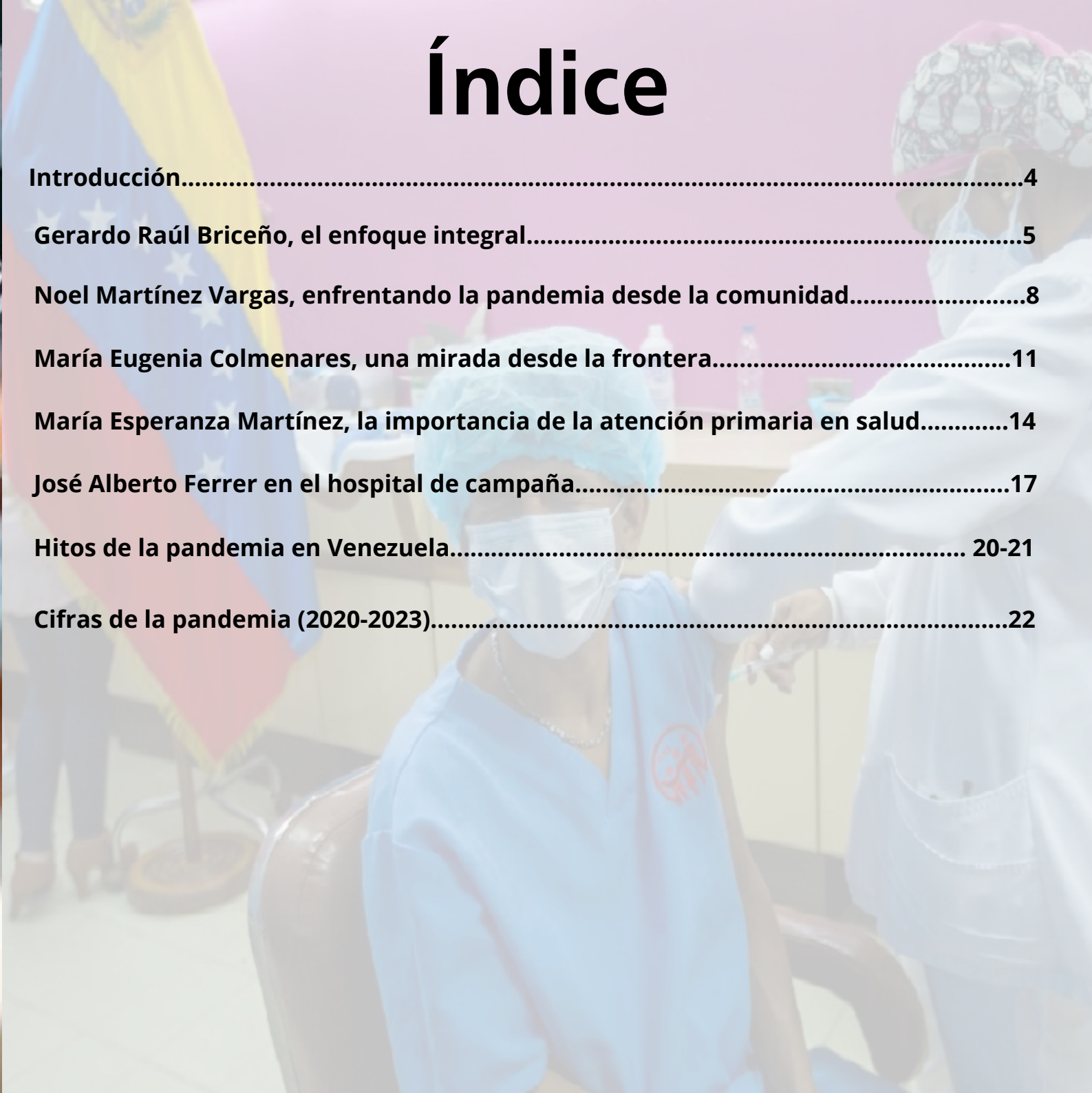


Venezuela en pandemia (5 perspectivas)



Índice

Introducción.....	4
Gerardo Raúl Briceño, el enfoque integral.....	5
Noel Martínez Vargas, enfrentando la pandemia desde la comunidad.....	8
María Eugenia Colmenares, una mirada desde la frontera.....	11
María Esperanza Martínez, la importancia de la atención primaria en salud.....	14
José Alberto Ferrer en el hospital de campaña.....	17
Hitos de la pandemia en Venezuela.....	20-21
Cifras de la pandemia (2020-2023).....	22



A manera de prólogo

En febrero de 2026, a seis años del inicio de la pandemia por COVID-19, la Organización Mundial de la Salud reportaba que el 43,1% de las más de 7 millones de muertes notificadas a nivel global por esa enfermedad correspondían al continente americano.

Estados Unidos, con más de 1,2 millones de muertes notificadas, encabeza la lista en la región, pero también otros países reportaron cifras muy altas de decesos, como Brasil (703.774), México (335.098), Perú (221.067), Colombia (142.805) o Argentina (130.839).

En medio de estas altas cifras, destaca el caso de Venezuela, que registró 5.856 muertes por COVID, el menor número de Sudamérica si exceptuamos a los tres países con menos de un millón de habitantes (Guyana, Surinam y Guayana Francesa). Es de destacar que Venezuela reportó incluso menos muertes que un país como Uruguay, que tiene una población diez veces menor. El número de casos reportados (552 mil) también fue el menor en Sudamérica entre países con más de un millón de habitantes.

Hace casi tres años que la OMS decretó el fin de la emergencia sanitaria internacional por COVID, y esa distancia en el tiempo permite un análisis más sosegado de todos aquellos días de caos e incertidumbre, un tranquilo balance de una época intranquila.

Esta publicación se inspira en la meticulosa compilación que en el propio año 2020 hicieron Yadira Córdova y Rosicar Mata en el libro digital *Rompiendo Cadenas*, donde a través de 22 voces analizaron la estrategia venezolana contra la COVID-19 en un momento en que la pandemia estaba en pleno desarrollo.

En lo que esperamos sea un primer paso para rescatar la memoria histórica en torno al manejo de aquella emergencia en Venezuela (eventualmente iremos agregando otras perspectivas, otros entrevistados), conversamos con cinco trabajadores sanitarios que ostentaban cargos de importancia cuando se desató la pandemia y durante los primeros meses de la misma, de manera de saber cuáles son sus impresiones sobre la forma en que el país manejó esta situación extraordinaria. Cada uno de ellos lo vivió de una forma diferente, desde una posición diferente y desde una región geográfica diferente. Cuáles fueron los aciertos y los desaciertos en aquella época ajetreada, qué aprendimos y sobre todo ¿Qué hizo que en Venezuela su impacto se sintiera menos que en países vecinos?

Abril, 2026

Gerardo Raúl Briceño

El enfoque integral

A Gerardo Briceño todavía hoy un frío le recorre el cuerpo cuando ve fotos de la pandemia. Como **vice-ministro de Recursos, Tecnología y Regulación**, le correspondió actuar en primera línea en aquellos turbulentos días del año 2020.

Recuerda que incluso antes, en diciembre de 2019, el país recibió un alerta del gobierno chino y en enero se habían reservado insumos para atender la pandemia, pues ya para ese momento tenían la certeza de que el COVID-19 llegaría al país. Se apertrecharon entonces de guantes, batas y tapabocas, como quien espera el impacto que, no tengan duda, llegará.

—**¿Cuál crees que fue la clave para que Venezuela pudiera exhibir buenos números en cuanto a contagios y sobre todo decesos por COVID?**

—Me parece que la clave es que en Venezuela no fue solo el ministerio de salud el que atendió la pandemia, sino que se nombró una comisión, liderada por la vicepresidenta Delcy Rodríguez, en la que se incluyó a muchos actores del campo de la salud (Ipasmé, seguro social, sanidad militar, sociedades científicas...) y se incorporó a otros ministerios como el de Transporte, Comercio y Alimentación. Todos se sentaron en una mesa para definir protocolos de trabajo, atención y medidas de prevención. Desde el principio entendimos que la pandemia debía abordarse de forma sistémica, con un enfoque multisectorial. Se creó además otra comisión que sí estaba en el ministerio pero estaba conformada por personas que no tenían



ningún cargo allí, que ni siquiera eran funcionarios públicos y en muchos casos trabajaban para clínicas privadas, y que estuvieron encargados de evaluar las terapias y las medidas sanitarias que se aplicarían, buscando un consenso científico que respaldara esas medidas. Fue una iniciativa interesante porque se incorporaron y se articularon todas las voluntades: diferentes ministerios, sector público y privado, para atender una emergencia sanitaria. Ese fue el principal acierto, todos trabajaban en función de una sola política. La decisión de imponer una cuarentena y las medidas restrictivas a la población fueron tomadas en consenso, no impuestas. Y aunque la cuarentena fue estricta, también se pensó en los comercios y se tomaron medidas para proteger a los comerciantes.

—**En la población surgieron algunas quejas por las limitaciones para trasladarse por el propio territorio durante todo 2020...**

—No era un tema fácil de manejar, pues entre la propia población había mucho miedo. Te cuento lo que sucedió en la frontera para ilustrar este punto: en el lado colombiano muchos venezolanos que estaban con síntomas eran recogidos en Cúcuta o en El Amparo por autoridades colombianas, los subían a un autobús y los dejaban en la frontera, a metros de territorio venezolano. Muchos entraron caminando por la carretera o por la trocha y llegaban a San Antonio del Táchira. De acuerdo a la información que teníamos de las autoridades de salud del Táchira, en San Antonio llegamos a tener 4 mil personas en unas instalaciones y no sabíamos cuál era su condición, si tenían síntomas o si habían contraído el virus. Hicimos un cerco sanitario y las pusimos en cuarentena. Pero ocurría lo siguiente: cuando subían en San Cristóbal a un autobús para luego ser llevados a sus estados de origen, la gente de los lugares a donde iban atacaban los autobuses con piedras para que no se quedaran allí. Incluso pasó en San Cristóbal, que es una ciudad grande: cuando el autobús llegaba a la escuela donde estas personas iban a pasar la noche antes de partir a la mañana siguiente a otros destinos, muchas veces eran agredidos por la población, se amenazaba con quemar los lugares donde pernoctarían. Había mucho miedo, recuerdo una de estas personas en un autobús que venía de Táchira y se dirigía a Oriente, a esta persona le dieron síntomas en Clarines, Anzoátegui, y el autobús se paró allí. La población salió a intentar quemar el autobús diciendo que no se podía quedar. Y se trataba de una persona con insuficiencia respiratoria, en peligro de muerte, que debió ingresar a un Centro de Diagnóstico Integral. Hasta un concejal estuvo involucrado en ese intento de que el autobús no se parara allí. El problema en las fronteras fue muy complejo, pues se pro-

dujeron aglomeraciones de personas en zonas fronterizas y no podíamos tenerlas allí demasiado tiempo. Debíamos hacerles pruebas y luego llevarlas a sus estados cuando los resultados eran negativos, si es que eran negativos.

—**También llegó a señalarse que la escogencia de las primeras vacunas que llegaron (las Sputnik) se basó en motivos políticos...**

—Había varias opciones de vacuna entonces, y si nos inclinamos por la Sputnik fue por su tecnología, no por motivos políticos. Se evaluaron las tecnologías vacunales y decidimos que la más segura era la rusa por su tecnología. Pero antes de aplicarla de forma masiva hicimos un estudio clínico, y así se desplegó en el Cardiológico Infantil un equipo de médicos, se hizo un protocolo y se realizó y validó un estudio, un estudio que se realizó mientras se vacunaba al personal del primer nivel de atención. Después, la vacunación se amplió al personal sanitario que no estaba en la primera línea de atención (ambulatorios, consultas, hospitales que no eran centinela). Luego se amplió a la población general y en paralelo se pidió a los privados vacunar al personal de la industria farmacéutica. Y luego se entregaron vacunas al sector privado para que ayudaran en labores de vacunación.

“La clave es que en Venezuela no fue solo el ministerio de Salud el que atendió la pandemia: se nombró a una comisión que incluía otros ministerios, sociedades científicas y todo tipo de actores en salud”

“Hoy conocemos todo sobre esa enfermedad, pero con los conocimientos que teníamos entonces creo que el abordaje se hizo de manera correcta, al punto que hoy se me dificulta decir qué debimos haber hecho de forma diferente”

—**Si tuvieras que enfrentar de nuevo aquella pandemia y con las enseñanzas del tiempo transcurrido ¿Qué harías de forma diferente?**

—Hubo desaciertos, es normal, pero en general creo que el abordaje se hizo de manera correcta, al punto que ahora mismo no sabría qué haría de forma diferente. Era una enfermedad desconocida, no había estadísticas confiables, no había tratamiento... Hoy conocemos todo de esa enfermedad, pero con los conocimientos que había entonces no creo que hubiera hecho nada diferente, al menos nada significativamente diferente. Tal vez la vacunación pudo haberse hecho de manera más rápida, la incorporación del sector privado en este aspecto, pero en términos generales fue una pandemia que se abordó de forma programada e incluyendo a muchos sectores de la sociedad. Además muchas veces fuimos rectificando en el camino, fíjate: las primeras semanas de la pandemia fueron de restricción total, hasta se cerraban calles para impedir la movilización, se cerraban cuadras enteras cuando se identificaba un caso positivo en una vivienda, en un apartamento. Pero pronto nos dimos cuenta de que hacerlo de manera tan radical no era sostenible, el comercio se veía muy afectado, la gente necesitaba comprar cosas básicas para sobrevivir, la propia salud mental de las personas se resentía con el encierro, y debimos flexibilizar la cuarentena. Fue así que a los 76 días del inicio de esta

pandemia se comienza con ese esquema de una semana flexible y otra de confinamiento, lo que se extendió hasta octubre de 2020, cuando ya hubo mayor flexibilidad. Incluso en todo diciembre se suspendió el confinamiento. Pero durante esas semanas flexibles se exigía el uso del tapaboca y el distanciamiento social, y promovimos el lavado de manos.

—**¿Qué crees que se aprendió, qué lecciones dejó la pandemia?**

—Aprendimos que el sector público y privado pueden trabajar de la mano en favor de la salud de la población. Aprendimos que podemos formar a la gente si nos lo proponemos, pues siento que aquí de manera general todos entendimos la importancia de utilizar tapaboca durante la pandemia, la importancia de mantener limpias nuestras manos, de mantener la distancia.

—**¿Cómo fue el comportamiento de la población?**

—La población entendió y acató las medidas dictadas oficialmente. No fue necesario imponerlas, éstas se aceptaron, creo que sobre todo porque había mucho temor. También entendió la importancia de contar con un sistema de salud público fuerte que lo atienda, que las clínicas privadas no se dan abasto en una situación así, las propias clínicas nos solicitaban ayuda, nos pedían medicamentos. Aprendimos que somos muy vulnerables, eso quedó grabado a fuego en todos nosotros.

Noel Martínez Vargas

Enfrentar la pandemia desde la comunidad

Desde que hace más de 45 años ingresó a la Secretaría de Salud de la extinta gobernación de Distrito Federal, Noel Martínez ha trabajado por la salud desde la propia comunidad. Coordinaba la **participación comunitaria en salud desde la dirección de salud comunal del Ministerio de Salud**, y desde la parroquia Sucre (Catia), la más poblada del país con 650 mil habitantes, debió implementar las primeras acciones que se realizaron desde y para la comunidad, contribuyendo a crear un programa piloto de atención comunitaria que se extendería a toda la capital y eventualmente al país entero.

—¿En qué consistieron esas primeras acciones, cuándo tuvieron lugar?

—Cuando Aristóbulo Istúriz estaba al frente del Ministerio de las Comunas, inauguró un programa que se llamaba La Salud va a la Escuela, y apenas comenzaron a llegar las primeras noticias de infecciones respiratorias en China, empezamos a utilizar ese programa para llevar a las escuelas campañas sobre lavado de manos. Sabíamos ya que sería útil, que nos ayudaría a manejar mejor cualquier tipo de infección respiratoria si llegaba al país. Fuimos a escuelas de todo el territorio con esta campaña entre finales de 2019 y principios de 2020, sobre todo a escuelas de Caracas.



—¿Y cuándo te diste cuenta de que se trataba de algo serio y qué hicieron entonces?

—Ya en enero y febrero había muchos indicadores inquietantes, pero sobre todo mucho rumor, todo crecía exponencialmente. Cuando se declara formalmente la emergencia a mediados de marzo, nosotros aquí en la parroquia teníamos enfermos con infecciones respiratorias en el hospital de Los Magallanes o en el Periférico de Catia. Todavía no sabíamos bien de qué se trataba. En el marco del decreto de emergencia, quienes estábamos en los comités de salud de los concejos comunales fuimos a hacer cursos de formación inmediata y apenas saliendo de allí formamos brigadas comunitarias contra la COVID, nos armamos con termómetros infrarrojos y todo el equipo de protección y nos fuimos casa a casa a detectar casos sospechosos. Hicimos un cronograma de cuarentena con colores y todo, y si eras de alguno de los 19 ejes territoriales

“Los principales mecanismos comunitarios para enfrentar la pandemia nacieron en la parroquia Sucre y luego se aplicaron en todo el país”

de la parroquia, no podías ir a otro de los ejes salvo un día específico de la semana. Solo así pudimos controlar el flujo poblacional en un área de tanta movilidad, somos 658 mil habitantes, 552 comunidades, más de 3 mil calles, piensa que la parroquia Sucre tiene más población que muchos estados del país y en un territorio mucho menor. Otras brigadas nos ayudaron haciendo bloqueo comunitario en puntos estratégicos de la zona, solo dejaban circular a los que tuvieran autorización de salida por necesidad, como los propios trabajadores sanitarios, y tampoco dejaban entrar gente de otros territorios. También creamos las llamadas “aulas COVID”, donde eran llevadas las personas que infringían algunas de las medidas de protección como el uso del tapabocas o que protestaban contra las regulaciones que les limitaban el libre tránsito, y allí les explicábamos el porqué de todas esas regulaciones.

—Algunos calificaron esas medidas de excesivas...

—Sí, pero sin duda contribuyeron a limitar los contagios en una zona tan densamente poblada y con tanta actividad como Catia. Fuimos una parroquia piloto por sus características demográficas, y luego nuestro ejemplo se extendió al resto de la ciudad primero y a todo el país después. Todo lo que se hizo aquí, las brigadas comunitarias, la instalación de una mesa técnica parroquial, la búsqueda casa a casa, las aulas COVID, el utilizar los hoteles para alojar y aislar a los casos sospechosos, el apoyo de las alcaldías en temas logísticos como el traslado en ambulancias,

la instalación de salas de salud respiratoria en los establecimientos de salud, el énfasis en el cuidado de las personas mayores... y después las brigadas de vacunadores y los grandes centros de vacunación en centros educativos (en Catia el mayor estuvo en la Universidad Nacional Experimental de la Seguridad), la vacunación en los grandes mercados a cielo abierto (mercados periféricos) y en las ferias de buhoneros, el entrenamiento en vacunación a todos los que formaban parte de los comités de salud de los concejos comunales... todo eso se replicaría luego en el país, pero esas medidas nacieron en la parroquia Sucre.

—¿La población lo acató de buena manera?

—Sí, dentro de lo que cabe. Claro que encontramos cierta resistencia, pero creo que la gran mayoría entendió a cabalidad que se hacía por su bien. También hay que decir que muchas veces hubo incompreensión nacida del temor, a mí me tocó rescatar a personas asediadas por sus propios vecinos, pues no las dejaban salir de sus casas porque escucharon que estaba tosiendo. La paranoia en ese sentido fue terrible en muchos casos. Aquí se crearon las salas respiratorias del COVID en los CDI (Centros de Diagnóstico Integral) y en los hospitales, tuvimos que apoyar el traslado a estas salas de esa gente que era asediada, atacada, insultada por sus propios vecinos. En dichas salas ofrecíamos un diagnóstico inmediato, con pruebas rápidas de PCR, y remitíamos cada caso a donde pudiera tratarse, a donde sabíamos que sería atendido.

—¿Qué crees que pudo hacerse mejor?

—Implicar más a las fuerzas de seguridad en todo ese despliegue, informar sobre la situación que vivíamos a guardias y policías para que entendieran bien cómo podían ayudarnos. Nunca le dimos una inducción a los miembros de la Policía Nacional sobre COVID, por ejemplo, eso nos faltó. La policía nos podía haber ayudado a manejar todas esas situaciones de violencia que se dieron entre la población por temor. En general, pienso que debemos trabajar para que las fuerzas de seguridad se involucren más en temas de salud, debe haber una política de Estado que obligue a los estamentos de seguridad a relacionarse más con el sector sanitario. Mientras estoy hablando contigo, aquí al lado en la Sala Situacional estamos realizando un taller sobre brigadas comunitarias de respuesta rápida en salud y yo convoqué a todos los cuadrantes de paz, pero ahí no hay ni un policía, nadie de las fuerzas de seguridad. También debo decir que algunas cosas pudieron comunicarse mejor, aunque reconozco que aquí se hizo un gran esfuerzo, sobre todo si tomamos en cuenta que había muchas cosas sobre esta enfermedad que no conocíamos. Te pongo un ejemplo: la vicepresidenta Delcy Rodríguez anunciaba en televisión que en el país se habían registrado cinco muertes por COVID, y la gente en mi comunidad se alarmaba: “Cómo es posible, si solo en Horizonte (una comunidad de la parroquia Sucre) tenemos diez muertos”. Entonces había que explicar lo de las comorbilidades, que la mayoría de esas personas murieron porque eran diabéticas o tenían problemas cardiovasculares o algún tipo de patología que ya estaba desatendida, no era exacto decir que habían muerto por COVID, murieron por su patología de base aunque ciertamente habían sido contagiados por COVID. Eso no se explicó lo suficiente.

—¿Qué aprendió la población?

—Quizá te extrañe esto que te voy a decir, pero yo veo a la pandemia como la mayor expresión de unidad, de hermandad, de reencuentro entre los venezolanos, la prueba de lo que podemos hacer cuando dejamos de lado nuestras diferencias y trabajamos por un fin común. A pesar de las diferencias políticas y en un momento de gran confrontación política, todos, blancos, azules, rojos amarillos, lo que sea, logramos unirnos para luchar por nuestra salud. Hasta que gente que históricamente nos había enfrentado (a veces incluso con armas), se plegaron a las brigadas, nos acompañaron en las búsquedas casa por casa, a los esfuerzos por controlar la enfermedad, por protegernos y proteger a su comunidad. Por una vez pudimos enfocarnos en lo que nos une antes que en lo que nos separa, y ese fue el mejor aprendizaje que pudimos tener. En general creo que el talante del venezolano ayudó a sobrellevar una época tan dura, esa capacidad que tenemos de hacer de todo un chiste pero al mismo tiempo de ayudarnos entre todos, y donde come uno comen dos, tres y cinco, ese tipo de cosas hizo que todo fuera más llevadero. Igual que el resto del mundo, aprendimos que tenemos una gran capacidad de resiliencia, pero al mismo tiempo nos dimos cuenta de lo vulnerables que éramos, que seguimos siendo.

“La pandemia fue la mayor expresión de reencuentro entre venezolanos, aprendimos de lo que somos capaces cuando nos enfocamos en lo que nos une antes que en lo que nos separa”

María Eugenia Colmenares

Mirada desde la frontera

María Eugenia Colmenares era la **máxima autoridad de salud de Apure**, un estado fronterizo, cuando se desata la pandemia en el primer trimestre de 2020. Un estado que ella misma define como “muy interesante”, pues aunque es el tercer estado con mayor extensión de Venezuela, su densidad poblacional es muy baja, con mucha dispersión geográfica. Pero tiene una de las fronteras más extensas del territorio, con un tráfico fronterizo muy dinámico, al punto que todas las enfermedades de alta transmisión se reflejan allí.

—¿Cómo viviste los primeros días de la pandemia?

—La primera reunión que se hizo relacionada con esta enfermedad que aún no había recibido el nombre de COVID fue en enero de 2020 en Caracas, antes de que la OMS declarara la emergencia de salud pública de preocupación internacional (30 de enero). La reunión se centró en definir cómo organizar la respuesta en infecciones respiratorias. El Instituto Nacional de Higiene hizo una presentación donde se habló de cómo estaba la vigilancia epidemiológica para este tipo de enfermedades en el país y curiosamente Apure había sido el único estado que había detectado la influenza B/Victoria en los años 2018 y 2019, y aunque no eran muchos casos se habían producido fallecimientos por esa influenza. Cuando regresamos a los estados comenzó la preparación, había lineamientos del ministerio de capacitación al personal, nos enviaron actualizaciones sobre la vigilancia de enfermedades respiratorias, apoyándonos en lo que se había hecho



para la influenza, pues las medidas eran prácticamente las mismas. Hicimos capacitaciones en todos los municipios entre enero y febrero y generamos lineamientos a nivel de los hospitales. Ya teníamos una vigilancia activa por influenza, lo que nos ayudó, ya estábamos acostumbrados a la recolección de muestras en los hospitales de todos los sintomáticos respiratorios.

—Y Apure fue uno de los primeros estados en reportar casos de COVID en el país...

—Fuimos creo que el tercer estado, una enfermera que presentó sintomatología respiratoria unas dos semanas antes de que a Venezuela llegara el primer caso importado por esta enfermedad. Sin embargo, había sido registrada como un caso de influenza porque teníamos la vigilancia activa para esa enfermedad y así fue tratada, con aislamiento domiciliario. Fue una gran sorpresa cuando nos llamaron y nos dijeron que

teníamos un caso positivo por COVID. Cuando se declara el estado de emergencia en marzo, ya nosotros teníamos ese caso que te menciono, y había mucha incertidumbre porque era una enfermedad que estaba en estudio, su origen era incierto, los lineamientos cambiaban, la presión internacional era muy grande y veíamos que hacía estragos en países con una fortaleza sanitaria mayor que la de nosotros.

—¿Y por qué crees que en Venezuela no hubo tantas muertes si la comparamos con otros países de la región?

—Hubo muchos factores. Primero hubo una preparación previa del personal y lineamientos claros del Ministerio de Salud. Se desplegó una pesquisa activa a nivel nacional y eso permitió educar a la gente. El Estado tomó la rectoría a través de la Vicepresidencia Ejecutiva y se tomaron medidas nacionales para minimizar la transmisión comunitaria. También es muy importante recordar que justo en ese momento había una escasez de combustible como nunca había visto este país, y eso ayudó a controlar la movilización esas primeras semanas, que fueron cruciales, pues la gente se educó en las medidas de prevención mientras tenía limitaciones de movilización por el problema del combustible. El Estado ya venía atravesando una crisis intensa en su sistema de salud, y eso nos llevó a concentrar la capacidad de respuesta en los establecimientos que tenían mayor potencial, sobre todo el recurso humano. Venezuela ya tenía un cronograma de hospitales priorizados porque los recursos eran limitados, había un modo de actuar sobre un sistema que ya estaba en crisis y creo que eso ayudó, ya nosotros estábamos preparados para respuestas concentradas como la que se dio en aquellos hospitales centinela.

—¿Cuántas personas recibían diariamente en Apure provenientes de Colombia, cómo hicieron para manejar ese éxodo?

—En esos primeros meses de la pandemia recibíamos entre 250 y 300 venezolanos al día que venían desde Colombia, y no teníamos una infraestructura para recibirlos. Además, se recibían solo en el municipio Páez, en Guasdalito, que súbitamente se vio abarrotado de personas recién llegadas a la que había que ubicar en refugios. Existía entonces el lineamiento de que a todas las personas debíamos realizarle una prueba de COVID al entrar y otra al salir del estado, y que ambas debían ser negativas. Una vez que daban negativo, teníamos los Puntos de Atención Sanitarios Integrales (PASI), refugios que se crearon en las escuelas. Los casos positivos generalmente eran trasladados a hoteles, y los negativos iban a los puntos de atención a pasar allí su cuarentena. Toda esa dinámica hizo que Apure tuviera una carga mayor que otros estados, y se generaron algunos problemas.

—¿Por qué?

—Apure es un estado con una infraestructura limitada, pensada para atender a una población pequeña, yo era partidaria de realizar pruebas y enviar directamente los casos negativos a sus estados de origen y que allá cumplieran su cuarentena sin recargar al estado. Eso

“En caso de que vuelva a suceder algo así, debemos integrar un plan especial para que sigan funcionando de manera regular todos los demás programas de salud”

“En la pandemia entendimos la importancia de trabajar de manera organizada. tú puedes carecer de recursos materiales, pero creo que es peor carecer de una mínima organización de esos recursos, por pocos que sean”

cambió algunos meses después, cuando la OMS emitió un comunicado informando que con diez días asintomáticos la transmisión disminuía exponencialmente, y que con una PCR negativa ya podías dar de alta a un paciente. Ahí se empezó a flexibilizar y se llegó a la situación que yo había recomendado: que todos los que tenían un PCR negativo podían ser enviados a sus estados, lo que finalmente alivió un poco la situación. Pero habíamos llegado a tener a cuatro mil, cinco mil personas en esos PASI, y eso implicaba logística, personal médico y alimentación que debía asumir el estado. Nosotros teníamos experiencia atendiendo refugios porque en Apure son recurrentes las inundaciones, pero es distinto atender un refugio con personas que viven en ese estado. Cuando se trata de personas que vienen de otro país y se dirigen a otro estado la cosa se complica mucho más, se genera impaciencia entre las personas porque no quieren estar ahí, empiezan presiones de todo tipo para que los dejes salir para que finalmente puedan ir a su casa, a su estado de origen, y surgen y se multiplican la intolerancia, la crispación, los problemas de salud mental.

—¿Qué lecciones nos dejó la pandemia?

—Entendimos la importancia de trabajar de manera organizada. Tú puedes carecer de recursos materiales, pero creo que es peor carecer de organización de los recursos que tienes, humano y material. Si no tienes

un liderazgo en la toma de decisiones el resultado no será positivo. Yo personalmente entendí que en esos escenarios de crisis se esconden oportunidades, pero hay que saber ubicarlas. Te pongo un ejemplo: entre nuestro primer y nuestro segundo caso positivo transcurrieron alrededor de dos meses, y después todo estalló, y llegamos a tener hasta ocho fallecimientos en un día en un hospital (el Pablo Acosta Ortiz). Éramos uno de los tres estados con mayor número de fallecidos por COVID, y me llamaron del ministerio para preguntarme qué necesitaba. Yo les dije que había que mejorar la atención hospitalaria para los casos moderados y graves, hice un inventario de cuántas camas teníamos, cuántos ventiladores mecánicos, cuánto oxígeno... Estábamos terminando la remodelación de la emergencia de ese hospital, y la coyuntura demostró que terminar esos trabajos era perentorio, y pudimos concluir la emergencia de nuestro principal hospital, además de recibir los insumos que habíamos pedido, todo eso le quedó al estado. Nos respondieron de manera positiva, incluso un viceministro estuvo un mes con nosotros en Apure. Otra cosa que quedó clara es que no puedes desatender el funcionamiento regular del sistema para atender una pandemia. En caso de que vuelva a suceder algo así, debemos integrar un plan especial para que sigan funcionando de manera regular todos los demás programas de salud.

María Esperanza Martínez

La importancia de la Atención Primaria

María Esperanza Martínez fue la **directora general de Políticas Públicas del MPPS** entre 2018 y 2021, y recuerda los días finales de 2019 y los primeros de 2020 como una época de mucho ajeteo y reuniones, pero sobre todo de mucha incertidumbre: “Sabíamos que algo venía pero no entendíamos a cabalidad qué sería, qué forma tendría”.

—**¿Ya desde 2019 anticipaban que era inminente una emergencia sanitaria internacional?**

—Ya desde finales de ese año teníamos reportes de que había casos en China de una patología respiratoria de origen desconocido y la OMS había emitido un alerta sanitaria por neumonías de origen desconocido. Nosotros nos habíamos activado, sobre todo en las formas de proteger a la población de patologías respiratorias. Veníamos trabajando con la higiene como medida básica de prevención para evitar el contagio de enfermedades respiratorias agudas.

—**¿Qué medidas adoptan cuando en enero reciben notificación sobre el nuevo virus, el SARS-CoV-2?**

—Empezamos con reuniones con la Misión Médica Cubana, que tenía experiencia en el manejo de este tipo de patologías. Hacia finales de enero y principios de febrero nos reunimos con especialistas chinos en virología, en epidemiología y en salud pública. Ellos nos contaron cómo habían abordado este problema



en su país, en especial el control de viajeros. Estas reuniones fueron por videoconferencia, pero ya a principios de marzo vino una delegación de China a Venezuela y nos presentó la situación epidemiológica en su país, lo que nos resultó muy útil para entender qué tipo de medidas debíamos adoptar en el nuestro. También tuvimos encuentros técnicos con el Instituto Nacional de Higiene para saber cuáles eran las capacidades diagnósticas y también con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y con sociedades científicas. Así nos reunimos con representantes del Instituto Robert Koch (Alemania) y Louis Pasteur (Francia), quienes se interesaron mucho por conocer el modelo venezolano y su énfasis en el primer nivel de atención. Al final de todos estos encuentros creamos un comité de especialistas venezolanos para establecer cuál iba a ser el protocolo de atención. Fue una situación muy estresante porque en ese momento

“El buen desempeño de Venezuela durante la pandemia se explica a partir de varios indicadores: un sistema de salud universal basado en la Atención Primaria en Salud, la organización popular, la comisión presidencial que lideró las acciones y mantuvo una comunicación permanente con la comunidad y la cooperación internacional solidaria”

no había evidencia científica suficiente. Diseñamos un protocolo de tratamiento ajustado a la realidad de Venezuela, así como pautas de diagnóstico. Recuerdo aquella etapa inmediatamente anterior a la pandemia como una época muy intensa de estudio y preparación para lo que sabíamos que venía.

—**¿Y por qué crees que en Venezuela no hubo tantas muertes si la comparamos con otros países de la región?**

—Venezuela tuvo un comportamiento singular, tomando en cuenta la situación de bloqueo económico y la insuficiencia de recursos. Se conjugaron varios factores para lograr esa baja letalidad en comparación con otros países de la región, y también hay que resaltar que tuvimos una tasa de recuperación muy alta. Pienso que tiene que ver con las medidas que se tomaron para cortar la transmisión. Fueron medidas drásticas y masivas, explicadas de forma directa a la población, que las acató de manera ejemplar. Apenas dos meses y medio después de iniciada la pandemia establecimos aquel sistema de una semana de confinamiento y otra de flexibilización que funcionó muy bien porque bajó la transmisión y cuando había transmisión disminuía la carga viral: aunque tuvieras la enfermedad ésta no progresaba por lo general a una

situación grave porque se interrumpía el contacto continuo. El hecho de contar con una semana flexible hacía que el cumplimiento de la semana de confinamiento fuera más estricto. Y en la semana flexible la población salía pero lo hacía cumpliendo las medidas de prevención como el uso del tapaboca y el distanciamiento social. También hay que mencionar la escasez de combustible que el país sufría entonces, lo que hacía que el comercio estuviera deprimido. Ya la movilidad poblacional estaba reducida. En Venezuela hubo además búsqueda activa de los casos casa por casa, lo que hizo que se identificaran los casos positivos y se tomaran las medidas. Hasta los estudiantes de la Universidad de Ciencias de la Salud ayudaron a estas jornadas de búsqueda de casos casa por casa. Y la atención y tratamiento para la COVID eran gratuitos, nadie tenía razones para privarse de acudir a un establecimiento de salud. No puedo dejar de mencionar aquí el apoyo de la misión médica cubana y de países como Rusia o China, o el papel que tuvo la comisión presidencial, que comunicó muy bien sobre la enfermedad y las medidas necesarias a toda la población, o el peso que tuvo la organización desde los comités de salud, desde las propias comunidades, en ese nivel se realizó una labor muy loable.

Pero por encima de todo eso creo que la diferencia fue el modelo de atención en salud universal basado en la atención Primaria en Salud que ya tenía años implementándose en Venezuela.

—¿A qué te refieres?

—Desde 2006 se organizaba en Venezuela un sistema de salud basado en la atención primaria, y eso le dio fortaleza al país a nivel de normas, de concepto, a pesar de todas las dificultades de ese momento específico. Si yo tuviera que hablar de una sola diferencia en cuanto a cómo se abordó la pandemia aquí y cómo se hizo en países vecinos, mencionaría la presencia de una política con el enfoque de salud universal y atención primaria en salud. Y eso lo reconocían trabajadores de los institutos Robert Koch y Louis Pasteur, el no haber abandonado ese concepto de primer nivel de atención cercano a la familia y la comunidad.

—¿Crees que también se cometieron algunos errores?

—Era una situación inédita y era de esperar que se cometiesen errores. Nosotros enfrentamos un pico en la cantidad de casos en junio de 2020 por el regreso masivo de venezolanos de los países a los que habían migrado porque allí no encontraban una respuesta efectiva del sistema de salud, y mucho menos gratuita. Nosotros debimos recibir una cantidad enorme de per-

sonas que retornaban, y se instalaron los puestos de atención para atender a estos venezolanos que regresaban. Creo que los puestos de atención a las personas que regresaban se instalaron de forma algo improvisada. Esa convivencia de personas que ingresaban al país (sobre todo provenientes de Colombia y Perú) en ascuas, sin trabajo, muchas veces sin un lugar a dónde dirigirse, fue muy difícil. En esos puestos de atención integral debíamos darle todo: comida, atención médica, higiene, y en algunos de esos puestos había deficiencias y se generaron problemas sociales.

—¿Qué lecciones nos dejó la pandemia, qué aprendimos como población?

—Creo que todos entendimos a cabalidad que la prevención salva vidas. Aprendimos la importancia de tener comunidades organizadas, que acaten las normas por su propio bien, por su propia supervivencia. Un aprendizaje básico es que los países nos debemos preparar para este tipo de eventos. Ningún país estaba preparado, eso quedó claro. Tenemos que formar a la fuerza de trabajo especializada y que además tenga un modo de pensamiento crítico, que sepa utilizar la información científica que tenemos a disposición. Aprendimos además que tenemos que darle mayor importancia a la hora de diseñar políticas de salud al trabajo epidemiológico.

“Ningún país estaba preparado para enfrentar una situación de ese tipo, si algo quedó claro en la pandemia fue eso. Entonces un aprendizaje básico que nos dejó es que debemos prepararnos para el futuro, tenemos que preparar una fuerza de trabajo especializada y que además tenga un modo de pensamiento crítico, que sepa utilizar la información científica que tenemos disponible”

José Alberto Ferrer

En el hospital de campaña

El Poliedro de Caracas como hospital de campaña durante un año completo fue uno de los hechos más recordados en el manejo de la pandemia en Venezuela. Durante casi todo ese período el director de este hospital de campaña fue José Alerto Ferrer, quien durante nueve meses trabajó en jornadas de 14 horas que solo se interrumpieron las tres veces que él mismo debió guardar reposo tras dar positivo por COVID.

—¿Cómo te relacionaste por primera vez con la pandemia, cuál era tu cargo en marzo de 2020?

—Yo era vicerrector de la Universidad de Ciencias de la Salud y el rector era Carlos Alvarado, quien también era ministro de salud. En ese momento yo tenía un equipo de 15 médicos que me habían ayudado pocos meses antes a elaborar talleres de capacitación sobre cómo actuar en emergencias en salud, y Alvarado me pidió que conformásemos brigadas para atender la frontera con Brasil y Colombia, pues desde allí muchos venezolanos estaban entrando al país. Nos dividimos entre Zulia, Bolívar, Táchira y Apure, yo mismo pasé los primeros tres meses de la pandemia en Apure, atendimos a más de 2 mil personas, y no solo por infecciones respiratorias, hasta partos atendimos.

—¿Cuándo te enteras de que se planeaba instalar un hospital de campaña?

—Apenas llegando de Apure, como a mediados de junio, me dice Alvarado que se instalaría un hospital de campaña, aunque todavía no se sabía dónde. Empezamos a buscar los manuales para su instalación,



consideramos diferentes espacios, vimos lo que se había hecho en África con el ébola, aquí no había experiencia en la instalación o manejo de un hospital de campaña, nunca se había hecho.

—¿Por qué y cuándo se eligió el Poliedro?

—Había tres escenarios, la verdad no recuerdo cuáles eran los otros dos, pero las instalaciones del Poliedro eran las mejores por la capacidad. El anuncio se hizo a mediados de julio y la inauguración oficial el 31 de julio, pero ya desde principios de mes estaba decidido que sería allí y comenzamos a trasladar equipos. En el montaje y definición de los espacios nos ayudó mucho la gente del Comando Estratégico Operacional (CEO).

—¿Cuál era la infraestructura, la capacidad, cómo trabajaban allí?

—Teníamos 1.200 camas destinadas a pacientes que ya habían dado positivo en la prueba PCR. Eran pacientes captados en las comunidades y también refe-

ridos de otros hospitales... había mucha comunicación con las ASIC (Áreas de Salud Integral Comunitarias). Teníamos todas las capacidades: laboratorios, oxígeno, rayos X, grupos de médicos, de enfermeros... muchos de ellos ya habían trabajado con nosotros en la frontera en los tres primeros meses de la pandemia. Y en la parte de la cúpula debimos instalar 300 camas reservadas para los pacientes más graves.

—**¿Cuál fue el momento de mayor colapso?**

—Allí debimos recibir dos olas con aumentos repentinos de pacientes, y creo que la peor fue entre septiembre y octubre. Pero no diría que llegamos a colapsar, de hecho no llegamos a tener ocupadas las 1.200 camas. El problema es que muchos hospitales ciertamente colapsaron. En un principio los pacientes más complicados se referían a hospitales como Coche, Lídice, el Universitario o el Victorino Santaella, hicimos en total 145 traslados de este tipo. Pero de pronto sucedió que más bien los hospitales ya no podían recibir pacientes y nos los derivaban, ahí fue que debimos destinar un espacio especial para los más graves, en un principio el Poliedro no estaba pensado para esos pacientes. Normalmente a pacientes entubados los atendíamos mínimamente y luego se referían a otros centros, pero llegó un momento en que entendimos que también debíamos hacernos cargo de los casos más graves, y así dispusimos cuatro carpas (capacidad para 40 personas) con oxígeno, esas sí estuvieron llenas en varias ocasiones. Teníamos tres suministros de oxígeno cada día, venían los camiones con las bombonas a las 7 de la mañana, 1 de la tarde y 7 de la noche en ese período entre septiembre y octubre de 2020. Fue duro: como se sabía que había oxígeno en El Poliedro nos tocó recibir a pacientes moribundos, en condiciones extremas.

—**¿Cuántos muertos hubo en total?**

—22, lo cual fue muy bajo si piensas que hicimos 18.650 consultas, más de 8 mil tomas de muestras para PCR RT, 7.500 rayos X de tórax, o que tuvimos 500 emergencias en triaje.

—**¿Tuvieron bajas entre el personal sanitario?**

—No, aunque tuvimos tres casos graves, tres médicos ya mayores y casi no lo cuentan: Marisol, Óscar y Alfredo, cómo no acordarme de ellos. Marisol fue la que peor lo pasó. Debimos trasladarlos, uno a Lídice y los otros al Victorino Santaella. Pero lo que se dice contraer la enfermedad, pues casi todo el personal sanitario, incluyendo los militares que allí nos apoyaban.

—**¿Qué tipo de problemas cotidianos se presentaban? Porque imagino que no era nada fácil la convivencia entre tantas personas contagiadas**

—El problema más reiterado era la gente que se quería ir cuando ya no tenía síntomas pero la prueba seguía dando positiva, eso ocasionó roces hasta el final. Pero no hubo grandes problemas, no hubo escapes, solo esa tensión permanente de la gente ya asintomática que no aguantaba más allí. Teníamos que hablar con los familiares para que nos ayudaran a que entendieran. Ahí nadie estaba obligado, pero no podías salir si el PCR seguía dando positivo.

—**Recuerdo quejas de algunos pacientes por las condiciones en que debían estar allí...**

—Claro, es normal con tanta gente en un mismo espacio, y además El Poliedro no estaba concebido para eso. Bajo cada carpa podían estar hasta 20 personas y hacía calor, y aunque podían salir había muchas limitaciones de acceso para que no se trasladaran entre carpa y carpa. Por eso también empezamos a pasar a los asintomáticos cuyas pruebas seguían arrojando positivo a algún hotel como el Alba

“Fueron días de locura, 258 días sin descanso con jornadas de 14 horas diarias, y solo descansé las tres veces que me enfermé de COVID”

Caracas, el hotel Ávila, otros que estaban en el bulevar de Sabana Grande... fue una manera de quitarnos algo la presión de la gente que se quería ir.

—**¿Tuvieron problemas con el suministro de equipos de protección?**

—Sí, los equipos de protección se acababan muy rápido, y en un momento las entregas se atrasaron mucho, pero recuerdo que hablé con un viceministro (Gerardo Briceño) y la situación se arregló. Es que en un momento no estaba tan claro cuál institución era la responsable de surtirnos, si el CEO, la Autoridad Única de Salud o el ministerio.

—**¿Qué crees que se pudo hacer mejor en el manejo de la pandemia en general?**

—Creo que protocolizar mejor a qué lugar corresponde ir a cada paciente según la gravedad de su cuadro. Yo visité varios hospitales y había mucho desorden en ese sentido: los graves con los moderados y con los casos leves, todo mezclado. Tal vez destinar ciertos recintos según la gravedad del paciente hubiera ayudado.

—**¿Y en el Poliedro qué se pudo mejorar?**

—También te respondo en términos de protocolo: hubiera sido bueno definir mejor los protocolos de tratamiento. Fíjate: en la parte de la cúpula, donde estaban los pacientes más graves (con una capacidad para 300 pacientes) estaban los integrantes de la Misión Médica Cubana, y tenían protocolos demasiado estrictos, lo que hacía que las camas no se liberaran todo lo rápido que yo hubiera querido. Y entonces te-

nías pacientes con una enfermera 24 horas cuando no era necesario, ese recurso se pudo emplear mejor. También hubo problemas con las empresas que nos suministraban el oxígeno, problemas que pudieron haberse evitado, como que tardaban mucho en llegar porque no les dejaban pasar o porque tuvieron problemas al ser retenidas en una alcabala, fueron tiempos de mucha incertidumbre, tomó algunas semanas para que se pudiera imponer cierta rutina.

—**¿Por qué sales de la dirección de ese hospital de campaña?**

—Yo estaba muy cansado, muy estresado, fueron 258 días seguidos trabajando 14 y más horas (entraba a las 8 de la mañana y salía a las 10 de la noche), y los únicos descansos que tomé fue cuando me enfermé de COVID. Además de ser el coordinador yo también hacía guardias como cualquier médico, pues era el único anestesiólogo. Ya cuando salgo y vuelvo a la universidad, todo está mucho más tranquilo, en ese momento había menos de 200 pacientes y casi todos ya asintomáticos. De hecho ese hospital de campaña lo cierran poco después.

—**¿Qué lecciones aprendimos de la pandemia?**

—Creo que aprendimos lo importante que es estar preparados, contar con gente capacitada. Como médicos pudimos apreciar en su justa medida lo importante que es para el trabajador sanitario tener una relación estrecha con su comunidad. Y por hablar de lo que nos falta: aprendimos que es crucial contar con un sistema de información digitalizado en salud.

Hitos de la pandemia en Venezuela

Noviembre. A Venezuela llegan las primeras noticias de varios casos de una neumonía atípica en la ciudad Whan, provincia de Hubei, China

10 de enero. El ministro de Salud, Carlos Alvarado, reúne al equipo de su despacho para incrementar la vigilancia en infecciones respiratorias agudas..

1 de febrero. En las 593 ASIC (Áreas de Salud Integral Comunitaria) se realizan asambleas sobre higiene respiratoria.

18 de febrero. El MPPS participa en la reunión virtual de verificación de alistamiento para la respuesta al COVID-19 en hospitales, organizada por la OPS.

3 y 4 de marzo. Reunión técnica de epidemiólogos con el MPPS para presentar un plan de acción ante la nueva enfermedad, el cual se revisa con el Instituto Nacional de Higiene, las clínicas privadas y la OPS

15 de marzo. Se decreta la cuarentena en siete dependencias federales. Al día siguientes se extenderá a todo el país.

26 de marzo. Se confirma el primer deceso por COVID-19, un hombre de 47 años del estado Aragua y quien presentaba una enfermedad respiratoria crónica preexistente.

Del **15 al 29 de mayo** hay un aumento exponencial de los casos y se diseñan estrategias para generar cordones sanitarios en los pasos fronterizos, además de la instalación de los Puestos de Asistencia Social Integral (Pasi).

Febrero. Llegan las primeras vacunas al país destinadas a campañas de vacunación para la población, las rusas Sputnik-V, y la vacunación formal comienza el 19 de febrero, priorizando en primera instancia al personal sanitario.

23 de abril. Se registra la mayor cantidad de muertes por COVID en un día : 22 personas.

Mayo. La OMS declara finalizada la emergencia sanitaria internacional por COVID-19. En poco más de tres años se produjeron 765 millones de casos y casi 7 millones de decesos.

2019

Diciembre. En la cuarta semana de diciembre se recibe notificación de la OMS sobre neumonías de origen desconocido en China

29 de enero. El Ministerio de Salud desarrolla audiencia con el Embajador de la República Popular China acreditado en Venezuela, para conocer la situación de la entonces epidemia en China, y comunicar las medidas sanitarias que el país estableció para prevenir el desarrollo de casos de coronavirus.

12 de marzo. Desde la presidencia se decreta "emergencia permanente" por la COVID-19 y se informa que hasta entonces se han analizado 30 casos sospechosos, pero todos han resultado negativos. Se suspenden por 30 días los vuelos con países de Europa y con Colombia, así como las reuniones y concentraciones a nivel nacional.

13 de marzo. Se anuncia en la Gaceta Extraordinaria 6.519 la creación de la Comisión Presidencial para la Prevención y Control del COVID-19, liderada por la vicepresidenta ejecutiva Delcy Rodríguez. Ese mismo día se confirman los dos primeros casos oficiales de COVID en el país, ambos del estado Miranda, ambos viajeros que procedían de España.

2020

23 de mayo. Se superan los mil casos.

1 de junio. Se adopta el esquema de una semana de confinamiento y otra flexible.

15 de julio. Ante el aumento de casos y muertes (ya sobrepasan las 100), se anuncian nuevas medidas de restricción y se cierra el Metro de Caracas. Se anuncia que el Poliedro pasaría a ser hospital de campaña.

13 de agosto. Se anuncian 12 fallecidos por COVID, primera vez que esa cifra pasa de 10.

Diciembre. Se flexibiliza la cuarentena durante todo el mes y los locales comerciales pueden abrir en horario extendido en todo el país.

2021

7 de septiembre. Venezuela recibe 700 dosis de vacunas a través de COVAX, la primera entrega de más de 12 millones de dosis adquiridas a través de este mecanismo

Octubre. Se anuncia que se han aplicado ya casi 10 millones de dosis, 78% de las cuales son de la vacuna Sinopharm (China).

2022

17 de febrero. Se anuncian 11 muertes por COVID. Será la última vez durante la pandemia que se anuncien 10 o más fallecidos en un solo día.

2023

Cifras de la pandemia (2020-23)

5.856

**muerres por COVID
en Venezuela**

Entre marzo de 2020 y abril de 2023, fecha del último deceso informado por el país a la OMS.

6,9 MM

**muerres por COVID
a nivel global**

Cuando OMS declara el fin de la COVID-19 como emergencia de salud pública (mayo 2023).

43%

**de decesos ocurrieron
en América**

Estados Unidos y Brasil son los países del mundo que más decesos por COVID reportaron.

765 MM

Casos reportados en el mundo

Desde 2023 la mayoría de los países dejó de reportar datos.

13.334 MM

vacunas aplicadas a nivel global

Personas con el esquema completo superaba los 5 mil millones.

500 K

decesos reportó India, el único país aparte de EEUU y Brasil en superar el medio millón de muertes.

99 MM

de casos reportó China, el segundo país en este renglón, solo superado por EEUU (103 MM).

1.150

días duró la pandemia, entre el 11 de marzo de 2020 hasta el 5 de mayo de 2023.

