

Una visión histórica y comparativa de la salud y la medicina en Venezuela hasta el año 2024

Dra. Lilia Cruz

RESUMEN

Este trabajo fue presentado el 11 de abril de 2024 en la Academia Nacional de Medicina de Venezuela (ANM) como parte de las ceremonias de incorporación del Dr. Andres Soyano López como Individuo de Número. Trata sobre historia de Venezuela (siglos XIX a XXI), en salud pública, desarrollo institucional y económico-social. Hace breve referencia a la pandemia de gripe española en 1918. Analiza la evolución de la pandemia de COVID-19 en Venezuela (casos, muertes, exceso de mortalidad, vacunaciones) dentro del contexto mundial. Presenta la evolución histórica de indicadores de salud: esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil, mortalidad materna, gasto del gobierno en salud, asesinatos, pobreza, índice de desarrollo humano, y establece comparaciones con otros países. La evolución temporal de indicadores del estado de la economía: producción de petróleo, valor

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2025. XXXII.15>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6405-1059>

Individuo de Número, Sillón XIX.

E-mail: lcr13118@gmail.com

de las exportaciones petroleras y producto interno bruto per cápita, son analizados para comprender lo sucedido a lo largo de los siglos XX y XXI. Un país que era pobre, rural y dependiente de la agricultura, se convirtió en un país urbano, importante exportador de petróleo y dependiente de la renta petrolera. En medio siglo, desde 1925 hasta 1975, se modernizó y llegó a alcanzar gran prosperidad en las décadas de 1950 y 1960, aunque persistieron sectores de la población afectados por la pobreza y grandes desigualdades entre los grupos sociales. A partir de 1977 el país se estancó en su desarrollo económico y social y desde 2015 sufrió un empobrecimiento masivo y una crisis. humanitaria compleja, la cual continúa en la actualidad. El trabajo termina con frases de esperanza para el futuro.

SUMMARY

This work was presented on April 11, 2024, at the National Academy of Medicine of Venezuela (ANM) as part of the ceremonies of incorporation of Dr. Andres Soyano López as a full member (Individuo de Número). It deals with the history of Venezuela (XIX to XXI centuries) in public health, institutional and socio-economic development. It makes brief reference to the Spanish flu pandemic in 1918 and analyzes the evolution of the COVID-19 pandemic in Venezuela (cases, deaths, excess mortality, vaccinations) within the global context. It presents the historical evolution of health indicators: life expectancy at birth, infant mortality, maternal mortality, government spending on health, murders, poverty, human development index, and establishes comparisons with other countries. The temporal evolution of indicators of the state of the economy: oil production, the value of oil exports and gross domestic product per capita, are shown to understand what happened throughout the twentieth and twenty-first centuries. A country that was poor, rural and dependent on agriculture, became an urban, important oil exporter and oil dependent country. In half a century, from 1925 to 1975, the country modernized and achieved

great prosperity specially in the 1950s and 1960s, although sectors of the population affected by poverty and great inequalities between social groups persisted. From 1977 onwards the country stagnated in its economic and social development and since 2015 suffered massive impoverishment and a complex humanitarian crisis which continues today. The paper concludes with phrases of hope for the future.

Palabras clave: Venezuela, historia, pandemia, COVID-19, salud pública, esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil, mortalidad materna, pobreza, índice de desarrollo humano, gasto en salud, producción petrolera, valor de exportaciones petroleras, PIB per cápita, desarrollo económico, emergencia humanitaria compleja.

Key words: Venezuela, history, pandemics, COVID-19, public health, life expectancy at birth, infant mortality, maternal mortality, poverty, human development index, health expenditure, oil production, oil export's value, GDP per capita, economic development, complex humanitarian emergency.

INTRODUCCIÓN

Agradezco a la Dra. Isis Nezer de Landaeta, presidente, y demás miembros de la Junta Directiva de la Academia por concederme el honor de realizar el Juicio Crítico al trabajo titulado “Venezuela entre dos pandemias. Una visión de la salud y la medicina venezolanas entre la gripe española (1918) y el COVID-19 (2020-2023)” presentado por el Dr. Andrés Soyano López para su incorporación como Individuo de Número, Sillón XXIV de esta corporación.

El Dr. Andrés Soyano López es Miembro Correspondiente Nacional de la ANM, Puesto 47, desde el 5/6/2014. Se graduó de Médico Cirujano en la Universidad Central de Venezuela, UCV, en 1971. Obtuvo el título de PhD en Patología Experimental en la Universidad de Harvard (1976). Es Profesor de Inmunología en el Instituto Venezolano



Figura 1. Dr Andrés Soyano López. Fotografía tomada por la autora en jardín del Palacio de las Academias el 5/4/2024.

de Investigaciones Científicas, IVIC, y en la UCV; es Investigador Asociado Titular del IVIC. En la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina (SVHM) es Individuo de Número desde 2013, actual director-editor de la revista y presidente en el bienio 2013-2015. Este breve resumen curricular muestra que el Dr. Soyano ha dedicado su carrera profesional al estudio de la Inmunología y la Historia de la Medicina, combinación de saberes que se manifiesta excelentemente en el trabajo presentado.

En el trabajo de incorporación, el Dr. Soyano describe los progresos realizados en la institucionalización de Venezuela y en la salud pública del país, asociados a los cambios socioeconómicos y

políticos a lo largo del siglo XX, para terminar con lo que él llama la deconstrucción que ha tenido lugar a partir de 1999 y el surgimiento de la emergencia humanitaria compleja, caracterizada por altas cifras de pobreza, desnutrición, enfermedades prevenibles reemergentes, reducción de la calidad de la educación y de la salud y empeoramiento de las condiciones de vida de la mayoría de los venezolanos: *el regreso al pasado*. En la metáfora del túnel del tiempo expresa su preocupación por que no ve luz al final del túnel, sino oscuridad.

El Dr Soyano presenta su visión sobre la salud y la medicina venezolanas en orden cronológico, tomando como marco de referencia: la pandemia de gripe española en 1918 y la pandemia de COVID 19 en el siglo XXI, e incluye un preámbulo que se refiere a la época de la independencia y el siglo XIX. Es un aporte a la historia de la medicina en nuestro país, basado en el estudio de 178 referencias bibliográficas.

En esta presentación apporto información complementaria que considero útil e interesante y otra visión sobre el tema.

SIGLO XIX

Entre 1819 y 1830 Venezuela formaba parte de la República de Colombia (Figura 2). Era pobre y con baja densidad de población (1). Simón Bolívar, el Libertador, como presidente de la República, decretó la creación de la Facultad Médica de Caracas (25/6/1827) y refrendó en 1827 los Estatutos Republicanos de la Universidad Central de Venezuela que convirtieron a la Real y Pontificia Universidad de Santiago de León de Caracas en una institución pública, secolar y autónoma (2).

Venezuela se separó de Colombia y constituyó un estado independiente por mandato del Congreso Constituyente de 1830 convocado por decreto de José Antonio Páez, jefe civil y militar de Venezuela. Este se realizó en la Casa de la Estrella (Figura 3), en la ciudad de Valencia, del 6 de mayo al 14 de octubre de 1830. José María Vargas participó como diputado. Sancionó el 22 de septiembre la Constitución del Estado de Venezuela, que estuvo vigente hasta 1857. Páez fue nombrado presidente del Estado de Venezuela (5,6). Los símbolos patrios se muestran en la Figura 4.



Figura 2. La República de Colombia. En 1819 constituida por tres departamentos: Venezuela, Cundinamarca y Quito. En 1830 tenía 12 departamentos. En el mapa de América se muestra la ubicación de la República. Bandera tricolor con escudo nacional (3,4).

La trayectoria de Venezuela como Estado-nación independiente se mantiene sin interrupción desde 1830 hasta el presente, aunque hubo cambios en el nombre, en el diseño de los símbolos patrios, la constitución, las formas de gobierno, la economía, la educación, la salud, las relaciones políticas y sociales y la extensión territorial.

El territorio de la Venezuela independiente era, de acuerdo con la constitución de 1830, el correspondiente a la Capitanía General de Venezuela en 1810. José Antonio Páez encargó al geógrafo, cartógrafo, explorador y militar, Agustín Codazzi, la elaboración del mapa de Venezuela (Figura 5). Su trabajo fue aprobado por Juan Manuel Cajigal en 1838, y en 1839 por el Congreso Nacional. El “Atlas Físico y Político de la República de Venezuela” fue publicado en París en 1840 y el “Resumen de la Geografía de Venezuela” en 1841. Codazzi recibió la medalla de honor de la Sociedad Geográfica Francesa y la orden de la Legión de Honor (8,9).



Figura 3. Casa de la Estrella en Valencia, actualmente sede de un museo, de la Academia de Historia del Estado Carabobo y lugar donde miembros de la Academia Nacional de Medicina (Miriam Marcano, Laddy Casanova, Carlos Rojas, Evelyn Figueroa, Oswaldo Guerra) organizan eventos culturales, como el realizado el 8 de marzo de 2024, con asistencia de miembros de la Junta Directiva de la ANM (Isis Nezer, Marco Sorgi, Lilia Cruz).



Figura 4. Símbolos patrios del Estado de Venezuela. A la izquierda, los vigentes entre el 14/10/1830 y 18/4/1836. A la derecha los vigentes entre 1836 y 1863 (6,7).



Figura 5. Mapa político de Venezuela elaborado por Agustín Codazzi por encargo de José Antonio Páez. Incluye el territorio del Esequibo, actualmente en reclamación. Retrato de Agustín Codazzi, geógrafo y militar (8,9).

Aparte de los acontecimientos relacionados con la medicina en el siglo XIX relatados por el Dr Soyano, vale la pena destacar la creación de la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas, de acuerdo con un plan concebido en París por los jóvenes médicos Luis Razetti y Santos Aníbal Domínici en el otoño de 1892. Razetti relata (10) que el acto de instalación de la Sociedad tuvo lugar el 13 de marzo de 1893, a las 8 p.m. por médicos y cirujanos residentes en Caracas, reunidos en el Salón del Consejo Médico de la Universidad Central, *“para establecer entre nosotros una asociación médica, en donde colectivamente se ventilen los asuntos relacionados con la medicina, facilitando así el cambio de ideas y la comunicación de conocimientos, tan necesarios para el progreso de la ciencia á que nos dedicamos”*. Se nombra director a Francisco Antonio Rísquez y secretario a Juan

de Dios Villegas Ruiz. A pesar de su corta duración (hasta 1896), esta sociedad tuvo gran valor e importancia. Razetti escribió: *“trabajó con fe y entusiasmo y realizó progresos trascendentales: echó las bases de una nueva era para la medicina científica en Venezuela, porque abrió nuevos horizontes al estudio, indicando los problemas de nuestra patología regional que más merecen solución y señalando los caminos de la medicina moderna que con más acierto nos pueden conducir al conocimiento de la verdad, estableció el estímulo en la enseñanza universitaria creando el concurso para los empleos de alumnos internos y externos de los hospitales; pidió también el concurso como único medio de fundar el verdadero profesorado en nuestra Facultad; de su seno surgió el Instituto Pasteur de Caracas, en donde Rangel, dirigido por Dominici, adquirió los elementos fundamentales que luego le permitieron fundar los estudios de parasitología en Caracas; pidió y obtuvo la creación de la enseñanza clínica obligatoria como parte del programa de los estudios médicos oficiales, abrió discusiones sobre los puntos más importantes de la patología tropical e invitó con insistencia a todos los médicos venezolanos a estrechar los lazos de la unión y de la confraternidad profesionales, en beneficio del adelanto de la medicina nacional y del objeto único de nuestra ciencia: hacer el bien...”*(10). La Sociedad fue precursora de la Academia Nacional de Medicina (ANM). Fundó la Gaceta Médica de Caracas (GMC), cuyo primer número fue publicado el 15 de abril de 1893. La revista fue mantenida por el Colegio de Médicos de Venezuela y continúa sin interrupción desde 1904 hasta el presente como publicación oficial de la ANM. 132 es el volumen correspondiente al año 2024. El Dr Luis Razetti fue director y administrador de la GMC desde su fundación hasta su retiro de la Academia en 1924.

SIGLOS XX y XXI

La Academia Nacional de Medicina de Venezuela fue creada por ley orgánica el 7 de abril de 1904 como corporación rectora de la medicina nacional. Fue instalada el 11 de junio de 1904, sábado, 4 pm, por sus 26 primeros miembros fundadores, profesores de la Facultad

de Medicina de la UCV. Eligieron la Junta Directiva para el bienio 1904-1906 (Figura 6). Otros miembros fundadores se fueron agregando hasta el 1 de diciembre de 1904 cuando se completó el grupo de 35 Individuos de Número establecido en la Ley (10,11).



Figura 6. Integrantes de la primera junta directiva de la Academia Nacional de Medicina.

Las reuniones semanales de la ANM y los 5 Congresos Venezolanos de Medicina (12) en el primer tercio del siglo XX promovieron la investigación científica y fueron una tribuna para presentar numerosos e importantes estudios acerca de las enfermedades endémicas y la geografía médica nacional, los cuales contribuyeron a:

- La creación de instituciones públicas de sanidad
- Orientar las políticas de saneamiento en Venezuela.

- Desarrollar la lucha contra la tuberculosis, la fiebre amarilla, el paludismo, las disenterías, la lepra y las enfermedades venéreas.
- Fomentar la protección materno-infantil, la higiene escolar, y el saneamiento de la ciudad de Caracas.
- Crear escuelas y cátedras universitarias relacionadas con las ciencias de la salud y los concursos de oposición para la provisión de cargos de docentes.

La Figura 7 muestra las fechas de realización, ciudades sede, el número de trabajos presentados y el número de asistentes a los Congresos organizados por la ANM. Fueron patrocinados por el ejecutivo nacional y contaron con la asistencia de representantes del presidente de la república, el ministro de instrucción pública y personal de salud (12).

N°	Fechas	Sede	Trab	Asistentes					
				Total	Medic	Far	Den	Par	Ing
I	24-6 - 4 julio 1911	Caracas	86	197	153	29	13	2	-
II	18 - 23 enero 1917	Maracaibo	106	127	91	16	19	1	-
III	23 - 28 junio 1921	Valencia	91	180	122	23	31	1	3
IV	6 - 12 diciem 1924	Caracas	47	185	126	36	21	2	0
V	19 - 25 dicie 1926	Maracay	56	257	173	45	35	1	3

Figura 7. Congresos Venezolanos de Medicina. Abreviaturas: Número de trabajos presentados: (Trab). Asistentes: Médicos (Medic), Farmaceutas (Far), Dentistas (Den), Parteras (Par) e Ingenieros sanitarios (Ing) (12).

La pandemia de influenza A(H1N1) en 1918-1919 (gripe española)

En el mundo la pandemia se desarrolló en tres olas y duró 18 meses, desde abril de 1918 a 1919. Comenzó en Estados Unidos y se extendió por todo el planeta. Se afirma que hubo 500 millones de

personas infectadas, lo cual representa el 30 % de la población. El número de muertos se había estimado entre 20 y 50 millones, pero estudios recientes indican que pudo haber llegado a 100 millones. La tasa global de mortalidad: 10 a 20 % (13). El Dr Soyano hizo una interesante descripción de la evolución de la gripe española en el mundo y en Venezuela. De allí se extrae datos para el siguiente breve resumen: A Venezuela llegó la segunda ola a comienzos de octubre de 1918. Se declaró oficialmente terminada el 30 de diciembre de 1918. Es decir, tuvo una duración de tres meses. En algunas regiones del interior del país, donde llegó más tarde, se prolongó hasta abril de 1919. Se estima entre 25 000 y 80 000 muertes, 1 % a 3 % de la población. Letalidad: 2,8 % a 3,9 %, menor que en otras latitudes. La Junta de Socorro designada por el gobierno para combatir la enfermedad, trabajó entre el 28 de octubre de 1918 y el 1 de febrero de 1919.

La pandemia de COVID-19 causada por el SARS-CoV-2 entre 2020 y 2023

Casos y muertes

La pandemia de la enfermedad causada por el coronavirus 2019 (COVID-19) comenzó en China a fines del año 2019. Fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)” o “Emergencia Sanitaria Global” el 30/1/2020, situación que terminó el 5/5/2023; es decir, tuvo una duración de tres años y poco más de tres meses. Todavía, actualmente, se registran casos y muertes en el mundo, pero dejó de ser una emergencia global.

En Venezuela se registraron los primeros casos de COVID-19 el 13 de marzo de 2020 y la primera muerte fue reportada el 26 de marzo en el Estado Aragua. La pandemia evolucionó en varias olas. Según reportes oficiales, el número de casos acumulados hasta el 4/5/2023 es 552 695, el número de muertes: 5 856 (14), para una mortalidad de 1,06 %. Los dos últimos fallecidos fueron reportados el 3 de abril de 2023. La duración de la pandemia de COVID-19 en Venezuela fue de tres años y tres meses, mucho más larga que de la de la pandemia de

gripe española, pero mucho menos letal, lo cual pudiera ser atribuido al rápido desarrollo de vacunas y tratamientos eficaces, gracias a los avances científicos ocurridos en el mundo a lo largo de un siglo y a las medidas sanitarias adoptadas. Para ilustrar el desenvolvimiento de la pandemia en Venezuela se muestra en la Figura 8 el número de muertes confirmadas acumuladas en las dos semanas previas, desde enero de 2020 hasta marzo del 2024 (15).

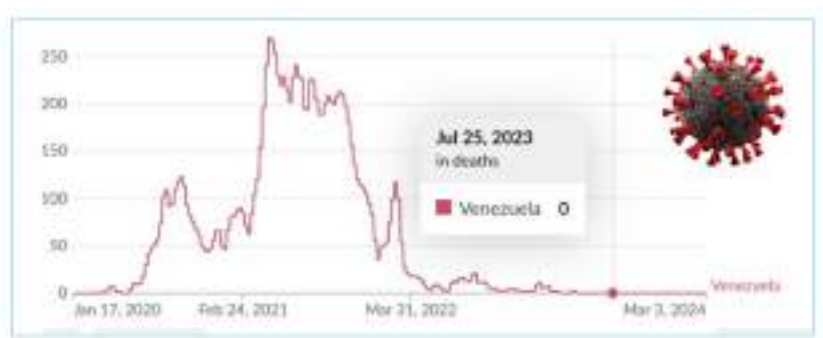


Figura 8. Muertes por COVID-19 confirmadas, bisemanales en Venezuela, enero 17, 2020-marzo 3, 2024 (Número de muertes acumuladas en las dos semanas previas). Fuente de información: WHO COVID 19 Dashboard. OurWorldData.org/coronavirus (15). Consultado marzo 3 2024. El recuadro agregado muestra que en julio 25, 2023 no hubo muertes reportadas. A la derecha, una imagen del SARS-CoV-2.

Para comparar la situación de Venezuela con el resto del mundo se presenta la Figura 9, que muestra los casos reportados por región OMS y la totalidad de las muertes por COVID-19 ocurridos en el mundo en lapsos de 4 semanas (16). La línea continua, que representa la totalidad de las muertes, muestra que la mayoría de ellas ocurrió entre abril de 2020 y marzo de 2022, alcanzando el pico más alto de

400 000 muertes en las 4 semanas transcurridas entre el 14 de diciembre de 2020 y el 11 de enero de 2021. Se observa 9 picos, los más altos en el año 2021. También en Venezuela los picos más altos de muertes ocurrieron en 2021 (Fig. 8). La distribución de los casos por regiones de la OMS fue variando a lo largo del tiempo. Llama la atención que el pico más alto de muertes ocurre cuando el número de casos es de aproximadamente 16 millones distribuidos principalmente en Europa y América (muertes/casos: 2,5 %). En enero de 2022 ocurre una fuerte ola que llega a un máximo de 87 millones de casos con 375 000 muertes en 4 semanas, con gran reducción en la tasa de letalidad, pues el porcentaje de muertes/casos baja a 0,43 %, poniendo de manifiesto el hecho de que la vacunación logra reducir la mortalidad, pero no evita las reinfecciones. La última gran ola registrada en este gráfico aparece a principios de diciembre de 2022 con cerca de 97 millones de casos, principalmente en la región occidental de Pacífico, acompañada de 95 000 muertes (0,1 %).

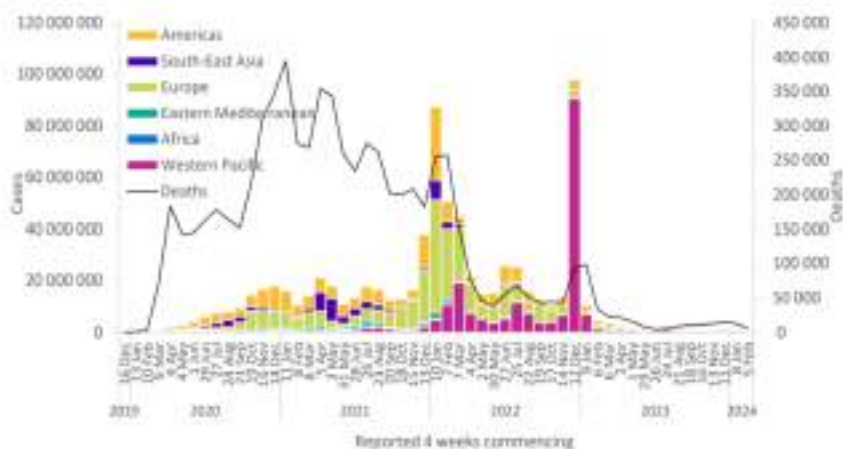


Figura 9. Número de casos de COVID-19 reportados por región OMS (barras) y muertes globales (línea continua), por intervalos de 28 días entre el 16/12/2019 y el 3/3/2024 (16).

La Figura 10 permite comparar la situación en la región de las Américas con el mundo. Si bien las Américas concentra el 12,89 % de la población mundial, el número total de casos de COVID-19 acumulados desde el 16 de diciembre de 2019 hasta el 3 de marzo de 2024 en esta región (3 010 208) representó el 25 % y el de las muertes el 43 % del total mundial. En las 4 semanas transcurridas entre el 5 de febrero y el 3 de marzo de 2024 hubo 52 307 casos nuevos en las Américas, lo que representa el 18 % de los casos registrados en el mundo durante el mismo período, mientras que el número de muertes reportadas a la OMS en dicho lapso fue de 5 011 en las Américas, en comparación con 6 201 en el mundo (81 %). Los casos nuevos reportados en las Américas ocurrieron en Chile (25 908 casos), Argentina (15 400), Canadá (3 706) Ecuador, Guyana, Colombia, Perú y Panamá. Las nuevas muertes ocurrieron en Estados Unidos: 4 756, Chile:128 y Perú: 53. La variante del SARS-CoV-2 más reportada en las últimas semanas fue la JN.1 (90 % en la semana 9 de 2024) (16).

	Mundo	Américas	%
Casos acumulados	774.834.251	193.207.023	25
Muertes acumuladas	7.037.007	3.010.208	43
Casos nuevos ultimos 28 dias	292.755	52.307	18
Muertes últimos 28 dias	6.201	5.011	81

Figura 10. COVID-19: Casos y muertes en el mundo y en la región de las Américas (OMS) desde el comienzo de la pandemia hasta el 3 de marzo de 2024. Elaborada con datos tomados de la referencia 16.

El cociente de ingresos a la UCI/hospitalizados, que es un indicador de la severidad de la infección, ha venido decreciendo globalmente

desde el pico alcanzado en julio de 2021: 0,26, cayendo por debajo de 0,15 desde el comienzo de 2022 hasta cerca de 0,05 desde comienzos de 2023, con un incremento marginal en las semanas recientes (16). El otro indicador de severidad de la enfermedad, el cociente muerte/hospitalizaciones, que alcanzó el máximo de 0,4 en agosto de 2020, ha decrecido desde junio de 2021. Desde enero de 2023 ha permanecido por debajo de 0,15, oscilando entre 0,06 y 0,14, lo cual indica una menor mortalidad entre los pacientes hospitalizados. Esto se atribuye a aumento de la inmunidad por vacunación y/o infecciones previas, mejoras en el diagnóstico temprano y el tratamiento clínico y otros factores (16).

Exceso de mortalidad asociado a la pandemia de COVID-19

El exceso de mortalidad se define, según la OMS (17), como *“la diferencia entre el número de muertes estimado para un lugar específico y un tiempo determinado y el número que habría cabido esperar en ausencia de una crisis, como, por ejemplo, la pandemia de COVID-19. Se supone que esta diferencia incluye las muertes directamente atribuibles a la COVID-19, así como las muertes asociadas indirectamente a COVID-19 a través de sus impactos en los sistemas de salud y en la sociedad, menos las muertes que habrían ocurrido en circunstancias normales, pero que se evitaron debido a los cambios relacionados con la pandemia producidos en las condiciones sociales y en los comportamientos personales”*. Se considera que el exceso de mortalidad es una medida objetiva y contrastable, que tiene en cuenta los efectos directos e indirectos de la enfermedad. Las cifras de casos y muertes notificadas subestiman el número de vidas perdidas porque no tienen en cuenta las personas que han muerto sin pruebas diagnósticas, si los países definieron correctamente la COVID-19 como causa de defunción y las muertes debidas a la sobrecarga de los sistemas de salud o que los pacientes eviten acudir a los establecimientos de salud debido a la pandemia. También puede ocurrir una disminución en el número de muertes con respecto a la esperada debido a que la restricción en los contactos personales y en la movilidad reducen las muertes por

enfermedades infecciosas, y las relacionadas con el transporte y los traumatismos (17,18).

La Figura 11 muestra el exceso de mortalidad acumulado en el mundo desde enero de 2020 hasta diciembre de 2023, según el modelo de “*machine learning*” construido por “*The Economist*” para 223 países y regiones del mundo (19). El cálculo de exceso de mortalidad tiene mucha incertidumbre. En la gráfica, se presenta el estimado central y los estimados alto y bajo con un intervalo de incertidumbre de 95 % (*upper bound*, *central* y *lower bound*). Para el 4 de diciembre de 2023 se habían confirmado 7 millones de muertes por COVID-19 en el mundo y el exceso de mortalidad era de 33,49; 25,43 y 18,79 millones, respectivamente en sus distintos niveles. El número de muertes asociado a la COVID-19 sería, pues, de 2 a 5 veces mayor que el confirmado. El modelo que utiliza la OMS da cifras diferentes, pero también indica que el exceso de mortalidad fue mucho mayor que las muertes confirmadas (20).

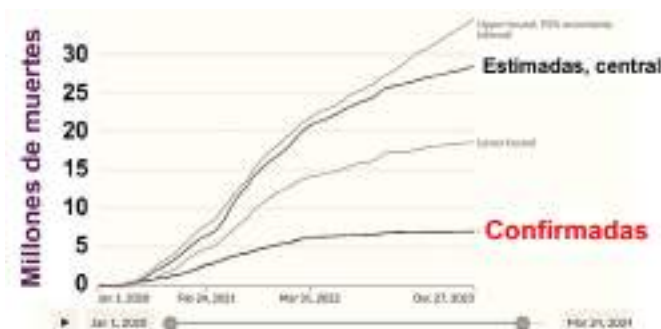


Figura 11. Muertes en exceso acumuladas en el mundo durante la pandemia de COVID-19 desde el 1/1/2020 hasta el 27/12/2023 (19).

La Figura 12 muestra el exceso de mortalidad acumulado en Venezuela entre enero de 2020 y diciembre de 2023, en comparación

con las muertes confirmadas, según el modelo de “The Economist” (19). Para el 25 de diciembre de 2023 las muertes confirmadas eran 5 856, el estimado *upper bound*: 107 308, el central: 67 915 y el *lower bound*: 13 214. Es evidente que la incertidumbre es mucho mayor que en otros países y el exceso de mortalidad puede ser de 2,3 a 18 veces mayor que el número confirmado de muertes.

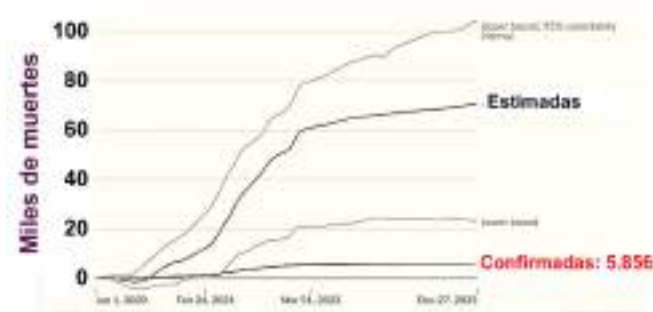


Figura 12. Muertes en exceso acumuladas en Venezuela durante la pandemia de COVID-19 entre 1/1/2020 y 27/12/2023 (19).

La Figura 13 facilita la comparación entre países pues toma el exceso de mortalidad acumulada por cada 100 000 habitantes (21). Se compara a Venezuela con Estados Unidos y Canadá.

Se observa que, en Venezuela, el número de muertes confirmadas por 100 000 habitantes para el 25 de diciembre de 2023 es 19 y el estimado central de exceso de mortalidad es 242. El exceso de mortalidad es 12 veces mayor que las muertes confirmadas, con amplio margen de incertidumbre. Estados Unidos, para la misma fecha, tiene 406 en el estimado central, con poca variación entre el estimado bajo y el alto y Canadá, 194. En la Figura 14 se aprecia la comparación entre todos los países. El exceso de mortalidad en Venezuela fue bajo, comparado con países como Rusia, India, Cuba, Estados Unidos y Sur África.

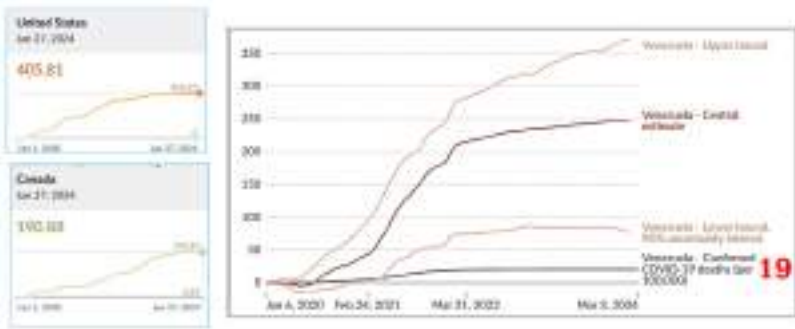


Figura 13. Mortalidad excedente acumulada por 100 000 habitantes durante la pandemia de COVID-19 en Venezuela. Para Estados Unidos y Canadá, el estimado central. (Elaborada con datos tomados de la referencia 21).

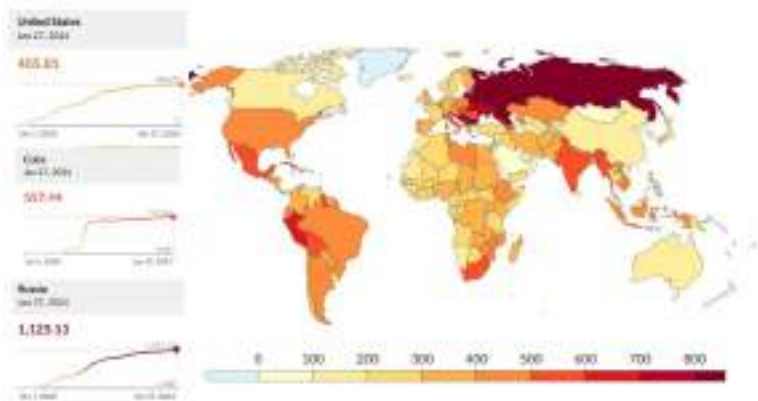


Figura 14. Mortalidad excedente acumulada por 100 000 habitantes en el mundo durante la pandemia de COVID-19 hasta el 27 de enero de 2024. En el mapa se muestra el estimado central (Elaborada con datos obtenidos de la referencia 21).

Vacunación contra la COVID-19

Uno de los éxitos recientes más notables de la ciencia y de la sociedad fue el rápido descubrimiento de las características del SARS-CoV-2 y el desarrollo de vacunas seguras y eficaces que fueron distribuidas ampliamente, teniendo en cuenta los grupos de población más vulnerables. Entre las más destacadas vacunas tenemos: Pfizer/BioNTech, Moderna, Oxford/AstraZeneca, Sputnik V, Johnson&Johnson, Sinovac, Sinopharm/Beijín, Novavax, Covaxin, Sanofi GSK y Valneva.

La Figura 15 nos muestra el número de dosis diarias de vacunas contra la COVID-19 aplicadas en el mundo desde el 2 de diciembre de 2020 hasta el 22 de marzo de 2024 (22). El mayor número de dosis se distribuyó entre marzo de 2021 y marzo de 2022, alcanzando cifras de hasta 44 millones de dosis en un solo día.

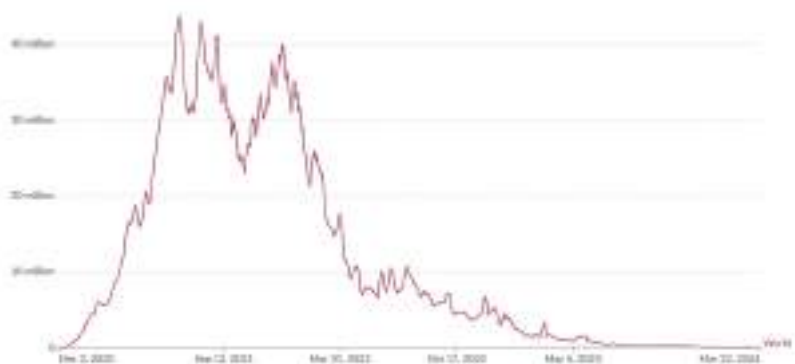


Figura 15. Dosis diarias de vacunas contra la COVID-19 administradas en el mundo entre 2/12/2020 y 22/3/2024 (Dosis diarias promediadas cada semana). Todas las dosis, incluyendo refuerzos, se contaron individualmente (22).

Hasta el 22 de marzo de 2024 el número total de dosis aplicadas en el mundo fue 13 570 millones. Para controlar la pandemia se requiere que un alto porcentaje de la población adquiera inmunidad contra el virus. Hasta el 22/3/2024 el 70 % de la población mundial recibió al menos 1 dosis de vacuna y el 64 % recibió completas las dosis correspondientes al protocolo de vacunación.

El caso de Venezuela, con datos de la Organización Panamericana de la Salud, puede apreciarse en la Figura 16 (22). Hubo intermitencia en la llegada de vacunas y oscilaciones en su aplicación. Se alcanzó un máximo de 480 000 dosis en un día en agosto de 2021. Las vacunas aplicadas fueron: Sputnik V y Sinopharm. Se reporta que el 50 % de la población recibió vacunación completa: 14,97 millones de personas (dos dosis de vacuna). 7,87 millones de personas (28 %) fueron vacunadas parcialmente, para alcanzar en total: 22,16 millones de vacunados. El 78 % de la población recibió por lo menos una dosis de vacuna. (OMS). Esta cifra se puede comparar con las de Argentina: 91 %, Chile: 92 %, Canadá: 90 %, Brasil: 88 %, Bolivia: 60 %, Suiza 69 %, España 86 %, Cuba: 96 %, Colombia 82 %. Estados Unidos: 81 %, Uruguay: 87 %,

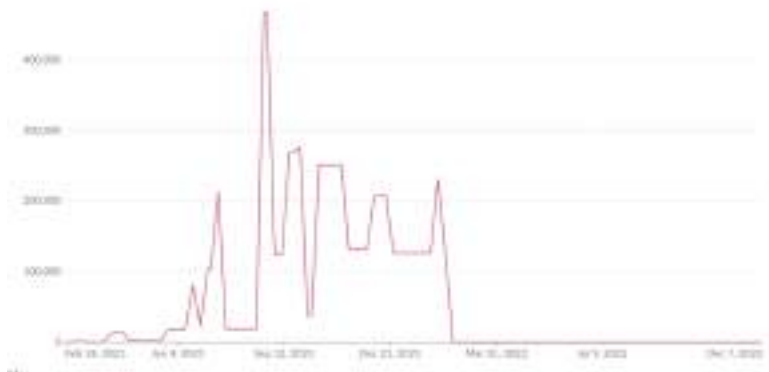


Figura 16. Vacunas contra la COVID-19 administradas en Venezuela. Número de dosis por día entre 18/2/2021 y 7/12/2022 (Promedio diario de cada siete días) (22).

Rusia: 61 %, Sur África: 40 %, Irak: 25, Algeria: 17 % Siria 15 %, Madagascar 9 %, Haití 4,5 %, Yemen 3 % (22).

La distribución de vacunas en el mundo y dentro de los países, no fue homogénea. En la Figura 17 se observa una importante variación en el número de dosis administradas por cada 100 personas, según el nivel de ingresos, en el mundo. El promedio mundial fue 170 dosis por cada 100 personas.

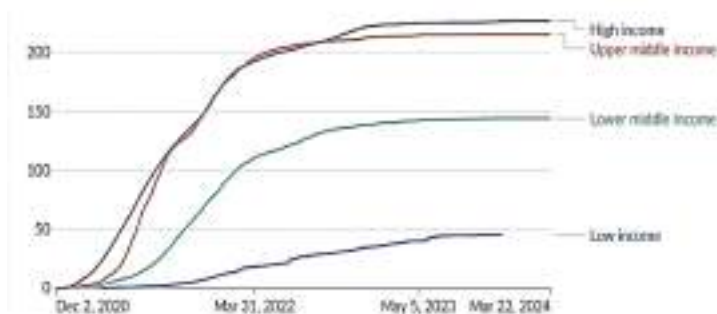


Figura 17. Dosis de vacuna contra la COVID-19 administradas por cada 100 personas, en países, según ingresos, acumuladas entre el 2/12/2020 y 22/3/2024. La clasificación de países por ingresos está basada en los datos del Banco Mundial (22).

Para marzo 22 de 2024, en los países de ingresos altos la cifra era 227,11 dosis/100 personas, en los de ingresos medio-altos: 214,76, en los de ingresos medios: 144,35 y en los de bajos ingresos: 45,16 dosis/100 personas. La pendiente de las curvas muestra que los grupos de mayores ingresos fueron vacunados con mayor prontitud. En Venezuela, el promedio fue 133,78, México, 175, Colombia: 175, Brasil:225, Suecia: 268, Canadá, 267. Estados Unidos 204, Sur África: 69, Libia: 54,89, Guinea Ecuatorial: 29, Congo: 14. Cuba sale de este patrón, pues, con vacunas desarrolladas localmente, la población recibió 410 dosis/100 personas (22).

En los países de bajos ingresos, solo el 32,7 % de la población recibió al menos 1 dosis de vacuna

Evolución de indicadores de la salud pública desde comienzos del siglo XX en Venezuela, dentro del contexto mundial

Esperanza de vida al nacer,excelente indicador del progreso en salud

Uno de los indicadores que nos permite conocer como progresó la salud pública en Venezuela y el mundo a lo largo del tiempo es la expectativa de vida al nacer (EVN). La Figura 18 nos muestra que durante los siglos XVIII y XIX se mantuvo en niveles bajos. El promedio mundial (línea negra) estuvo por debajo de los 30 años hasta 1870, cuando comenzó a subir lentamente por avances realizados en Oceanía, Europa y América. Los datos correspondientes al año 1900 aparecen en la tabla de la izquierda y resaltados con círculos en el gráfico. En Venezuela era 28 años, similar a la de Asia, mientras que en Oceanía se había llegado a una EVN de 47,6 años (23).

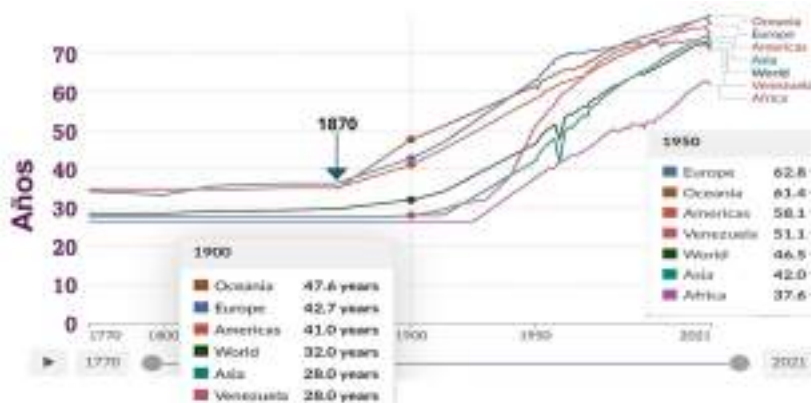


Figura 18. Años de esperanza de vida al nacer desde el año 1770 hasta el 2021. Se muestra el promedio por regiones, en el mundo y en Venezuela. Las tablas insertas presentan los datos correspondientes a 1900 y a 1950 (Elaborada con datos de la referencia 23).

La esperanza de vida ha aumentado en todo el mundo y para todas las edades como resultado de mejoras en salud pública, higiene, nutrición, mejor atención neonatal, vacunaciones, antibióticos y demás medicamentos y avances económicos, científicos y tecnológicos que han mejorado las condiciones de vida y reducido la pobreza. En el Reino Unido la EVN pasó de 33,9 años en 1543 a 45,6 en 1900, un aumento de 11,7 años en 357 años, tres siglos y medio. Llegó a 80,7 años en 2021, es decir, avanzó 35,1 años (77 %) en 121 años. En Venezuela pasó de 28 en 1900 a 70,6 años en 2021, son 42,6 años de diferencia, es decir, el 152 % de incremento ocurrido en 121 años, pero queda un largo camino por recorrer pues la máxima EVN alcanzada en el mundo es de 87,01 años, en Mónaco (Figura 24).

Para apreciar mejor la evolución en Venezuela y su comparación con el mundo, las Américas y Europa, tenemos las Figuras 19 y 20. Venezuela comienza el siglo XX con una expectativa de vida al nacer de 28 años. En los primeros 30 años el progreso es muy lento: se llega a 32 años en 1930, es decir, aumenta 1,33 años por década. De 1930 a 1940 sube hasta 38, seis años en una década. El crecimiento más rápido se da entre 1940 y 1950, cuando aumenta 13,1 años en una década. Este crecimiento rápido (1930-1950) se asocia con el auge de la industria petrolera, el progreso socio económico y político y la modernización del país ocurrida en esos años, como veremos luego. La EVN en Venezuela sobrepasa al promedio mundial (línea negra). Entre 1950 y 1990 continúa mejorando la EVN, pues aumenta 19,8 años para llegar a 70,9, es decir, sube 4,95 años por década, en promedio (Figura 19). El avance en la última década del siglo XX es de apenas 1,7 años. En 1997 la EVN en Venezuela (72,7 años) se acerca a la de Europa (73,2) y supera las Américas (72,6), pero a partir de entonces se estanca, con oscilaciones, crece levemente hasta 2013, cuando llega a 73,2 años, para disminuir luego con la crisis humanitaria compleja y la pandemia de COVID-19 para llegar a 70,6 en 2021, seguida por recuperación hasta 73 años en 2024, todavía inferior a la cifra de 2013 (Figura 20).

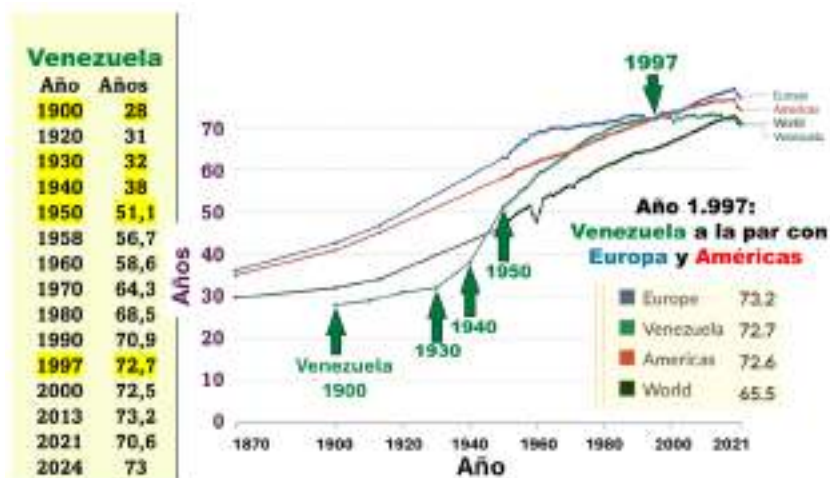


Figura 19. Años de esperanza de vida al nacer desde el año 1870 hasta el 2021 en el mundo, Europa, las Américas y Venezuela. (Elaborada con datos tomados de la referencia 23).



Figura 20. Esperanza de vida al nacer (EV) en Venezuela. 1950-2024. (Elaborada con datos de la referencia 23).

En la Figura 21 se compara la evolución entre 1998 y 2021 de la EVN de Venezuela con otros países de América Latina como México, Colombia, Chile y Cuba y también con Francia y Suecia. El efecto de la pandemia de COVID-19 se refleja en la caída de la EVN en todos ellos. El efecto fue mucho más intenso en México y Colombia con caída de 4 años y Cuba, con caída de 3,9 años. En Estados Unidos la EVN disminuyó 1,9 años, en Venezuela 1,6 años, en Chile 1,4, en Francia 0,2 y en Suecia 0,1 años entre 1998 y 2021.



Figura 21. Años de esperanza de vida al nacer en varios países. 1998-2021. Efecto de la pandemia de COVID-19. En las tablas de EVN, los datos correspondientes a los años 2019 y 2021. (Elaborada con datos de la referencia 23).

La Figura 22 muestra la distribución de la EVN en el mundo. Actualmente supera los 50 años en todos los países. La longevidad es mayor en Europa, Oceanía y algunas regiones de Asia, como, Hong Kong y Japón.

El promedio de la esperanza de vida al nacer en todo el mundo es mayor en las mujeres que en los hombres (Figura 23). Las cifras promedio correspondientes a 2023 son: Femenino: 76,0 años Masculino: 70,8 y ambos sexos: 73,4. La diferencia entre femenino y masculino es considerable: 5,2 años (24).



Figura 22. Años de esperanza de vida en el mundo en 2015 (23).

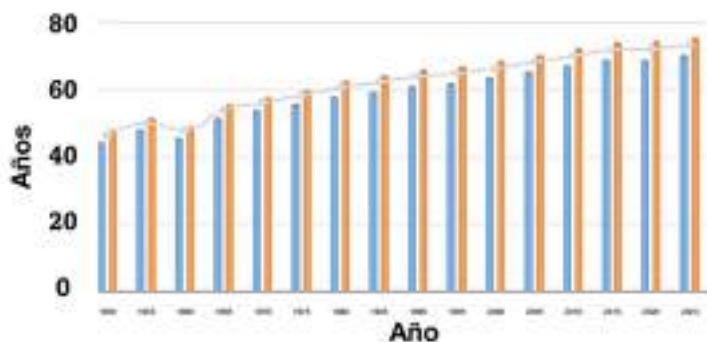


Figura 23. Años de esperanza de vida en el mundo desde 1950 a 2023, por sexo (barras) y en promedio (línea) (24).

La Figura 24 tiene el propósito de mostrar la ubicación de Venezuela en la tabla de países clasificados según el promedio de esperanza de vida al nacer de la población y según el sexo. Mónaco ocupa el primer

lugar, donde las mujeres tienen una EVN de 88,99 años y los hombres 85,17, para un promedio de 87,01. Venezuela ocupa el puesto 117 en la lista, con 72,89 años de promedio, 77,25 para las mujeres y 68,76 para los hombres. La diferencia en el promedio entre Venezuela y Mónaco es de 14,12 años, una diferencia muy grande. Mónaco es un país de muy alto ingreso per cápita, tiene excelente infraestructura, servicios de salud de alta capacidad y rápida respuesta, altos niveles de educación. Las personas hacen ejercicio, consumen la dieta mediterránea y reciben diagnósticos tempranos y pronto tratamiento.

Posición	País	Promedio	Mujeres	Hombres
1	Mónaco	87,01	88,99	85,17
2	Hong Kong	85,83	88,66	83,0
4	Japón	84,95	87,97	81,91
5	Suiza	84,38	86,05	82,63
39	Chile	81,16	83,41	78,84
44	Costa Rica	80,26	82,66	77,92
45	Puerto Rico	79,94	84,04	75,83
48	Estados Unidos	79,74	82,23	77,27
56	Panamá	78,56	81,59	75,62
59	Cuba	78,33	80,73	75,97
60	Uruguay	78,16	81,82	74,34
65	Argentina	77,98	81,26	74,62
83	Brasil	76,18	79,26	73,07
117	Venezuela	72,89	77,25	68,76
202	Chad	53,68	55,41	52,01

Figura 24. Años de esperanza de vida al nacer, por sexo y por país, indicando la posición de cada país en el grupo de 202. Elaborado con datos de la referencia 24.

Entre los países de América Latina, el mejor situado es Chile (puesto 39), seguido por Costa Rica (puesto 44). Estados Unidos ocupa el puesto 48. En el último lugar se encuentra Chad, donde la EVN es de 53,68 años (24).

Tasa de mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil cuenta el número de niños menores de un año que mueren en un determinado año por cada 1 000 nacidos vivos. La Figura 25 muestra el descenso paulatino experimentado por esta tasa en el mundo desde el año 1950 hasta 2024 (25). El promedio mundial de 26,20, para 2024, se compara con el de Venezuela: 13,11.

La distribución por países correspondiente al año 2021 se muestra en la Figura 26. Venezuela, con una tasa de 21,06 ocupa la posición 119. Llama la atención como en San Marino y Mónaco mueren menos de 2 niños por cada 1 000 nacidos vivos, La cifra más alta está en Sierra Leona: 78,25.

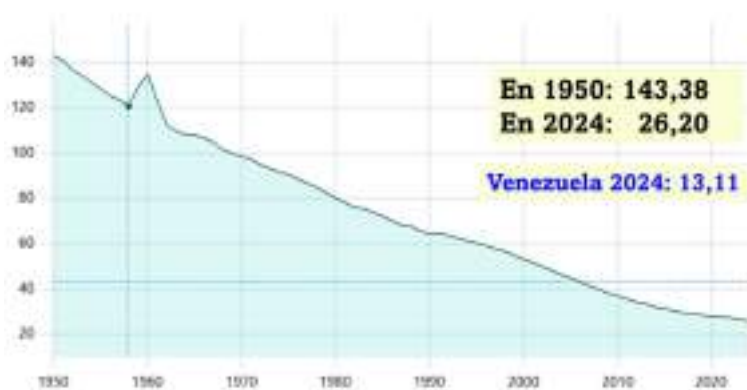


Figura 25. Tasa de mortalidad infantil global 1950-2024. Datos de la referencia 25.

La evolución de la tasa de mortalidad infantil en Venezuela entre 1950 y 2024 se observa en la Figura 27 (27). La disminución es rápida entre 1950 y 1980, luego la pendiente de la curva se va reduciendo, se estanca y empeora. Luego se recupera ligeramente para llegar a 13,11 en 2024.

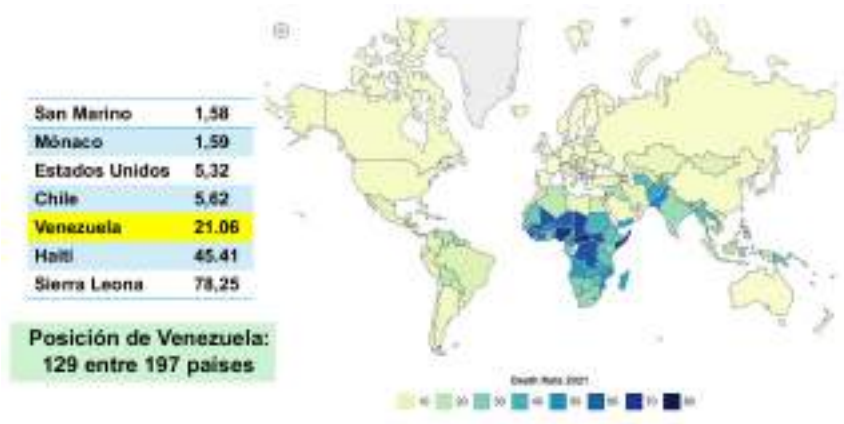


Figura 26. Distribución de la tasa de mortalidad infantil en el mundo, año 2021. Elaborada con datos obtenidos de la referencia 26.

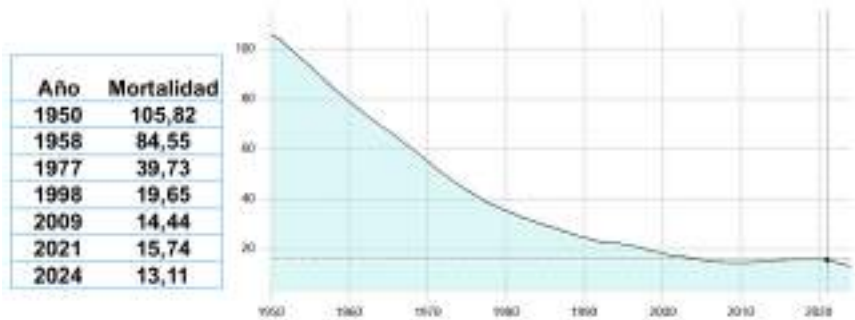


Figura 27. Tasa de mortalidad infantil en Venezuela, 1950-2024. Elaborada con datos de la referencia 27.

Para apreciar mejor lo sucedido en el siglo XXI, se incluye la Figura 28, con datos provenientes de la Organización Panamericana de la Salud suministrados por Venezuela (28): De 20,1 en 1999, llega a

14,4 muertos por 1 000 nacidos vivos en el año 2009, se mantiene con pocas variaciones hasta 2013. A partir de 2014 empieza a subir hasta llegar a 21,01 en 2017, coincidiendo con la emergencia humanitaria compleja en su peor momento. Mejora en 2018. Fueron 6 158 infantes muertos entre 216 080 muertes totales (29).

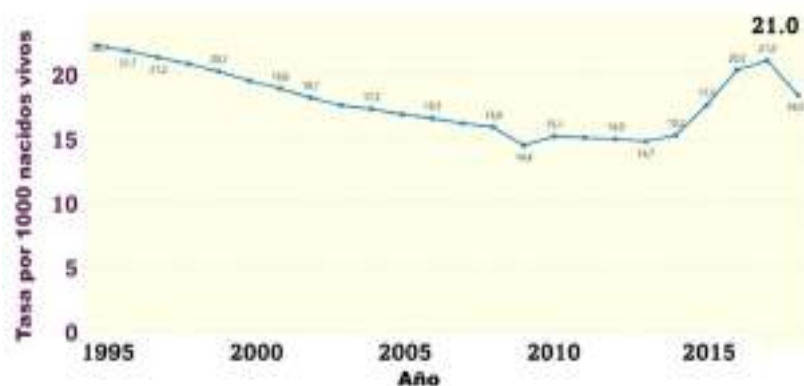


Figura 28. Mortalidad infantil: Muertes en menores de un año por 1 000 nacidos vivos en Venezuela. 1995-2018 (28).

Tasa de mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna, expresada en muertes maternas por 100 000 nacidos vivos (Figura 29) era de 92,4 en el año 2000, llegó 125,8 en 2015 y a la alarmante cifra de 259,2 en el año 2020 (28,29), es decir, se duplicó en el transcurso de 5 años, lo cual constituye otro indicador de la gravedad de la crisis humanitaria que ha ocurrido en Venezuela. El promedio mundial en 2020 era 223,5 (30).

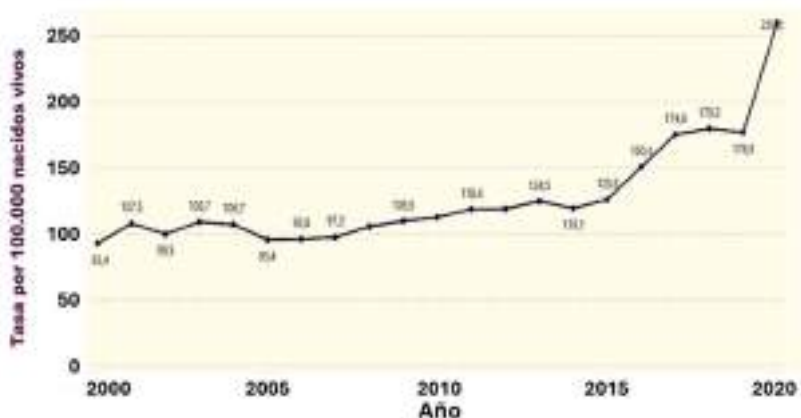


Figura 29. Tasa de mortalidad materna: muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en Venezuela desde el año 2000 al 2020 (28).

Crisis humanitaria

Crisis humanitaria es una “*circunstancia de alto riesgo para la vida, salud, bienestar o seguridad de un colectivo de personas, una comunidad o una población que requiere asistencia externa por severa fragilidad o pérdida de capacidades internas para proteger la dignidad humana, salvar vidas y atenuar el sufrimiento de las personas*” (31)

Las emergencias humanitarias complejas, son “*crisis humanitarias mayores no originadas por desastres o guerras sino causadas por inestabilidad política, abusos de poder, desmantelamiento institucional, impunidad, gran corrupción, hundimiento económico y marginación social*”. Hum Venezuela afirma que Venezuela atraviesa una emergencia humanitaria compleja desde 2016 (32).

Según el **Reporte de la UNICEF del año 2023** (33) en Venezuela tenemos:

- Inflación: la más alta el mundo: 234,1 % en 2022 y 189,8 en 2023.
- El precio de la cesta básica de alimentos en diciembre de 2023 = 154 salarios mínimos. La inflación en el costo de los alimentos, de 414 %, es la más alta.
- 5,1 millones de personas desnutridas.
- Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 19 años: 24,2 %.
- Embarazos precoces, cuidado antenatal irregular, enfermedades infecciosas y complicaciones del parto amenazan la sobrevivencia de madres y niños, especialmente indígenas.
- 81 por 1 000 de las adolescentes entre 15 y 19 años son madres (2023).
- Insuficiente cobertura de vacunas.
- Insuficiente disponibilidad de material médico-quirúrgico, medicinas esenciales y equipo, especialmente para la población más vulnerable.
- La disminución del número de días de clases, la falta de personal docente y la deficiente infraestructura de las escuelas perjudican la educación de los niños.
- Niños y adolescentes se encuentran en riesgo de explotación, abuso, violencia y tráfico de personas.
- 4,3 millones de personas carecen de agua potable.
- La disponibilidad de agua potable y servicios sanitarios es crítica en instituciones de salud y educativas.
- Prácticas de higiene inadecuadas,

La situación alimentaria es muy preocupante, como puede verse en la Figura 30. La desnutrición en el largo plazo afecta el desarrollo físico e intelectual de las personas y produce un aumento de la población vulnerable a las enfermedades, de baja capacidad intelectual y con mayores dificultades para alcanzar niveles de vida saludables y solvencia económica. No se está cumpliendo el derecho a la salud y la vida consagrado en la constitución.

	Número de personas	Población base	%
Personas en inseguridad alimentaria	13.035.000	28.838.496	45,2
Personas en inseguridad alimentaria moderada	10.295.343	28.838.496	35,7
Personas en inseguridad alimentaria severa	2.739.657	28.838.496	9,5
Personas subalimentadas o con hambre crónica	9.199.480	28.838.496	31,9
NN menores de 5 años con desnutrición aguda global (GAM)	262.866	2.767.009	9,5
NN menores de 5 años con desnutrición crónica o retraso en el crecimiento	976.754	2.767.009	35,3

Figura 30. Personas con necesidades humanitarias en Venezuela. Diciembre 2023. Datos tomados de HumVenezuela (34).

La Figura 31 muestra indicadores del deterioro que se observa a todos los niveles en los servicios de prestación de salud, con disminuciones de la capacidad que van del 60 % al 98 %, situación que es consecuencia de la muy escasa asignación de recursos financieros por el Estado y de fallas en la administración de dichos recursos. Como puede verse en la Figura 32. Venezuela ocupó el penúltimo lugar entre los países de América con el 1,7 % del Producto Interno Bruto asignado por el gobierno para gastos de salud en el año 2020. En 2011 era de 3,1 %.

La Figura 33 muestra otro indicador preocupante sobre la situación de malestar social en nuestro país: el incremento de la cifra de asesinatos por cada 100 000 habitantes, que llegó a 90 en 2015. Este es uno de los indicadores que el Foro Económico Mundial considera un reflejo de la situación de miseria en Venezuela y del colapso económico, con muy altos niveles de inflación y desempleo y con un índice de competitividad global muy bajo, pues ocupa el puesto 132 entre las 140 economías donde miden el índice de competitividad global (36).

Indicadores	Año	Capacidad cuida	Capacidad alcanzada	% de Cuida
Centros de atención primaria en salud con servicios inoperativos o cerrados	2023	18.654	17.029	97,8%
Ambulatorios especializados públicos con servicios inoperativos o cerrados	2023	350	298	87,9%
Hospitales públicos con servicios inoperativos o cerrados	2023	220	296	74,3%
Caída del gasto público en salud como % del PIB	2023/2011	1,8	3,1	58,1%
Caída de camas operativas en el sistema sanitario público	2023	12.947	40.675	81,0%
Caída de camas UCI operativas o con equipos requeridos en el sistema sanitario público	2023/2011	1.139	1.360	85,3%
Caída de la actividad quirúrgica en hospitales públicos	2023/2015	279.958	396.063	72,5%
Hospitales públicos con escasez de insumos básicos o quirúrgicos	2023	269	296	91,0%
Hospitales públicos con equipos médicos dañados u inoperativos	2023	270	296	91,2%
Salas o pabellones de cirugía inoperativos en hospitales públicos	2023	734	1.224	60,0%

Figura 31. Indicadores de la profundidad de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela: Capacidades deterioradas o caídas en el sector salud (35).

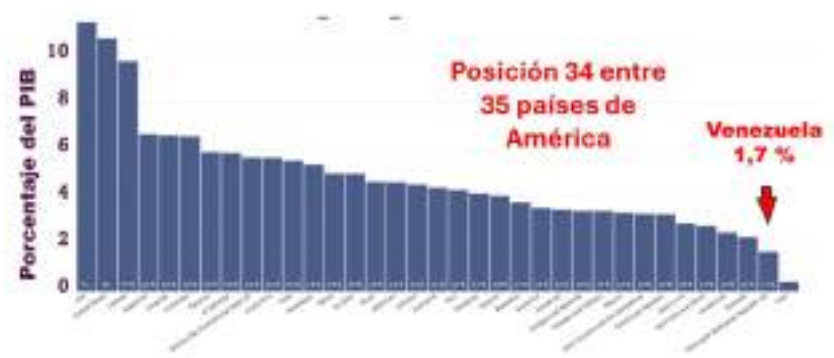


Figura 32. Gasto del gobierno en salud en los países de América: porcentaje del PIB, por país, año 2020 (28).

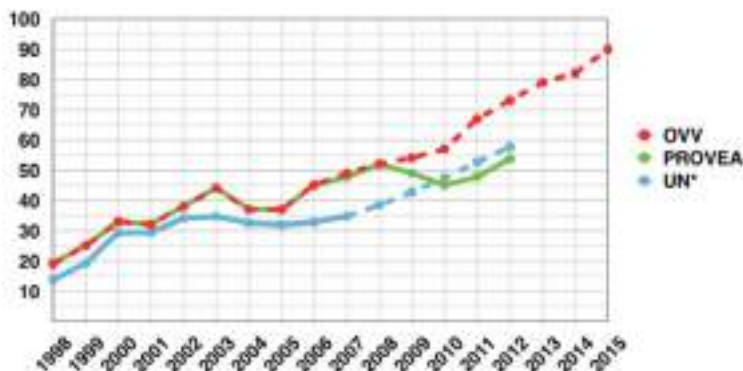


Figura 33. Asesinatos en Venezuela por 100 000 habitantes, según varias fuentes (36).

Pobreza

En el siglo XIX Venezuela era un país eminentemente rural y muy pobre. Desde los años veinte hasta los años setenta del siglo XX ocurrió un proceso de disminución de la pobreza y mejoría de las condiciones de vida, aunque persistieron sectores de la población afectados por la pobreza y pronunciadas desigualdades entre los grupos sociales.

La CEPAL comenzó a estimar la pobreza de ingresos en América Latina desde los años 70 del siglo XX. Para 1981 en Venezuela la pobreza total afectaba al 25 % y la extrema al 8,6 % de la población. Al finalizar la llamada “década perdida”, la de los 80, cuando los países suramericanos experimentaron crisis socioeconómicas, la pobreza total había aumentado a 39,8 % y la extrema a 14,4 % (37).

Las Figuras 34 y 35 muestran cifras sobre pobreza en Venezuela. Según el Instituto Nacional de Estadística, en el primer semestre de 1997, el 55,6 % de los hogares eran pobres y el 25,5 % se encontraban en situación de pobreza extrema. Para 2001 estos indicadores se habían reducido a 39,0 % y 14 %, respectivamente. Luego se observa

un aumento que comienza en 2002 y alcanza un pico en el segundo semestre de 2003, asociado con el paro petrolero y la inestabilidad política y económica y social ocurridas en esos años. La recuperación paulatina lleva a cifras de 27,5 % y 7,6 % en el primer semestre de 2007, similares a las de 1981, y se mantienen a ese nivel hasta 2011 (38). Este nivel de menor pobreza coincidió con el boom petrolero de esos años (Figuras 37 y 40). A partir de 2013 (Fig. 35) se inicia un proceso de empobrecimiento intenso y masivo: la pobreza alcanza el 94 % de las personas en 2019-2020 y la pobreza extrema aumenta hasta llegar a 75,2 % de la población en 2018, cifra extremadamente alta, luego declina, vuelve a subir a 68 % en 2021 y baja para llegar a 53,3 % en 2022 (39). El país enfrenta altísimos niveles de inflación y la emergencia humanitaria compleja.

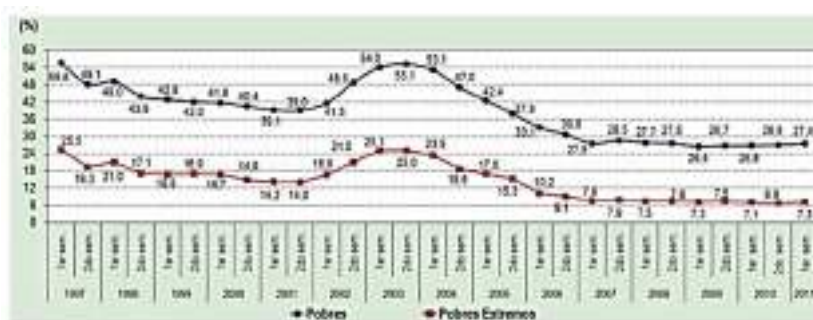


Figura 34. Porcentaje de hogares pobres y pobres extremos en Venezuela desde primer semestre de 1997 a primer semestre de 2011 (38).

Según las Naciones Unidas, en la región de América Latina y el Caribe, al cierre del año 2022 el porcentaje de población en pobreza era 29 % (181 millones de personas) y en pobreza extrema 11,2 % (70 millones de personas) (40). El porcentaje de personas que no pueden

comprar una canasta alimentaria (pobreza extrema) en Venezuela era, en 2022, 4,76 veces mayor que el de la región latinoamericana (41).

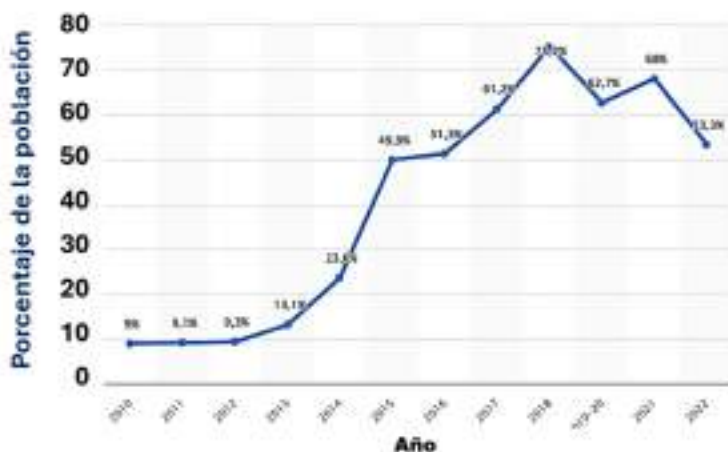


Figura 35. Porcentaje de la población en situación de pobreza extrema en Venezuela desde 2010 a 2022. Venezuela (39).

Según la novena edición de la “Encuesta Nacional de Condiciones de Vida” (ENCOVI), de la Universidad Católica Andrés Bello (42), entre 2014 y 2020 la hiperinflación y el desabastecimiento en Venezuela transformaron la sociedad. La pobreza de ingresos pasó de 48,4 % de la población a 92,9 %. En 2021-2022, la liberación económica regresa la pobreza a niveles similares a 2017 y luego se detienen la mejora. Para 2023, según ENCOVI, los hogares en situación de pobreza representan el 82,8 % y en pobreza extrema, el 50,5 %. La línea de pobreza extrema de ingresos en Venezuela es de \$222,60 mensuales por hogar. En 2023 el promedio de ingresos mensuales de los hogares en pobreza extrema fue \$120,70. Aponte (37) afirma que “*el empobrecimiento masivo es*

una causa primordial del surgimiento, en el año 2015, de la emergencia humanitaria compleja”. En su interesante trabajo analiza las causas y las graves consecuencias del empobrecimiento de la población y las extremas desigualdades sociales, y ofrece recomendaciones que pueden contribuir a cambiar la situación y promover el logro de los derechos civiles, económicos, políticos sociales y culturales de todos los venezolanos.

Índice de desarrollo humano (IDH)

El IDH mide el avance conseguido por un país en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, educación, y nivel de vida digno y seguro. La Figura 36 nos permite apreciar la comparación entre los 35 países de América del índice de desarrollo humano (28). El más alto corresponde a Canadá, 0,935, seguido por Estados Unidos (0,927). Venezuela ocupa la posición 29 con un índice de 0,690 y se encuentra por debajo del promedio en



Figura 36. Índice de Desarrollo Humano en la Región de las Américas. 2021&(28).

América de 0,754. En el año 2014 el IDH en Venezuela era de 0,775. Es otro indicador de la necesidad de promover acciones para el desarrollo socio económico, político y cultural en Venezuela y superar la crisis. En el mundo, el nivel más alto, según los cálculos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el año 2022 (43), lo tiene Suiza (0,967), Canadá ocupa la posición 18 y el promedio es 0,739. Venezuela es el número 119 (0,699) entre los 193 países miembros de las Naciones Unidas donde se realiza el cálculo del IDU. Somalia está en el último lugar (0,380). Mónaco está en una lista aparte (distinta a la del PNUD), con un IDH muy alto (1,104).

Factores económicos determinantes.

Producción petrolera

Desde que Venezuela se convirtió en un país dependiente del ingreso derivado de la producción y exportación de petróleo, todo lo que sucede, incluyendo la salud pública, la educación y el bienestar de sus ciudadanos, está bajo la influencia de ese factor. El Dr Soyano relata en su trabajo como fue el inicio de la explotación de petróleo en Venezuela y como el auge de la producción petrolera se acompañó de la decadencia de la agricultura y la ganadería, del progreso socioeconómico y la modernización del país en el siglo XX.

En 1918 aparece por primera vez el petróleo en las estadísticas de exportaciones de Venezuela. En 1929 Venezuela era el primer país exportador de petróleo en el mundo y el segundo en producción (372 000 barriles diarios), después de Estados Unidos (44). El 23 de mayo de 1930 el presidente Juan Vicente Gómez anunció que había cancelado la totalidad de la deuda externa de Venezuela, contraída desde la guerra de independencia y a lo largo de todo el siglo XIX. (En 1909 la deuda del país era de 210 307 281 bolívares). Para 1935 las reservas del tesoro nacional llegaron a 100 millones de bolívares (45). Con el boom petrolero de la década de los años 1950, Venezuela se convirtió en uno de los países más prósperos del mundo (44).

La Figura 37 muestra la producción de petróleo crudo en Venezuela durante un siglo, desde el año 1918 hasta el 2019; la Figura 38 detalla

el lapso 2016-2020 y la Figura 39 corresponde a marzo de 2023 a febrero de 2024.

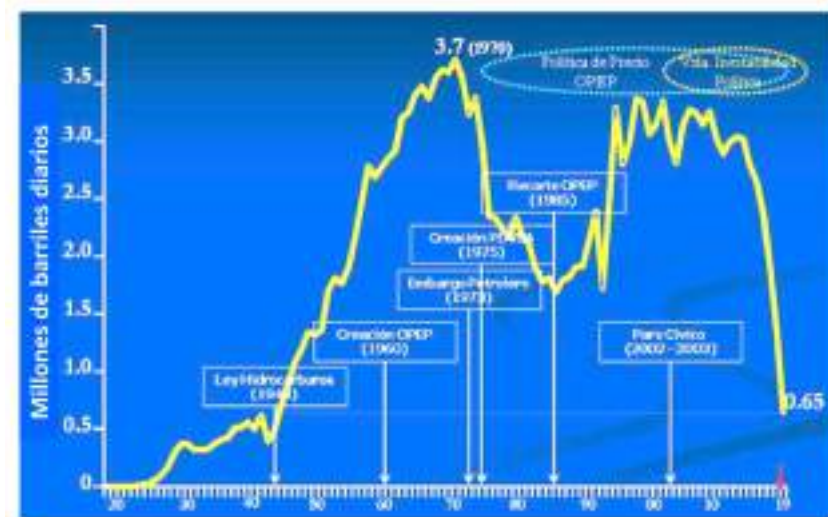


Figura 37. Producción de petróleo en Venezuela. 1918-2019 (46).

De medio millón de barriles diarios (MBD) a principio de la década de los 1940 se llega al máximo histórico de 3,7 MDB en 1970. Cuando se crea la OPEP, en 1960, Venezuela era el mayor productor de la organización: 3,5 MBD contribuía nuestro país al total producido por la OPEP (13,8 MBD).

Con la expansión económica rápida, asociada al ingreso petrolero y los intercambios culturales, el país se moderniza, se desarrolla la infraestructura, crece la población, mejoran la salud, la educación y

las condiciones de vida, aumenta la urbanización en el medio siglo que culmina en 1970.

Cuando se crea PDVSA en 1975 la producción era de 2,3 MBD, como consecuencia de la transición del sector petrolero. En 1985 llega a 1,7 MBD debido a los recortes de producción ordenados por la OPEP para mantener el precio del petróleo. A partir de 1990 la apertura petrolera permite aumentar la producción hasta 3,3 MBD en 1998. Luego se inicia un período de inestabilidad política, que incluye el paro petrolero de 2002-2003 y la salida de numerosos empleados expertos de la industria petrolera. La producción petrolera experimenta oscilaciones, aunque se mantiene alta. A partir de 2013 disminuye constantemente, llegando a 0,65 MBD en 2019 (46).

La Figura 38 permite ver como la disminución de la producción petrolera se asocia a la disminución en el número de plataformas petroleras activas. Entre enero de 2016 y mayo de 2020 el número de plataformas activas bajó de 69 a 2, lo cual se atribuye a falta de mantenimiento, falta de inversión, disminución en el número de trabajadores expertos, fallas de energía eléctrica, falta de diluyentes y las sanciones impuestas por Estados Unidos a partir de 2017. El mínimo de producción petrolera ocurrió en agosto de 2020: 360 000 barriles por día.

La economía venezolana es vulnerable a las variaciones de precio de su principal producto de exportación. Bajas de precio han ocasionado crisis financieras. El precio promedio de la cesta petrolera venezolana entre 1999 y 2019 fue 55,4 \$/barril, con máximos de 101,1 y 103,4 \$/B en 2011 y 2012, el boom petrolero del siglo XXI (46). Durante el año 2020 hubo una importante caída de precios, que llevó el crudo Merey de Venezuela a 13,45 \$/barril (48). El promedio del crudo Merey en 2016 fue 35,15 \$/barril y el de la cesta OPEP: 40,59 \$/barril (48).

La Figura 39 muestra la recuperación de la producción de petróleo entre marzo de 2023 y febrero de 2024, cuando alcanzó un promedio de 877 000 BD, todavía pequeña, insuficiente para atender las necesidades del país.



Figura 38. Producción de petróleo crudo en Venezuela y número de plataformas petroleras activas 2016-2020 (47).



Figura 39. Producción de petróleo crudo en Venezuela. Marzo 2023 a febrero 2024.

Valor de las exportaciones petroleras

El valor de las exportaciones petroleras (Figura 40) alcanzó cifras muy altas entre 2007 y 2014, lo cual se asoció con mejoras transitorias en la situación de pobreza y algunos indicadores de salud, pero la mala administración, la corrupción, el endeudamiento, la disminución del precio del petróleo y las sanciones impuestas por Estados Unidos, condujeron a una profunda caída en el valor de las exportaciones petroleras, que llegó a 4 200 millones de dólares en 2020, cifra 22,28 veces menor que en 2012, lo cual ocasionó una pronunciada reducción en el producto interno bruto y en el ingreso per cápita, una grave crisis socioeconómica que coincidió con la pandemia de COVID 19 y determinó la emergencia humanitaria compleja.

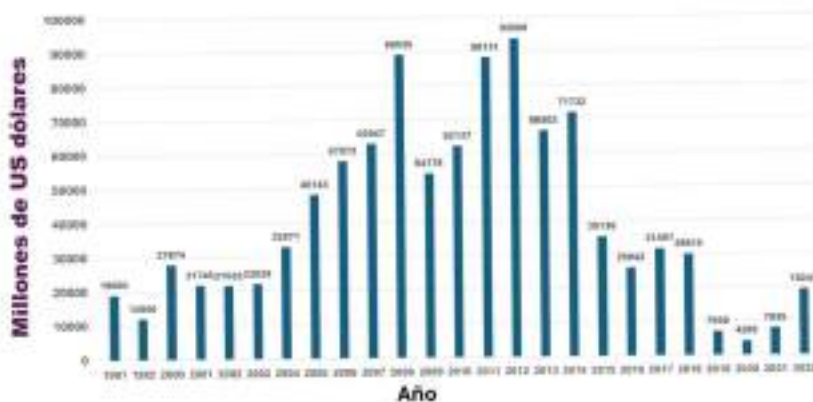


Figura 40. Valor en US dólares de las exportaciones de petróleo de Venezuela. Elaborado con cifras obtenidas de la referencia 48.

Producto interno bruto (PIB)

La Figura 41 fue tomada del interesante trabajo de Giuseppe de Corso (49).

Ciclos económicos	Fechas	PIB p. c. en %	PIB en %	Población en %
Agrario	1830-1924	0,13	1,38	1,25
Petrolero: auge y maduración	1925-1977	4,16	7,21	3,05
Estancamiento	1977-2012	-0,21	1,98	2,19

Figura 41. La Economía de Venezuela 1830-2012. PIB y PIB per cápita estimados a precios constantes de 1984 (49).

De Corso divide el lapso de su estudio de 1830 a 2012 en tres grandes etapas: la agraria, de casi un siglo, cuando el producto interno bruto crece al mismo paso que la población, y el PIB per cápita aumenta 0,13 % anual. El medio siglo que va de 1925 a 1977, de auge petrolero y maduración, se caracteriza por un aumento importante del crecimiento de la población, un gran aumento del PIB y el mayor incremento de PIB per cápita: 4,16 %. En ese tiempo la inmigración trajo al país medio millón de europeos. El ingreso per cápita se multiplicó por 5 entre 1925 y 1957. A mediados de la década del 1950 el ingreso real per cápita era mayor en Venezuela que en España e Italia y, en la década de los 60 era el más alto de América Latina. *El estado fue administrado en forma ponderada y equilibrada, con prudencia y disciplina fiscal entre 1908 y 1973* (49). En 1977 se alcanzó el máximo histórico del ingreso real per cápita: 9 648 dólares (los valores monetarios expresados en dólares internacionales de 1990, corregidos por inflación). Luego, entre 1977 y 2012 el PIB creció menos que la población y el PIB per cápita, disminuyó 0,21 %. Es el lapso de *estancamiento, caracterizado por desorden fiscal, endeudamiento, desequilibrios macroeconómicos,*

acentuado capitalismo de estado y asistencialismo clientelar. En 2012 el ingreso per cápita era 8 967 \$ internacionales de 1990, menor que en 1977, a pesar del auge petrolero de los años precedentes. Los incrementos de la renta producen menos utilidad en términos de crecimiento económico y bienestar sostenido en el tiempo (49).

La Figura 42 muestra el PIB per cápita en Venezuela en US dólares a precios corrientes, desde 2007 a 2023. Desde el máximo de \$12 688,11 en 2012 al mínimo de 1 566,62 en 2020, ocurre una pérdida del 88 %, seguida por una pequeña recuperación hasta 2023. La emergencia humanitaria compleja se asocia con el PIB per cápita inferior a \$4 000 por año.

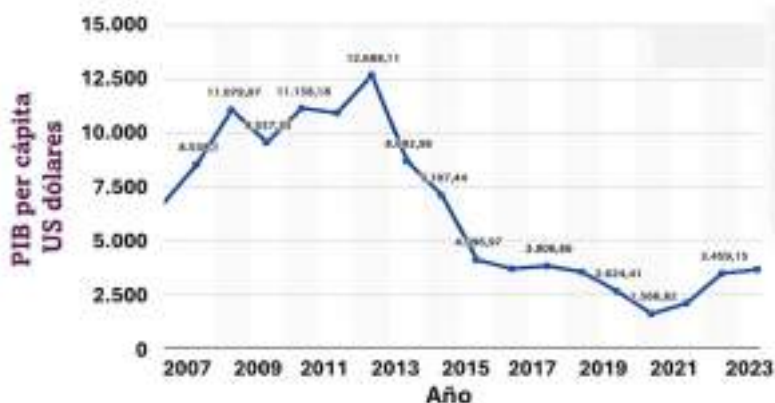


Figura 42. PIB per cápita en Venezuela 2007- 2023 a precios corrientes en US dólares (50).

Carlos Aponte (37) afirma que el desastre ocurrido en el siglo XXI con la pésima administración de la bonanza petrolera existente hasta el año 2013 y el surgimiento de la emergencia humanitaria compleja en

2015 no deben hacer olvidar la *crisis del modelo de desarrollo rentista* y la mala administración de la volátil bonanza petrolera de los años setenta, “*lo que supondría el riesgo de repetir errores al imaginar que los graves problemas del país comenzaron con el chavismo*”

El futuro

La recuperación de Venezuela y el avance en su desarrollo para equipararse a los países más avanzados requiere la participación de todos los venezolanos y la cooperación internacional. El trabajo debe ser organizado con inteligencia y honestidad para aumentar la producción diversificada de bienes y servicios, el comercio, ofrecer excelente educación y atención a la salud, salarios dignos, que permitan elevar la calidad de vida de todos. Buen gobierno, eficaz y eficiente, con participación de un sector privado competitivo.

La conservación de la paz es fundamental

La negociación, la NO violencia, el respeto mutuo, es la vía razonable.

El respeto a los derechos humanos, la solidaridad, la justicia, la libertad, la inclusión, la participación, la equidad, la democracia, son valores que hay que conservar.

Bienvenida

El Dr. Andrés Soyano López cumplió con todos los requisitos exigidos para su incorporación como Individuo de Número, Sillón XXIV, de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Le damos la más cordial bienvenida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez J. Gran Colombia. Diccionario de Historia de Venezuela. Fundación Empresas Polar. <https://bibliofep.fundacionempresaspolar.org/dhv/entradas/g/gran-colombia/>
2. Bruni-Celli B. Historia de la Facultad Médica de Caracas. Rev Soc Ven Hist Med. 1958;VI(16-17):1-415.

3. Wikipedia contributors. Gran Colombia. https://es.wikipedia.org/wiki/Gran_Colombia
4. Mapa de Colombia. 1819-1831. <https://co.pinterest.com/pin/374009944070601281/>
5. Yépez-Castillo A. Congreso de Valencia. Diccionario de Historia de Venezuela. Fundación Empresas Polar <https://bibliofep.fundacionempresaspolarg.org/dhv/entradas/c/congreso-de-valencia/>
6. Wikipedia contributors. (s/f). Estado de Venezuela. Wikipedia, The Free Encyclopedia. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estado_de_Venezuela&oldid=160111408
7. El Escudo de Venezuela: Historia, Simbolismo y Relevancia en la Identidad Nacional | Embajada de Venezuela <https://www.embajadadevenezuela.org/generalidades/simbolos-patrios/>
8. Cupello-Osorio F. Agustín Codazzi, el prócer que trazó el primer mapa de Venezuela. <https://detallesdelahistoria.com/2021/12/18/agustin-codazzi-un-procer-de-la-independencia-que-trazo-los-primeros-mapas/>
9. Perazzo N. Codazzi Agustín. Diccionario de Historia de Venezuela. Fundación Polar. <https://bibliofep.fundacionempresaspolarg.org/dhv/entradas/c/codazzi-agustin/>
10. Razetti L. Gac Méd Caracas. 1918;25(7):68-69.
11. Gonzalez Guerra M. Pertinência y Prestancia de la Academia Nacional de Medicina. Reflexiones en su primer centenario (1904-2004). Caracas. Editorial Ateproca; 2009.
12. Cruz L. Historia de los Congresos organizados por la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Gac Méd Caracas. 2023;131(3):749-766. DOI 10.47307/GMC.2023.131.3.27
<https://drive.google.com/file/d/1VabvUPRFYOP79TvcKwrQIaViI9Rqgs5S/view>
13. Toby S. Gripe Española: La primera pandemia mundial. Historia National Geographic. https://historia.nationalgeographic.com.es/a/gripe-espanola-primera-pandemia-global_12836
14. Covid-19 en Venezuela. Blog de la Plataforma Patria. <https://covid19.patria.org.ve/>

15. Our World in Data. Coronavirus Pandemic (COVID-19). <https://ourworldindata.org/coronavirus>
16. World Health Organization- COVID19 Epidemiological Update. Edición 165. 15 de marzo de 2024 <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update-edition-165>
17. Organización Mundial de la Salud Exceso mundial de mortalidad asociado a la pandemia de COVID-19 (who.int) <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/global-excess-deaths-associated-with-the-COVID-19-pandemic>
18. The Economist. Tracking covid 19 excess death across countries. <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker>
19. Excess mortality during the Coronavirus pandemic (COVID-19) - Our World in Data. <https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid#estimated-excess-mortality-from-the-economist>
20. World Health Organization WHO COVID 19 Dashboard. <https://data.who.int/dashboards/covid19/>
21. Our World in Data. Estimated cumulative excess deaths per 100,000 people during COVID, from The Economist. <https://ourworldindata.org/grapher/excess-deaths-cumulative-per-100k-economist>
22. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations.222 OurWorldInData.org/covid-vaccinations
23. Life Expectancy - <https://ourworldindata.org/life-expectancy>
24. Life Expectancy of the World Population. <http://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/>
25. Global Infant Mortality Rate. <https://database.earth/population/infant-mortality-rate>
26. World Population Review. Infant Mortality Rate by Country. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/infant-mortality-rate-by-country>
27. Infant Mortality Rate of Venezuela (Bolivarian Republic of). <https://database.earth/population/venezuela-bolivarian-republic-of/infant-mortality-rate>

28. Panamerican Health Organization. Country Profile Venezuela (Bolivarian Republic of). <https://hia.paho.org/en/countries-22/venezuela-country-profile>
29. Organización Mundial de la Salud. Datos. Venezuela (República Bolivariana de) Resumen de datos de salud para la República Bolivariana de Venezuela Venezuela (República Bolivariana de) (who.int) <https://data.who.int/es/countries/862>
30. Organización mundial de la salud Mortalidad materna en el mundo. [https://data.who.int/es/indicators/i/C071DCB/AC597B1AC597B1\(who.int\)](https://data.who.int/es/indicators/i/C071DCB/AC597B1AC597B1(who.int))
31. Oxfam E. (2018, marzo 28). Crisis humanitaria: Trabajemos juntos para mitigarla. Ingredientes que Suman. <https://blog.oxfamintermon.org/crisis-humanitaria-trabajemos-juntos-para-mitigarla/#Que-es-una-crisis-humanitaria>
32. Hum Venezuela Informe de Seguimiento a la Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela. <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2024/01/Informe-de-Seguimiento-de-la-EHC-HumVenezuela-Noviembre-2023-2.pdf>
33. UNICEF. Country Office Annual Report Venezuela 2023. <https://www.unicef.org/reports/country-regional-divisional-annual-reports-2023/Venezuela>
34. Hum Venezuela. Datos e indicadores de impactos de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela (actualizados hasta diciembre de 2023) Alimentacion-2023-Datos-e-indicadores-de-la-Emergencia-Humanitaria-Compleja.xlsx (live.com)
35. Hum Venezuela Tabla de datos. Disponible en: <https://humvenezuela.com/tabla-de-datos-2023/>
36. World Economic Forum. Venezuela's economic crisis: all you need to know in four charts. <https://www.weforum.org/agenda/2016/06/venezuela-economic-crisis-in-4-charts/>
37. Aponte-Blank C. La pobreza en Venezuela en el siglo XXI. Caracterización, contexto y consecuencias sociales de su expansión masiva (2013-2020) Provea y Cendes Julio 2021. https://www.researchgate.net/publication/355890822_La_pobreza_en_la_Venezuela_del_siglo_XXI_Caracterizacion_contexto_y_consecuencias_sociales_de_su_expansion_masiva_2013-2020

38. Torres-Rivas E. Evolución de la pobreza en Venezuela. Un estudio desde los enfoques estático y dinámico. Tesis doctoral. Servicio de publicaciones. Universidad de la Laguna 2013 ISBN 978-84-15939-31-3 <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/65/Elizabeth+Torres+Rivas.pdf;jsessionid=AF7582F99616BD697C29872AFEDD8984?sequence=1>
39. Statista. Porcentaje de la población en situación de pobreza extrema en Venezuela desde 2010 hasta 2022. <https://es.statista.com/estadisticas/1277980/porcentaje-de-la-poblacion-venezolana-bajo-la-linea-de-pobreza-extrema/>
40. Naciones Unidas. Unos setenta millones de personas viven en situación de pobreza extrema en América Latina. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/11/1525907>
41. Statista. Pobreza en América Latina – Datos Estadísticos. Disponible en: <https://es.statista.com/temas/8701/pobreza-en-america-latina/>
42. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI. Universidad Católica Andrés Bello. Novena edición 2023. <https://www.proyectoencovi.com/>
43. Nations, United. Human Development Report 2023-2024. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2023-24reporten.pdf> [hdr2023-24reporten.pdf](https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2023-24reporten.pdf) (undp.org)
44. García S. Historia del Petróleo en Venezuela. Dossier Interactivo 2022. <https://dossierinteractivo.com/historia-del-petroleo-en-venezuela/>
45. Perozo-Padua LA En 1930 Venezuela canceló la totalidad de la deuda pública. Disponible en: <https://www.eluniversal.com/el-universal/67681/en-1930-venezuela-cancelo-la-totalidad-de-la-deuda-publica>
46. Hernandez, N Venezuela 100 años de producción de petróleo (2018-2019). Disponible en: <https://petroleumag.com/venezuela-100-anos-de-produccion-de-petroleo-2018-2019/>
47. U.S. Energy Information Administration. Country Analysis Executive Summary: Venezuela. https://www.eia.gov/international/content/analysis/countries_long/Venezuela/venezuela_exe.pdf
48. Wikipedia. Anexo. Ventas de petróleo en Venezuela y precios. https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Ventas_petr%C3%B3leo_en_Venezuela_y_precios

49. De Corso G. El Crecimiento Económico De Venezuela, Desde La Oligarquía Conservadora Hasta La Revolución Bolivariana: 1830-2012. Una Visión Cuantitativa: Venezuelan Economic Growth From The Conservative Oligarchy To The Bolivarian Revolution (1830-2012). *Revista de Historia Económica / Journal of Iberian and Latin American Economic History*. 2013;31(3):321-357. doi:10.1017/S0212610913000190

Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/revista-de-historia-economica-journal-of-iberian-and-latin-american-economic-history/article/abs/el-crecimiento-economico-de-venezuela-desde-la-oligarquia-conservadora-hasta-la-revolucion-bolivariana-18302012-una-vision-cuantitativa/790373978-795EAF408580A31ACCE5055>

50. Statista Producto interno bruto per cápita (PIB) en precios corrientes en Venezuela desde 1985 hasta 2025. <https://es.statista.com/estadisticas/1267998/producto-interno-bruto-per-capita-en-venezuela/>

Índice

Resumen	279
Summary	280
Introducción	281
Siglo XIX	283
Siglos XX y XXI	287
La pandemia de influenza A(H1N1) en 1918-1919 (gripe española)	289
La pandemia de COVID-19 causada por el SARS-CoV-2 entre 2020 y 2023	290
Casos y muertes	290
Exceso de mortalidad asociado a la pandemia de COVID-19	294
Vacunación contra la COVID-19	298
Evolución de indicadores de la salud pública en Venezuela, dentro del contexto mundial	301
Esperanza de vida al nacer, excelente indicador del progreso en salud	301
Tasa de mortalidad infantil	307
Tasa de mortalidad materna	309
Crisis humanitaria	310
Gasto del gobierno en salud	312

Asesinatos en Venezuela	312
Pobreza	314
Índice de desarrollo humano	317
Factores económicos determinantes.	318
Producción petrolera	318
Valor de las exportaciones petroleras	322
Producto interno bruto (PIB)	323
El futuro	325
Bienvenida	325
Referencias bibliográficas	325
Índice	330