la salida a la crisis desde una perspectiva revolucionaria». Cadtm. Disponible en: <https://www.cadtm.org/La-Deuda-Venezolana-Las-Sanciones>. Consultado el 20-11-20.

OMS (2021). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (covid-19). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>. Consultado el 04-09-20.

OPEP (2020). «Market Indicators». Organización de Países Exportadores de Petróleo. Disponible en: https://www.opec.org/opec_web/static_files_project/media/downloads/data_graphs/MI082020.pdf. Consultado el 01-11-20.

Palma, P. (2019). Venezuela de la estabilidad a la hiperinflación. Disponible en: <http://www.pedroapalma.com/site/wp-content/uploads/2019/11/Venezuela.-De-la-estabilidad-a-la-hiperinflaci%C3%B3n.pdf>. Consultado el 28-12-20.

Programa Mundial de Alimentos (2020). «Venezuela-Evaluación de seguridad alimentaria: Principales hallazgos. Datos recolectados de julio a septiembre de 2019». Disponible en: <https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/wfp-venezuela-evaluaci-n-de-seguridad-alimentaria-principales>. Consultado el 18-11-20.

Reinhart, Carmen y Miguel Savastano (2003). «Realidad de las hiperinflaciones modernas». *Finanzas y Desarrollo, Revista Trimestral del FMI*, vol. 40, n° 2, pp. 20. Disponible en: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2003/06/pdf/reinhart.pdf>. Consultado el 20-11-20.

República Bolivariana de Venezuela (2018). Decreto n° 3.548 del 20 de agosto de 2018. «En el marco del estado de excepción y de emergencia económica, mediante el cual se decreta la nueva reexpresión de la unidad monetaria y su vigencia». 26 de julio de 2018. Gaceta Oficial 41.446. Disponible en: http://www.bcv.org.ve/gaceta-oficial-ndeg-41446?_ga=2.77539093.1264163151.1532520645-1188584214.1528726067. Consultado el 27-12-20.

República Bolivariana de Venezuela (2018). «Decreto Constituyente Derogatorio del Régimen Cambiario y sus Ilícitos». 02 de agosto de 2018. Gaceta Oficial 41.452. Disponible en: <http://www.bcv.org.ve/marco/decreto-constituyente-derogatorio-del-regimen-cambiario-y-sus-ilicitos>. Consultado el 27-12-20.

República Bolivariana de Venezuela (2018). «Decreto Constituyente mediante el cual se reforma la Ley que establece el Impuesto al valor Agregado». 21 de agosto de 2018. Gaceta Oficial 6.396. Disponible en: http://www.cpzulia.org/ARCHIVOS/Gaceta_Oficial_21_08_18_num_6396.pdf. Consultado 27-12-20.

República Bolivariana de Venezuela (2018). Resolución n° VSE-001-2018 de la Vicepresidencia Sectorial de Economía. 21 de agosto de 2018. Gaceta Oficial 6.397. Disponible en: <http://www.minci.gob.ve/wp-content/uploads/2018/08/Gaceta-Oficial-Extraordinaria-6.397-.pdf>. Consultado 27-12-20.

Seniat (2019). «Información estadística de la recaudación tributaria no petrolera». Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria. Disponible en: http://declaraciones.seniat.gob.ve/portal/page/portal/MANEJADOR_CONTENTIDO_SENIAT/05MENU_HORIZONTAL/5.4ESTADISTICAS/5.4ESTADISTICAS_01.xls. Consultado en 14 de diciembre 2018.

Telesur (2018). «Presidente Maduro anuncia 9 líneas para recuperación económica de Venezuela». Disponible en: <https://www.telesurtv.net/news/nicolas-maduro-lineas-plan-recuperacion-economica-venezuela-20180822-0045.html>. Consultado el 25-11-20.

Transparencia Venezuela (2017). «Empresas propiedad del Estado en Venezuela. Un modelo de control de Estado». Disponible en: <https://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2017/09/Empresas-propiedad-del-Edo.-2017-TV-sin-linea-de-corte.pdf>. Consultado el 20-11-20.

Wallerstein, I. (2005). *Análisis de sistemas-mundo, una introducción*. España: Siglo XXI.

La salud mental en Venezuela a un año del inicio de la pandemia*

Yorelis J. Acosta**

pp. 103-133

Resumen

El objetivo del trabajo es estudiar la dimensión psicosocial de la salud mental en Venezuela por efecto de la pandemia por covid-19. Se analizaron fuentes documentales y se identificaron las áreas de preocupación y grupos de afectados. Asimismo, se llevó una actividad de campo, entrevistas a expertos y revisión de información de la actividad clínica con pacientes que han superado el covid 19; todo esto, en un contexto nacional de crisis humanitaria compleja, recesión económica e hiperinflación. Como hallazgos importantes se identificaron afectaciones en la población a nivel psicológico-emocional: miedos irracionales, ansiedad, inestabilidad en el estado de ánimo; cognitivos: vulnerabilidad, sensación de pérdida de control, pensamientos recurrentes negativos; conductuales: incremento de rituales de protección, alteraciones del sueño, abuso de sustancias y problemas de convivencia, entre otros. Finalmente, se resalta el cuidado de la salud mental como eje de atención prioritario en la pandemia.

Palabras clave

Pandemia / Covid-19 / Salud mental / Análisis psicosocial / Grupos afectados / Crisis humanitaria

Abstract

This study aims to analyze the psychosocial dimension of mental health in Venezuela under the effects of the Covid-19 pandemic. Through documentary sources, areas of concern by those afflicted were identified; likewise, fieldwork interviews with experts were carried out, as well as the revision of clinical activity with patients who have overcome Covid-19; sources were lifted within the more general context of the current Venezuelan complex humanitarian crisis, prolonged economic recession, and hyperinflation. The most salient findings were the identification of conditions both within the population at large and those affected by the virus: Psycho-emotionally: irrational fears, anxiety, mood swings; Cognitively: vulnerability, feeling of loss of control, negative recurring thoughts; Behaviorally: increased protection rituals, sleep disturbances, substance abuse and coexistence problems, among others. Furthermore, the care of mental health is highlighted as a potential priority focus in the context of the pandemic.

Key words

Pandemic / Covid-19 / Mental health / Psychosocial analysis / Affected groups / Humanitarian crisis

* Nombre del proyecto que dio origen al artículo: «Clima social y emocional de Venezuela. Repercusiones psicosociales».

** Psicóloga clínica. Especialista en Intervención Psicosocial, Magister Scientiarum en Psicología Social y Candidata a Doctora en Ciencias Políticas en la Universidad Central de Venezuela (UCV). Investigadora y Jefa del Área Sociopolítica del Centro de Estudios del Desarrollo, Cendes, UCV.

Correo-e: yorelisaco@gmail.com

Introducción

El covid 19 no es la primera pandemia del siglo XXI. En este siglo hemos registrado la propagación de varios virus que afectaron la salud mundial: el SARS o Síndrome de Respiración Aguda, entre 2002 y 2003 que acabó con la vida de cerca 800 personas en Asia; la gripe A-H1N1 con un saldo negativo de 18.000 vidas en 2009; el brote de Ébola en África y las afecciones transmitidas por mosquitos como el dengue, el zika y el chikunguña en América Latina. Pero ninguno con la alarma mundial que ha generado el covid-19 y las medidas de higiene y aislamiento obligatorio para evitar o limitar su propagación.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta en el primer cuatriemstre de este año, 157.289.118 casos confirmados por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, incluidos los 3,7 millones de personas fallecidas. El país más afectado en términos absolutos es Estados Unidos con más de 32,6 millones de contagios y sobre 581.000 fallecidos; le sigue la India con 22,2 millones de contagios y más de 242.000 muertos y Brasil superando los 15,1 millones de infectados y 420.000 decesos. En Venezuela se reportan 205.181 casos positivos y 2.263 fallecidos, según la plataforma patria.org desde el inicio de la pandemia.

En marzo 2020 se anunció en el país la reducción de la circulación; limitada a actividades de primera necesidad o desplazamiento a lugares de trabajo prioritario (salud, banca, alimentación, medicamentos) y limitación del transporte. Asimismo, cierre total por unas semanas de locales de actividades culturales, deportes y comercio en general. Se sugirió el trabajo a distancia y suspensión total de actividades educativas presenciales, entre otras. Estas medidas se han mantenido con algunas variantes hasta la actualidad.

Toda pandemia supone afectación de la salud y causa gran cantidad de enfermos y muertes, y llevan implícitas otras dimensiones que se deben considerar para una mejor respuesta a la emergencia sanitaria generada. La dimensión económica ha sido la más atendida por especialistas nacionales e internacionales y nos compete analizar la dimensión psicosocial, dejada de lado o desatendida simplemente, incluso en aspectos que vinculan estas dos dimensiones, porque inevitablemente el aumento del desempleo, la inseguridad económica y la pobreza impactarán la salud mental. Este artículo busca describir los efectos psicosociales, específicamente en la salud mental identificados en la población venezolana durante la cuarentena por la pandemia covid-19.

Siendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) una voz autorizada sobre la salud mental, que ha hecho seguimiento a las alteraciones presentes durante la pandemia, ha dado recomendaciones constantes sobre cómo cuidarse a través de su página web y ha generado documentos que fueron todos revisados para este trabajo, tomaremos varios de sus conceptos y datos para resaltar la importancia e incidencia del tema.

Se asume la definición de la OMS sobre salud como: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 2018).

En relación con la salud mental, se considera «un estado de bienestar en el que la persona identifica sus capacidades y puede hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad». En este sentido positivo, la salud mental es «el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad» (OMS, 2018).

El concepto hace referencia a bienestar subjetivo, competencias, reconocimiento de habilidades para realizarse intelectual y emocionalmente. Pero si este concepto resultara lejano o complejo para resaltar su importancia e incidencia, la salud mental además de referirse al bienestar emocional, psicológico y social, se refiere también a sentirnos bien y lo contrario, es decir, la pérdida de salud mental lo vamos a sentir como intranquilidad, exacerbación de las preocupaciones, agotamiento físico y mental, y la aparición de estados emocionales de agobio, estrés, ansiedad, depresión y otras alteraciones que pueden limitar el desempeño cotidiano en la vida social, laboral y las relaciones familiares. En resumen, la salud mental afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida y esta forma puede ser determinante cuando sufrimos cambios, crisis y dificultades.

La mayoría de las afectaciones psicológicas conllevan una activación fisiológica intensa y desagradable (taquicardia, falta de aire, dolor de cabeza, dolor abdominal, escalofríos, entre otros) que solemos asociar a la salud física; también pueden estar acompañados de síntomas psicológicos (inquietud, agobio, sensación de perder el control, de estar en peligro, entre muchos más) y ambos en su conjunto conforman síndromes o alteraciones psicológicas, pero nos cuesta identificarlos. Tal vez por esta razón tampoco lo asumimos cuando debemos acudir al especialista de psicología o psiquiatría.

Por otra parte, debemos señalar que el malestar o sufrimiento psicológico crónico resquebraja la salud física y el dolor emocional activa las mismas áreas

cerebrales que involucran dolor físico. Por eso, los trastornos de salud mental aumentan el riesgo de otras enfermedades y contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales. Por ejemplo, la depresión tiene comorbilidad con hipertensión, diabetes, cáncer, apoplejía, entre otros, generando esto la necesidad de medicamentos de alto costo para los pacientes que, en el caso de sociedades como la venezolana, implica un costo económico y sufrimiento psicológico para su búsqueda y obtención. De igual forma, esto impacta en la necesidad de aumentar la inversión del Estado en atención y medicamentos para estas enfermedades que terminan convirtiéndose en crónicas.

Este trabajo es un estudio cualitativo, que tiene por objetivo analizar la dimensión psicosocial de la salud mental en Venezuela durante la cuarentena prolongada por efecto de la pandemia. Se parte de las siguientes premisas: a) Las catástrofes, pandemias o emergencias sanitarias, tienen un impacto en la salud mental; b) los contextos no son comparables, sino por el contrario referenciales; c) el impacto es diferencial en contextos y grupos vulnerables; y d) es necesario estudiar el contexto venezolano y determinar la afectación psicosocial, si la hubiere.

La estructura del presente trabajo comienza por resaltar la importancia de la salud mental en un contexto internacional y nacional, presenta las definiciones de salud y salud mental, expone los antecedentes teóricos, describe la afectación psicosocial en la población general y en grupos vulnerables, en los niveles individual y colectivo en Venezuela, abriendo una sección inédita sobre la psicología de las personas que han sufrido covid-19; para finalizar con un apartado con las notas de cierre.

Posición onto-epistemológica desde la Psicología Social

Teóricamente, este artículo es un acercamiento desde la Psicología Social, que propone el análisis psicosocial como una forma de entender las respuestas y los comportamientos de las personas en un contexto político, económico, religioso y social determinado, y que sigue la tradición de no estar amarrado a un método determinado, sino el de construir cursos de acción que permitan dar respuesta al problema. En ese sentido, Maritza Montero lo plantea así: «El carácter *contextualizado*, que se expresa en la adaptación del método, de las técnicas y de los procedimientos al contexto específico, cultural y comunal en el cual se trabaja» (Montero, 2002: 39).

Siendo el actual un momento inédito de una emergencia sanitaria que ameritó una cuarentena prolongada, se hace necesario revisar las fuentes

teóricas disponibles, pero a la vez sugerir adaptaciones de estas y proponer nuevos acercamientos para recopilar la información que sea posible asir y conceptualizar al respecto.

El abordaje psicosocial tiene dos componentes lingüísticos que denotan los aspectos claves en la comprensión del proceso a considerar. Por un lado, el prefijo *psico* se refiere al aspecto subjetivo de la persona, y por otro la palabra *social* que hace referencia a esa persona dentro de un mundo con el cual se relaciona y que le da sentido de pertenencia e identidad. En tal sentido y desde lo psicosocial, partimos de la línea de investigación, iniciada en el año 2015, sobre el clima social y emocional de Venezuela. Varios trabajos realizados desde el año 2016 (Acosta, 2016, 2018) reportan un predominio de emociones negativas que afectan la salud mental y el bienestar.

Así mismo, nos apoyamos en la literatura clásica sobre trauma psicosocial de Martín-Baró (1990) y trabajos más recientes sobre catástrofes y comportamientos colectivos que pueden ofrecer un marco comprensivo para los efectos sociales de la pandemia (Páez *et al.*, 2001, 2011). Más recientemente, Moya y Willis (2020), acompañados por Páez y otros colegas presentaron en España la primera publicación que atendía los aspectos psicosociales del covid-19, a la que luego le siguió un libro coordinado por Molina en Colombia (2020) con trabajos en distintas áreas que relacionan covid-19 y afectación psicosocial; así como otros estudios en Perú por Marquina y Jaramillo (2020) y en Argentina Kessler *et al.* (2020).

En Venezuela se hace necesario profundizar en la investigación de este tema; por tanto, el presente trabajo pretende contribuir al estudio de la salud mental en tiempo de pandemia. Para ello se revisaron artículos periodísticos, de opinión de expertos, estudios académicos de los años 2020-2021, se sistematizó información proveniente de sesiones terapéuticas en la atención clínica a 8 pacientes que ya habían superado esta dolencia. De igual forma, fueron útiles los testimonios de sus familiares a través de la técnica de la entrevista. Todas estas fuentes sirvieron para recopilar información valiosa e inédita sobre preocupaciones, síntomas, cuadros emocionales, trastornos psicológicos que conforman la afectación psicosocial por covid-19 en personas de la capital del país; por ende, no se pretende generalizar estos resultados, aunque existen similitudes con hallazgos de estos estudios.

Finalmente, no describiremos la situación de crisis humanitaria compleja que atraviesa el país porque hay trabajos de varias disciplinas que así lo han hecho, pero se debe señalar que ese es el marco contextual en el cual llega

la pandemia, sumando los efectos psicosociales a los ya existentes por la aguda crisis de los últimos años, según lo indica Vera y Zambrano (2021), y Acosta (2018), en un país donde la economía se está dolarizando, además cuenta con 7 años de Producto Interno Bruto (PIB) negativo y 3 años de hiperinflación.

Importancia en el mundo de la salud mental en época de pandemia

Cuando nos referimos a salud mental en términos científicos aparecen datos referidos a trastornos mentales y de conducta. Según la OMS, cerca de 450 millones personas están afectadas por algún tipo de trastorno psicológico y cerca de un millón se suicida al año. Los trastornos más frecuentes son los del estado de ánimo (donde se encuentra la depresión, trastorno bipolar y las autolesiones), de personalidad, de la alimentación, de atención e hiperactividad, fobias y trastorno de ansiedad y de pánico.

Los trastornos mentales constituyen una carga para las familias, pero también para los países. Por ejemplo, la depresión en México cuesta aproximadamente 14 billones de dólares por año debido al ausentismo y las horas perdidas dentro del trabajo. Otros datos aportados por el Wellness Council México muestran que un trabajador falta a sus labores hasta 25 días al año cuando sufre depresión, 20 días cuando enfrenta ataques de pánico, 14 días si padece de estrés post traumático, 20 días si pasa por un periodo de ansiedad y produce pérdidas de productividad por un costo de 16.000 millones de pesos al año (Hernández, 2021). Y estos son datos tomados antes de la pandemia.

Con relación a la carga en familia, todavía es un problema oculto, estigmatizado y por tanto difícil de cuantificar. Lo que si se calcula es que una de cada cuatro familias tiene un miembro afectado por algún trastorno y otro de los miembros de la familia es generalmente el cuidador (OMS, 2004), terminando afectado también en esos procesos de cuidado, porque vivir y cuidar a una persona con depresión, con alzhéimer o ansiedad puede resultar muy difícil.

Por otra parte, los efectos psicológicos de la pandemia han sido tan amplios e intensos que algunos gobiernos han considerado esta dimensión por las alteraciones observadas en la población. El gobierno británico resalta como el pionero en tomar medidas en la atención de la salud mental en el mundo; por un lado, porque ya contaban con una sólida infraestructura de

investigación y experiencia; y, por el otro, por el apoyo económico ofrecido para ayudar a países del Caribe en su lucha contra el coronavirus (OMS, 2020). En la región de las Américas, Chile tomó la delantera al lanzar oficialmente en junio de 2020 un programa para fortalecer en los sectores públicos y privados, tratamientos de salud mental en familias y trabajadores, donde conecta redes de profesionales y universidades (<https://www.psiconecta.org/>).

En relación a los Derechos Humanos y la salud mental, la OMS informa que: menos de la mitad de los 139 países miembros que han creado planes y políticas de salud mental los han ajustado a las convenciones de derechos humanos existentes; que en más de ochenta países no existe (o no funciona) una autoridad dedicada o un cuerpo independiente para evaluar el cumplimiento de la legislación en materia de salud mental con los derechos humanos internacionales; que el 70 por ciento de los países que reportan recursos (humanos o financieros) para la salud mental son de ingresos altos contra un 21 por ciento de los países de ingreso bajo.

En cuanto a niveles de gastos públicos, casi todos los países, sean de ingresos altos, medios o bajos, destinan muy poco a la atención preventiva y comunitaria de la salud mental; se enfocan en los hospitales psiquiátricos, siendo este solo un aspecto de la atención y abordaje.

La mediana del gasto en los servicios de salud mental está a nivel mundial en 2,8 por ciento del gasto total destinado a la salud. Los países de ingresos bajos gastan alrededor de 0,5 por ciento de su presupuesto de salud en los servicios de salud mental y los países de ingresos altos, el 5,1 por ciento. En la Región de las Américas, el gasto oscila entre el 0,2 por ciento en Bolivia y el 8,6 por ciento reportado en Suriname. Estos datos han sido publicados por la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS, 2020).

Con relación a la pandemia, un informe de la OMS publicado en octubre de 2020 así como reportes de investigaciones de España y Canadá señalan que la crisis generada por el covid-19 ha perturbado o paralizado los servicios de salud mental críticos en el 93 por ciento de los países del mundo y solo el 17 por ciento dijo tener fondos adicionales para cubrir estas actividades. Al respecto Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, señala «la emergencia sanitaria aumentó la necesidad de estos servicios» tras confirmarlo a través de una encuesta realizada en 130 naciones en octubre 2020 (OMS, 2020).

La respuesta venezolana a la salud mental

Venezuela se encuentra en una profunda crisis que, según destacados investigadores venezolanos como Marino Alvarado –médico, profesor titular de la Universidad Simón Bolívar– y Marianela Herrera –médico e investigadora del Cendes–, merecemos desde 2018 la etiqueta de padecer una crisis humanitaria, catástrofe, desastre o más recientemente, emergencia compleja.

Las emergencias complejas son situaciones agudas que afectan a grandes poblaciones civiles y pueden combinar guerra o conflictos civiles, la disminución de los alimentos y el desplazamiento de la población, que incide de manera importante en la mortalidad; también se registran severas violaciones de los Derechos humanos, incremento de los diferentes eventos de salud, aumento de la violencia, todo lo cual puede conllevar el colapso de los gobiernos (Toole, 2000).

Los efectos sociales y especialmente en salud más actuales en la población los encontramos en los resultados de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (Encovi) 2019-2020, realizada por investigadores de 3 universidades nacionales: Universidad Central de Venezuela, Universidad Simón Bolívar y Universidad Católica Andrés Bello (UCAB, UCV y USB, 2020). El estudio explora las siguientes dimensiones: características de los hogares, pobreza, programas sociales, seguridad personal, alimentación y nutrición, educación, trabajo, seguridad social, salud, emigración internacional, vivienda y servicios

Esta dimensión de la salud, también la describe Provea, en su informe 2016 elaborado en alianza con Codevida (Coaliciones de Organizaciones por el Derecho a la Salud y la vida), otras organizaciones y 600 personas afectadas sobre la situación del derecho a la salud, el agotamiento de medicinas e insumos, precariedad de los servicios de salud que exigen a las autoridades nacionales respuesta y garantía de su derecho a la vida (Provea, 2016). El informe revela que los servicios de atención sanitaria habían disminuido su calidad a niveles extremos que indicaban un retroceso del derecho a la vida; los centros de salud se encontraban en condiciones graves de precariedad, con reportes de 70 por ciento de escasez en insumos básicos y médico-quirúrgicos; 80 por ciento de desabastecimiento en medicinas; 50 por ciento de disminución de personal médico; 60 por ciento de paralización de equipos de diagnóstico y tratamiento; y fallas constantes de energía eléctrica y agua (Provea, 2016: 4).

En relación con la salud mental, la información es de difícil acceso; por ende, en el año 2009, Provea también declaraba que había obstáculos en el

acceso a información pública en asuntos relacionados con la salud y que se les había negado por segunda vez información por parte de la Dirección de Salud Mental (Provea, 2009).

La Federación de Psicólogos de Venezuela (FSV), desde el año 2017, ha presentado cuatro pronunciamientos sobre la salud mental de los venezolanos, exhortando al gobierno nacional a prestar atención a quienes se han visto afectados por la agudización de la crisis y por los constantes hechos de violencia social y política, por considerar tal afectación un problema de salud pública.

Los datos más recientes sobre este asunto los encontramos en el informe sobre el Sistema de Salud Mental en la República Bolivariana de Venezuela realizado en conjunto por la OMS, OPS y MPPS, el cual data del año 2013. Este nos informa que: el gasto en salud mental es solo el 5 por ciento del presupuesto nacional en salud; la atención es curativa, centrada en los hospitales psiquiátricos; los trastornos mentales, como los problemas de salud mental de interés clínico, están cubiertos en el sistema de seguridad social; los médicos del sistema se encuentran plenamente capacitados y se actualizan en atención en salud mental y esta es objeto de campañas de educación y promoción (OMS-IESM, 2013).

Existen muchos vacíos en la información sobre esta materia y sus indicadores, así como cifras sobre su atención y consumo de medicamentos, por ejemplo, datos necesarios para recrear el contexto de crisis humanitaria compleja. Sin embargo, la información aportada por Provea (de fecha 2016) ya nos señalaba el deterioro de los servicios de salud, para dar respuesta a la afectación psicológica que aparece en la pandemia.

La respuesta del sistema de salud pública a la pandemia, la presentan Suárez, Matheus, Pérez y otros profesionales (2020), pertenecientes al colectivo «Psicólogos por el socialismo», en una excelente caracterización del sistema de salud, de la epidemia en el país y de la respuesta aportada desde este colectivo en la dimensión psicológica. Señalan que en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPP Salud) existen 300 instituciones públicas o dependientes de fondos públicos que prestan servicios de salud, además de diversas fundaciones públicas y más de 3.000 instituciones de salud privadas, tanto para la atención primaria como para la hospitalización y atención de IV nivel. En relación con la respuesta de apoyo psicológico ante la pandemia, informan que acompañaron campañas comunicacionales públicas, a través

de radio, TV y videos en redes sociales, artículos para prensa y para su blog y micros-audios de orientación en diferentes áreas, más el desarrollo del Programa de Adaptación Proactiva.

Buscando otras políticas locales sobre atención en salud mental, solo la Alcaldía de Sucre en el estado Miranda ha anunciado atención psicológica a través de una línea telefónica; sin embargo, no fue posible verificar la información.

Además, sabemos que los servicios de salud públicos de psicología y psiquiatría han disminuido su capacidad de atención o han suspendido la atención como son los casos del servicio del Hospital Universitario de la UCV, del Hospital Militar, del Psiquiátrico Jesús Mata de Gregorio, en los Chorros, y del Centro de Salud Mental del Este, en El Peñón, todos en Caracas. En consecuencia, el servicio del Hospital Vargas de Caracas está colapsado, prácticamente el único que está activo a la fecha. A eso también se suma la crisis hospitalaria y el bajo salario de los profesionales que han abandonado o renunciado a sus cargos. En el interior del país la situación es aún más precaria.

Los pocos datos recientes sobre salud mental que existen en el país, los ha suministrado la asociación Psicólogos Sin Frontera (PSF) a través de su presidenta Ramírez (2020). En declaraciones dadas al portal NIUS a finales del año 2020, señaló que en el año 2019 atendieron cerca de 900 personas, mientras que entre marzo y septiembre 2020 atendieron a más de 3.000 personas y dieron más de 5.500 citas. De las personas atendidas en pandemia, el 70 por ciento eran mujeres entre 19 y 60 años, y los cuadros más frecuentes son trastornos ansiosos y de pánico, depresivo, ideación suicida, problemas entre parejas y duelos.

Otra dimensión que muestra parte de la afectación en la salud mental la ofrece el Observatorio Venezolano de Violencia (OVV, 2020) al señalar los casos de autolesiones en su Informe Anual de Violencia 2020. Ya en el informe 2019 alertaban sobre el aumento de casos. Estimaron 1.150 casos de suicidios en el año 2020, de los cuales 271 los estudiaron en profundidad. Sin embargo, el investigador Páez (2021), coordinador del Observatorio Mérida, opina que esta cifra puede ser mayor debido a que algunos casos no se reportan, los datos están mal clasificados y pueden quedar ocultos dentro de otras categorías de muertes de intención no determinada en los anuarios de mortalidad.

El informe 2020 también da cuenta del aumento de la violencia intrafamiliar durante este periodo, lo que ha provocado muertes de niños, niñas y adolescentes:

Durante los distintos meses del año, pero en especial, durante el período de confinamiento por covid-19, se acentuó el trato cruel y el maltrato en las familias. Una mujer, en un ataque de ira golpeó a su hijo de 7 años, lo estranguló y luego pretendió simular un suicidio; una niña fue lanzada por su padre por la ventana de su vivienda y otras niñas y niños de pocos años de edad han fallecido luego de ser brutalmente golpeados por sus padres. Otros han logrado sobrevivir a los tratos crueles, como la niña de tres años a quien su padrastro golpeó hasta desfigurarle el rostro; o aquellos niños fustigados por su madre con un cable por pedirle comida; o la pequeña de 4 años que era desnudada y golpeada por su padre cuando lloraba por tener hambre. ¿Cuántas más pérdidas y sufrimiento hacen falta para que se entienda la urgencia y prioridad de contar con programas y servicios de protección a la niñez y a las familias?

Todos somos vulnerables. La cuarentena prolongada y sus efectos

Los estudios sobre pandemias anteriores al covid-19, que consideraban sus aspectos psicológicos, ya alertaban sobre afectaciones en tres grupos poblacionales: población general, grupos vulnerables e infectados; a estos le agregamos a sus mismas familias, porque tener un contagiado en el hogar requiere organización, cuidados, medicamentos y la aparición de miedos que deben ser atendidos. Un estudio más reciente (Marquina *et al.*, 2020) propone como grupos vulnerables, en primer lugar, a los trabajadores de la salud, por ser los más expuestos al contagio; en el segundo lugar a personas con psicopatologías previas, y un tercer grupo de las personas que a raíz de la crisis se han visto expuestos a sucesos potencialmente traumáticos.

Por su parte, Balluerka *et al.* (2020) señalan que los grupos más vulnerables y donde los efectos de salud mental van a ser más marcados son: los que tienen mayores dificultades económicas, limitado acceso a servicios públicos, carecen de apoyo social y aquellos que por sus características presentan una desventaja por edad, sexo, estructura familiar, nivel educativo, origen étnico, situación o condición física o mental, lo que requiere de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia.

En consecuencia, tenemos varios grupos vulnerables con psicologías diferentes que ameritan atención e indicaciones particulares.

Hay acuerdo entre investigadores y psicólogos, entre ellos Moya y Willis (2020), Molina (2020), Balluerka y Gómez (2020), en afirmar que la pandemia ha erosionado la salud mental de millones de personas en el mundo y ha implicado una perturbación emocional que excedió nuestra capacidad de afrontamiento ante la emergencia sanitaria y las medidas tomadas para su control, no solo en la población de mayor edad. Los investigadores Goldberg, Ramírez, Van den Bosch, Liutsko, Briones (2021) aseveran que la pandemia afectó la salud mental de las personas, sus objetivos personales, la dinámica familiar y la estabilidad laboral y económica, convirtiéndose en una crisis global sin precedentes.

Algunos indicadores de esta perturbación son el aumento de solicitudes de ayuda psicológica y expresiones en redes sociales como Twitter, Facebook e Instagram por cuadros depresivos, ansiosos, trastornos de estrés postraumático, dificultades para conciliar el sueño, aumento de miedo y temores, entre otros; lo que se corresponde también con la información suministrada por PSF en el país y por varios colegas consultados sobre su práctica clínica; con los datos presentados por el OVV respecto al aumento de la violencia intrafamiliar y autolesiones, así como los estudios recientes de la Universidad de Harvard (Nadal, 2021).

Ahora bien, después de meses de confinamiento y cambios en los esquemas de trabajo, de estudio y de vida, que hicieron tambalear el equilibrio emocional de muchos, hoy los grupos vulnerables somos prácticamente todos y no solamente los adultos mayores como se pensó al principio de la pandemia.

Tan solo para ilustrarlo, madres llevando varios roles simultáneos en el hogar (trabajadoras, madres que apoyan a sus hijos en sus estudios y dirigen el hogar), niños, adolescentes, padres al borde del colapso por el encierro y dificultades económicas y sin duda los adultos mayores. También debemos pensar en el personal sanitario trabajando en condiciones de precariedad absoluta, las personas en las zonas rurales del país, los privados de libertad, los migrantes venezolanos en otras latitudes o parados en las fronteras (cerradas por la pandemia) queriendo salir o regresar, y otros grupos que ya protestaban por su derecho a la vida y a la salud, como maestros y profesores de todos los niveles, enfermos en hospitales y funcionarios públicos. Consideremos a todos los que han mantenido su trabajo y deben seguir saliendo a tomar el transporte público con o sin medidas de bioseguridad (personal sanitario, bancario, de empresas de alimentos y laboratorios farmacéuticos en todos

los niveles de esas organizaciones) o los que han perdido su trabajo o tenían algún familiar con antecedentes de algún trastorno psicológico o niños con condiciones especiales de estudio. Sin duda, estos grupos han visto afectada su tranquilidad y su salud mental.

La siguiente tabla no pretende ser una generalización, pero si un esquema general que resume los grupos poblacionales, las condiciones que influyen en su vulnerabilidad y los principales síntomas observados en Venezuela.

Tabla 1

Vulnerabilidad y síntomas psicológicos identificados en grupos poblacionales

Condiciones que influyen en la vulnerabilidad	Grupos poblacionales	Síntomas psicológicos observados
Edad y sexo	Niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores	Inestabilidad emocional, tristeza, depresión, violencia, ansiedad, problemas de sueño, problemas de adaptabilidad a la nueva realidad
Etnia	Poblaciones indígenas	Resistencia a asumir las normas: uso del tapabocas, por ejemplo. Falta explorar
Antecedentes de problemas de salud física o intelectual	Personas discapacitadas, enfermos psiquiátricos, enfermedades crónicas	Falta explorar
Condiciones económicas y sociales	Grupos pobres en zonas con servicios públicos deficientes como el agua, migrantes, privados de libertad, cuidadores de familiares enfermos	Falta explorar
Condiciones de trabajo precarias o expuestos a violencia	Personal sanitario, personal de educación de instituciones públicas, periodistas	Insomnio, ansiedad y síntomas de depresión, así como problemas de somatización
Infectados por Covid-19	Adultos y adultos mayores	Miedos, preocupación excesiva, ansiedad con síntomas intensos después de superada la enfermedad, trastornos del sueño

Fuente: elaboración propia.

Mención especial merece el personal sanitario en Venezuela, trabajando en condiciones de extremas limitaciones que han ocasionado hasta la fecha de esta escritura (febrero 2021) 326 muertes, según datos de la ONG Médicos

Unidos de Venezuela, en su cuenta Twitter @MedicosUnidosVe, mientras que las cifras oficiales reportan 1.106 fallecidos en todo el país.

La extrema vulnerabilidad del personal sanitario

Los estudios que comparan población sanitaria y general presentan que la población sanitaria tiene mayores problemas de insomnio, ansiedad y síntomas de depresión, así como problemas de somatización (dolores de cabeza, problemas gastrointestinales), obsesiones y compulsiones, y mayor nivel de estrés (López, 2020).

Santamaría *et al.* (2020) han reportado en este personal el aumento de síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio, con mayores niveles entre las mujeres y profesionales de más edad, por la carga laboral que significa atender a pacientes con covid-19 y la posibilidad de contagiarse, falta de descanso, nuevos roles, presión psicológica, desprotección y pagos retrasados.

Por otra parte, si bien este personal está entrenado para trabajar en situaciones de alto riesgo, no recibe estrategias de entrenamiento en salud mental en los hospitales, así como tampoco para su propio cuidado.

Los profesionales hospitalarios venezolanos también están sometidos a presiones adicionales, como lo denota los artículos publicados en diferentes portales web venezolanos de corte investigativo. Los profesionales de la salud estuvieron bajo amenaza y «se reportaron cuatro detenciones arbitrarias por denunciar, en medios de comunicación o en redes sociales, carencias de insumos para atender los casos de covid-19 en centros de salud pública». Los afectados, entre marzo y abril, fueron dos médicos, un enfermero y un bioanalista, quienes trabajaban en instituciones sanitarias de los estados Táchira, Trujillo, Monagas y Lara (Chirinos, 2021). Asimismo, el psiquiatra Carlos Tineo miembro de la Organización Médicos Unidos por Venezuela, indicó que el nivel de ansiedad y depresión es generalizado en los trabajadores de la salud venezolanos (Meza, 2021).

La infancia en pandemia

Cada grupo merecería atención especial y puede ser objeto de múltiples páginas de análisis. Sin embargo, enfoquémonos en los niños. Los que nacieron en pandemia (tomemos todo el 2020), han disminuido su contacto con el mundo exterior y en consecuencia el proceso de sociabilidad se verá afectado. Sus padres los sacarán lo estrictamente necesario e inclusive la

interacción con otros adultos o pares será bastante reducida o nula. Los niños entre 2 y 5 años que asistían al preescolar abruptamente suspendieron su rutina de colegio y contacto social, tal vez difícil de comprender en primer momento, así como cambiar la educación presencial por educación a distancia sin preparación previa y en muchos casos sin las conductas prerrequisitos para el estudio virtual, en condiciones precarias de servicios como electricidad, internet y estructuras físicas (no tener computadoras, teléfonos, sillas, mesas de trabajo). Estas condiciones generaron alteraciones psicológicas que se mantienen hasta la actualidad, mutando en sintomatología o aumentando las ya existentes por la prolongación de la cuarentena. En la consulta clínica fue habitual reportes de niños más sensibles de lo acostumbrado, llanto frecuente, alteraciones del sueño, pesadillas, rabietas más a menudo, así como peleas entre hermanos y cambios en el estado de ánimo. Al igual que los adultos, los niños llegaron a manifestar dolores abdominales, de cabeza y desmotivación para realizar sus actividades diarias.

Deferencias especiales requieren todos los niños y niñas del interior, de zonas pobres o que tienen alguna discapacidad y necesitan atención y educación especial, pero esas disertaciones escapan a los modestos objetivos de este trabajo. Algunos señalamientos han sido enumerados por psicólogos como Gonzalo (2021), quien explica cómo afecta esta situación de pandemia a los más pequeños y qué pueden hacer los padres o cuidadores.

De acuerdo con la organización de sociedad civil Cecodap (2020) dedicada en atender a los niños y adolescentes, afirma que la cuarentena ha producido impacto en su salud mental. Lo sustentan por el trabajo de atención durante los primeros 6 meses del 2020, los cuales superaron su límite anual de consultas psicológicas. También destacan que el 52 por ciento fueron niños, niñas y adolescentes de 2 a 12 años, el 31 por ciento de dichas consultas se deben a la atención por las alteraciones del estado de ánimo y depresión, y alertan que, de ese porcentaje, el 20 por ciento presenta ideación suicida.

Las poblaciones indígenas y la pandemia

Otra realidad se palpa en la población indígena. Personal de salud y periodistas de la ciudad oriental de Tucupita reportaron que, al principio de la pandemia, los indígenas se resistieron a las medidas de confinamiento y al uso del tapaboca, pero que luego se fueron adaptando progresivamente, incluso mejor que los no indígenas. Sin embargo, por sus condiciones de vida (vivir

en casas de zinc o en espacios públicos) no tienen las facilidades mínimas de higiene para prevenir el coronavirus. Es importante resaltar que no se cuentan con cifras sobre infectados entre la población indígena nacional.

¿Qué nos pasó?

Al menos dos reacciones se pueden dar durante el periodo en que las personas se encuentran en cuarentena en su hogar. Por un lado, unas pueden adaptarse a esta nueva situación y otros, pueden presentar estrés, ansiedad, agobio y otros desordenes psicológicos. Pero no fue solo el encierro y el cambio de rutinas, fue la recesión económica sumada a la crisis que ya atravesaba el país, a la que se suma lo repentino de los cambios que modificaron las actividades sin la debida planificación, sin tener los espacios e implementos necesarios para el teletrabajo o la educación virtual. Esto tuvo sus efectos en la población general, así como un impacto mayor en los grupos vulnerables, estudiantes, maestros, profesores, personal administrativo y todos los que se cambiaron a la modalidad teletrabajo. Los efectos de esos cambios no solo se han identificado en lo inmediato, sino también se están documentado secuelas que pueden aparecer y perdurar por mucho más tiempo según los estudios de Balluerka *et al.* (2020) coincidiendo con Marquina y Jaramillo (2020).

La pandemia provocó gran preocupación, pero también malestar emocional. Aun sin sufrir contagio, la población general ha experimentado: irritabilidad, bajo estado de ánimo o cambios en este, tensión, sensación de peligro, vulnerabilidad o pánico, dificultad para aceptar y adaptarse a la nueva realidad, problemas para concentrarse y realizar las actividades diarias, en especial en los primeros meses de la pandemia. Esto ha estado acompañado de la necesidad de consumir información sobre la emergencia sanitaria, de estar en estado de alerta analizando las reacciones del cuerpo, sentirse enfermo al regresar al hogar, tener miedo exagerado a contagiarse, problemas para que el descanso sea profundo y reparador, entre otros. También en el ámbito clínico se ha verificado un aumento del consumo de drogas y psicofármacos, y repunte del consumo de alcohol diario.

Las primeras semanas de la pandemia y en especial, posterior al anuncio de las medidas de confinamiento obligatorio todo giraba con relación a la información del coronavirus: cadenas, noticias, reportes de contaminación, incluso con un sesgo negativo por parte de los medios de comunicación al presentar principalmente el número de contaminados y muertos. En

ese momento, tampoco fuimos capaces de imaginar una cuarentena tan prolongada.

También se ha señalado que en las situaciones de aislamiento voluntario (no como en este aislamiento obligatorio) se puede reaccionar con una suerte de excitación y entusiasmo por la novedad durante dos o tres semanas, porque se puede disfrutar del ocio con gusto y hacer cosas diferentes con el tiempo libre, hasta que provoca hacer otras cosas que la restricción no lo permite y entonces puede comenzar una etapa de frustraciones y rabia.

Con relación al trabajo a distancia por elección, no es equiparable al que se hace en casa ante la contingencia de una crisis de salud. En términos generales, se aconseja para ser más productivo trabajando desde el hogar salir de casa y esa condición es justamente la que no se puede cumplir por el estado de cuarentena, así que aparecen síntomas de afectación psicológica por el cumplimiento de esas condiciones. Los estudios de Kessler, Bermúdez y Binstock (2020) indicaron las dificultades con las que se encontró la población argentina para acatar las medidas de aislamiento establecidas, las resistencias y los problemas derivados de su acatamiento. En el caso Venezuela, el cumplimiento del aislamiento resulta aún más difícil por la precariedad de los servicios públicos (intermitencia eléctrica, internet y agua, principalmente), además de los problemas de transporte, abastecerse de gasolina, alto costo de los alimentos y medicinas, en un contexto de hiperinflación y bajos salarios.

Estar en casa con todos los miembros de la familia o en la soledad absoluta como le tocó a algunas personas o adultos mayores, también movilizó emocionalmente a muchos. Familias con fisuras terminaron por darse cuenta de sus grietas, que debían ser atendidas, parejas con problemas terminaron por confrontarse, algunas mentiras quedaron al descubierto y los comportamientos violentos y adictivos se hicieron evidentes. A muchos se les hizo imposible controlar la ansiedad de querer salir, de ver a los otros, de revisar las páginas de internet que se disfrutaban en soledad y se agotaron de la vida virtual. Fue una realidad vivida también en otras geografías. En el mes de febrero de 2021, se registraron manifestaciones violentas en los Países Bajos, por las nuevas restricciones impuestas por la pandemia, cuando se registraba la segunda ola de contagio y se tomaron nuevas medidas de confinamiento en el hogar (Euronews en español, 2021).

Pasada la cuarta semana del confinamiento, la noción del tiempo se puede hacer más laxa y las rutinas comenzaron a desdibujarse, niños, adolescentes y adultos principalmente acostándose cada vez más tarde abusando

de la TV o de los juegos en línea y, en consecuencia, levantándose más tarde, perdiendo los ritmos de sueño y vigilia y las rutinas saludables de aseo personal, alimentación y ejercicios físicos. Era muy común que las personas se sintieran desorientadas en los días y expresaran con frecuencia «¿qué día es hoy?», un lunes igual a un viernes o a un domingo, allí se desdibujaron una serie de fuerzas externas que le dan estructura a nuestra mente y rutinas. Un año de cambios tiene a un grupo importante de jóvenes y adultos levantándose a medio día, pero también acostándose con la salida del sol.

Declaraciones comunes como:

Mi hijo se levanta a la 1:00pm, pero también se acuesta muy tarde jugando en línea con amigos.

Todos los días nos acostamos todos muy tarde y los niños se levantan cerca del medio día.

El aislamiento también trajo consecuencias físicas que seguirán acentuándose en los tiempos actuales: aumento de peso, problemas visuales por el exceso de exposición a las pantallas, problemas físicos por necesidad de tomar sol y reducción de la movilidad como descalcificación y pérdidas en ocasiones irreversibles de masa muscular. En consecuencia, el estar en casa nos obliga atender la dimensión física y ajustar también nuestro esquema de alimentación.

En estos tiempos de aislamiento se multiplican los testimonios como:

Colapsé tres veces de la vista, todo se me puso negro por el exceso de trabajo en pantalla.

Me duelen las rodillas y las piernas, salgo muy poco; tampoco hago ejercicios, me da miedo salir.

El encierro sigue generando ansiedad, irritabilidad, estrés, tristeza, depresión, cansancio, resistencia para el cambio de hábitos, entre otras reacciones. También se registraron suicidios en la ciudad de Caracas, en el interior y en el mundo que deben ser objeto de mayores investigaciones para determinar sus causas y vinculación con las condiciones y alteraciones psicológicas generadas por la pandemia.

Reacciones sociales

Si bien las anteriores son reacciones individuales, se generaron algunas constantes y regularidades en el mundo. En el primer mes se dieron reacciones sociales como: aplausos desde los balcones para el personal sanitario que

se consideraron unos «héroes» en esta lucha contra la pandemia al estar expuestos y no abandonar su labor aún en condiciones precarias de trabajo. Algunas personas ponían música u ofrecían ejecuciones musicales para ocupar el tiempo con actividades recreativas en los días de confinamiento obligatorio y que pudiera servir de distracción a otros. En otros países se dieron acciones organizadas por la sociedad civil para articular ayudas y donaciones de mascarillas y material necesario para la protección diaria, como gel antibacterial, papel, guantes, jabón, incluso respiradores y tratamientos para pacientes de escasos recursos económicos, a lo que se sumaron también empresas.

A nivel emocional apareció el miedo colectivo a contraer o transmitir la enfermedad y comportamientos irracionales como incremento de rituales de protección, compras compulsivas y acaparamiento de artículos de higiene, alimentos y abastecimiento de gasolina.

Se denunciaron agresiones al personal sanitario en Bolivia, México y Colombia (Foro internacional de Medicina Interna, 2020) en algunos casos por hostilidad y quejas por parte de familiares y acompañantes de pacientes afectados por covid-19, que los culpaban del aislamiento y separación de sus parientes o familiares, que se negaban a cumplir el protocolo de disposición de cadáveres o aceptar la sugerencia de cremación de los cuerpos.

Se registraron casos de discriminación con pintas en lugares públicos o cercanos a las viviendas del personal sanitario señalando «que no son bienvenidos», no se les renovó el contrato de alquiler a otros o se les negó el acceso al transporte público. Situaciones similares de insultos y vejaciones se registraron con el personal docente debido a la suspensión de actividades escolares (De la Serna, 2020).

Las redes sociales se convirtieron en el espacio de desahogo, preocupaciones y de pedidos de auxilio ante el malestar emocional ante la pandemia y el encierro. Así lo corroboran los grupos de investigación del Instituto de Tecnología de Massachusetts y la Universidad de Harvard, los cuales, utilizando técnicas de aprendizaje automático, analizaron el contenido de más de 800.000 publicaciones, encontrando cambios en el tono y el contenido del lenguaje que usaron las personas entre enero a abril 2020. La investigación, publicada en el *Journal of Medical Internet Research*, concluye que los usuarios hacen más referencias a su ansiedad y hablan más de suicidio que antes del coronavirus (Nadal, 2021). Publicaciones similares fueron captadas en este tiempo en cuentas del país de redes como Facebook, Instagram y Twitter en Venezuela.

Los que sufrieron covid-19

Datos generados en el Reino Unido durante la pandemia indican que, si bien el aumento en síntomas de ansiedad y estrés son respuestas esperadas en la población durante períodos de confinamiento, las personas con antecedentes clínicos de ansiedad o depresión presentarían mayor probabilidad de experimentar conductas autodestructivas autolesivas o suicidio. Este tipo de conductas ya se han reportado en emergencias sanitarias anteriores como en la gripe de 2003 ocurrida en Hong-Kong, asociada al virus SARS (del inglés Severe Acute Respiratory Syndrome), donde se documentó un 30 por ciento de incremento de los casos de suicidio, especialmente en personas mayores de 65 años (Balluerka *et al.* 2020). Estos mismos comportamientos los observamos en Venezuela, aunque faltan trabajos académicos que así lo soporten.

Desde el punto de vista psiquiátrico, en septiembre 2020, María Pino Alonso Ortega, del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Bellvitge (Barcelona), afirmaba que «los coronavirus pueden producir alteración del sistema nervioso central, que pueden cursar con alteración psiquiátrica, como la aparición de síndromes confusionales, síntomas depresivos, percepción subjetiva de patología y mayor incidencia de ansiedad» (López, 2020).

Sin embargo, faltan datos y referencias académicas de los aspectos psicológicos o psiquiátricos de pacientes que padecieron covid-19 en el país. Solo tenemos a la fecha estimaciones sobre factores de riesgo como: ser mujer, tener antecedentes de trastornos mentales, y en nuestro caso sumamos enfrentarnos a servicios precarios de salud y condiciones de vida. Los trabajos publicados encontrados hasta ahora hacen referencia en otros países a protocolos de atención individual y social, y manipulación de los pacientes contagiados, sus familiares, así como socorristas y personal sanitario, según lo reseñado por Marquina y Jaramillo (2020) en conformidad con Suárez *et al.* (2020).

Los trastornos más frecuentes reportados en los pacientes con covid-19 son sentimientos de tristeza, miedos y dificultad para llevar el aislamiento sin comunicación con los familiares. La intensidad de esas emociones y síntomas pueden estar relacionados con la situación de aislamiento que pueden generar los diferentes espacios.

En Venezuela tuvimos estas modalidades: en hospitales públicos, en los espacios no hospitalarios dispuestos para aislamiento en carpas –en hoteles, en el Poliedro de Caracas, en lugares deportivos, donde generalmente asisten

personas de pocos recursos económicos–, en clínicas privadas, generalmente para los que pueden tener un seguro médico que cubra los gastos generados, en los hogares, quienes pueden sobrellevar allí su enfermedad.

Otros aspectos que pueden estar relacionados con la sintomatología psicológica experimentada se relacionan con la situación del centro de reclusión y el trato del personal de salud hacia el paciente y funcionamiento de las pólizas de seguro privados, que generan ansiedad en el paciente y sus familiares.

Esto lo podemos evidenciar en algunos testimonios de los familiares de pacientes sobre las deficiencias en los aspectos mencionados, que a continuación se presentan:

Fue muy difícil llevarle comida o artículos de aseo personal, hay problemas de gasolina para trasladarse al hospital.

Los parientes también señalan ver deprimidos a sus enfermos, quienes no quieren comer, ni hablar.

A mí también me afectó porque solamente en ir y estar esperando para que me dejaran pasar, rogando a los doctores o enfermeros para que me dieran un kit de bioprotección para poder atenderlo, era totalmente angustiante.

Una esposa cuenta la desesperación que sentían, tanto ella como sus dos hijos (una niña de 10 años y un varón de 7) y los padres del paciente, de no poder estar a su lado.

Los niños preguntaban por su papá y no sabía que contestarles. Solo les decía que se iba a recuperar pronto.

Psicología del paciente con covid-19

En ese panorama, haciendo una radiografía psicológica, destaca la preocupación excesiva, sensación de perder el control emocional, trastornos del sueño, ansiedad y miedos como los problemas más frecuentes en pacientes y en algunos de sus familiares (parejas, padres e hijos si los tuviera el paciente). Mientras los síntomas en los pacientes fueron muy intensos y persistieron aun cuando la enfermedad había sido superada, se mezclaron con los temores a volver a padecer la enfermedad o contagiar a sus familiares. En seis de los ocho pacientes atendidos por quien suscribe, se presentó ansiedad y en tres de ellos, el trastorno de ataques de pánico. Esta observación (síntomas intensos y persistencia después de superar la enfermedad) fue corroborada con cuatro colegas que también atendieron pacientes con covid-19.

Testimonios de pacientes tratados directamente:

No soy yo, me siento distinto, débil, siento miedo de pensar en volver a salir de la casa.

Pensaba diferente, el covid te nubla la mente, no podía tomar decisiones correctas.

Tuve ataques de pánico al superar el covid, tengo miedo de que me repita y que pueda pasarle a un familiar.

Recuerdo que un día un enfermero se me acercó con un kit de intubación.

Le pregunté:

– ¿Eso es para mí?

– ¡No! pero lo tenemos cerca por si alguno lo necesita.

Ese día tomé el teléfono y comencé a despedirme de todos mis seres queridos.

En los casos que el paciente tuviera antecedentes de trastornos psicológicos, la afectación es mayor; pero la ansiedad también se presentó en pacientes que nunca habían padecido de ella. Los pensamientos recurrentes e intrusivos de miedo y muerte también acompañaron la sintomatología y éstos fueron muy resistentes al tratamiento psicológico.

El día 8 me agarró la parte más terrible de mi enfermedad, una noche fui perdiendo la respiración y sentía que me ahogaba. Pensé en una crisis de asma y así se lo hice saber a los médicos. Como tal la trataron, pero en realidad no se trataba de una crisis de asma: era ansiedad severa.

Luego del alta médica, tras librarme del covid-19, decidí acudir al consultorio de una pareja de psiquiatras por recomendación de un tío. Me angustiaba mi depresión, que hacía que llorara mucho, el temor a subir a los vehículos y el pánico a los tumultos. Aún estoy en tratamiento para superar la depresión que me produjo el encierro y, poco a poco, la voy superando.

Entre un 30 y 60 por ciento de los pacientes con covid-19, sufren manifestaciones del sistema nervioso central y periférico, síntomas respiratorios, cardiovasculares, neurológicos, musculo esqueléticos y síntomas generalizados que abarcan fatiga, dolor y fiebre, incluyendo alteraciones de la conciencia o su pérdida, miedos y ansiedad; estas alteraciones pueden continuar entre 4 y 16 semanas posteriores a superar el covid. A esas secuelas, se le ha definido como *síndrome post covid*, *covid largo* o *covid prolongado*, para hacer referencia a los síntomas y consecuencias que se presentan una vez superada la enfermedad, generando efectos negativos en los ámbitos social, laboral y económico. Una de las razones por las cuales el covid largo preocupa es por

la dificultad de retomar la vida cotidiana o el trabajo por esas secuelas que afectan también la salud mental y la tranquilidad de quienes lo han padecido documentado por Goldberg *et al.* (2021) además de Acosta (2021).

Otro estudio, conducido por la psiquiatra Delfina Janiri y publicado en febrero 2021 en la revista de la *Asociación Médica Estadounidense de Psiquiatría*, encontró que el 30 por ciento de los que superaron el covid-19 experimentaron estrés postraumático (TEPT), un desorden psicológico que generalmente ocurre después de vivir una experiencia que amenaza la vida. Si no se atiende, la recuperación puede ser más lenta e implicar síntomas como pensamientos de tipo *flashbacks*, pesadillas, problemas para dormir y la sensación de volver a experimentar la enfermedad, lo que puede desencadenar también ataques de pánico (Ríos, 2021).

Por otra parte, cuando fallece el paciente, sus familiares experimentan sentimientos de aflicción, culpa y miedos recurrentes a que le pueda suceder a otro familiar o vecino, miedo personal a morir, a contagiarse y duelos patológicos, dependiendo del grado de cercanía con el difunto.

Con relación al nuevo esquema de trato al paciente y al cuerpo infectado, también alteró emocionalmente a los sobrevivientes, porque implica aspectos culturales relacionados con las despedidas a los difuntos. En pandemia cambiaron los velorios, entierros, rezos, misas y en general todos los rituales de adiós, que también arrojó a los difuntos por otras causas de muerte. Ahora las misas y rezos son virtuales, por ejemplo. Para el venezolano es importante acompañar a los deudos y el cierre del proceso de duelo se lleva mejor cuando logramos estar cerca de los difuntos y cumplir los rituales de despedidas.

Acerca de las intervenciones psicológicas al paciente con covid-19, se sugiere partir de una exhaustiva evaluación de los probables factores de riesgo que puedan vincularse al problema, el historial de salud mental, duelos previos, autolesiones o conductas suicidas previas, problemas familiares, así como una valoración del contexto socioeconómico del paciente.

A manera de cierre

La pandemia generada por el covid-19 y las medidas preventivas a través de la cuarentena prolongada, tuvieron un impacto psicológico amplio, con manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales que pueden perdurar en el tiempo; afectó a la población general y de manera muy intensa a los grupos vulnerables e infectados y sus familiares. Inicialmente se pensó en

personas mayores de 65 años como los más vulnerables, tal como lo señala la literatura, pero la prolongación de la pandemia nos permitió identificar otros grupos frágiles, como el personal de salud, los que tienen antecedentes de enfermedades físicas o psicológicas, los afectados por covid-19 y su núcleo familiar. Otro grupo afectado está constituido por quienes perdieron su empleo. Asimismo, los que habitan en zonas rurales; niños, adolescentes, mujeres, indígenas, los privados de libertad y los identificados en la tabla 1. En tal sentido, se sugiere para la efectividad de las intervenciones en salud mental, considerar la especificidad de los diversos grupos ya que resultaría totalmente inadecuado una respuesta única para toda la población afectada.

Atender esta recomendación es de prioridad para el fortalecimiento de la salud mental, evitar el sufrimiento social, la discapacidad e incluso muertes prematuras. También debemos trabajar para reducir el estigma que gira alrededor de la enfermedad mental y hacia el paciente que ha superado el covid-19, y que la situación de rechazo social pueda afectar a sus familiares e incluso a personas vinculadas con su atención, como lo vimos en manifestaciones reseñadas en el mundo contra el personal sanitario.

La cuarentena y las medidas de distanciamiento social y físico asociadas son, en sí mismas, factores de riesgo clave, pero también: el cambio de los esquemas de vida social (allí incluimos teletrabajo, esquemas laborales tradicionales, vida social, cierre de actividades de recreación como cines, teatros y actividades deportivas), llevar tareas simultáneas, la dificultad de manejar la incertidumbre (no saber hasta cuando viviremos en este esquema de distanciamiento físico y social), que sumados a nuestra condición de crisis humanitaria compleja afectó y potenció los problemas de salud mental.

La pandemia trajo consigo una «pandemia de ansiedad» con síntomas variados e intensos, en especial para las personas que se infectaron del coronavirus. Otros cambios fueron la inestabilidad emocional, miedos, pensamientos recurrentes negativos, trastornos de sueño; también se potenciaron otros problemas del comportamiento como abuso de alcohol y sustancias, juegos de azar, abuso doméstico e infantil, ruptura de relaciones y riesgos psicosociales (como desconexión social, falta de significado o anomia, acoso cibernético, sentirse agobiado, estrés económico) y duelos. Estas alteraciones se pueden clasificar en síntomas que conformaron trastornos emocionales, cognitivos y conductuales.

La prolongación de las medidas de prevención trajo también una agudización de la crisis económica, que pone en situación de mayor

vulnerabilidad a los estratos pobres, los que perdieron su empleo o estaban desempleados, los que viven en el interior del país con servicios más precarios, migrantes, indígenas y en especial el personal sanitario, que como quedó documentado, presentan aumento de síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio.

Habitualmente los preparativos para una pandemia implican el desarrollo de planes nacionales y locales, diagnósticos de los servicios de salud disponibles, definición de grupos vulnerables, requerimientos de medicamentos y vacunas, así como el impacto y la carga económica. Estos aspectos son realmente importantes en un país en crisis como el nuestro. Toda la información aquí presentada se refiere al territorio nacional, pero queda pendiente estudiar y atender a los connacionales que se encuentran en otros territorios, en especial a los venezolanos más pobres que se encuentran en condiciones desventajosas.

Es fundamental una combinación temprana de programas de tratamiento y prevención que deben revisarse en su efectividad por la novedad del tema, lo prolongado del confinamiento y los cambios introducidos. Los programas deben mantenerse en el tiempo e incluso se sugiere dar respuestas digitales a largo plazo para tener un alcance mayor en la población, discriminado para la población general y grupos vulnerables.

Las intervenciones digitales para la ansiedad, la depresión, la autolesión deben incluir: dar información, intervenciones terapéuticas combinadas y automatizadas (como aplicaciones y programas en línea), llamadas telefónicas y mensajes por distintas vías para llegar a las personas con recursos digitales más pobres, líneas de chat y foros, que pueden usarse para monitorear el riesgo de manera pasiva o activa.

Es necesario también continuar la investigación en nuestro contexto haciendo énfasis en los grupos vulnerables, adaptando o creando procedimientos de atención a la salud mental y el bienestar, y sin duda fortalecer el sistema de salud. En el anexo se presentan las recomendaciones de la OMS para el cuidado de la Salud mental.

Finalmente, es fundamental atender la salud tanto física como psicológica, de lo contrario la próxima gran pandemia será la de problemas de salud mental.

Anexo

Indicaciones de la OMS (2020) para cuidar la salud mental en pandemia

- **Manténgase informado.** Escuche los consejos y recomendaciones de las autoridades nacionales y locales. Recorra a fuentes informativas fiables.
- **Siga una rutina.** Conserve sus rutinas diarias en la medida de lo posible o establezca nuevas rutinas.
 - Levántese y acuéstese todos los días a una hora similar.
 - No descuide su higiene personal.
 - Tome comidas saludables en horarios fijos.
 - Haga ejercicio de forma habitual.
 - Establezca horarios para trabajar y para descansar.
 - Reserve tiempo para hacer cosas que le gusten.
- **Reduzca la exposición a noticias.**
- **El contacto social es importante.** Mantenga un contacto regular con las personas próximas por teléfono o internet.
- **Evite el alcohol y las drogas.** Limite el consumo de bebidas alcohólicas o evítelas por completo.
- **Controle el tiempo de pantalla.** Asegúrese de descansar cada cierto tiempo de las actividades de pantalla.
- **No abuse de los videojuegos.**
- **Utilice adecuadamente las redes sociales.** Emplee sus cuentas en redes sociales para promover mensajes positivos y esperanzadores. Corrija cualquier información errónea que vea.
- **Ayude a los demás.** Si puede, ofrécase a ayudar a otros miembros de la comunidad que lo necesiten, por ejemplo, para hacerles la compra.
- **Apoye a los profesionales sanitarios.** Expresar en las redes sociales o en su comunidad su agradecimiento a los profesionales sanitarios de su país y a todas las personas que trabajan para responder a la covid-19.

No discrimine

El miedo es una reacción normal en situaciones de incertidumbre. Pero, a veces, este miedo se expresa de un modo que resulta hiriente para otras personas. Recuerde:

- Sea amable. No discrimine a las personas por miedo a la propagación de la covid-19.
- No discrimine a las personas que crea que puedan estar infectadas por el coronavirus.
- No discrimine a los profesionales sanitarios. Los trabajadores de la salud merecen nuestro respeto y gratitud.
- La covid-19 ha afectado a personas de muchos países, por lo que no se la debe asociar a un grupo humano concreto.

Si es usted madre o padre

En momentos de estrés es normal que los niños requieran más atención. ¿Qué puede usted hacer?

- Mantenga las rutinas familiares siempre que sea posible o cree nuevas rutinas, especialmente si deben ustedes permanecer en casa.
- Comente el nuevo coronavirus con sus hijos e hijas de forma sincera y utilizando un lenguaje adecuado para su edad.
- Ayúdeles con el aprendizaje en casa y asegúrese de que tengan tiempo para jugar.
- Ayúdeles a encontrar formas positivas de expresar sentimientos como el miedo y la tristeza. A veces puede ser útil hacerlo mediante una actividad creativa como jugar o pintar.
- Ayude a los niños a mantenerse en contacto con sus amigos y familiares por teléfono y por internet.
- Asegúrese de que sus hijos e hijas no pasen todo el día delante de la pantalla y realice con ellos otro tipo de actividades como preparar un pastel, cantar y bailar, o jugar en el patio o jardín si dispone de ellos.
- Intente que sus hijos e hijas no dediquen más tiempo del habitual a los videojuegos.

Si es usted una persona mayor

- Mantenga un contacto regular con sus seres queridos, por ejemplo, por teléfono, correo electrónico, redes sociales o videoconferencia.
- En la medida de lo posible, siga rutinas y horarios fijos para comer, dormir y practicar actividades que le gusten.
- Aprenda ejercicios físicos sencillos para realizar en casa durante la cuarentena a fin de mantener la movilidad.
- Averigüe cómo obtener ayuda práctica en caso necesario; por ejemplo, cómo llamar un taxi, hacer un pedido de comida o solicitar atención médica. Asegúrese de disponer de reservas de sus medicamentos habituales para un mes o más. En caso necesario, pida ayuda a familiares, amigos o vecinos.

Si padece usted un trastorno de salud mental

Si recibe tratamiento por un trastorno de salud mental, es imprescindible que continúe tomando su medicación según las instrucciones y que se asegure de poder reabastecerse de medicamentos. Si acude periódicamente a un especialista en salud mental, averigüe cómo seguir recibiendo su ayuda durante la pandemia.

Manténgase en contacto con sus seres queridos y sepa a quién puede pedir ayuda si su salud mental empeora.

Si recibe tratamiento por un trastorno relacionado con el consumo de alcohol o drogas, tenga en cuenta que el brote de covid-19 puede fomentar los sentimientos de miedo, ansiedad y aislamiento, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de recaída,

abuso de sustancias, abandono del tratamiento o incumplimiento de las pautas de tratamiento. No deje de tomar la medicación prescrita, especialmente en el caso de los opiáceos como la metadona o la buprenorfina, y asegúrese de poder obtener regularmente su medicación. Si recibe asistencia de un psicólogo o un grupo de apoyo, averigüe cómo mantener esa asistencia durante la pandemia.

Si recibe tratamiento por un trastorno relacionado con los videojuegos o los juegos de azar, continúe su tratamiento siempre que sea posible. Consulte a su terapeuta o profesional sanitario el mejor modo de mantener el tratamiento durante el confinamiento domiciliario.

Referencias bibliográficas

- Acosta, Y.** (2016). «Mapa emocional de Venezuela. Sociología de la Venezuela actual 2015». *Colección Visión Venezuela*. Caracas: UCAB Ediciones.
- Acosta, Y.** (2018). «Sufrimiento psicosocial del siglo XXI: Venezuela y la Revolución». *Revista de Investigación Psicológica*, n° 1. Bolivia. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n19/n19_a09.pdf.
- Acosta, Y.** (2021). «Síndrome poscovid o covid prolongado: sus aspectos psicológicos». *Prodavinci*. Disponible en: <https://prodavinci.com/sindrome-poscovid-o-covid-prolongado-sus-aspectos-psicologicos/>
- Balluerka, N. et al.** (2020). «Las consecuencias psicológicas de la covid-19 y el confinamiento». Informe de investigación. Bilbao, *Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco*.
- Cecodap** (2020). «Impacto emocional de la cuarentena en NNAA. Estadísticas Semestrales 2020» *Servicio de Atención Psicológica de Cecodap*. Disponible en: https://drive.google.com/drive/folders/1PUkC6CzbxOn1www8vNKDobwAJm0jW_QQ.
- Chirinos, M.** (2021). «Cubrir la pandemia: arrestos de periodistas y personal sanitario en Venezuela». *Prodavinci*. Disponible en: <http://factor.prodavinci.com/detencionperiodistas/index.html>.
- De la Serna, J. M.** (2020). «Reacciones sociales ante el covid-19», en J. M. De la Serna, *Personal Sanitario en tiempos de pandemia: una Perspectiva Psicológica*. Montefranco: Tektime. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/344082789_Reacciones_sociales_ante_el_COVID-19.
- Euronews en español** (2021). «Protestas violentas en Países Bajos contra las restricciones por la pandemia». Disponible en: <https://es.euronews.com/2021/01/24/protestas-violentas-en-paises-bajos-contras-restricciones-por-la-pandemia>. Consultado el 24/01/2021.
- Federación de Psicólogos de Venezuela** (2017). *Pronunciamientos*. Disponible en: <https://www.fpv.org.ve/wordpress/2017/05/pronunciamiento-conjunto-de-la-rap-fpv-y-el-area-de-psicologia-de-la-ucv/>
- Goldberg, X., O. Ramírez, M. Van den Bosc, L. Liutsko y B. Briones** (2021). «¿Es la salud mental la pan-demia después de la covid-19?». *Serie I covid-19 y estrategia de respuesta*. Disponible en: https://www.isglobal.org/documents/10179/8791906/32_ISGlobal+COVID-19+y+Salud_Mental+ES/2fdbeb98-7668-40cb-9923-264b92b2f323.
- Gonzalo, J.** (2021). «El distanciamiento social es duro para los niños. Necesitan abrazos. Y esto, a la larga,

podría afectar a su salud mental». *El País*. Disponible en: <https://elpais.com/mamas-papas/2020-11-27/el-distanciamiento-social-es-duro-para-los-ninos-necesitan-abrazos-y-esto-a-la-larga-podria-afectar-a-su-salud-mental.html?rel=mas%20consultado%20el%2027/11/2020>.

Hernández, G. (2021). «Ansiedad y estrés laboral le cuestan \$16,000 millones anuales a México». *El Economista*. Disponible en: <https://factorcapitalhumano.com/salud-laboral/ansiedad-y-estres-laboral-le-cuestan-16000-millones-a-mexico/2019/06/>

Kessler, G. et al. (2020). *Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN*. Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus covid-19. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Relevamiento%20del%20Impacto%20COVID%202019.pdf>.

López, A. (2020). «Las secuelas psicológicas que está dejando la pandemia por covid-19». Disponible en: <https://aedv.es/las-secuelas-psicologicas-que-esta-dejando-la-pandemia-por-covid-19/>

Marquina, R. y L. Jaramillo (2020). *El covid-19: Cuarentena y su impacto psicológico en la población*. Perú. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/452/560>.

Martin-Baró, I. ([1990] 2006). «Psicología de la liberación» *Revista electrónica de intervención psicosocial y psicología comunitaria*, vol. 1 n° 2, agosto, pp.7-14.

Meza, José (2021). «Hay una crisis de ansiedad y depresión en médicos y enfermeras venezolanos que enfrentan el covid-19, reveló una investigación». *El Nacional*. Disponible en: <https://www.elnacional.com/venezuela/hay-una-tesis-de-ansiedad-y-depresion-en-medicos-y-enfermeras-venezolanos-que-enfrentan-el-covid-19-revelo-una-investigacion/>

Molina, N. (2020). *Psicología en contextos de covid –19, desafíos poscuarentena en Colombia*, pp.179-189. Disponible en: https://ascofapsi.org.co/pdf/Psicologia-contextos-COVID-19_web.pdf.

Montero, M. (2002). *Introducción a la Psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Moya, M. et al. (2020). «La psicología social ante el covid-19». Monográfico del International Journal of Social Psychology. *Revista de Psicología Social*. Disponible en: <https://psyarxiv.com/fdn32/>

Nadal, V. (2021). «Las redes sociales reflejan cómo la pandemia ha perjudicado la salud mental de los usuarios». *El País*. Disponible en: https://retina.elpais.com/retina/2020/11/26/tendencias/1606408907_773273.html. Consultado en febrero de 2021.

OMS (2004). «Invertir en Salud Mental». Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf. Consultado en febrero de 2021.

OMS (2018). «Constitución». Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>. Consultado en enero de 2021.

OMS (2018). «Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta». Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Consultado en enero de 2021.

OMS (2020). «Protección de la salud mental en situaciones de epidemias». Disponible en: <https://www.who>.

int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=CjwKCAiAg8OBbA8EiwAikw3ko1ZuxO3_8bc7U5u92-kEDkjpX_0NomgVYfRrLDZwvfD_zrHUAezhoCcGIQAvD_BwE. Consultado en enero 2021.

OMS (2020). «El Reino Unido aporta 3,8 millones de dólares para la respuesta de la OPS a la covid-19 en el Caribe». Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/22-5-2020-reino-unido-aporta-38-millones-dolares-para-respuesta-ops-covid-19-caribe>. Consultado en febrero 2021.

OMS (2021). «Panel de control de coronavirus (covid) de la OMS. Disponible en: <https://covid19.who.int/> Consultado en enero 2021.

OMS-IESM (2013). «Informe sobre el sistema de salud mental en la República Bolivariana de Venezuela». Caracas. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/venezuela_who_aims_report.pdf. Consultado en enero de 2021.

OVV (2019). «Informe Anual de Violencia 2019». Observatorio Venezolano de Violencia. Disponible en: <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/informe-anual-de-violencia-2019/> Consultado en enero 2021.

OVV (2020). «Informe Anual de Violencia 2020». Observatorio Venezolano de Violencia. Disponible en: <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/informe-anual-de-violencia-2020-entre-las-epidemias-de-la-violencia-y-del-covid-19/> Consultado en enero de 2021.

Páez, D., I. Fernández y C. Martín Beristain (2001). «Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales» en C. SanJuan, ed., *Catástrofes y ayuda en emergencia: Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento* (pp. 85-148). Barcelona: Icaria.

Páez, D., C. Martín Beristain, J. L. González, N. Basabe y J. de Rivera (2011). «Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz». España: Editorial Fundamentos, Colección Ciencia.

Páez, D. y S. Da Costa (2021). «Indicadores macro-humanos del bienestar: la relevancia de la macro-psicología de la felicidad en la actualidad». Disponible en: https://www.ehu.es/es/campus/a/contento/-/asset_publisher/401tBNJAcZGn/content/indicadores-macro-humanos-del-bienestar-la-relevancia-de-la-macro-psicologia%25C3%25Ada-de-la-felicidad-en-la-actualidad?fbclid=IwAR2GpS0I14BQaBJ-5-a2AVJwB9xFcWKF87aSdXH3XkirGQx8B6l8gr7LseSU. Consultado el 15/01/2021.

Páez, G. (2021). «El suicidio en Venezuela: un análisis para su comprensión en tiempos de pandemia y aislamiento social». *El nacional*. Disponible en: <https://www.elnacional.com/opinion/el-suicidio-en-venezuela-un-analisis-para-su-comprension-en-tiempos-de-pandemia-y-aislamiento-social/> Consultado en enero de 2021.

Provea (2009). «El derecho a la salud». Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos Disponible en: <http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/7-salud.pdf>. Consultado en enero de 2021.

Provea (2016). «Situación del derecho a la salud en Venezuela». Disponible en: <http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/Informe-Codevida-Provea-Marzo-2016.pdf>. Consultado en febrero de 2021.

Ramírez, M. (2020). «El drama de los enfermos mentales en Venezuela: por qué la pandemia ha agravado su situación». *Nius Diario*. Disponible en: https://www.niusdiario.es/internacional/latinoamerica/venezuela-importancia-salud-mental-ciudadanos-agravada-pandemia-covid-19_18_3038970021.html. Consultado en noviembre de 2020.

Santamaría, M. et al. (2020). «Impacto psicológico de la covid-19 en una muestra de profesionales sanitarios

españoles». Revista *Psiquiatría y salud mental*. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888989120300604?via%3Dihub>. Consultado en enero de 2021.

Suárez, O. et al. (2020). «La Práctica Psicológica Ante La Pandemia Por covid-19 en La República Bolivariana de Venezuela», en *La psicología de la salud en el enfrentamiento a la Covid-19 en América Latina*. Asociación latinoamericana de la Salud, Alapsa, Editorial Cedem.

Toole, M. (2000). «Impacto de los desastres en la Salud Pública». Bogotá: Editor Eric K. Noji. Organización Panamericana de la Salud.

UCAB/ UCV y USB (2020). «Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2019 - 2020». Caracas. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019>. Consultado en febrero de 2021.

Vera, L. (2018). «¿Cómo explicar la catástrofe económica venezolana?». *Revista Nueva Sociedad*, n° 274. Marzo-abril.

Vera, L. y L. Zambrano (2021). «Lineamientos generales de un programa de estabilización macroeconómica para Venezuela». Disponible en: <https://prodavinci.com/lineamientos-generales-de-un-programa-de-estabilizacion-macroeconomica-para-venezuela/> Consultado en febrero de 2021.

José Esparza Bracho: Es importante seguir a la ciencia, no adelantarse a ella

Carlos Walter Valecillos*
Andy Delgado Blanco

pp. 135-140

El Dr. José Esparza Bracho inició su carrera como investigador en Venezuela, continuó sus estudios de formación en el exterior, regresó al país y se incorporó al Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), donde trabajó, durante 17 años, hasta 1985. Desde entonces, reside en el exterior, donde ha desempeñado cargos en la Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Fundación Bill&Melinda Gates y, en la actualidad, ejerce el cargo de profesor adjunto del Instituto de Virología Humana de la Universidad de Maryland en Estados Unidos.

Entrevistadores (E): *¿Cuáles cree Ud. que son los principales retos que impone el covid-19 a la sociedad actual, en términos del desarrollo humano post pandemia?*

José Esparza Bracho (JEB): Si examinamos la historia de las grandes epidemias de los últimos cien años (desde la gripe española, pasando por la emergencia del VIH/SIDA, hasta llegar a las más recientes epidemias de zika y chikungunya), nos encontraremos que las sociedades raramente se encontraban preparadas para confrontarlas. Los sistemas de salud se adaptan

* C. Walter Valecillos. Médico psiquiatra, Director del Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes-UCV) y Profesor-investigador del Área Desarrollo y Salud de la misma institución.

Correo-e: cendedir@ucv.ve

A. Delgado Blanco. Abogada por LUZ, Doctora en Estudios del Desarrollo y Magíster en Planificación del Desarrollo por el Cendes-UCV. Profesora-investigadora y jefa del Área Desarrollo y Salud del Cendes. Miembro del Comité Editor de la Revista *Cuadernos del Cendes*.

Correo-e: andydelgadob@gmail.com

para responder a las necesidades más apremiantes del momento, confiando en que la «buena suerte» los protegerá de la próxima epidemia. La respuesta a las epidemias ha sido, por lo general, insuficiente y tardía. Peor aún, una vez que las epidemias disminuyen y dejan de ser noticia, la respuesta a las mismas también disminuye y las buenas intenciones de prepararnos para una próxima epidemia se desvanece. Eso pasa hasta en los países más adelantados del mundo.

Hasta cierto punto, las epidemias y pandemias sirven también como elementos diagnósticos, identificando deficiencias que se agravan debido al aumento masivo de casos y a la demanda de servicios de salud. Las epidemias y pandemias también revelan la fragilidad de la estructura social y del respeto a los derechos humanos, pues ofrecen la oportunidad para que gobiernos de corte dictatorial utilicen la respuesta a la pandemia como una excusa para incrementar medidas de control social.

En resumen, un reto importante frente a la pandemia es que la sociedad civil asuma su responsabilidad de demandar sus derechos y de ser parte activa en la lucha contra la enfermedad, en vez de ser un simple receptor pasivo de las dádivas del Estado. Un ejemplo interesante es como la sociedad mundial se reorganizó en muchos aspectos de la vida para confrontar la epidemia del VIH/SIDA.

E: *De acuerdo con la Organización de Estados Americanos, el 90 por ciento de las personas en países de bajos ingresos no tendrán acceso a ninguna vacuna contra el covid-19 en el año 2021. ¿Cree Ud. que liberar las patentes de las vacunas contra este flagelo, como lo sugiere la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, contribuiría a poner fin a la fase aguda de la pandemia y, en alguna medida, expresaría un mayor compromiso por la equidad y la justicia, como componentes claves del desarrollo humano?*

JEB: El desarrollo de vacunas ha sido considerado como una de las intervenciones de salud pública más exitosas del siglo XX. Sin embargo, han sido los países más desarrollados los que principalmente se han beneficiado de las mismas. Las vacunas contra muchas enfermedades de la infancia salvan incontables vidas en los países ricos, mientras que el beneficio de dichas vacunas ha tardado mucho en llegar a los países más pobres. En 1960, en estos países morían cada año cerca de 20 millones de niños menores de cinco años debido a enfermedades prevenibles por vacunas. Se ha requerido de un esfuerzo internacional enorme para disminuir ese número a cerca

de 5 millones, pero todavía estamos muy lejos de la meta establecida de menos de 2 millones de muertes. Debemos evitar que ese retraso ocurra con las vacunas contra el covid-19, ya que existe un imperativo moral de extender los resultados del avance científico a todas las personas del mundo. Naturalmente también existe la circunstancia de que, para controlar esta pandemia, debamos asegurar que un alto porcentaje de la población del mundo sea vacunada.

Para que las vacunas contribuyan a la salud mundial deben ser desarrolladas y manufacturadas, y luego distribuidas en forma equitativa a todas las personas que las necesiten. Pero, veo con preocupación la llamada a eliminar las patentes que protegen a las vacunas contra el covid-19. El desarrollo de nuevas vacunas está basado en la innovación y la innovación debe ser protegida por un sistema que reconozca la propiedad intelectual. El enemigo no son las patentes sino el virus y debemos proteger las actividades que lleven a desarrollar nuevos productos contra la pandemia.

Quizás debemos aprender algunas lecciones de cómo los acuerdos *Trips (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights)* de la Organización Mundial del Comercio fueron interpretados en 2001 en la Declaración de Doha con respecto al acceso internacional a drogas anti-retrovirales contra el SIDA. Dicha declaración afirmó que las reglas sobre patentes deben ser interpretadas e implementadas para proteger la salud pública y para promover el acceso de medicinas para todos. Hay un rango de opciones que deben ser estudiadas, desde acuerdos para transferencia de tecnología, hasta la posibilidad de acceder al mecanismo extremo de licencias obligatorias.

Por otro lado, deben continuar explorándose estrategias para facilitar el acceso a las vacunas en los países más pobres, incluyendo el establecimiento de mecanismos de procura y financiamiento, tal como el de Covax.

E: *¿Cuál cree Ud. que ha sido el aporte de la comunidad científica venezolana, residente en el país y en el extranjero, desde la aparición del covid-19 y, en particular, a partir de los primeros casos confirmados de esta enfermedad en el país, a las actividades desarrolladas en materia de su contención, mitigación y control?*

JEB: La respuesta a la pandemia del covid-19 catalizó lo que yo creo ha sido uno de los mayores esfuerzos colaborativos científicos de todos los tiempos. Usando redes formales e informales de información y a la medida de sus posibilidades, muchos científicos venezolanos han participado en ese esfuerzo colaborativo. Desafortunadamente, gran parte del sistema científico

y tecnológico que se construyó en Venezuela durante los últimos 50 o 60 años ha sido casi completamente destruido. Sin embargo, la resiliencia de los investigadores venezolanos ha permitido que, aunque en condiciones muy pocos favorables, sigan contribuyendo a la respuesta de la pandemia, tanto identificando conocimiento internacional que pueda ser transferido a Venezuela, como haciendo contribuciones de investigación en varios campos, para apoyar a los programas nacionales y también para contribuir al conocimiento científico universal.

E: *Usted ha sido un actor destacado en el aporte de la comunidad científica venezolana. ¿Qué ha significado para Ud. esta experiencia compartida con sus pares residentes dentro y fuera del país?*

JEB: Parafraseando a Pasteur, «la ciencia no tiene nacionalidad, pero los científicos si tienen su patria». Es cierto que muchos de los científicos venezolanos hemos salido de nuestro país, sobre todo en los últimos años, pero también es cierto que, aunque salimos de Venezuela, Venezuela no salió de muchos de nosotros. Por más de 50 años me he dedicado al estudio de los virus, epidemias y vacunas y eso me da una visión bastante completa del reto que la naciente pandemia del covid-19 presenta al mundo. Respondiendo a la necesidad de información que tenía la población venezolana e hispana en el área dónde vivo (Washington DC), comencé a participar en programas de radio y televisión. En marzo de 2020, a pedido de la editora de la Gaceta Médica de Caracas, órgano oficial de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, escribí un Editorial para la Gaceta (*Covid-19: Una epidemia en pleno desarrollo*, marzo 2020) alertando sobre la gravedad de la situación. En estos últimos 18 meses he tratado de compartir mis conocimientos y opiniones en múltiples artículos publicados en revistas nacionales e internacionales, varios de ellos escritos con la colaboración de colegas venezolanos. He participado en numerosos congresos y charlas virtuales nacionales e internacionales sobre el covid-19. Por solicitud del presidente de la Academia de Medicina de Venezuela, coordiné un grupo de trabajo que le provee asesoría continua y de alta calidad técnica sobre vacunas contra el covid-19 y su aplicación. En cierta manera, la pandemia me ha acercado a interactuar con mis colegas en Venezuela como no lo había hecho en muchos años.

E: *Para un experto en vacunas como Ud., sin duda resulta fascinante lo que ha venido ocurriendo con el desarrollo de vacunas contra el covid-19, ¿de lo alcanzado hasta el presente, que hechos considera importante destacar?*

JEB: El desarrollo de las vacunas contra el covid-19 se basó en muchos años de investigación científica que aportaron las bases fundamentales para su resultado exitoso. Las plataformas que se han utilizado para desarrollar varias de las vacunas no se crearon de la noche a la mañana y ya se venían investigando desde hace 15 o 20 años. Pero la emergencia de la pandemia obligó a adoptar estrategias nuevas para lograrlas en el menor tiempo posible y para ello se necesitó de un fuerte compromiso político y de un financiamiento apropiado. Las tres estrategias que facilitaron el rápido desarrollo de vacunas contra el covid-19 fueron: 1) el solapamiento de las diferentes fases preclínicas y clínicas de experimentación, que acortaron los tiempos de elaboración sin sacrificar el rigor científico y ético de la investigación; 2) varias vacunas basadas en diferentes plataformas vacunales se maduraron en paralelo, en vez de en forma secuencial; y 3) las vacunas se comenzaron a producir en gran escala, incluso antes de saberse si eran efectivas. Esa estrategia fue muy riesgosa, pero resultó exitosa.

E: *Quisiéramos su opinión sobre el uso masivo de candidatas a vacunas, sin que hayan concluido los ensayos clínicos de la tercera fase, bajo el eufemismo de «intervención poblacional», como esta ocurriendo en Cuba con las candidatas a vacunas Soberana 2 y Abdala.*

JEB: Creo que no se ajusta al rigor científico administrar a la población un candidato a vacuna que no haya demostrado ser seguro y efectivo y que los resultados experimentales no hayan sido publicados o debidamente evaluados por agencias regulatorias independientes y confiables, y por la OMS. La situación puede cambiar con el tiempo, cuando tengamos más información sobre los correlatos inmunológicos de la protección provista por la vacuna. Hasta ahora pensamos que los anticuerpos neutralizantes dirigidos contra la proteína S es el correlato de protección en el caso de vacunas contra el covid-19, pero no hay una certeza al respecto. En noticias de prensa cubanas se anunciaron los resultados preliminares de la eficacia de los candidatos a vacunas Soberan02 y Abdala, y quizás los investigadores estaban convencidos que la inducción de anticuerpos neutralizantes era un indicador seguro de protección, concepto que no contaría con el acuerdo científico internacional.

Pero hay que recordar que hay ciertos precedentes importantes. La vacuna oral contra la polio desarrollada por Albert Sabin nunca fue evaluada en una fase 3 controlada por placebos, sino en un estudio intervencional llevado a cabo a principios de los años 60 en la antigua Unión Soviética, con más de diez millones de voluntarios. Así mismo, las vacunas contra la influenza

estacional se aprueban cada año con base en la inducción de anticuerpos que se sabe correlacionan con protección. En este sentido es importante seguir a la ciencia, no adelantarse a ella.

E: *No podemos cerrar esta entrevista sin conocer su opinión sobre el proceso de vacunación contra el covid-19 en Venezuela, iniciado el pasado mes de febrero, en particular sobre los nudos críticos que atentan contra la posibilidad de alcanzar la cobertura estimada como necesaria para que se produzca la inmunidad colectiva de nuestra población.*

JEB: En Venezuela no existe un Plan de Vacunación contra el covid-19 aprobado y conocido por la colectividad. No sabemos a ciencia cierta cuantas personas se han infectado por el SARS-CoV-2 en Venezuela y cuantos han fallecido por esta causa, aunque se estima que los números pueden ser hasta diez veces mayores de los anunciados oficialmente.

Lo mismo pasa con el acceso a vacunas. No hay claridad de cuantas dosis han entrado a Venezuela y cuantas personas han sido vacunadas. El proceso es espasmódico y no planificado, y la distribución de vacunas sigue criterios políticos y no de salud pública. El mercado negro de vacunas se ha convertido en un gran negocio. Lo inadecuado de la cadena de frío puede resultar en que a los venezolanos se les administre vacunas inactivadas.

Creo que será muy difícil alcanzar el objetivo de vacunar al 70 por ciento de la población elegible antes de fin de año, lo cual se necesitaría para controlar la epidemia con el establecimiento de inmunidad de rebaño. Sin embargo, creo que la amenaza más importante que en este momento tenemos los venezolanos es que los productos biológicos que se podrían traer por decisión política son de dudosa calidad científica y eficacia, tales como la rusa EpiVacCorona y los productos cubanos Soberana02 y Abdala. Aunque en Cuba ahora se pregone que sus productos experimentales «ya son vacunas» con reconocida seguridad y eficacia, eso es algo que todavía queda por demostrarse en publicaciones científicas y por la aprobación regulatoria de organismos independientes y con credibilidad internacional.

E: *Muy agradecidos por dispensarnos de su tiempo.*

Jorge Díaz Polanco

Hombre y circunstancia en el desarrollo de la sociología de la salud en Venezuela

Carlos Walter Valecillos* pp. 141-153

El 22 de agosto de 2020 nos dejó Jorge Díaz Polanco, un profesor muy querido y respetado por todos quienes tuvimos la dicha de tratarlo como colega o como amigo. La siguiente semblanza nos brinda una imagen de su significación desde diversas voces.

La célebre frase del filósofo José Ortega y Gasset, «Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo», vino a mi mente leyendo la última actualización del *currículum vitae* que Jorge Díaz Polanco, amigo y compañero de trabajo, con quien compartí actividades académicas durante un largo período de más de cuatro décadas, actualizase meses antes de su muerte. La razón de esta lectura fue la de sistematizar la información que conocía sobre su vida, antes de comenzar a escribir la semblanza que la revista *Cuadernos del Cendes* me solicitara como homenaje póstumo.

Siguiendo el pensamiento orteguiano, su vida, el yo de Jorge Díaz Polanco, estuvo marcado por las circunstancias de la época específica que le tocó vivir, tanto las de su vida personal, como profesional y académica, que dejaron huella en su personalidad; pero, también, algunas de estas recibieron la impronta de quien, con su compromiso, hizo su vida con ellas, las cuales fueron las seleccionadas, a excepción de las de carácter personal, al escribir la presente semblanza.

* C. Walter Valecillos. Médico psiquiatra, Director del Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes-UCV) y Profesor-investigador del Área Desarrollo y Salud de la misma institución.
Correo-e: cendedir@ucv.ve

No hay duda de que Jorge, en 1968, un año después de recibir su título de grado como Sociólogo, se enfrentó a la circunstancia de decidir el campo al que dedicaría el ejercicio de su profesión, decidiéndose por los estudios de postgrado de Sociología de la Educación Médica, becado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la Universidad de Kentucky, Estados Unidos.

Esta universidad, fundada en 1960, precisamente el año en que la Sociología de la Medicina fue aceptada como una sección de la Asociación Americana de Sociología, formaba parte del mundo académico donde se gestaba el desarrollo de esa rama de la Sociología en los Estados Unidos, que alcanzó su clímax en la década de los setenta. Para 1972, la enseñanza de la Sociología de la Medicina, a nivel de postgrado, se había extendido a 47 universidades de ese país. Al ambiente académico mencionado, vivido por Jorge durante su permanencia en Lexington, Kentucky, se suma el contexto político-económico-social del país en que residía transitoriamente; una nación polarizada, entre los partidarios de mantener la guerra de Vietnam y quienes deseaban una salida negociada al conflicto bélico, situación a la que se agregaba la ola de protestas en defensa de los derechos civiles, actos de violencia y asesinatos de líderes sociales y políticos. La circunstancia que venimos de describir, como veremos más adelante, no dejó de estar presente en la vida de nuestro amigo y colega, y su impronta fue de tal magnitud, que aquel joven sociólogo de la medicina se convirtió, con el correr de los tiempos, en la circunstancia que contribuyó a moldear la vida de muchos otros.

A su regreso a Venezuela, al culminar sus estudios de postgrado en Sociología de la Medicina, inicia el periodo de su vida en que la balanza entre el *yo* y las *circunstancias* se modifica; ya el peso de la circunstancia no es el mismo, mientras el peso del *yo* comienza a hacerse sentir cuando prolonga su vida de docente, que había iniciado en el Instituto Champagnat, entre 1962-1964, donde dictase las asignaturas, Historia y Geografía de Venezuela y Formación Moral y Cívica. Ahora el reto era asumir el compromiso de ser profesor de Sociología de la Medicina, adscrito al Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Escuela de Medicina Luis Razetti, de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (de ahora en adelante FacMedicinaUCV).

De este período, dejemos que hablen sus pares, comenzando con las palabras del profesor Ronald Evans, profesor titular, jubilado de dicha Facultad, escritas especialmente para esta semblanza a nuestra solicitud.

En 1975 gané el concurso para ejercer de profesor instructor en el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Escuela de Medicina Luis Razetti. Su jefe era el Dr. Leopoldo García Maldonado, médico famoso, humanista de fuste, curtido en las luchas políticas desde la época del tirano Gómez, al lado de una serie de profesores con gran experiencia en la lucha sanitaria del país. Descollaban el Dr. Darío Curiel, epidemiólogo formado en los Estados Unidos y la persona que erradicó la viruela en el país, siendo igualmente, el primer jefe de la División de Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Asimismo, el Dr. Jofre Díaz Guzmán, otro de los grandes forjadores del MSAS, el Dr. Avilán Rovira, igualmente con gran experiencia sanitaria, quién prácticamente fundó la División de Estadística Vital del MSAS y otros más, también, de excelente trayectoria en la salud pública nacional. Con el tiempo, se agregaron otros funcionarios del ministerio, que se jubilaban y decidían ingresar a la docencia universitaria. Entre los jóvenes profesores que allí trabajaban, conocí a dos sociólogos, que tenían a su cargo la asignatura de Ciencias Sociales, también denominada Sociología Médica. Eran tiempos novedosos en Venezuela y, por vez primera, profesionales de las Ciencias Sociales trabajaban en la docencia médica. Los dos sociólogos eran Jorge Díaz Polanco y Norma Núñez. Ambos profesionales muy bien formados en su campo y con deseos de abrirse un lugar en la docencia y en la investigación. Cada uno de ellos tenía a su cargo una sección de lo que se llamó Medicina Preventiva y Social I, en el pensum del primer año de medicina. Luego en los años venideros, los estudiantes recibían clases de estadística, epidemiología, administración de salud y práctica sanitaria. Cinco años para formarse sólidamente como futuros médicos con amplios conocimientos de salud pública, como pocas escuelas de medicina en Latinoamérica lo hacían para ese entonces. Jorge era, y lo fue siempre, una persona receptiva, asequible, respetuosa, de carácter agradable, de fácil sonrisa, siempre dispuesto a colaborar. Físicamente me daba la impresión de un joven tribuno romano. El trajín diario y la vida en Caracas no eran muy propicios para la amistad, por lo que prácticamente solo lo veía en la universidad y poco supe de su vida familiar. Éramos jóvenes y cada quién tenía sus desvelos y anhelos por cumplir. Jorge estuvo en el Departamento entre 1968 y 1979, fue el primer sociólogo o uno de los primeros –al menos es lo que tengo entendido– en ser profesor de una escuela de medicina en Venezuela. Estuvo, por consiguiente, en muchas mesas de trabajo relativas al funcionamiento del Departamento y los cambios curriculares que tenían que abordarse para adecuarse a los tiempos modernos. Apenas era la época en que nacía la Atención Primaria de Salud, en Alma-Ata. Después de 1979, Jorge continuó su vida académica en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo y de nuevo en la UCV, en el Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes), hasta culminar su existencia, investigando y escribiendo sobre

diversos temas relacionados con la salud en Venezuela. Nos dejó una vasta obra y un magnífico ejemplo de lo que debe ser un profesor-investigador. Jorge, te recordamos con enorme aprecio y reconocimiento y te damos las gracias por habernos permitido ser tu amigo.

Veamos ahora lo que nos dice Nelson Croce, profesor titular, jubilado de la FacmedicinaUCV, invitado, también, a escribir para esta semblanza sus vivencias con Jorge durante este período de su vida.

Jorge fue el tutor de mi tesis doctoral, que dio lugar a un capítulo dentro de un libro enciclopédico que publicó el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Escuela de Medicina Luis Razetti, de la UCV. Gracias al software SPSS, las asociaciones de Pearson dieron valores excelentes para describir la vinculación entre los indicadores de salud y el gasto público total, sobre todo para el comportamiento de la tasa de mortalidad postneonatal, tal como lo afirmó y demostró, con datos de los EEUU, Bárbara Starfield, de la John Hopkins University. Para Jorge, ella se transformó en «Barbarita». Las tesis de doña Bárbara incluían otros factores determinantes como el coeficiente Gini de desigualdad y el nivel promedio de escolarización. Sus propuestas contradecían y superaban importantes paradigmas de la salud pública prevalecientes en el ambiente académico; eran ideas heréticas sobre los condicionantes de la salud ciudadana que, por cierto, no resultaban o no resultan, muy del gusto de algunos académicos consagrados. No lo sé. Pero, en cambio, a Jorge le gustaba mucho eso de dar saltos epistemológicos, sobre todo si estaban apoyados en la evidencia. Los hechos suelen ser así de tercos y tienden a congeniar con las ideas de las personas alejadas del dogma. Con la ayuda no presencial de Amarthya Sen, vimos también qué sucedía cuando la gestión pública lograba superar las estrecheces presupuestarias y se generaba una alta elasticidad directa, entre la variación del gasto y la variación de los indicadores de salud. Es decir, ocasiones en que el PIB o el presupuesto se recortaban y en cambio los indicadores de salud, a fuerza de más eficiencia y más tesón, mejoraban.

Cuando se publicó el libro del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Escuela de Medicina Luis Razetti, en agosto de 2013, me encargué de aclarar que mi aporte a esta obra impresa provenía de la Tesis del doctorado inconcluso, del cual fue tutor Jorge Díaz Polanco. Creo que cuando ese libro se bautizó, Jorge no estaba en el país, así que no asistió al acto. Cuando lo incluí en las publicaciones para solicitar mi ascenso, le mandé un correo a Jorge informádoselo y pidiéndoles que fuera parte del Jurado. El trabajo está incluido en el Tomo I del libro titulado *Temas de Epidemiología y Salud Pública*, Ebuvcv, y se llama «El Gasto en Salud y su Impacto en la Situación de la Salud en Venezuela» y fue editado por segunda vez hace tres años.

La actividad docente del sociólogo en Educación Médica, Jorge Díaz Polanco, iniciada en la FacmedicinaUCV, no solo se expandió, en el campus de la ciudad universitaria de Caracas, a la Escuela de Sociología y Antropología de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales y al Cendes; sino, también, a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. De igual manera, otras universidades públicas nacionales y privadas, entre estas últimas, la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), de donde egresara como sociólogo en 1967, incorporaron sus espacios académicos, ampliando así los límites de esta expansión, que no era solo de carácter territorial; se ampliaba, también, el oficio del sociólogo. Ya no era únicamente el campo de la Educación Médica su objeto de interés, sino, primero, el de la Sociología de la Medicina y, luego, el de la Sociología de la Salud, tanto a nivel de la enseñanza en el pregrado como en el postgrado.

La Sociología de la Salud se convierte así en una nueva circunstancia en su vida y es, en el marco de esta, cuando lo conocí en 1975, recién iniciada mi carrera académica en la UCV. Ocurrió cuando el Comité Organizador del VI Congreso Venezolano de Psiquiatría me solicitase conformar un equipo integrado por psiquiatras y científicos sociales, con el propósito de elaborar la ponencia central de ese congreso sobre el tema, *La Psiquiatría del Subdesarrollo*. Este equipo quedó integrado, además de por Jorge, por la socióloga Norma Núñez de Macia, el economista Héctor Silva Michelena, el psiquiatra Romualdo Alvarado y yo. Esta ponencia sirvió de base para la elaboración del libro, *Psiquiatría y Subdesarrollo: Reflexiones en base al caso Venezuela*, editada en español (primera edición, mayo 1977 y segunda edición, agosto 1977) y portugués (1980), el cual fue distinguido con los premios Anual de Publicaciones de la Asociación de Profesores UCV, Mención Ciencias Sociales, 1978 y Anual de Psiquiatría Alberto Mateo Alonso, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, 1978.

Y esa nueva circunstancia, la Sociología de la Salud, así como el desarrollo de su carrera académica, le planteaban el dilema de elegir una institución universitaria que le permitiese realizarse como docente e investigador. Es, en la búsqueda de respuesta a este dilema, cuando se produce su encuentro con el Cendes.

La carta de presentación del Cendes, sin duda, era un foco de atracción para la academia venezolana y para la academia latinoamericana. Lo que estaba ocurriendo en esta novel institución, creada en 1961 bajo la figura de instituto experimental (adscrito, en virtud de su carácter interdisciplinario, no

a una facultad, sino al Vicerrectorado Académico de la UCV), resultaba objeto de la atención de la comunidad académica de la que Jorge había comenzado a formar parte a partir de su ingreso como docente en la FacmedicinaUCV.

El Cendes, a pocos años de su fundación, había sido la cuna de la elaboración del método de planificación de salud, conocido como Método OPS/Cendes. La historia que dio origen a este método merece tenerla presente. Ocurrió durante la realización del primer curso de planificación, que dio inicio al programa de postgrado de este centro, en el trienio 1961-1963, cuando, el primer director del Cendes, el Dr. Jorge Ahumada, solicitó a uno de los cursantes, al médico argentino Mario Testa, la elaboración de un documento cuyo propósito era «...intentar una aplicación de los principios y métodos de la planificación económica a un área social como la salud».

Eran los tiempos de la Carta de Punta del Este, 1961, que recomendaba a los países impulsar actividades en el campo de la planificación y, por ello, en el campo específico de la salud, se le solicitaba a la OPS prestarles ayuda técnica. Resulta evidente que esta organización no estaba preparada para responder a tal recomendación; basta tener presente que fue después de la reunión del Consejo Interamericano Económico y Social (CIES), del 5 al 17 agosto de 1961, en la que se aprueba la Carta de Punta del Este, cuando la OPS crea la Unidad de Planificación en su Oficina Central, junto a la conformación de grupos de expertos para desarrollar métodos y técnicas de planificación, proveer adiestramiento en planificación de la salud y proporcionar ayuda técnica a los países.

Precisamente, en el marco de esta decisión, su Director, Abraham Horwitz, le propone a Jorge Ahumada participar en la elaboración de un método de planificación de salud. Ahumada acoge esta solicitud, designando un equipo bajo su coordinación, integrado por Mario Testa, Alfredo Arreaza Guzmán, médico sanitarista venezolano de la Escuela de Salud Pública de la FacmedicinaUCV, Mario Pizzi, médico chileno, especialista en estadística de la salud, funcionario del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela y, por la OPS, Eduardo Sarué, médico, también especialista en estadística de la salud, y Hernán Durán Morales, médico, Jefe de la Oficina de Planificación de Salud de la OPS.

La versión preliminar de este método estuvo lista a mediados de 1962 y su versión definitiva en 1964, aunque su publicación ocurriese en 1965, bajo el título, *Programación de la Salud, bases conceptuales y metodológicas*, que sirvió como núcleo central de lo que conocimos posteriormente como

Método OPS/Cendes, aunque autores como Hernán Duran Morales, al referirse a este método, invirtiese los términos y lo denominase Metodología Cendes-OPS, tal como lo evidencia el siguiente texto, de su artículo *Aspectos conceptuales y operativos del proceso de planificación de la salud*, lo que revela la importancia que el autor, quién formó parte del equipo liderado por Ahumada, le asignaba al Cendes en la génesis de este método.

Bajo la dirección de Jorge Ahumada y sobre la base de las ideas de Mario Testa, Eduardo Sarué y otros técnicos, se elaboró, en 1965, en el Cendes, con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Metodología Cendes-OPS, que constituyó el punto de partida de la planeación de la salud en la región y de la formación de planificadores de la salud en América Latina, durante el período 1962-1970.

A esta carta de presentación que registra un hito en la historia institucional del Cendes, se agrega un hecho ocurrido a finales de la década del setenta. Mario Testa, en el segundo exilio de su vida, regresa a Venezuela, y en los primeros años comparte espacios académicos e institucionales con Jorge Díaz Polanco hasta su reincorporación al Cendes en 1977, ahora como miembro de su comunidad de investigadores. Poco después, en 1980, se produce el reencuentro de Mario y Jorge, inicio de la prolongación de la nueva circunstancia de nuestro homenajeado, en su tránsito de la Sociología de la Salud, a la política y planificación de la salud, campos a los que dedicó su vida a partir de 1980.

El curso de Ampliación en Planificación y Políticas de Salud dictado en Cendes ese año, bajo la coordinación de Mario Testa y con Jorge como docente, fue la actividad académica que abonó la relación entre estos dos investigadores, la cual contribuyó a logros significativos, tanto en el campo de la docencia como de la investigación, en el periodo 1980-1984, tales como la acreditación y dictado de los cursos de Especialización y Maestría en Planificación y Políticas de Salud, del programa de postgrado del Cendes, y el desarrollo del proyecto «Estructura de poder en el sector salud» (EPS), proyecto cuyos resultados contribuyeron al proceso de reflexión colectiva sobre el Método Cendes /OPS, como en justicia ha debido denominarse. De las vivencias ocurridas durante la realización de este proyecto, transcribo la nota que, a solicitud nuestra, escribió la investigadora, Sara Vera, miembro del equipo junto a Jorge, Ricardo Goldferd y Máximo Hernández, bajo el liderazgo de Mario Testa.

A Jorge le correspondió desarrollar el espacio del saber, del conocimiento en la estructura de poder en salud, así que se abocó a desarrollar este punto, a partir de su experiencia en la Universidad de Carabobo. Jorge asumió esta investigación como el gran reto de su vida, que combinaba con la actividad docente, en la cual, también, tuvo una importante participación, ya que, durante el tiempo de duración del proyecto, se iniciaron los cursos de Ampliación, Especialización y Maestría en Planificación y Políticas de Salud del programa de postgrado del Cendes.

Recuerdo, también, que Jorge cantaba muy bien, era un excelente tenor, le gustaba cantar boleros, y cuando había oportunidad, en celebraciones en la misma institución, disfrutábamos de sus interpretaciones. Jorge fue, también, un buen gourmet, le encantaba comer y cocinar, en particular platillos bien elaborados; le encantaban los postres, al extremo que pudiese decir que era goloso de los dulces. Le gustaba el turismo lúdico y los cuentos de sus andanzas por islas, países y por el territorio venezolano conformaban una interesante conversación con sus anécdotas. Y Jorge también era amante de las telenovelas. Yo me tuve que incorporar a verlas para poder participar en sus conversaciones. Principalmente le gustaban las telenovelas brasileras. Una de las que más recuerdo, motivo de tertulia, fue *La esclava Isaura*.

Estos recuerdos vienen a mi mente, porque buscando en internet la fecha en que se ejecutó EPS, me encontré con una entrevista que le hicieron a Mario Testa donde dice:

...el Cendes fue un lugar de aprendizaje y estudio (nunca leí tanto en mi vida, casi un libro por día, domingos y feriados incluidos), pero también la amistad y la fiesta eran componentes que tuvieron un impacto fuerte en mí (...) Durante mi primer período en Cendes, que he calificado como uno de los más formativos de mi vida, hubo un momento de crisis y agitación en el que todo se cuestionaba. En aquel momento yo era Director de Estudios (o algo así) y escribí en el boletín interno del instituto una nota que se llamaba «Otra vez viajando a Ithaca o cómo hacer para que mis tías tuvieran razón», que reproduce parcialmente en la presentación del libro autobiográfico de Mario Hamilton, *Vida de sanitarista*; ahí relato brevemente la odisea de Ulises y termino diciendo: Ulises pudo terminar su viaje, ¿podremos hacerlo nosotros?

Finalmente, quiero destacar que uno de los aspectos de la vida de Jorge fue siempre su inquietud y perseverancia por indagar sobre lo que estaba ocurriendo en el campo de la salud en nuestro país, lo que lo llevó a escribir un sin número de artículos sobre el tema, capítulos de libros y su libro *Barrio Adentro, Continente afuera. Salud y Hegemonía en Venezuela*. Siempre lo recordaré con mucho respeto y admiración, por su agudeza política y analítica en interpretar lo que acontecía en el sector salud venezolano.

En el período posterior a 1984, la balanza entre el yo y las *circunstancias* en la vida de Jorge se modifica, repitiéndose lo ocurrido en la Facultad de Medicina UCV. Ya el peso de la *circunstancia* no es el mismo, o mejor dicho, el yo del sociólogo de la salud, nutrido del clima interdisciplinario vivido desde su ingreso al Cendes, comenzaba su transición para dejar su huella en la institución, a lo que contribuyó su participación en proyectos de investigación cuyos resultados comenzaron a ser referentes para la comunidad académica de Venezuela y de América Latina. Entre ellos destacan: «*Proyecto Integración Docente Asistencial*» (1985-1987), «*Perfil y tendencias de la producción científica en salud*» (1990-1991), «*Evaluación de Impacto en Salud y Ambiente en la Amazonia*» (1994-1996), «*Proyecto Salud*» (1995-2000), «*Reforma de salud en Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de los servicios de salud*» (2000-2005), Proyecto «*Observatorio Venezolano de la Salud*» (2008-2014).

A esta profusa actividad en el campo de actividad investigativa, se suma su contribución a la gestión de la docencia y de la investigación en la UCV y en otras instituciones de investigación en las cuales Jorge se desempeñó:

- Coordinador de Estudios de Postgrado del Cendes (1983- 1985) y (1987-1989).
- Miembro del Consejo de Estudios para Graduados de la UCV (1983-1985; 1987- 1989).
- Miembro de la Comisión de Estudios Interdisciplinarios de la UCV (1983-1985).
- Miembro del Comité Editor de la Revista *Cuadernos del Cendes* (1986-1987).
- Coordinador del Comité Académico del XIV Curso de Maestría en Planificación del Desarrollo del Cendes (1984-1986).
- Miembro de la Comisión Asesora de Salud del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de Venezuela -Conicit- (1986-1989).
- Miembro del Comité Académico del Programa de Doctorado en Estudios del Desarrollo del Cendes (1993-1994).
- Coordinador del Comité Académico del Programa de Doctorado en Estudios del Desarrollo del Cendes (1994-1995).
- Coordinador de Investigaciones del Cendes (2006-2010).
- Presidente de la Comisión de Ciencias Sociales y Humanísticas de la Comisión de Estudios Humanísticos y Sociales del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CDCH) de la UCV, (2009-2012).

- Miembro del Directorio del CDCH (2009-2012).
- Presidente de la Junta Directiva de la Fundación Amigos del Observatorio Venezolano de la Salud (2010-2012).
- Miembro de la Comisión de Proyectos UCV-Sociedad del CDCH (2011-2012).
- Presidente de la Comisión de Estudios Humanísticos y Sociales del CDCH (2007- 2014).
- Miembro del Directorio del CDCH de la UCV (2007- 2014).

La descripción de esta prolífica actividad en el campo de la gestión de la docencia e investigación, la nueva *circunstancia* en la vida académica de nuestro homenajado, quedaría incompleta sin la reproducción del texto que el investigador Félix Tapia, Gerente de Desarrollo Científico y Humanístico de la UCV, me enviase al enterarse de que escribíamos una semblanza póstuma sobre su amigo Jorge Díaz Polanco.

La vida te coloca en el camino seres humanos muy especiales. A Jorge Díaz Polanco lo conocíamos de nombre por su labor como sociólogo de la salud, primero en la Facultad de Medicina y luego en el Centro de Estudios del Desarrollo, Cendes, de la UCV. En 2009, nos conocimos personalmente en el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, CDCH, de la UCV, como miembro del Directorio, en su condición de presidente de la Comisión de Estudios Humanísticos y Sociales del CDCH.

Jorge, un entusiasta, le ponía alta energía a todo lo que hacía: su investigación, el Observatorio Venezolano de Salud y sus impecables análisis; sus pasiones personales, la música, el buen comer, los viajes y una buena conversación.

Jorge Díaz Polanco se caracterizó por su bonhomía, camaradería y espíritu de trabajo en equipo. Era una persona de un gran optimismo y mucho empuje, que le permitieron hacer investigación científica y docencia de excelencia en la UCV y otras universidades nacionales.

En Jorge Díaz Polanco se conjugó el investigador, el docente y el militante político y social. Su manejo de las estadísticas ayudó mucho al CDCH con índices para la evaluación de algunos de sus programas.

Curioso y sagaz como era, aceptó la comisión de representar al Directorio de CDCH en una reunión gubernamental con tono proselitista. Regresó con su paquete rojo-rojito lleno de franelas, gorras y otros bártulos, que intentó regalar en el Directorio y todos los rechazamos. Los cuentos de como obtenían información de salud de la gente espía del Ministerio de Salud, lo colocaban a él y a sus aliados del Observatorio en una suerte de James Bond criollo.

Heredé una de sus frases favoritas «Si lo que haces o estudias tiene que ver con la gente, tú estás haciendo política». Una invaluable frase, para los que irrumpen conversaciones diciendo que son apolíticos o aquellos que insisten en asociar la palabra política con corrupción.

Espero encontrarme al amigo de nuevo para un vino y una buena conversación.

A manera de epílogo

Es imposible cerrar este largo recorrido por las *circunstancias* presentes en la vida de Jorge Díaz Polanco sin hacer mención a dos hitos, uno relacionado con la historia del desarrollo organizacional del Cendes y el otro de su vida personal; ambos le produjeron una satisfacción emocional e intelectual inmensurables. El primero fue la creación en 2010 del Área Desarrollo y Salud (ADS) en nuestra institución; el segundo, lo que significó para él la presencia de su esposa, Thais Maingon, investigadora, compañera de trabajo y amiga de muchos de los miembros de la comunidad cendista.

Un área con nombre y apellido: Jorge Díaz Polanco

Con la decisión de la Comisión Técnica de crear el ADS, se honró el compromiso de institucionalizar la actividad docente e investigativa en salud que se había iniciado en los años fundacionales de nuestro centro, cuando Mario Testa, a inicios de los ochenta, coordinaba el equipo de investigación en esta materia, adscrito al Área de Teoría y Método de la Planificación. La creación del ADS –conformado por las investigadoras Andy Delgado Blanco, Marianella Herrera-Cuenca e Yngrid Candela, miembros de la generación de relevo, junto con Jorge y yo– permitió diversificar las líneas de investigación en salud en las que los veteranos veníamos trabajando, incluyendo nuevas y rediseñando anteriores, tales como las relacionadas con Políticas, Planes, Proyectos y Presupuestos Nacionales en Salud, Alimentación y Nutrición, y Derecho a la salud. A once años de su creación, cuyo primer jefe fue el mismo Jorge Díaz Polanco, la actividad docente, investigativa y de extensión de sus miembros ha hecho importantes aportes en el campo de la investigación en salud en Venezuela, contribuyendo a posicionar al Cendes como referente primordial. Las líneas que siguen, escritas por Marianella Herrera-Cuenca, una de las investigadoras de la triada de esa generación de relevo con la que nació el ADS, dan cuenta de lo que para Jorge significó la nueva área.

Mi primer contacto con Jorge fue en la entrevista que me realizara, en cumplimiento del Reglamento de Ingreso como miembro especial del personal docente y de investigación del Cendes, en mi condición de inscrita en el concurso convocado por este Centro. Me informó entonces que los cargos sometidos a concurso estaban recién creados, con el propósito de formar una nueva área: Desarrollo y Salud, empresa en la cual estaba empeñado, junto al Dr. Carlos Walter, director del centro, desde hace años, y que finalmente se hizo realidad. Hablaba con entusiasmo y emoción al preguntarme si conocía los logros del Cendes en el campo de la salud. Me explicó que quienes resultaren ganadores del concurso, una vez creada esta área, pasarían a ser parte de ella y que además la idea era desarrollar los estudios en alimentación y nutrición vinculados a la salud y al desarrollo, con base en un enfoque transdisciplinario.

De Jorge, conocía, además de sus trabajos de investigación, que había sido el fundador del OVS, destinado a vigilar los acontecimientos en esta materia en el país, particularmente en la crisis que para entonces se hacía sentir hacía más de una década, y la evaluación de políticas y sistemas de salud, bajo el convencimiento de que en Venezuela no había un sistema propiamente, sino servicios de salud a los que la gente eventualmente podía acceder. Estas palabras de Jorge, fueron un gran motivo para impulsar las investigaciones que sobre el tema se habían desarrollado antes de mi llegada al Cendes y, posteriormente, en el trabajo en el equipo transdisciplinario del ADS en conjunto con el OVS. Jorge habló siempre en el ADS de la importancia de la integración de los factores que determinaban el buen funcionamiento de los sistemas de salud y que no necesariamente el mayor gasto los hace más eficientes; que la rectoría, el origen de los fondos y la descentralización deben ir de la mano para garantizar un funcionamiento armónico y eficiente de los sistemas de salud. También recuerdo su énfasis en denunciar públicamente que las cifras emitidas por el gobierno para demostrar que se realizaban millones de consultas a los pacientes dentro de la red paralela de salud primaria de atención «Barrio Adentro», solo podían interpretarse como la pérdida de la calidad de la atención, puesto que si necesitabas 40 consultas para resolver un problema es que realmente la ineficiencia galopante de los servicios era muy obvia.

El ADS y el OVS serán dos espacios que llevarán siempre el nombre de Jorge Díaz Polanco, su legado estará presente ahí y en quienes tenemos el reto de continuar su obra. Su grandiosidad como mentor y maestro nos acompañará por siempre.

Jorge y Thais, una historia de mutua colaboración intelectual

Este era el título que tenía en mente para escribir sobre el proceso interactivo que se desarrolló entre esta pareja de investigadores que, en una etapa de su vida académica, no solo convergieron en dedicar la mayor parte del tiempo

a la actividad de investigación, sino que, en un momento determinado, acotaron este campo a una temática particular: las políticas de salud. Pretendía comenzar con los diálogos que sobre este tema, en varias oportunidades sostuve con Jorge y que, recuerdo, se iniciaron con la lectura de la tesis doctoral de Thais, *Un siglo de política de salud en Venezuela: Eficiencia, Eficacia y Equidad*, presentada para optar al título de Doctor en Ciencias, Mención Ciencias Políticas de la UCV, en el año 2003. En mis conversaciones con Jorge le comentaba acerca de otras parejas en las que la interacción había conducido a una situación casi simbiótica, en la cual uno anulaba al otro; que no era el caso de su pareja, en la que había ocurrido todo lo contrario. Ambos crecieron intelectualmente a través de un proceso de mutua colaboración. Mi propósito era continuar indagando sobre cómo se produjo este proceso y, en particular, sobre el impacto que tuvo la tesis doctoral de Thais en la obra de Jorge en los años posteriores a 2003. Encontré la respuesta a mi búsqueda en las palabras pronunciadas por Thais, el día de las exequias de Jorge, cuya copia transcribo,

Cómo me cuesta estar sin Jorge, me hace mucha falta, debo aprender a vivir sin él, debo aprender a vivir sin él. El último libro que leyó Jorge, lo leyó unas tres veces, se lo regaló a su hermano del alma y de la vida, Mario Bronfman, las pasadas navidades; se titula *De animales a dioses*, de Yuval Harari y es una excelente breve historia de la humanidad. De este libro, muy subrayado por Jorge, resalto lo siguiente: estar satisfecho con lo que se tiene es mucho más importante que obtener más de lo que se desea. Jorge vivió su vida con sentido, con coherencia, tuvo muchas y variadas satisfacciones. Estoy muy segura que Jorge disfrutó en grande más de lo que le ofreció la vida y estaba muy satisfecho con lo que construyó, y con el legado que nos dejó a Rodrigo, a mí y a sus amigos.

Y al releer este texto, hice *insight* en que la respuesta estaba allí, en el amor estaba la clave que me permitía entender, no solo como se produjo ese proceso de mutua colaboración en que ambos crecieron intelectualmente, sino que este contribuyó, también, a esa vida con sentido y coherencia de la que nos habla Thais, la última *circunstancia* de su vida.

Pandemia covid-19 Progresión estadística, numérica y gráfica: mundial y de Venezuela

ANNELIE C. JUREWITZ R. *

pp. 155-165

Este proyecto de investigación estadístico en proceso continuado, mientras dure la amenaza de la pandemia del covid-19, es la primera publicación en línea enmarcada en el programa «Cendes-covid-19: una ventana a la Pandemia», que ofrece una plataforma de recopilación de diferentes investigaciones, trabajos, artículos y modelos de análisis acerca del covid-19, buscando contribuir cada día más en la comprensión de este particular período en la historia de la humanidad en el que ha sido azotada de manera imprevista desde el año 2020.

Antecedentes

La recopilación de la data numérica y la búsqueda de información documental se inició a mediados del mes de marzo 2020 por un interés personal de comprender el desarrollo del virus en Europa y poder ofrecer luces a mis allegados y familiares allí residenciados para su protección ante la grave y aún desconocida amenaza.

Para llevar una cronología diaria y acumulativa lo más exacta posible de la expansión del covid-19, se creó una hoja de Excel con análisis porcentual estadístico de los indicadores disponibles en las páginas oficiales consultadas para la situación mundial:

1. Contagios y fallecimientos diarios desde el 20 de enero de 2020.
2. Casos críticos y pacientes recuperados, a partir del 31 de marzo de 2020 (casos activos calculados a partir de esta fecha).

* Investigadora Independiente. Comunicadora Social / UCAB, Estudios de Planificación y Desarrollo, Mención Política Social, Cendes-UCV, Estudios de Ciencia Política, Mención Políticas Públicas / Universidad Simón Bolívar.
Correo-e: annelie2112@gmail.com

- 3) Pruebas realizadas para detección de casos a partir del 4 de abril de 2020.
- 4) Vacunas aplicadas a partir del 01 de enero de 2021.

Desde el 16 de marzo de 2020, al iniciarse el reporte diario de casos en Venezuela por parte de los voceros oficiales del gobierno nacional, se creó un archivo Excel para registrar la progresión estadística específica del caso venezolano.

A principios de abril de 2020, la data de la progresión estadística, tanto mundial como venezolana, comenzaba a crecer y tomar forma, por lo que se empezó a considerar la utilidad que podría tener esta información para médicos, investigadores y periodistas. Se creó entonces una red de contacto vía correo electrónico por el cual se enviaba diariamente un archivo actualizado con la data. Cada día crecía también la lista de envíos en la que se incorporaban profesionales que quisieran hacer uso libre de la data según su propio criterio y experticia.

Con el interés de que el proyecto que se estaba desarrollando pudiera llegarle a un mayor número de profesionales que pudieran utilizarlo en pro de sus aportes en el manejo y comprensión de la pandemia, se contactó, a principios de julio de 2020, a la Dra. Adriana Tami¹ para someterlo a su evaluación. Una vez revisado, solicitó su incorporación a la lista de envíos diarios, así como la de varios de sus colegas investigadores, entre ellos algunos miembros de La Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales (Acfiman), el Dr. José Félix Oletta y el Dr. Carlos Walter, ambos ex-ministros de Salud.

Así fue como el Dr. Carlos Walter mostró particular interés en dar acceso público a la data en la página institucional del Cendes, por lo que, desde mediados de julio de 2020, en trabajo conjunto, se hizo una revisión exhaustiva del fondo y forma de la data, se desarrollaron archivos adicionales y formatos de apoyo para su lanzamiento al público, el día 21 de agosto de 2020, a través de la página web «Cendes-covid-19: una ventana a la pandemia».

¹ Dra. Adriana Tami actualmente es Directora del grupo de Epidemiología de Enfermedades Tropicales e Infecciosas (EpiTrop) del Departamento de Microbiología Médica y Prevención de Infecciones, Centro Médico Universitario de Groningen (UMCG), Países Bajos. Es Doctora en Medicina por la Universidad de Carabobo, con Maestría en Medicina Tropical e Higiene y Doctora por la London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Reino Unido.

Fuentes, metodología y contenido para la data mundial

Fuentes

*Organización Mundial de la Salud (OMS)*²

La OMS fue el primer organismo oficial que ofreció data mundial acerca los números de la pandemia del covid-19. Publicó reportes actualizados en PDF a diario desde el 21 de enero de 2020 hasta el 16 de agosto de 2020. A partir del 17 de agosto de 2020, los reportes son actualizados semanalmente. Es posible revisar y descargar cada reporte diario o semanal desde el principio de la pandemia. Muestra, en un mismo documento, la data discriminada por regiones (según clasificación de la ONU) y por países, y reporta únicamente los siguientes datos:

- Nuevos casos.
- Casos acumulados.
- Casos acumulados por 1 millón de habitantes.
- Nuevos fallecidos.
- Fallecidos acumulados.
- Fallecidos acumulados por 1 millón de habitantes.
- Clasificación del contagio.

Los reportes están disponibles en formato PDF y en idioma inglés.

*Johns Hopkins University & Medicine (JHU)*³

La página de la Universidad Johns Hopkins es una de las fuentes más consultadas de la data covid-19 desde enero de 2020. Su forma de presentar la data es a través de un mapa interactivo donde al clicar el país de interés se puede ver los números actualizados al momento. La data más completa que registran es la de Estados Unidos y para cada uno de sus estados. Para los demás países no publican los indicadores completos, por ejemplo, número de pruebas de PDR/PCR o dosis de vacunación aplicadas.

Únicamente presenta la data numérica acumulada al momento, no se puede acceder a data histórica. El formato solo permite la transcripción país por país, dato por dato, no trabaja con tablas en un formato que se pueda copiar y pegar o guardar día a día.

² <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

³ <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Muestra en el mapa interactivo los siguientes datos para cada país:

- Casos acumulados.
- Incidencia acumulada por 100 mil de habitantes.
- Fallecidos acumulados.
- Letalidad acumulada por 100 mil de habitantes.
- Recuperados acumulados.
- Casos activos.

Sus reportes están disponibles en formato de mapa interactivo con información actualizada al momento, en idioma inglés.

*Worldometer (WOM)*⁴

Esta página presenta toda la data en forma de tabla, con todos los países, de fácil descarga y copia, para transferir la información completa a un formato tanto Word como Excel, lo cual facilita su manejo.

Se puede visualizar la data del momento, del día anterior y hasta con dos días de anterioridad.

La tabla permite el reordenamiento de la data según cada columna disponible.

Toda la data se actualiza al momento.

La tabla muestra los siguientes datos para cada país:

- Nuevos casos.
- Casos acumulados.
- Casos acumulados por un millón de habitantes.
- Nuevos fallecidos.
- Fallecidos acumulados.
- Fallecidos acumulados por un millón de habitantes.
- Recuperados acumulados.
- Casos activos.
- Pruebas aplicadas acumuladas.
- Pruebas aplicadas acumuladas por un millón de habitantes.
- Población total.

Esta página adicionalmente presenta la data en forma de gráficos globales o por cada país, en idioma inglés.

⁴ <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

*Our World In Data (OWID)*⁵

Esta página, a partir de mediados de diciembre 2020, presenta información numérica de la vacunación contra el covid-19. Se puede acceder a la data histórica (día a día desde el 13 de diciembre de 2020) a través de una barra de movimiento, clicando la opción de visualización de mapas, gráficos y tablas. Las tablas ofrecen la opción de copiar y pegar la información en el formato que se maneje.

La data disponible de la vacunación contra el covid-19 para cada país reportado es:

- Dosis administradas.
- Casos acumulados.
- Dosis administradas por 100 habitantes.
- Porcentaje de la población que ha recibido al menos una dosis de vacunación.
- Número de personas que han recibido al menos una dosis de vacunación.

Esta página presenta la data en forma de mapas, gráficos y tablas con barra cronológica, en idioma inglés.

Metodología y contenidos

Se decidió utilizar Worldometer como fuente principal de la data a ser registrada en los reportes de este proyecto, bajo los siguientes argumentos:

- Fiabilidad de la fuente (JHU y WOM retroalimentan su data entre ellos y desde la OMS y las cuatro fuentes reciben la información directamente de los gobiernos de cada país). En WOM se puede obtener información directa de la fuente original por cada país.
- Se verificó que la data presentada difiere de la data de la OMS y de JHU en menos de un 0,5 por ciento. Sin embargo, se pudo establecer que esta diferencia, fundamentalmente, está determinada por la temporalidad de la publicación de cada una de ellas; por ejemplo la OMS publica la data con un retraso de 1 día hasta 1 semana, una vez que los gobiernos de cada país le entregan sus reportes diarios y ellos los verifican; en cambio JHU, WOM y OWID tienen dinámicas más expeditas para alimentar sus bases de datos directamente de los gobiernos, por lo que actualizan la data varias veces al día.

⁵ <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

- Es la fuente con mayor cantidad de indicadores del covid-19 publicados para todos los países.
- La data es presentada en formato de tabla, fácilmente transferible al formato Excel, importante para evitar errores de transcripción y disminuir significativamente el tiempo para producir el reporte diario, considerando que son varios indicadores por parte de 223 países que registrar.
- Si hubiera problemas para acceder a la página en un día determinado, se puede tener acceso a la data diferenciada por día hasta con 2 días retraso. Y la data se presenta tanto en cifras acumuladas como en cifras diarias de los indicadores, por lo que la omisión de acceso de un día, no implicaría una variación proyectada de los días faltantes.
- En el caso de la data de vacunación, que aún solo está disponible en OWID (enero 2021), se usará esta fuente hasta que WOM la incorpore en su tabla, luego de compararla y verificar su coherencia.

Se han desarrollado varios formatos para este proyecto para la presentación y comprensión de la data:

- a) Progresión Estadística: un solo archivo Excel permite ver y comparar cronológicamente la progresión histórica de la pandemia a nivel mundial por cada país y región, con datos porcentuales de análisis. La data es discriminada por día desde el 20 de enero de 2020. Se actualiza a diario entre las 3:00 pm y 6:00 pm, hora Venezuela.
- b) Data Simple: a diferencia de la Progresión Estadística, este archivo Excel presenta la misma data numérica, pero la información diaria no integra elementos de análisis estadístico, de manera de simplificar a cualquier investigador la copia de los datos para sus programas de modelación y proyecciones que dispongan para sus análisis particulares.
- c) Visualizaciones: láminas de apoyo basadas en la data de los archivos Excel, donde podrán encontrar mapas, gráficos comparativos y barras de progresión cronológica en formato de visualizaciones de fácil comprensión. Las láminas se agrupan en datos globales o por continente. Se utiliza el programa Flourish de acceso *online*. Se actualizan quincenalmente.

Los datos principales presentados en los diferentes formatos unificados por países, regiones y continentes son:

- Población total del país o región (se actualiza diariamente según la data Worldometer).
- Área en kilómetros cuadrados de cada país o zona.

- Densidad de población de cada país o zona (P/MKm²) (la tabla lo calcula automáticamente al actualizar data poblacional).
- Número de dosis de vacunas del covid-19 realizados por cada 100 mil habitantes (la tabla lo calcula automáticamente al actualizar data de vacunas aplicadas).
- Número de pruebas del covid-19 realizadas por cada 100 mil habitantes (la tabla lo calcula automáticamente al actualizar data de pruebas realizadas).
- Incidencia acumulada: contagiados por cada 100 mil habitantes (la tabla lo calcula automáticamente al actualizar data de contagios acumulados).
- Mortalidad por cada 100 mil habitantes (la tabla lo calcula automáticamente al actualizar data de fallecidos acumulados).
- Número acumulado de dosis de vacunas aplicadas en el país (se actualiza diariamente según la data Our World in Data).
- Número acumulado de pruebas realizadas en el país (se actualiza diariamente según la data Worldometer).
- Porcentaje de contagiados del país o zona sobre el número total de contagiados reportados en el mundo.
- Número acumulado de contagiados reportados (se actualiza diariamente según la data Worldometer).
- Porcentaje de aumento o disminución de contagiados con respecto a los últimos siete días.
- Aumento con respecto al día anterior de contagiados reportados.
- Porcentaje de aumento de contagiados reportados ese día con respecto al día anterior.
- Número acumulado de pacientes recuperados (se actualiza diariamente según la data Worldometer).
- Aumento con respecto al día anterior de pacientes recuperados.
- Porcentaje de aumento de pacientes recuperados con respecto al día anterior.
- Número de pacientes activos al día.
- Porcentaje de pacientes activos en relación al número total de contagiados reportados.
- Tasa de letalidad: fallecidos por contagiados reportados.
- Número acumulado de fallecidos reportados (se actualiza diariamente según la data Worldometer).
- Aumento con respecto al día anterior de fallecidos reportados.

- Porcentaje de aumento de fallecidos reportados ese día con respecto al día anterior.
- Número de pacientes en estado crítico (se actualiza diariamente según la data Worldometer).
- Porcentaje de pacientes en estado crítico en relación al número total de contagiados activos reportados.
- Porcentaje de aumento o disminución inter semanal de casos activos a nivel mundial.

Fuentes, metodología y contenido para la data de Venezuela

Fuentes

La data de Venezuela está basada estrictamente en las cifras ofrecidas en los reportes oficiales del Gobierno Nacional, en sus diferentes voceros designados quienes varían indiferentemente de un día a otro. Los primeros meses la data se ofrecía únicamente en forma verbal con apoyo de láminas mostradas en transmisión por VTV en horarios indeterminados (entre 6:00 pm a 11:59 pm), los cuales se podían ver en Youtube en la plataforma Multimedios VTV. A partir de agosto de 2020 se comenzaron a publicar adicionalmente los datos en formato de láminas y escritos en la plataforma Twitter:

- Vicepresidenta Delcy Rodríguez:⁶ ella ha sido, desde los inicios de los reportes una de las voceras oficiales; son reportes de data base, con algunos indicadores faltantes.
- Ministro de Comunicación Jorge Rodríguez (marzo-agosto 2020): sus reportes ofrecían, ocasionalmente, detalles adicionales como las características de los fallecidos, data discriminada de los recuperados, de los grupos de edad y del género de los contagiados, así como las condiciones clínicas de los casos activos. Desde que dejó la vocería se dejó de informar acerca de las características específicas de los fallecidos.
- Ministro de Comunicación Freddy Nájuez⁷ (septiembre 2020-actualidad): desde que asumió la vocería se instituyó la publicación del reporte a través de Twitter. En días intercalados, los publica directamente o retuitea los de la Vicepresidenta. Sus reportes normalmente ofrecen los indicadores completos, entre ellos las condiciones clínicas de los casos activos, el número de pruebas realizadas.

⁶ <https://twitter.com/drodriiven2?lang=en>

⁷ <https://twitter.com/luchaalmada>

- Presidente Nicolás Maduro: asume la vocería en sus alocuciones dominicales; sin embargo, su data es superficial e incompleta, aunque ocasionalmente ofrece datos que no aparecen en los reportes regulares, como la cifra de venezolanos retornados al país durante la pandemia o la discriminación de casos activos por estado.
- Multimedios VTV:⁸ plataforma de archivo audiovisual de todos los reportes. Aunque, en agosto de 2020, YouTube cerró el canal y por unas semanas no hubo acceso a los reportes, actualmente se recuperaron todos los archivos.
- Plataforma Patria:⁹ esta plataforma muestra la data en forma de datos generales, gráficos y mapa. Hasta julio de 2020 se usaba como fuente complementaria principalmente para la data discriminada por estado, grupo de edad y género. Sin embargo, una vez hecha la revisión de todos los reportes oficiales, se pudo verificar que la data discriminada que esta plataforma presentaba no se correspondía con los reportes diarios y presentaba discrepancias importantes, por lo cual se dejó de usar como fuente fiable.

Metodología y contenidos

Al igual que para la data mundial, se desarrollaron para el caso Venezuela tres formatos con las características ya descritas anteriormente para la presentación y comprensión de la data:

- a) Progresión Estadística: la data es discriminada por día desde el 13 de marzo de 2020. Se actualiza a diario a la hora indeterminada en que se publica el reporte oficial: entre las 6:00 pm y 11:59 pm, hora Venezuela.
- b) Data Simple.
- c) Visualizaciones: las láminas se agrupan en datos nacionales y por estado. Los datos se actualizan semanalmente los días jueves.

Los datos principales de Venezuela, presentados en los diferentes formatos unificados por estado, por género y por grupo de edad, son:

- Población total del país o estado (según proyección realizada con base en la data INE y la data de la ONU¹⁰ para el año 2020).

⁸ <https://www.youtube.com/channel/UCpsI9mvJZE1bUzg7nLHMFTa/vid>

⁹ <https://covid19.patria.org.ve/estadisticas-venezuela/>

¹⁰ <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

- Área en kilómetros cuadrados del país o estado.
- Densidad de población del país o estado (P/MKm²).
- Número de pruebas del covid-19 realizadas por cada 100 mil habitantes.
- Incidencia acumulada: contagiados por cada 100 mil habitantes.
- Mortalidad por cada 100 mil habitantes (la tabla lo calcula automáticamente al actualizar data de fallecidos acumulados).
- Número acumulado de pruebas realizadas en el país.
- Porcentaje de contagiados del estado sobre el número total de contagiados reportados en el país.
- Número acumulado de contagiados reportados.
- Aumento con respecto al día anterior de contagiados reportados.
- Porcentaje de aumento de contagiados reportados ese día con respecto al día anterior.
- Número acumulado de pacientes recuperados.
- Aumento con respecto al día anterior de pacientes recuperados.
- Porcentaje de pacientes recuperados, con respecto a contagiados.
- Número de pacientes activos al día.
- Porcentaje de pacientes activos en relación al número total de contagiados reportados.
- Tasa de letalidad: fallecidos por contagiados reportados.
- Número acumulado de fallecidos reportados.
- Aumento con respecto al día anterior de fallecidos reportados.
- Porcentaje de aumento de fallecidos reportados ese día con respecto al día anterior.
- Condición clínica de los pacientes activos.
- Lugar de atención de los pacientes activos.

Alcance del proyecto data numérica, estadística y gráfica de la pandemia del covid-19: mundial y de Venezuela

El objetivo principal del proyecto es consolidar toda la data disponible en archivos únicos bajo el lema «Toda la data en un sitio, toda la data en un archivo». Buscamos ser un punto de referencia expedita para investigadores, periodistas y público en general, reduciendo el tiempo de recopilación de información en innumerables fuentes (para el caso mundial) o en escudriñar la información de una única fuente de data variable (para el caso Venezuela).

Ventajas comparativas de la data desarrollada:

- 1) Recopilación de la data de fuentes oficiales y fiables.
- 2) Data actualizada a diario.
- 3) Tres tipos de formatos de presentación de la data para cada tipo de público y necesidad.
- 4) Archivos de data en formato Excel descargables directamente de la página, para uso universal.
- 5) Data de todos los países que reportan indicadores en una sola pestaña, pudiendo establecer filtros de selección.
- 6) Data día por día y acumulada, de manera de poder visualizar la cronología epidemiológica.
- 7) En idioma español (solo el nombre de los países está en idioma inglés por razones de ordenamiento alfabético que se corresponda con las tablas de las fuentes, que están en idioma inglés).

La respuesta académica al año 2020: congresos y encuentros virtuales

Yorelis J. Acosta* pp. 167-173

«No estoy inquieto ante la palabra pandemia, estoy más preocupado por la reacción del mundo», dijo Tedros Adhanom Ghebreyesus, director de la OMS.

El mundo cambió en el año 2020. Cambios radicales en nuestro estilo de vida con la emergencia sanitaria por un nuevo coronavirus: el denominado covid-19 o SARS-CoV-2; un virus que se contagia por vía flotante con alto índice de contagio.

Un problema sanitario que se inició en una ciudad remota de China, sacudió el sistema mundial. Las consecuencias han sido señaladas en el nivel salud sin duda, pero también en lo económico, en el cambio climático, en lo social, psicológico y educativo. En este sentido, resaltaré dos dimensiones fundamentales en tiempos de pandemia: la respuesta académica a través de congresos, seminarios y jornadas planificadas para el 2020, es decir, los encuentros académicos, y lo relativo al tema de la salud mental tocado en dos encuentros académicos virtuales.

Entre las primeras medidas tomadas por los gobiernos e instituciones en el plano educativo estuvo la suspensión de clases en todos los niveles y sugerir la migración a actividades de aprendizaje a distancia, apoyándose en diversos formatos y plataformas (con o sin uso de tecnología). La afectación en el nivel educativo involucra estudiantes, maestros, profesores, personal administrativo y obrero de centros educativos, ministerios, padres y representantes y sus hogares. La Unesco (Guía elaborada por el Equipo Estatal de Educación de Plena inclusión con aportaciones de la Comisión de Familias por la inclusión,

* Psicóloga clínico. Especialista en Intervención Psicosocial, Magister Scientiarum en Psicología Social y Candidata a Doctora en Ciencias Políticas en la Universidad Central de Venezuela (UCV). Investigadora y Jefa del Área Sociopolítica del Centro de Estudios del Desarrollo, Cendes, UCV.
Correo-e: yorelisaco@gmail.com

2020) estima que el 92 por ciento de la población escolar está afectada, lo que implica cerca de 1.570 millones de estudiantes en todo el mundo.

No pretendemos analizar cuán preparados estaban los países, el nuestro y las distintas comunidades educativas, para dar respuesta a este momento, ni la formación de los docentes e investigadores para enfrentarlo, ni el aumento de la brecha digital en los aprendizajes, sino la migración de los encuentros académicos presenciales al plano virtual, «aprovechando» la coyuntura para plantearse un mayor alcance e intercambio profesional, entre otras bondades. Entre las ventajas de este tipo de encuentros está mayor participación al superar las restricciones impuestas para el desplazamiento físico, lo que le permite a países como el nuestro participar a muy bajo costo. Otras ventajas son la ampliación del programa al incorporar ponentes de cualquier geografía y la grabación de las presentaciones para ofrecerlas en línea a sus miembros académicos y público interesado por un tiempo indefinido. De esta manera este material puede ser revisado desde la comodidad de los hogares y de manera asincrónica.

Las conferencias virtuales ofrecen también la posibilidad de una nueva forma de comunicación entre los diferentes integrantes de la comunidad participante. Ofrece la opción de preguntas que quedan registradas y poder ofrecer las respuestas en tiempo real o después de la presentación, comunicarse directamente con el expositor, o recibir de manera ilimitada las intervenciones, porque el factor tiempo juega otro papel.

Uno de los grandes desafíos para los investigadores es convertirnos en excelentes oradores y dominar la exposición en estas plataformas, aunque la experiencia pareciera presentarse ante un auditorio vacío o frente a cámaras apagadas.

En resumen, este tipo de eventos ofrece claras ventajas en los aspectos económicos, comunicacionales, organizativos-logísticos e incluso las opciones de diferentes tipos de publicaciones digitales. También nos invita a revisar los paradigmas tradicionales de los congresos y encuentros académicos para que adopten esta nueva modalidad virtual, con nuevos formatos de participación que aumenten las tradicionales mesas de trabajos, presentaciones libres y conferencias magistrales.

También hay desventajas: dificultades técnicas, deficiencias en estas que obstaculizan las presentaciones y la comunicación del contenido, dificultad para compartir contenido (presentaciones durante la exposición y que esta sea atractiva para el público), vulnerabilidad a los ciberataques, cuidados de la

confidencialidad y derechos de autor, entre otros. Pero también se extraña la dimensión social de los congresos: compartir con los colegas, la conversación entre sesiones y el café para continuar conversando sobre los hallazgos o avances de investigación, incluso el componente cultural queda eliminado e imposibilita conocer otra ciudad y otra cultura.

Aprovechando oportunidades: asistencia a dos eventos virtuales

Las reuniones académicas ya habían adelantado unos pasos en la comunicación virtual, incluso con modernas plataformas, uso de redes sociales y páginas para promocionar los eventos, enviar propuestas, inscribirse y pagar, y un número de teléfono para estar en contacto directo por mensajería Whatsapp con los organizadores del evento. Pero el año 2020 lleva nuevas actividades a la web: presentaciones e incluso asambleas de miembros para seleccionar sus nuevas juntas directivas como en la Asociación Ibero-latinoamericana de Psicología Política, en la que ocupó el más alto cargo para el periodo 2020-2022, acompañada por colegas de Argentina, Brasil, Chile y Colombia.

Siendo mi área de formación la psicología clínica y social, participé en dos eventos académicos: XIII Congreso Argentino de Salud Mental y la Semana Ibero-Latinoamericana de Investigación en Psicología Política.

XII Congreso Argentino de Salud Mental Dedicado a la salud pública y salud mental

La edición número XIII en su modalidad virtual se realizó del 06 al 10 de octubre de 2020, organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Estuvo compuesto por 58 ejes temáticos vinculados a la salud mental: adicciones, aspectos clínicos, teóricos, culturales, deportivos, derechos humanos, determinantes sociales, económicos, género, medios de comunicación, musicoterapia, políticas públicas, comunitaria, migraciones, atención primaria, violencia, entre otros. Se reunieron 174 ponentes centrales, en su mayoría de Argentina pero, también, de Italia, Suiza, Brasil, Francia, España, Egipto, Sudáfrica, Reino Unido, Portugal, USA y otros países, todos con amplia trayectoria en la psicología.

Estos ponentes tuvieron su presentación *online* en vivo durante los cuatro días del congreso, mientras que el resto de los participantes lo hicieron a través de un video no mayor de 15 minutos, en lo que se clasificó en mesas redondas, comunicaciones libres, posters, talleres y actividades artísticas. La

memoria del congreso agrupa los trabajos en extenso que fueron arbitrados por el comité académico, así como todas las presentaciones, lo que puede ser visualizado en el link: <https://congresovirtualaasm2020.com/es/program/1>

Mi presentación, titulada «Ejercer el periodismo en Venezuela. Incidencias en la salud mental», forma parte del proyecto «Periodismo en contextos violentos» desarrollado durante todo el año 2020 en Venezuela, con el apoyo de la periodista Beatriz Adrián y la ONG Darentretodos, presidida por ella. En este marco se realizó el perfil psicológico de un grupo de periodistas con afectaciones psicosociales por el ejercicio de su profesión.

En los dos últimos años, en el gremio periodístico, hay reportes de suicidios, ansiedad, ataques de pánico y trastornos del sueño; la afectación incluye a sus familiares, en especial niños y personas mayores a su alrededor. Por otra parte, hay razones de peso para sustentar que ejercer el periodismo en Venezuela implica riesgos y afecta la salud mental de sus profesionales. Para recopilar información y desarrollar un plan de trabajo con el gremio, realicé una encuesta *online* y entrevistas a un grupo de periodistas de varias regiones del país, donde se exploraron aspectos relacionados con el bienestar, salud mental, afectaciones psicológicas, síntomas y consecuencias durante el tiempo de emergencia sanitaria causado por el covid-19. Se mostraron los resultados de la investigación, así como las acciones desarrolladas en pro del cuidado de su salud mental: talleres, atención psicológica, materiales audiovisuales para estos profesionales y su familia.

Semana Ibero-Latinoamericana de Investigación en Psicología Política

La Asociación Ibero-latinoamericana de Psicología Política giró su encuentro bianual al formato virtual. El objetivo principal fue contribuir a la visibilidad de investigaciones y discusiones actuales desde la Psicología Política de Ibero-Latinoamérica y generar un repositorio digital que permita la difusión de referentes de la disciplina, a través de redes sociales, *newsletter*, *mail list* y página web, a una audiencia amplia y no necesariamente experta.

El encuentro se realizó del 13 al 16 de octubre y estuvo organizado por la Asociación en conjunto con la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Solo tres ponencias centrales *Psicología Política en Tiempos de Pandemia*, dictada por José Manuel Sabucedo (España) y Gian Vittorio Caprara (Italia); *Movimientos Sociales, Desafíos en y desde Ibero-Latinoamérica* presentada por Vicente Sisto (Chile) y Katherine Herazo (Mexico); *Géneros y Sexualidades, ante el Avance de los Conservadurismos* desarrollada por Mirta

González Suárez (Costa Rica) y Marco Aurelio Prado (Brasil). Finalmente el cierre del encuentro estuvo dedicado a un merecido homenaje a la psicóloga venezolana Maritza Montero.

El resto de las participaciones se agruparon en tres ejes temáticos, exclusivamente en formato video de seis minutos: 1) psicología política iberoamericana en contextos de pandemia, 2) género y sexualidad frente al avance de los conservadurismos y, 3) acción política, movimientos sociales y luchas colectivas en la región; que reunían resultados de investigaciones empíricas, reflexiones teóricas o acciones de articulación e intervención con organizaciones sociales. Todos los envíos fueron analizados por el comité académico, del cual formé parte también. El programa científico, video conferencias y homenajes, los conseguimos en el link: <http://congresopsipolitica.psi.uba.ar/>.

En esta oportunidad desarrollé aspectos psicopolíticos del ejercicio del periodismo en Venezuela, bajo el título: «Periodismo y Revolución». En los últimos 20 años Venezuela se ha convertido en un país muy hostil con la prensa independiente. Si bien solo se ha registrado un caso de periodistas asesinados (Mauro Marcano en el año 2004) o presos por ejercer la profesión (solo el caso de Braulio Jatar y Jesús Medina Ezaine), el gremio de periodistas y trabajadores de la prensa no escapan de ser objeto de intimidaciones, amenazas, persecuciones, descalificaciones públicas, censura, agresiones físicas, dificultades técnicas (escasa conectividad a Internet), robo de sus herramientas (cámaras, teléfonos celulares, chalecos antibalas, trípodes, carteras de uso personal) por parte de grupos violentos durante el ejercicio de su profesión. El hostigamiento, ejercido desde las altas esferas del poder público, de los medios adscritos al Estado y miembros de Colectivos armados, ha dejado una secuela de daños físicos, emocionales y psicológicos en los profesionales que hacen periodismo en el país. Estas agresiones han sido documentadas por el Colegio Nacional de Periodistas (CNP), el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Prensa (SNTTP) y el Instituto Prensa y Sociedad, Capítulo Venezuela (IPYSve). Otra de las consecuencias de esta relación Periodismo y Revolución es el cierre de medios de comunicación independientes y el éxodo de más de 1.600 periodistas. Como psicólogo clínico y social me correspondió atender de manera individual a varios profesionales así como generar contenidos de ayuda psicológica para el gremio y sus familiares.

Homenaje a Maritza Montero

El día 16 de octubre reunió a un grupo de importantes colegas de diferentes países en una mesa virtual donde expusieron sobre aspectos académicos, pero también personales de Maritza Montero, nuestra más destacada psicóloga social y madre de la psicología política latinoamericana.

Por parte de Venezuela, se reunieron videos breves de colegas como Beatriz Rodríguez, Maribel Goncalvez y dos compañeros de trabajo en la década de los 80 y 90 en el importante departamento de Psicología Social de la UCV: Fredzia Torres y Héctor Gatica.

Karen Cronick, del Instituto de Psicología de esta universidad, realizó una semblanza sobre la trayectoria académica de Maritza, así como le dio un merecido lugar a otros investigadores que contribuyeron al desarrollo del área en el país y en Latinoamérica, como lo son Euclides Sanchez y Esther Wiesenfeld. A continuación, un resumen de la reseña bibliográfica y académica de Maritza Montero realizada por Karen Cronick:

Políglota. Graduada de Abogada en la Universidad Central de Venezuela, en 1962. Graduada de Licenciada en Psicología en la Universidad Central de Venezuela, en 1967. Realizó su Master en la Universidad Simón Bolívar de Venezuela. Obtuvo su Doctorado en la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales en París en 1982.

Para hablar de la Psicología Social y la Psicología Comunitaria en Venezuela es necesario hablar de tres docentes e investigadores importantes, los doctores Maritza Montero, Euclides Sánchez y Esther Wiesenfeld. Los tres han sido docentes en la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela y los dos últimos también formaban parte del Instituto de Psicología de la misma universidad. Los tres trabajaban como editores de numerosas revistas profesionales; eran omnipresentes en la Psicología Social, no solo en Venezuela, sino en congresos y proyectos internacionales, sobre todo en los Congresos Interamericanos de Psicología donde participaban en la organización de los eventos y en ponencias propias.

Maritza Montero fue fundamental en la creación de la Psicología Social en Venezuela. Además de su propio trabajo investigativo, ayudó a fundar la maestría en Psicología Social y el Doctorado en Psicología de la Universidad Central. Destaca la combinación de rigor implacable, variabilidad metodológica y trabajo con el equipo docente compuesto por José Miguel Salazar, Miriam Dembo, Ligia Sánchez y María Luisa Platone. El proyecto era ambicioso: organizaban seminarios nacionales e internacionales, cursos, sesiones con los

candidatos al doctorado y otras actividades para guiarnos exitosamente hasta la culminación del programa.

La divulgación de las investigaciones realizadas en Psicología Social las hizo, junto con su tutor José Miguel Salazar, a través de la creación de la Asociación Venezolana de Psicología Social, Avepso, en la que desarrollaron el Boletín y crearon e impulsaron las Jornadas de Psicología Social, bianuales.

Perteneció al equipo fundador de la Catedra Libre de la Mujer, «Manuelita Sáenz», de la Universidad Central de Venezuela, y fue docente de la misma. En sus relaciones interinstitucionales mantuvo un trabajo también con la Universidad Católica Andrés Bello, desde la docencia e investigación.

Tanto Maritza como Euclides han recibido el Premio Interamericano de Psicología, otorgado por la Sociedad Interamericana de Psicología y, Maritza, en el año 2000, recibió el Premio Nacional de Ciencias, mención Ciencias Sociales de Venezuela. Tienen múltiples obras relacionadas con la Psicología Social, Política, Comunitaria y Ambiental, que incluyen temas sobre la organización comunitaria, la autoconstrucción de viviendas, la pobreza, la identidad nacional, la participación, la metodología, la Psicología de la Liberación, la motivación y otros.

A esta crónica hay que añadir que Maritza Montero fue, por casi dos décadas, profesora de Metodología en el Doctorado en Estudios del Desarrollo del Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes-UCV).

Finalmente, debo señalar que siempre se podrán realizar actividades de diferente tenor, con más o menos recursos, pero lo importante es mantenernos vinculados a las comunidades científicas y, por otro lado, nos guste o no, la comunidad científica se moverá a encuentros híbridos.

La Peste

Albert Camus

Les Éditions Gallimard, 347^e édition

1955

Andy Delgado Blanco* pp. 175-179

¿Por qué seguimos leyendo *La Peste* 75 años después de su primera edición? sobre todo cuando su autor la consideraba una obra fallida, que no se le parecía, y dejó reposar el manuscrito en una gaveta mientras la II Guerra Mundial alcanzaba su cenit; hasta que, un año después de su fin, en 1946, la entregó, con reticencia, para su publicación. Insignes escritores la consideran una obra menor: «mediocre», sentencia Vargas Llosa. A la luz de las circunstancias actuales, una primera respuesta a la interrogante preliminar podría ser la pandemia que desde 2020 nos agobia con este largo confinamiento al que hemos sido sometidos como medida profiláctica. Sin embargo, esta afirmación no explica por qué no ha sucedido lo mismo con obras como *La Peste Escarlata* de Jack London o *Diario de una peste* de Daniel Defoe, que además de tratar el tema, sirvieron de insumo a Camus para escribir su novela.

Defoe con su prolija descripción de lo ocurrido en Londres y sus alrededores, durante los años que van entre 1664 y 1666, cuando la peste bubónica arrasa y se cobra innumerables vidas, nos cuenta las tragedias personales, familiares y colectivas, detalla los casos en las diferentes parroquias, las formas de contagio, los daños económicos, el cierre de fronteras, las luchas entre los pobladores y las medidas de las autoridades. Situaciones con las cuales nos sentimos identificados hoy día. London, por su parte, presenta una visión post apocalíptica del mundo. En 2013, 60 años después de que una peste, capaz de matar a una persona en 15 minutos sin que el enfermo

* Abogada por LUZ, Doctora en Estudios del Desarrollo y Magíster en Planificación del Desarrollo por el Cendes-UCV. Profesora-investigadora y jefa del Área Desarrollo y Salud del Cendes. Miembro del Comité Editor de la Revista *Cuadernos del Cendes*.
Correo-e: andydelgadob@gmail.com Correo-e: andydelgadob@gmail.com.

supiera de su estado hasta que era demasiado tarde, el último sobreviviente, le cuenta a cuatro de sus nietos –niños salvajes, que no saben leer ni escribir y viven del pastoreo, la caza y la pesca, en un ambiente de tribus– el horror ante la inminencia de las muertes y de las multitudes enloquecidas que, sin freno alguno, queman y saquean.

La Peste de Camus va más allá de lo precisi3n descriptiva de Defoe en Londres o de la desesperanza de London, ante lo que ubica en California y el resto de los EEUU. Así lo han entendido tanto los lectores como el mundo editorial, desde su primera publicaci3n en 1947, cuando fue un 3xito de ventas, obtuvo el Premio de los Críticos y en *Le Monde* se le consideró uno de los libros del a3o, con ediciones periódicas desde entonces.

Alberto Camus fue un escritor francés, nacido en Argelia, que casi diez a3os despu3s de publicar esta obra recibiría el Premio Nobel de Literatura. Un intelectual que, acuciado por los grandes problemas de su 3poca, se comprometió en hacerles frente y denunciarlos, para lo cual asumió posiciones incómodas que le condenaron al ostracismo por parte del *status quo*. Los norteamericanos bombardearon Hiroshima y al día siguiente, su voz se alzó desde Combat con una editorial que, frente al silencio de sus contemporáneos, condenaba los hechos. Ante la justicia por propia mano de la poblaci3n francesa con los colaboracionistas, en la que se ajustició a los hombres y rapó a las mujeres, se opuso; con la pena de muerte, igual. Conocida la realidad de los *Gulabs* soviéticos se atrevió a criticar a Stalin, endiosado por los intelectuales de la 3poca. Su compromiso con los débiles y «los que sufren la historia» fue independiente de cualquier posicionamiento ideológico; su condena a las injusticias y desigualdades apartó el maniqueísmo de izquierda y de derecha. Fue un escritor comprometido, sí, pero también un hombre de acci3n que, sin dejar de reflexionar, de cuestionar, se hizo parte de la Resistencia y, con ello, puso en peligro su vida; es de este compromiso de donde surgen las ideas de *La Peste*.

Para quienes hemos releído esta obra varias veces, dos de ellas, entre 2020 y 2021, es siempre descubrir un libro nuevo, porque lo que define la permanencia de *La Peste* en el tiempo es su doble tema de fondo; por una parte, la alegoría contra los totalitarismos y por la otra, la inmanencia de la bondad en el ser humano; en este caso, bajo el signo de la solidaridad y la honestidad, frente al mal y el egoísmo.

El argumento de la obra es sencillo. En una ciudad argelina, en un a3o incierto de la década de los cuarenta del siglo pasado, se desata una

plaga que diezma a la población, lo que exige providencias administrativas y sanitarias. Ganglios inflamados en cuello e ingles, fiebres altas, sudores, primero; luego pulmones congestionados, muerte segura a los pocos días. Ciudadanos asustados, autoridades escépticas, incertidumbre, caos, dolor y muerte.

Releer esta novela en marzo de 2021, cuando estamos en la tercera ola mundial del covid-19 y la segunda en Venezuela, es hacer un acercamiento menos simbólico y más próximo a nuestras vidas. Las semejanzas y coincidencias con lo que viene sucediendo a nivel mundial, desde el año pasado hasta el momento de escribir estas líneas, son un llamado a la reflexión y a la interpelación de ciudadanos y gobernantes. No en vano las ventas de esta novela se dispararon en 2020, al punto que la editorial *Penguin Random House* se hizo con los derechos para su publicación digital en español, por una suma que no ha salido a la luz.

La Peste llega a la ciudad de Orán el 16 de abril, cuando aparece la primera rata muerta en el descansillo de la escalera del Dr. Bernard Rieux, personaje central de la novela, quien, al igual que sus conciudadanos, la prensa y las autoridades piensa que el peligro es irreal. Pese a las evidencias objetivas, el reconocimiento de la existencia de la plaga y la actuación en consecuencia, con medidas preventivas y el decreto de estado de alarma, no fue prioritario. Las primeras iniciativas para hacerle frente al mal son individuales; lo que priva es la reticencia de las autoridades de nombrarlo por su nombre y tomar medidas que, por sus implicaciones, podían afectar la actividad económica de la ciudad. La consigna era «obremos rápido, pero en silencio». Un poderoso ejemplo de esto, lo vemos en el diálogo entre el Jefe de policía y el Dr. Rieux:

-Dígame la verdad: ¿Está seguro de que es una peste?

-No es una cuestión de vocabulario, es una cuestión de tiempo, responde el médico.

El diálogo anterior luce tan actual como para demandarse porqué fue el 11 de marzo de 2020, más de tres meses después de conocerse los primeros casos y ver su rápida propagación, cuando la Organización Mundial de la Salud asumió pública y tardíamente, según algunos actores calificados, que se estaba frente a una pandemia que habría de cobrarse más de tres millones de vidas en todo el mundo.

No es solo la molición de las autoridades lo que nos indigna en la novela de Camus, sino que vivimos como propios la ausencia del suero para hacer atender los síntomas y sanar a los enfermos; las medidas

sanitarias, el cerco epidemiológico, con el consecuente cierre de fronteras y puertos; la incredulidad de la población, las conjeturas sobre la duración del confinamiento, la separación de amantes y familiares, el dolor ante las pérdidas; los entierros apresurados, sin pompas fúnebres, ni deudos; los costos emocionales derivados del encierro, el miedo al contagio, la mutación del virus y de los síntomas de la enfermedad, la lucha de los médicos y de unos pocos para hacer frente a la peste. Hoy día, en los más variados confines del mundo, la enfermedad, el exilio, el confinamiento, la separación son realidades. Todo lo narrado en *La Peste* nos es tan cercano que nos preguntamos cómo pudo el autor francés recrear esos sucesos y, más allá, seguir interpelándonos existencialmente casi ochenta años después, sobre cuál ha de ser nuestra actuación en tanto ciudadanos de ese Orán en el que nos encontramos.

Dejando de lado el sentido acuciante, de cercanía y urgencia, que sentimos cuando, en la actual coyuntura, nos adentramos en las páginas de esta novela, es preciso reflexionar sobre un segundo aspecto: ¿por qué pensamos en los modelos autoritarios cuándo leemos este libro? Responder esto requiere, en primer lugar, situarse en el contexto en que se escribió la obra. El nazismo estaba en pleno auge en Europa, la ocupación alemana era un hecho, el colaboracionismo del Régimen de Vichy, otro. Se había perdido la República y, frente a eso, la resistencia francesa. En segundo lugar, porque como parte de esta última, el mismo autor, en escritos previos, se refería a los nazis, «como ratas», que asfixiaban y agredían; eran la peste «*brune*» que destruía las vidas e instituciones de aquellos que se les oponían.

Hacia finales de los años treinta del siglo XX, frente a las primeras manifestaciones del nazismo –la noche de los cristales rotos, el *Anschluss*, la ocupación de Checoslovaquia– tanto el pueblo alemán como las autoridades y ciudadanos de otros países parecieron no darse cuenta de la tragedia que se cernía sobre sus cabezas, el peligro de muerte y desastre total no les parecía real, no creían que les alcanzaría. Camus traza ese paralelismo en las páginas de *La Peste*. Ante la llegada silenciosa del mal, los ciudadanos, un término constante en la novela, parecen no darse cuenta de lo que sucede o no quieren verlo. Cada quien sigue con su vida, según como la entiende. Ese sentido de urgencia reflexiva, de anticipación ante señales objetivas e inconfundibles, hace de esta novela una obra de su tiempo: una metáfora contra los autoritarismos que supera cualquier etiqueta política o ideológica.

A través de la reiteración –las plagas– el autor nos dice que estas nos toman siempre desprevenidos y nos negamos a reconocer los hechos –pese a la claridad de sus signos y síntomas– en cualquier tiempo y espacio. En ese contexto, Camus no acusa, sino que sacude a sus lectores al ofrecer una de las imágenes más sugerentes del libro: «Las plagas, en efecto, son una cosa común, pero es difícil creer en las plagas cuando las ve uno caer sobre su cabeza».

Tony Judt, en el prólogo de la reedición de la novela publicada por *Penguin Books* en 2001, publicada luego en *The New York Review of Books*, afirma que el tema central de *La Peste* «No fue ‘el fascismo’ –un objetivo fácil– sino el dogma, el conformismo, la sumisión y la cobardía en todas sus formas de intersección pública». Los personajes camusianos nos hacen concordar con esta interpretación de Judt. Rieux, Grand, Tarrou, Cottard, Rambert, Richard, Castel y Paneloux nos muestran las diferentes formas de actuar frente a la plaga: los que creen poder vivir sin riesgos, siempre que colaboren; los que la aceptan sin más, sin luchar, como parte de un destino que ha de sufrirse y, los que, sin ambages, desde sus posiciones se juegan la vida para combatirla y buscar la cura.

Más allá de la lectura que se haga de *La Peste* lo que está de fondo en esta propuesta, ayer y hoy, es cómo actuar ante un gran problema común, ¿cómo ejercer la ciudadanía?, ¿con coraje y solidaridad?, ¿con egoísmo?, ¿nos dejamos abatir por la desesperanza ante el avance del mal?, ¿apelamos a nuestra capacidad de organización como ciudadanos en aras del bienestar general? Rieux, el alter ego práctico de Camus en la novela, invoca la conciencia ciudadana: «Puede parecer una idea ridícula, pero la única manera de combatir la peste es la honestidad».

La voz de Camus llama a conjugar honestidad, solidaridad y responsabilidad en la actuación ciudadana, desde lo humanamente posible, en la búsqueda de soluciones, aun ante lo que puede ser inevitable; también alecciona para estar siempre alertas porque las plagas cualesquiera que estas sean, siempre están allí: «el bacilo de la peste no muere ni desaparece jamás, puede permanecer dormido por décadas en los muebles y en las sábanas, aguardando pacientemente en los cuartos, los sótanos, los baúles, los pañuelos y papeles, y, quizás un día, solo para enseñarles a los hombres una lección y volverlos desdichados, la peste despertará a sus ratas y las enviará a morir en alguna ciudad feliz».

Autores

Jacqueline Richter

Abogada, Especialista en Derecho del Trabajo (UCV, 2004), Maestría en Gobierno y Políticas Públicas (Flacso, 1996), Doctora en Sociología (UAB, 2010). Profesora titular a dedicación exclusiva, adscrita al Instituto de Derecho Privado de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad Central de Venezuela.

Correo-e: jrichter@gmail.com

Keta Stephany

Licenciada en Letras (mención Magna Cum Laude). Doctora en Estudios del Desarrollo (UCV, 2013), *Magister Scientiarum* en Planificación del Desarrollo, Mención Política Social (UCV, 2001). Profesora asociada, a dedicación exclusiva, de la Escuela de Trabajo Social y de los postgrados de la Escuela de Salud Pública de la UCV. Miembro del Comité Académico del Doctorado en Salud Pública (UCV).

Correo-e: sketa0@gmail.com

Gustavo J. Villasmil-Prieto

Médico cirujano y Especialista en Medicina Interna (UCV). Especialista en Medicina de Urgencias (Tel Aviv University, Israel). Máster en Administración de Servicios Asistenciales de Salud, *cum laude* (UCAB). Máster en Gerencia Pública (IESA). Doctor en Ciencias Políticas (UCV). Docente e investigador clínico, con intereses en los campos de la teoría y las políticas públicas sanitarias. Profesor de la Universidad Central de Venezuela en las Facultades de Odontología, Medicina, Ciencias Jurídicas y Políticas, y Humanidades y Educación.

Correo-e: villasmilucv@yahoo.com.ve

Marianella Herrera-Cuenca

Médico egresada de la Universidad Central de Venezuela. Doctora en Nutrición (USB). Docente e investigadora del Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes) de la Universidad Central de Venezuela (UCV). Exjefa del Área Desarrollo y Salud del Cendes-UCV. Jefe del grupo de trabajo Global en Seguridad Alimentaria del Consejo de Investigaciones de Academy of Nutrition and Dietetics (USA).

Correo-e: manyma@gmail.com

Oly Millán Campos

Economista (FACES-UCV). Magister en Historia (UCLA). Doctorante en Economía (UCV). Profesora de Economía Política (FACES-UCV).

Correo-e: omillancam@gmail.com

Wilmer Torrealba

Economista (FACES-UCV). Magister en Modelos Aleatorios (Escuela de Matemática, Facultad de Ciencias-UCV). Doctorante en Economía (UCV). Especialista en el área de riesgo bancario. Profesor de las asignaturas Crecimiento económico y Microeconomía de la Facultad de Ciencias económicas y sociales de la Universidad Central de Venezuela.

Correo-e: wjts198@gmail.com

Yorelis J. Acosta

Psicóloga clínico. Especialista en Intervención Psicosocial, Magister Scientiarum en Psicología Social y Candidata a Doctora en Ciencias Políticas en la Universidad Central de Venezuela. Investigadora y Jefa del Área Sociopolítica en el Centro de Estudios del Desarrollo de la UCV. Áreas de investigación: Conflictividad y violencia. Profesora, categoría asociado, en la cátedra de Psicología Social en la escuela de Comunicación Social, Universidad Católica Andrés Bello. Directora general de la Asociación Ibero-latinoamericana de Psicología Social y Política para el periodo 2020-2022. En los últimos cuatro años se ha concentrado en el estudio de los estados de frontera, migración, suicidios, salud mental de los venezolanos en tiempos de crisis.

Correo-e: yorelisa@gmail.com

Normas para autores

Los manuscritos enviados a la Revista Cuadernos del Cendes son sometidos, en primer lugar, a la revisión del Comité Editor para garantizar que cumplan con los requisitos mínimos de calidad, propios de una revista académica, y que sean procedentes dentro de la temática del desarrollo. Si el veredicto del Comité es favorable, el texto se remite a expertos de reconocida trayectoria en el tema en cuestión para su arbitraje, bajo el sistema doble ciego. Las sugerencias de los árbitros, cuando las hubiere, serán dadas a conocer, con la confidencialidad del caso, a cada autor.

Los artículos científicos a ser considerados para su publicación por el Comité Editor de la Revista Cuadernos del Cendes deben cumplir los siguientes requerimientos:

- **Propuesta de artículo**

El artículo deben ser enviado al correo electrónico del Departamento de Publicaciones del Cendes: cupublicaciones@gmail.com dirigido al Comité Editor de la *Revista Cuadernos del Cendes* acompañado con una correspondencia de Certificación de Originalidad del artículo propuesto, haciendo constar que el mismo no ha sido presentado ni publicado en otras revistas científicas, nacionales o internacionales, ni en ningún portal electrónico de acceso abierto y que, por tanto, puede ser sometido a evaluación de acuerdo a las normas del Comité Editor de la Revista Cuadernos del Cendes.

- **Las propuestas deben incluir**

- Título del artículo en español e inglés (máximo 15 palabras)
- Nombre del autor o autores con su correspondiente mini sinopsis curricular de máximo 50 palabras, que debe incluir: título académico, lugar de adscripción profesional, cargo y dirección electrónica.

- Resumen del artículo en español e inglés, el cual no puede exceder las 130 palabras. La traducción al inglés es estrictamente responsabilidad del autor.
- Tres a cinco palabras clave en español e inglés.
- Nombre del proyecto de investigación que dio origen al artículo.

- **Extensión**

Los artículos propuestos deben tener una extensión mínima de 20 páginas y máxima de 30, incluyendo ilustraciones, gráficos, tablas, figuras y referencias bibliográficas. No se incluyen anexos.

- **Características formales del texto**

- Tipografía: Arial 11
- Interlineado: 1,5 cm.
- Margen: 2,5 cm. general
- Hoja: tamaño carta
- Comillas: solo las latinas « »
- Cita de autor o autores: se deben hacer con el sistema apellido del autor, año de la publicación. Si es una cita textual, debe ir el número de página después del año, separado por : (dos puntos); cuando son varias páginas, separadas por un guión.
Si son varios autores, separados por ; (punto y coma).
Si dos autores se apellidan igual, se incluye el segundo apellido.
- **No** se aceptan **negritas** dentro del texto, solo en los títulos. De ser necesario, usar *cursivas*.
- Notas a pie de página: la identificación de la investigación que respalda al artículo o la del autor deben ir en asteriscos (*). La nota 1 comienza en el cuerpo del artículo y las citas de autores deben hacerse de la misma forma que dentro del texto.
- Apoyo gráfico: los gráficos, figuras, cuadros o tablas se deben incluir en el texto a la medida de la mancha de la revista indicando su fuente de origen y fecha de publicación, y, aparte, se debe enviar la versión original en Excel o Power point. Los títulos y la fuente deben ir fuera del cuadro o gráfico.

- **Referencias bibliográficas**

Solo los textos citados dentro del artículo deben ser incluidos en las referencias bibliográficas y viceversa, colocados en orden alfabético al final del artículo.

Cada referencia debe seguir estrictamente los siguientes pasos:

- **Artículo de revista**

Apellido, Nombre (año de publicación). «Título del artículo» (comillas latinas), en *Título de la revista* (cursivas), vol. (si es el caso), n°, pp. (páginas). Ciudad de publicación.

- **Libro**

Apellido, Nombre (año de publicación). *Título de la obra* (en cursivas). Ciudad de publicación: (dos puntos) Editorial.

- **Capítulo de libro**

Apellido, Nombre (año de publicación). «Título del artículo» (entre comillas latinas) en Nombre y Apellido, ed. (editor), *Título de la obra* (en cursivas). Ciudad de publicación: (dos puntos) Editorial.

- **Texto tomado de una página web**

Disponible en: <http://www...> Consultado el día/mes/año.

- **En cualquier caso, si son varios autores**

Apellido, Nombre, Nombre Apellido y Nombre Apellido (año de publicación).

- **Sección de Autores**

Se requiere una sinopsis curricular, de máximo 150 palabras, que incluya:

- Apellidos y Nombres
- Institución
- Dependencia
- Cargo
- Categoría
- Dedicación
- Títulos académicos
- Experiencia Profesional (perfil académico y profesional; líneas de investigación)
- Credenciales de Mérito
- Dirección electrónica

El Comité Editor no asume el compromiso de mantener correspondencia con los autores sobre las decisiones adoptadas.

Standards for authors

Manuscripts sent to the *Journal Cuadernos del Cendes* are first submitted to the review of the Editorial Committee to ensure that they meet the minimum quality requirements expected of an academic journal, and that they are related with the subject of development. If the Committee's verdict is favorable, the text is referred to experts of recognized background on the subject in question for their arbitration, under the double-blind system. The suggestions of the arbitrators, if any, will be made known confidentially to the author.

The scientific articles to be considered for publication by the Editor Committee of the *Journal Cuadernos del Cendes* must meet the following requirements:

- **Article proposal**

The article must be sent to the email of the Department of Publications of Cendes: cupublicaciones@gmail.com, addressed to the Editorial Committee of the *Journal Cuadernos del Cendes* accompanied by a correspondence of Certification of Originality of the proposed article, stating that it has not been presented or published in other scientific journals, national or international, or in any open access electronic portal and that, therefore, it can be submitted for evaluation according to the standards of the Editor Committee of the Journal.

- **Proposals should include**

- Title of the article in Spanish and English (maximum 15 words)
- Name of the author or authors with their corresponding three-line mini synopsis that must include: academic degree, place of professional admission, position and electronic address.
- Summary of the article in Spanish and English, which cannot exceed 150 words.
English translation is strictly the responsibility of the author.

- Three to five keywords in Spanish and English.
- Name of the research project that gave rise to the article.

- **Extension**

The proposed articles must have a minimum length of 20 pages and a maximum of 30, including illustrations, graphics, tables, figures and bibliographic references. No annexes are included.

- **Formal features of the text**

- Typography: Arial 11
- Leading: 1.5 cm.
- Margin: 2.5 cm. general
- Sheet: letter size
- Quotes: only double angle quotation marks: « »
- Quote from author or authors: must be made ordered: author's last name, year of publication. If it is a textual quotation, the page number must be shown after the year, separated by : (two dots); when it is several pages, separated by a hyphen. If there are multiple authors, separated by ; (semicolon). If two authors have the same name, the second surname is included.
- No bolds are accepted within the text, only in titles. If necessary, use italics.
- Footnotes: Must be numbered and should be referred to in the body of the article. Also quotes from authors in the same way as within the text.
- Graphic support: Charts, figures or tables should be included in the text tailored to the magazine's printed area, indicating its source and publication date. Additionally, the original version must be sent in an Excel or Power Point file. Titles and font must go outside the graphic or chart.

- **Bibliographic references**

Only the texts quoted within the article should be included in the bibliographic references and vice versa, ordered alphabetically at the end of the article.

Each reference must strictly contain the following information:

- **Magazine article**

Last Name, Name (year of publication). «Title of the article» (double angle quotation marks), Title of the magazine (in italics), vol. (if applicable), pp. (pages) City of publication.

- **Book**
Last Name, Name (year of publication). Title of the work (in italics).
Place (city): (two points) Publisher.
- **Book chapter**
Last Name, Name (year of publication). «Article title» (double angle quotation marks) in First and Last Name, Title of the work (in italics).
Place (city): (two points) Publisher.
- **Text taken from a website**
Available at « www... » and consulted on day/month/year.
- **In any case, if they are multiple authors**
Last Name, Name, Name Last Name and Name Last Name (year of publication).
- **Authors Section**
A curricular synopsis of up to 150 words is required, including:
 - Surname and Name
 - Institution
 - Dependency
 - Position
 - Category
 - Dedication
 - Academic Titles
 - Professional Experience (Academic and Professional Profile; Lines of Research)
 - Merit Credentials
 - E-mail address

The Editorial Committee does not commit to written communication with the authors on the decisions taken.

Guía de arbitraje

La Revista Cuadernos del Cendes es una publicación periódica cuatrimestral arbitrada. Desde 1983 es el órgano institucional del Centro de Estudios del Desarrollo - Cendes - de la Universidad Central de Venezuela.

En cada número se publican los resultados de investigaciones de los miembros de planta del Cendes y de otros investigadores, así como también documentos, reseñas bibliográficas e informaciones referidas al área de Estudios del Desarrollo y de las Ciencias Sociales en general.

A continuación le presentamos un conjunto de criterios de evaluación que deberán ser observados por el árbitro a los fines de realizar un arbitraje integral.

Importancia del tema

Se deberá valorar cuán relevante es para las ciencias sociales el tema analizado en el artículo.

Aportes al conocimiento del tema

Se trata de precisar si el tema desarrollado constituye efectivamente un nuevo aporte a la discusión respectiva.

Fundamentación de las ideas

Se trata de evitar que el artículo sea una colección de ideas superficiales sin basamento teórico y respaldo empírico cuando este sea necesario.

Coherencia

El trabajo deberá articular las ideas conformando un todo cohesionado.

Redacción

La exposición deberá estar escrita en forma clara, precisando los conceptos utilizados.

Bibliografía adecuada y actualizada

Presentación correcta de cuadros, tablas y gráficos

Se trata de cuidar que el autor observe las reglas convenidas universalmente para tales efectos.

Finalmente, se agradece exponer el juicio de la manera más amplia y clara posible. Ello permitirá al autor conocer con más detalle las observaciones y contribuirá a una toma de decisión más adecuada por parte del Comité Editor de la Revista.

Arbitration guidelines

Revista Cuadernos del Cendes is an arbitrated four-monthly journal. It has been the institutional channel of Centro de Estudios del Desarrollo - Cendes -, Universidad Central de Venezuela, since 1983.

Each issue offers the reader the results from research projects of Cendes staff as well as from other researchers, plus documents, bibliographic reviews and informative reports concerning the field of development studies and of social sciences in general.

Following you will find a set of evaluation criteria that the arbiter should take into account in order to deliver an integral arbitration.

Importance of the subject

The relevance for the social sciences of the subject analyzed in the article needs to be evaluated.

New contribution to the theme

Namely, to determine whether the subject at issue actually constitutes a new contribution to the respective debate.

Conceptual grounds

The article must not be a collection of shallow ideas without a theoretical basis and empirical support, when required.

Coherence

The ideas are to be linked in such a way as to constitute a cohesive whole.

Writing

The exposition is to be written in a comprehensible way, with the concepts precisely stated.

Suitable and updated bibliography is to complement the article

Proper display of tables and graphics

The author is to observe the international rules that apply in this matter.

Finally, we will appreciate that you deliver your assessment in the broadest and most straightforward possible way. This will allow the author to understand thoroughly the observations to his or her work and will facilitate a sounder decision by the Editorial Committee.