En 2020, la pandemia generada por el COVID-19 aceleró aún más el deterioro extremo en el que ya se encontraba el derecho a la salud en Venezuela. El sistema sanitario público -aunque fragmentado y desigualmente distribuido a lo largo del territorio nacional-, era el único con la mayor capacidad instalada de establecimientos, personal y camas en el país.

Antes de 2014, el sistema mostraba una crisis generalizada por décadas de desfinanciamiento, desestructuración y deterioro de las capacidades sanitarias, siendo constantes las malas condiciones de la infraestructura, el desabastecimiento de insumos, la pérdida de personal y la interrupción de servicios. Entre 2015 y 2016, la crisis se agudizó por la falta de servicios básicos (agua y electricidad), y en 2019, las deficiencias acumuladas y la reducción de personal acabaron ocasionando un colapso estructural con el desmantelamiento operativo de 70% de los servicios de salud. En 2020, al concentrar los servicios de salud existentes en la atención de la pandemia, se estima que el sistema sanitario público en general sufrió una reducción operativa de 80%.

Con los primeros casos notificados de COVID-19, en marzo 2020 el gobierno venezolano declara una emergencia sanitaria en el marco de un Estado de Alarma Nacional, concentró el manejo de la pandemia en una Comisión Presidencial para la Prevención, Atención y Control de Coronavirus, que excluyó a la comunidad académica y científica del país, formuló planes sin ninguna transparencia, y gestionó apoyos limitados con organismos internacionales instalados en el país, principalmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Sólo 46 de los 292 hospitales públicos disponibles en los 24 estados del país, fueron seleccionados como cen-
tros centinelas para la atención de casos graves de CO-
VID-19, pero ninguno de estos hospitales ni su personal
contaba con las condiciones mínimas de preparación para
el tratamiento de los casos. El apoyo internacional, en
buena parte destinado al suministro de equipos e insu-
mos para la protección del personal de salud y paliar las
fallas de agua, higiene y saneamiento en los hospitales,
resultó insuficiente por la política estatal de acceso re-
stringido, los problemas logísticos del país y la politiza-
ción de la respuesta humanitaria.

Las pruebas de diagnóstico (PCR-RT y Pruebas Rá-
pidas de Antígeno, las primeras de mayor precisión que
las segundas) se centralizaron en dos instituciones de
Caracas, causando excesivos retrasos en la entrega de re-
sultados en los distintos estados del país, y su aplicación
ha sido altamente deficiente para la detección de casos
confirmados y sospechosos. Venezuela recibió en octubre
2020, con apoyo de la Organización Panamericana de la
Salud (OPS), más de 300 mil pruebas de antígeno y 35
equipos lectores para realizar entre tres mil y cuatro mil
pruebas diarias, pero tras cinco meses solo se hicieron
21.583 pruebas, por falta de personal y dificultades lo-
gísticas. Con una insuficiente cobertura de las PCR-RT y
una debilitada capacidad de vigilancia en el país, las aca-
demias nacionales y otros institutos internacionales han
llegado a estimar que en Venezuela los casos positivos y
las muertes por Covid serían respectivamente seis y cinco
veces mayores a las cifras reportadas oficialmente.

Entre marzo y diciembre de 2020, Venezuela notificó
un acumulado de 113,562 casos y 1,028 personas falle-
cidas por COVID-19, con tasas de transmisión y letali-
dad bastante bajas en comparación con otros países del
mundo y de América Latina y el Caribe. Las entidades
federales con mayor población afectada fueron Distrito
Capital, Miranda, Zulia, Táchira y La Guaira. Este com-
portamiento favorable en un contexto de alta fragilidad
sanitaria, se atribuyó a tres factores: a) la lentitud de la
transmisión por las cuarentenas obligatorias, la suspendi-
sión de actividades que implican una alta movilización
de personas, como las educativas, y el cierre de fronteras;
b) los altos niveles de contracción económica y las severas
restricciones a la movilidad por la parálisis de la mayoría
de las unidades de transporte público y la falta de gaso-
olina durante 6 años previos de emergencia humanitaria
compleja; y c) las disminuidas capacidades de vigilancia
y diagnóstico, las pruebas rápidas y poco precisas en más
de 90% de las realizadas y los grandes retrasos en la en-
trega de resultados por su centralización.

Bajo estas circunstancias, las academias nacionales
y la comunidad científica nacional e internacional aler-
taron que la pandemia en Venezuela tenía un retraso en
su evolución epidemiológica, siendo por lo tanto proba-
ble una curva cada vez más creciente en su expansión,
sobre todo por la insostenibilidad de las cuarentenas en
un contexto de emergencia humanitaria, con millones de
personas sin medios de vida y con severas dificulta-
des para acceder a los alimentos. Además, advirtieron
que las cifras oficiales presentaban un considerable
sub-registro de casos positivos y muertes por CO-
VID-19, estimado hasta en un 60%, debido a la escasa
aplicación de pruebas diagnósticas precisas.

Entre junio y diciembre de 2020, Médicos Unidos de
Venezuela (MUV) registró un total de 295 muertos del
personal de salud por COVID, la mayoría no contabi-
lizadas en las cifras oficiales de la pandemia. Del total de
personal de salud fallecido, 217 era del personal médico
(73%), 52 personal de enfermería (18%) y 26 otros traba-
dores del área salud (9%), entre los que se incluían Médi-
cos Integrales Comunitarios (MIC).

Las vulneraciones del derecho a la salud que registró
Provea en su base de datos durante 2020 se redujeron
del levemente un 23,5%, en comparación con las registradas
en 2019, pasando de 5.884 a 4.500 denuncias. Estos niveles de vulneración han sido los más altos recogidos en el monitoreo constante que realiza Provea a la situación del derecho a la salud en los últimos años.

El volumen de denuncias en 2020 revela que menos personas acudieron a los hospitales porque, pese a la leve reducción general, aumentaron las referidas a la falta de personal médico y de enfermería en 53% y 71% respectivamente, mostrando que las restricciones y los obstáculos en el manejo de la pandemia tuvieron severas repercusiones en el sistema sanitario público, particularmente aumentando la ausencia y/o la pérdida de personal de salud capacitado, sobre el cual recayeron las mayores exigencias para afrontar la pandemia en unas condiciones de trabajo extremadamente precarias y riesgosas.

Las medidas de cuarentena, la falta de personal de salud y la escasez de gasolina en 2020 disminuyeron aún más el acceso de las personas con problemas de salud al sistema sanitario y a tratamientos, insumos y medicinas esenciales, aumentando la prevalencia de enfermedades crónicas no diagnosticadas ni adecuadamente tratadas, y el riesgo de contraer enfermedades transmisibles por drásticas caídas en las coberturas de vacunación.

El personal de salud reclamó la falta de voluntad de las autoridades para garantizar adecuadas medidas de bioseguridad para atender la emergencia del COVID-19, así como los bajos salarios y las deficiencias de insumos y equipamiento en centros de salud. Como consecuencia de esos reclamos tres trabajadores de la salud fueron detenidos y afrontan procesos penales por exigir derechos. Otros fueron despedidos o amenazados de despido si continuaban realizando denuncias.

La ausencia de boletines epidemiológicos y de estadísticas de defunciones, que el gobierno no publica desde 2016, impidieron nuevamente saber con mayor exactitud los niveles de impacto que tuvo la vulneración del dere