

Barrio Adentro y Alimentación: Breve balance de dos misiones sociales de impacto limitado en Venezuela.

Barrio Adentro y Alimentación:
Brief summary of two social missions of limited impact in Venezuela.

Barrio Adentro y Alimentación:
Breve resumo de duas missões sociais de impacto limitado na Venezuela.

Carlos Aponte Blank¹

Fecha de recepción: 19.08.2018

Fecha de aceptación: 01.09.2018

Presentación

Exponemos a continuación dos informes sobre las misiones Barrio Adentro y Alimentación, elaborados hace poco para el *Observatorio Misiones* de Transparencia Venezuela (<https://transparencia.org.ve>). A objeto de esta publicación en la Revista de Bioética Latinoamericana, realizamos algunas adaptaciones menores con respecto a los textos originales² entre las que vale destacar esta breve presentación así como la fusión de una referencia común sobre las misiones sociales (marco al que pertenecen los dos programas que aquí se abordan) y acerca del contexto general que las ha condicionado.

Aunque en este dramático 2018 venezolano, la generalidad de las misiones lucen particularmente débiles y desdibujadas, es fundamental insistir en la exploración acerca de cuál es la situación y perspectivas de esos programas y, en especial, de los dos que han

¹ Sociólogo. Doctor en Estudios del Desarrollo. Profesor-investigador del CENDES-UCV. carlosaponte1@gmail.com

² Nos referimos a los dos informes: “Misión Barrio Adentro: Atención fracturada y salud en crisis” y “Misión Alimentación: De la gran red MERCAL a las bolsas CLAP. Radiografía del fracaso”. Estos fueron publicados y divulgados a partir de Mayo 2018 en la página del Observatorio Misiones de Transparencia Venezuela: <https://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2018/06/2018-Mision-Barrio-Adentro-Version-TV-completa.pdf> y <https://transparencia.org.ve/project/mision-alimentacion-la-gran-red-mercal-las-bolsas-clap/>

tenido desde el 2003 una mayor cobertura en cuanto a sus destinatarios: las misiones Alimentación y Barrio Adentro.

Ello es tanto más relevante cuando se identifica una situación de emergencia humanitaria compleja en el país que tiene diversas manifestaciones centrales. Una, referida a la masificada y persistente inseguridad personal, que ha hecho de Venezuela uno de los países más inseguros del mundo. Luego, una migración desbordada y calificada, en su fase reciente (2016-18), como una de las mayores y más intensas migraciones ocurridas en la historia de América Latina. Pero además, se sitúan en este marco las extremas situaciones que se plantean en salud y en alimentación, sobre todo en los últimos años. Al referir esas dimensiones no puede obviarse el proceso de empobrecimiento masivo, iniciado desde el 2013, que ha situado a nuestra población en los mayores niveles de pobreza de ingresos desde que se empezaron a realizar este tipo de estimaciones en los años setenta, sobrepasando -con creces- los muy críticos registros que dicha pobreza había alcanzado en los años noventa.

Al destacar los anteriores asuntos no se trata de menospreciar que existan muchísimos otros problemas relevantes: pérdida acentuada de derechos civiles y políticos, crisis de servicios públicos (agua, luz, basura, gas,...), persistente deterioro urbano y un muy amplio etcétera. Pero, en las **emergencias humanitarias complejas** resalta la *combinación de varias dimensiones estrictamente críticas* en las que se pone en juego directamente la existencia (como con la seguridad personal, la salud o la alimentación) o al menos las características mínimas y básicas de la vida corriente (como ocurre con la migración masiva por la pérdida extrema de oportunidades en el país de origen), *en circunstancias en las que el Estado evidencia una marcada incapacidad política y administrativa* para promover soluciones efectivas a esos urgentes y primordiales problemas. Esta incapacidad político-institucional es la que le atribuye su especial *complejidad* a la situación.

La conveniencia de los análisis y de un debate sobre las misiones que aquí se abordan resalta cuando, en medio de una extrema crisis de salud, se habla con aparente entusiasmo de los supuestos éxitos recientes de Barrio Adentro 100% (iniciativa que se

promueve desde hace unos 2 años en paralelo con la experiencia de *un nivel de involución* totalmente inédito en la salud venezolana, al menos desde que se creó el MSAS en 1936) o cuando, en medio de una gravísima regresión nutricional, se alaba al CLAP como alternativa para atender los requerimientos alimentarios de la población.

Es fundamental entonces que se persista en el análisis de este tipo de programas sociales y en la reflexión sobre alternativas de atención urgentes y efectivas para el futuro venezolano.

LAS MISIONES SOCIALES

Fue la designación que le dio Hugo Chávez a las principales “novedades” que introdujo su política social en la gestión pública venezolana a partir del 2003. A pesar de su alto impacto político-comunicacional y de su elevada popularidad las misiones no han evidenciado, genéricamente, un efecto social significativo en las condiciones de vida de la población en las dimensiones a las que se han dirigido.

Se les vinculó con la reducción de la pobreza de ingresos que se produjo en Venezuela fundamentalmente entre 2004 y 2008. Pero, en esos años las Misiones no transfirieron recursos monetarios significativos a la población por lo que sería difícil asociarlas con aquella reducción. A partir del 2011 ha sido más frecuente que las Misiones transfieran recursos monetarios pero ello ha coincidido con un periodo de estancamiento y, luego, de grave expansión de los niveles de pobreza por lo que, nuevamente, las Misiones no son identificables ni siquiera con un programa compensatorio efectivo frente a los efectos empobrecedores de la paradójica política económica “estatista-rentista” promotora de las importaciones que, con diversos ajustes, han impulsado desde 2003 los gobiernos venezolanos.

*Genéricamente el diseño de las Misiones ha sido muy improvisado y, de las más de 40 que se han creado, la inmensa mayoría ha desaparecido o muestra -en la actualidad- una existencia precaria. En cualquier caso **las Misiones de mayor cobertura han sido Barrio Adentro y Alimentación, destinadas a salud y nutrición**³.*

³ Esta síntesis sobre las misiones se basa en especial en Carlos Aponte Blank (2014). *La política social durante las gestiones presidenciales de Hugo Chávez (1999-2012)*. Caracas: CENDES; y, Carlos Aponte Blank (2017) “La política social durante la gestión de Maduro (2013-2016)” en Revista *SIC* N° 794, Mayo, Caracas: Gumilla, pp.176-180. Sobre las misiones en general tienen también particular interés: Yolanda D’Elía (2006). *Las misiones sociales en Venezuela*. Caracas: ILDIS; y, Luis Pedro España y otros (2016). *Pobreza, cobertura de las misiones y necesidades de protección social para la reforma económica de Venezuela*. Harvard Kennedy School-CID.

1. LAS MISIONES: CONTEXTO ACTUAL

Venezuela atraviesa desde el 2013 por una depresión económica que el Fondo Monetario Internacional (FMI) ha calificado como uno de los más graves colapsos productivos en el mundo durante el último medio siglo⁴. Ello supuso una disminución de alrededor de un 35% del PIB entre 2013 y 2017⁵ proyectándose que para fines del 2018 la riqueza por habitante generada en el país pueda haber disminuido a cerca de la mitad del valor que ella tuvo hace 5 años.

Esa debacle económica se encuentra acompañada por un crecimiento persistente de la pobreza. Entre el 2004 y el 2008 la pobreza (por línea de ingresos) se redujo en el país, significativa pero coyunturalmente, durante la fase de mayor auge de la bonanza petrolera. Pero, desde el 2008 tendió a estancarse hasta el 2013 cuando empezó un importante incremento que evidencian hasta las cifras oficiales⁶ y que, luego, a pesar y ante el silencio de las estadísticas públicas ha sido documentado anualmente, desde 2014 hasta 2017, por investigaciones de prestigiosas universidades venezolanas (como ENCOVI) que muestran un proceso de empobrecimiento severo e intenso que ha producido los mayores niveles de pobreza que se hayan registrado en el país, al menos desde los años 70s, cuando se inició la exploración sistemática de esta variable.

La emergencia humanitaria compleja que afecta a Venezuela plantea muy graves e intensos deterioros de las condiciones de vida de la población, deterioros de origen multi-causal y que se expresan en variedad de planos: económico, social, político e institucional. Entre las razones de esa emergencia cabe un papel decisivo a las políticas públicas desarrolladas por el gobierno. Bastaría apreciar que ningún otro país petrolero muestra el cuadro de afecciones extremas que caracteriza a Venezuela sea porque esas naciones

⁴ <http://www.panorama.com.ve/politicayeconomia/FMI-La-crisis-en-Venezuela-es-una-de-las-mayores-de-la-economia-moderna-20180420-0056.html>

⁵ <http://www.el-nacional.com/noticias/economia/venezuela-retrocedio-anos-terminos-crecimiento-economico>

⁶ De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE) la pobreza (por ingresos) en Venezuela pasó de 47% de los hogares en 2004 a 28% en 2008 y se mantuvo en ese nivel hasta 2013; para el 2014 y 1er. semestre 2015 ese registro alcanzó 33% de los hogares y, luego, el INE dejó de divulgar la información sobre pobreza según línea de de ingresos www.ine.gov.ve. ENCOVI estima que la pobreza por ingresos se expandió en un 80% (es decir casi se duplicó) entre el 2014 y el 2017 (<https://www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ENCOVI-2017-presentaci%C3%B3n-para-difundir-.pdf>).

generaron algún grado de ahorro durante la bonanza de inicios de siglo para los commodities, estimularon la inversión y consolidación de sus compañías petroleras y/o fomentaron la diversificación productiva. Alguna o varias de esas alternativas permitieron que esos países sobrellevaran la importante baja coyuntural de los precios petroleros, especialmente en 2015- 2016, y que hayan aprovechado la recuperación del valor de los hidrocarburos desde 2017.

Pero, el modelo “estadista-rentista” e importador venezolano, junto con una ruinosa gestión de la empresa estatal petrolera, bloqueó las posibilidades venezolanas. Gasto público desbordado, financiamiento monetario del déficit fiscal, estímulo cambiario y estatal a las importaciones, controles de precios y derechos de propiedad precarios se combinaron para generar escasez de una gran variedad de bienes y una inflación creciente (que se convierte en hiper-inflación a fines de 2017) todo lo cual se complementó por la crisis de gestión de la empresa petrolera estatal (PDVSA) que se ha traducido en una disminución sustancial de la producción petrolera, especialmente desde el 2017.

Entre las manifestaciones más graves de este contexto nacional en materia de *derechos humanos* se registran las asociadas con la salud, la nutrición y con la inseguridad personal, siendo que –en este último caso- Venezuela se convirtió en este siglo en la nación sudamericana y en uno de los países del mundo de mayor mortalidad asociada con la violencia delictiva. Salud, nutrición y seguridad personal son campos en los que se encuentra en elevado riesgo la vida de muchos venezolanos y, en primer lugar, de los que se encuentran en pobreza y que tienen otros motivos para ser vulnerables: niños o adultos mayores; personas discapacitadas; pacientes con enfermedades crónicas o de alto costo; distintas minorías expuestas a una acentuada exclusión y discriminación (indígenas, presos, población hospitalizada, etc.); entre otros.

En el marco del empobrecimiento de los sectores populares y medios y de los deterioros en salud, nutrición e inseguridad personal, se ha multiplicado una migración que adquirió características especialmente graves en el marco hiper-inflacionario desde el 2017 y que ha conducido a generar medidas de atención a millares de refugiados venezolanos en

Colombia y Brasil, con la asistencia de Oficinas de las Naciones Unidas como ACNUR, PMA y OIM y el apoyo financiero de organismos internacionales como la OEA y la Unión Europea.

El gobierno ha mantenido políticas en el plano social, entre las que destacan las misiones sociales, que ha promovido como su recurso central para afrontar problemas que, en gran medida, son ocasionados por otras políticas que instrumenta el mismo Estado. Aunque no puede atribuirse a los programas sociales la responsabilidad por la situación en materias como la salud o la nutrición sí se puede evidenciar la insuficiencia y la ineffectividad de las medidas y programas gubernamentales para afrontar los efectos de la emergencia humanitaria compleja en los campos señalados.

2. MISIÓN BARRIO ADENTRO (BA)

2.1 Visión General / preliminar.

- Comenzó en 2003 como un programa de salud eminentemente preventivo pero incorporó, luego, otros componentes asociados con la red hospitalaria-curativa.
- Aunque Barrio Adentro alcanzó una cobertura importante durante parte de su trayectoria nunca sobrepasó los porcentajes de población que fueron atendidos en la red pública tradicional de salud.
- Desde inicios del 2016 se planteó el reimpulso de BA para una supuesta cobertura de 100% a comienzos del 2017; pero ese propósito no se cumplió: muy confiables investigaciones académicas ⁷ apuntan a una sustancial reducción de la población atendida por esa Misión desde hace años.
- Aunque BA no representa al conjunto de la fragmentada institucionalidad de salud venezolana, ha sido el destino prioritario de los nuevos recursos financieros orientados hacia el sector público de salud desde el 2003, al ser concebida como alternativa para superar las insuficiencias de la red tradicional y los problemas de salud primordiales de la población. Por eso puede asociarse el comportamiento de muchos de los

⁷ En especial la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) promovida por muy destacadas universidades.

indicadores de salud –desde entonces- con los resultados de BA, empezando por los registros preventivos.

- Distintos indicadores estratégicos de salud que tuvieron a inicios de este siglo alguna mejoría tendencial en Venezuela, avance bastante modesto en una comparación latinoamericana, propendieron a moverse -desde el 2008- entre el estancamiento y un proceso de deterioro que se ha vuelto especialmente grave en los años más recientes, contrastando negativamente con los registros sub-continetales.
- Aunque el gobierno ha intentado censurar la divulgación de los registros epidemiológicos oficiales estos se han filtrado –con tardanza- a medios de comunicación privados y redes académicas, en tanto que diversos organismos internacionales han difundido sus propias estimaciones sobre salud en Venezuela, con algún comprensible rezago. Con base en esas fuentes las más variadas evaluaciones evidencian que el país atraviesa en los años recientes por la peor regresión de sus indicadores de salud, al menos desde que ellos empezaron a sistematizarse mediante la creación del Ministerio que atiende a este sector en 1936. Se estima que la mortalidad infantil ha involucionado hacia registros de hace unas dos décadas en tanto que la mortalidad materna habría retornado a los registros que presentaba en los años cincuenta. Se han reactivado diversas epidemias prevenibles que se habían erradicado desde hace muchas décadas como el sarampión o la difteria en tanto que se han expandido otras, como –de manera especialmente acentuada- la malaria.
- Ante ese panorama asombran frecuentes declaraciones oficiales, como unas muy recientes del vice-presidente de la República quien asegura que en Venezuela hay un sistema de salud “humano” y de “calidad” para todos ⁸ . En este Informe caracterizaremos la Misión Barrio Adentro y sus resultados, con especial referencia a los registros asociados con la salud en Venezuela.

⁸ <http://www.eluniversal.com/politica/7334/gobierno-venezolano-dice-tiene-sistema-salud-humano-calidad>

2.2 Características básicas/Trayectoria

Barrio Adentro se inició en 2003 como un programa destinado a desarrollar la atención preventiva en salud especialmente entre los sectores de menores recursos socio-económicos, lo que se apoyaría fundamentalmente en los Consultorios Populares que empezaron a formarse desde ese año y que se idearon para cubrir cada uno a unas 1250 personas (250-300 familias), iniciativa que sería identificada como Barrio Adentro 1. Aunque para el 2012 se contabilizaba oficialmente 6.712 de esos consultorios ya se estimaba que sólo la mitad de ellos estaban funcionando; y es que la desactivación de los Consultorios de BA se planteó tempranamente (al menos desde 2006) como un problema severo⁹. La ENCOVI 2017 muestra una caída sostenida de los beneficiarios de misiones distintas a Alimentación-CLAP entre 2015 y 2017, por lo que aquella desactivación se habría generalizado; pero –en marcado contraste con ello– según datos oficiales en la actualidad estarían funcionando 13.617 Consultorios de BA¹⁰.

A pesar de su propósito preventivo inicial en el 2005 la Misión empezó a crear una red en un segundo nivel de atención de medicina especializada y de emergencia identificado como Barrio Adentro 2 que, según lo planificado, serían 600 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), 600 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y 35 Centros de Alta Tecnología (CAT) aunque de acuerdo con los imprecisos datos oficiales, esas unidades podrían ser un número sustancialmente menor¹¹.

Lo que se reconoce popularmente como Barrio Adentro son básicamente los nuevos servicios e instalaciones de atención representadas por BA 1 y 2. Hay que resaltar que estos componentes de Barrio Adentro han sido principalmente dirigidos y ejecutados por la Misión Médica de Cuba y (al menos hasta el 2016) por personal médico proveniente de esa nación. Esa Misión ha contado con niveles de autonomía acentuados que parecen

⁹ Véanse D'Elía-PROVEA y Vanessa Davies, entre otros, en Aponte Blank (2014). *Ob. cit.* p.173 y ss.

¹⁰ www.fmba.gob.ve (sala situacional). Consulta 30-04-2018.

¹¹ En la reseña histórica del programa que presenta la Fundación Barrio Adentro (consultada el 30-04-2018) se habla de 175 CDI, 183 SRI y 6 CAT, aunque puede ser información desactualizada. En todo caso, los registros de la Misión parecen confundir reiteradamente, metas o anuncios con resultados o avances efectivos.

haber implicado una muy escasa coordinación con el Ministerio de Salud aunque tuviera mecanismos de reporte directo –por tanto con riesgo de baja exhaustividad- con el Presidente de la República de Venezuela¹².

Una de las estrategias básicas que parece haberse previsto para suplantar gradualmente al personal cubano en esos servicios fue la formación de millares de Médicos Integrales Comunitarios (MIC) que, por razones que no se han explicitado mayormente, no parecen estar cumpliendo plenamente con ese reemplazo. Sin embargo, en 2017 se informaba que de los 30.000 médicos cubanos que habrían participado en BA quedaban, a inicios de 2017, 1.094 en Venezuela médicos que –supuestamente- laboraban con más de 14.000 MIC en los servicios de esa Misión¹³. A este respecto hay que advertir que, debido al éxodo masivo de decenas de miles de médicos venezolanos muchos de esos MIC han ingresado como personal médico a la red hospitalaria, evidenciando en gran parte de los casos carencias formativas muy acentuadas para funcionar adecuadamente, de manera independiente, en esos servicios de salud.

En el 2005 también se formó Barrio Adentro 3 (además del BA 2) destinado en este caso a la modernización de la red hospitalaria del país en materia tecnológica y en remodelación, ampliación y mejora de la infraestructura. Este componente ha sido –genéricamente- un fracaso y el motivo más relevante de denuncias de corrupción masiva en los gastos de los Barrio Adentro y, aunque lo ampliaremos luego, cabe anticipar que la situación hospitalaria nacional actual es extremadamente grave y que ha tendido en los últimos años a un deterioro extremo que pone en riesgo la vida de los pacientes por falta de médicos, de medicinas y otros insumos elementales o hasta por carencia de higiene o fallas de servicios básicos como la electricidad.

¹² Junto al texto de D'Elía (2006) antes citado, hay otros interesantes análisis sobre la relación entre la Misión médica cubana y las autoridades venezolanas entre los que pueden destacarse los de Jorge Díaz Polanco (2008). *Salud y hegemonía en Venezuela. Barrio Adentro, continente afuera*. Caracas: CENDES; y, de Luis Fuenmayor Toro (2017) “Las misiones bolivarianas” en *Revista venezolana de Análisis de coyuntura*, vol. XXII, N° 2, jul.-dic. Caracas: IIES-UCV. pp.51-71.

¹³ <http://www.vicepresidencia.gob.ve/index.php/2017/04/24/venezuela-se-ubica-como-el-segundo-pais-con-mayor-atencion-en-salud-primaria-en-el-mundo>

Finalmente en 2006, a raíz de la inauguración del Hospital Cardiológico Infantil de Caracas en ese mismo año, se anunció que serían creados otros 15 hospitales altamente especializados en distintas zonas del país, lo que vendría a ser el propósito de Barrio Adentro 4. Ninguno de estos anuncios se ha cumplido y hoy el propio Cardiológico-Infantil pasa por problemas de funcionamiento significativos, a pesar de las preferencias que supone ser el emblema de lo que se propuso con el cuarto componente de BA.

Hay que indicar que con BA 2 empezó (tempranamente) a cambiar el destino original de la Misión y que se perfiló el propósito de convertir a Barrio Adentro en el núcleo de un nuevo sistema de salud que suplantara a la red tradicional, lo que pareció corroborarse con la creación de BA 3 y 4. En definitiva todo ello fortaleció la fragmentación tradicional de la institucionalidad de salud y potenció la ineffectividad e ineficiencia que la venía caracterizando desde los años 80s.

Frente a esa situación se experimentó en la 2ª mitad de los 90s con la descentralización de los servicios que tuvo interesantes resultados en varias regiones venezolanas. A pesar de ello en este siglo XXI se produjo un proceso gradual de re-centralización de los servicios de salud (que habían sido transferidos a gobiernos regionales), re-centralización en la que participa BA, siendo una Misión manejada con discrecionalidad centralista ante los gobiernos regionales y locales, por lo que esta expresión re-centralizadora parece resultar también co-responsable del pésimo desempeño del sistema de salud venezolano en los últimos quinquenios.

2.3 Resultados/ Indicadores de salud asociados con la misión

En Venezuela, los registros oficiales -en general- y sobre programas sociales -en particular- presentan muy acentuadas deficiencias y vacíos, no solamente en materia financiera, de desempeño o en la evaluación de impactos de la gestión, sino en asuntos básicos como -en el caso de salud- el número efectivo de instalaciones con las que se cuenta (se confunden a menudo metas, instalaciones construidas y servicios activos) o la estimación de pacientes y la frecuencia de consultas.

Pero, más allá de estas graves limitaciones, hay que advertir que es difícil separar Barrio Adentro del balance global de la salud venezolana por las características que se le ha dado: ser el punto de referencia estelar de la salud preventiva mediante BA1 (sin descartar el papel de la red ambulatoria tradicional) y ser el “canal” de la mejora del resto del sistema de salud mediante BA 2, 3 y 4.

Sin embargo, para fines analíticos puede ser razonable distinguir BA 1 y 2 (más asociables con la atención preventiva, más identificados por la población con la Misión y, además, administrados por directivos cubanos) con respecto a BA 3 y 4, centrados en recuperación y ampliación hospitalaria.

En medio de su limitado provecho analítico, el balance oficial de resultados de la misión para 2017 señala que durante ese año BA totalizó 118.834.872 atenciones, resaltando las casi 80 millones de consultas médicas, más de 15 millones de exámenes de laboratorio y casi 11 millones de consultas odontológicas¹⁴. Pero, cabe explorar los resultados de la misión desde otras perspectivas.

Barrio Adentro y la prevención: del estancamiento a una grave regresión.

En Venezuela al menos desde los años ochenta se ha planteado la necesidad de que se le otorgue un valor sustancialmente mayor a la Atención Primaria en Salud (APS), lo que implicaba tradicionalmente en Venezuela la necesidad de fortalecer la red ambulatoria y, desde la creación de Barrio Adentro, especialmente la consolidación de los Consultorios populares identificados con BA1¹⁵. Para explorar los resultados de la acción preventiva en salud, de manera más o menos universal, destaca el análisis a partir de indicadores primordiales como: la razón de mortalidad materna; la tasa de mortalidad infantil y/o de menores de 5 años; y la tasa de embarazo en adolescentes.

¹⁴ <http://www.vicpresidencia.gob.ve/index.php/2018/01/08/118-millones-843-mil-872-atenciones-se-realizaron-en-2017-por-el-100-barrio-adentro>

¹⁵ Los servicios de apoyo diagnóstico o de recuperación más especializada de BA 2 equivalen numéricamente a un 5% de los servicios de BA 1. Los servicios de BA 2 han sido un interesante experimento que, sin embargo, se ha visto afectado gradualmente por problemas parecidos a las del sistema de salud en cuanto a insuficiencias de dotación de medicinas y equipos así como en cuanto a servicios de agua y electricidad. Más allá de los CDI, los aportes de los SRI no pueden subsanar las fallas de los servicios que complementan.

Comenzando por ese último indicador, en lo que va de siglo Venezuela se ha mantenido como uno de los países latinoamericanos con mayor tasa de embarazo en adolescentes y no se han desarrollado estrategias efectivas para afrontar ese problema, que es –además– un factor de muy alto riesgo de pobreza a futuro. La Oficina Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) estiman que Venezuela ha sido, desde 1980-85, el país sudamericano con la más alta tasa de fecundidad adolescente, registrando un valor de 80,9 (nº de nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años) para 2010-2015. Ese registro sitúa a Venezuela con la 4ª tasa más elevada (después de República Dominicana, Nicaragua y Guatemala) en América Latina que, de por sí, es la 2ª región del mundo con mayor tasa de embarazo adolescente luego del África subsahariana¹⁶.

En materia de mortalidad infantil (MI), según registros del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) la tasa de MI que era de 25,8 por 1.000 n.v.r. para 1990, alcanzó a 17,7 para el año 2000 y fluctuó levemente para situarse en 17,5 en 2004. Hay un descenso importante entre 2004 y 2006, cuando esa tasa baja hasta 14,2. Podría pensarse que ello es un efecto de la entrada en acción de BA aunque también hay una marcada coincidencia con la fase más intensa de la bonanza petrolera y la mejora de condiciones socioeconómicas que implicó pasajera. Y lo que hace pensar en las incidencias –al menos parciales– de factores externos a la acción de la red de salud, como los antes mencionados, es que desde el 2006, existiendo BA, las tasas de MI entran en un sostenido estancamiento, para moverse de acuerdo a los registros oficiales (hasta 2011) y según estimaciones de expertos (basadas en los Boletines Epidemiológicos del Ministerio¹⁷) en valores de entre 14 y 15 por 1.000 n.v.r. entre 2006 y 2015.

Pero, para 2016, ante el silencio oficial, estimaciones de expertos apuntan a una regresión de la tasa de MI a cerca de 19 por 1000 nvr, es decir un registro que vuelve a valores de

¹⁶ OPS, UNICEF y UNFPA (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS-UNICEF-UNFPA, en especial pp.41-42.

¹⁷ Estos Boletines, fundamentales para la actividad preventiva en salud, se vienen divulgado irregular y/o muy tardíamente desde hace varios años y, en la última ocasión en que se difundieron, dando a conocer los datos epidemiológicos para 2016, ello incidió en la destitución de la Ministra de Salud. Más allá del nº de muertes, las tasas de MI y la RMM no han sido divulgadas oficialmente por el Estado desde hace un lustro.

unas 2 décadas atrás¹⁸. Las cifras del Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud entre 2010 y 2016, que exponemos en el Cuadro 1 evidencian el grave aumento (30% más) de las muertes de menores de 1 año en el 2016, lo que probablemente se haya agravado en 2017 y 2018. A este respecto existe una gran variedad de angustiadas y acrecentadas denuncias sobre muertes infantiles evitables (por parte de padres, familiares, organizaciones de la sociedad civil –OSC- o personal de salud) debidas a las múltiples fallas de los servicios y/o por otras diversas razones (propias de una emergencia humanitaria compleja) entre las que destaca la re-expansión de la mortalidad infantil por causas de desnutrición sobre lo que, de modo insistente, alertan desde los servicios pediátricos o desde OSC como Cáritas¹⁹. En definitiva, Venezuela está en un proceso de reversión en materia de MI que parece tender a mantenerse por lo menos durante el 2018 y que contrasta con el panorama de avances, más o menos acentuados, de los otros países de América Latina.

Por su parte la razón de mortalidad materna (RMM) ha tendido a una desmejora que se acentúa marcadamente en 2016. La RMM se situó, con altibajos, cerca de 60 por 100.000 n.v. entre 1980 y el 2008. Pero, entre 2009-2011, empieza a situarse cerca de 70 por 100.000 n.v. y, luego, deja de divulgarse el registro oficial de este indicador, aunque seguiría cerca de ese valor (68,7) al menos hasta 2013, según lo reportado por la OPS²⁰. En todo caso, las cifras del Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud entre 2010 y 2016, muestran una preocupante y grave tendencia al alza desde el 2012, con especial intensidad en el 2016 (crecen en 66% el nº de muertes maternas) y sin que se cuente, hasta ahora, con datos para los socialmente muy perjudiciales años 2017 y 2018.

¹⁸ http://www.el-nacional.com/noticias/crisis-humanitaria/minima-esperanza-vida_85963

¹⁹ Véase, entre otros, <https://www.nytimes.com/interactive/2017/12/16/world/americas/venezuela-hambre-desnutricion-crisis-maduro.html>, http://www.el-nacional.com/noticias/crisis-humanitaria/unicef-pide-acciones-ante-alza-desnutricion-por-crisis_220537 y <http://elestimulo.com/climax/los-ninos-que-mueren-de-hambre-en-venezuela>. También es importante identificar más genéricamente los efectos de la malnutrición y desnutrición en el agravamiento de la situación de salud. Al respecto es útil revisar, entre otros, <http://elestimulo.com/blog/la-desnutricion-es-un-elemento-central-en-el-empeoramiento-de-la-crisis-de-salud>.

²⁰ OPS (2017). *Salud en las Américas 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington: OPS. p. 245.

**Cuadro 1:
Venezuela. Número total anual de defunciones maternas y de menores de 1 año: 2010-2016.**

Año	Defunciones maternas	Defunciones infantiles
2010	346	5954
2011	377	5879
2012	370	7009
2013	406	8273
2014	418	7904
2015	456	8812
2016	756	11466

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud: Dirección de Vigilancia Epidemiológica. *Boletín epidemiológico*. Años 2010-2016.

Distintas estimaciones apuntan a que la RMM puede haberse situado en 2016 por encima de las 110 muertes por 100.000 n.v.r. lo que supone un retroceso de unos 60 años ya que supera el valor que tenía este fundamental indicador para 1960 (104). Destaca el Dr. Marino González, reconocido investigador en políticas públicas y miembro de la Academia Nacional de Medicina, que “la marcha de un sistema de salud se puede conocer por la situación de la mortalidad materna” por lo que tomando en cuenta lo que ocurre con ella en Venezuela, es obvio el muy bajo nivel de desempeño que tiene ese sistema²¹.

En fin, los deplorables registros venezolanos en primordiales indicadores de prevención en salud como la tasa de embarazo entre adolescentes, la tasa de mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna evidencian los deficientes resultados que pueden atribuirse

²¹ Marino González (2017). “Las dimensiones de la mortalidad materna” en *Tal Cual*, Caracas. 19-09-2017.

a Barrio Adentro en materia de atención primaria en salud, en la que se le asignó el papel estelar. No está de más decir, sin embargo, que parte del problema puede deberse a que, como señalaban D'Elía y Cabezas, con Barrio Adentro el "(...) gobierno ofreció un sistema de APS las 24 horas del día que lograría disminuir el uso de hospitales públicos en un 80%. En realidad la atención abarca 4 horas al día de consulta y cubre básicamente una atención de medicina simplificada que no tiene las condiciones para constituirse en una red completa de atención primaria" ²².

Complementariamente, cabe hacer una breve mención a las graves fallas de control de las enfermedades transmisibles, especialmente las llamadas re-emergentes (viejas enfermedades que han resurgido), y de los muy insuficientes Planes de vacunación para prevenir muchas de ellas. Aunque en estos casos corresponde una responsabilidad mucho más directa al Ministerio de Salud que a Barrio Adentro, se trata de otra muestra de las severas fallas de la estrategia general de prevención en la que se ha pretendido otorgarle el lugar central a esa misión.

En este campo, por solo comentar los casos recientes más relevantes, Venezuela presenta nuevamente unos registros graves, al reaparecer y extenderse el sarampión y la difteria que habían sido erradicados desde hace años, habiéndose ya detectado casos exportados desde Venezuela a otros países latinoamericanos dado el intenso proceso de migración que sufre el país. En el caso de la difteria van casi mil casos confirmados y más de 100 fallecidos por esa causa según reporte de OPS. Este mismo organismo informa que Venezuela encabeza los informes de casos detectados de sarampión en América registrando, hasta mediados de abril de 2018, 279 de un total 385 casos en todo el continente. La malaria ha cobrado una especial extensión siendo que la Organización Mundial de la Salud calcula en más 400.000 los casos en 2017 en Venezuela y estima que el país está presentando el mayor crecimiento de esa enfermedad en el mundo ²³.

²² Yolanda D'Elía y Luis F. Cabezas (2008). *Las misiones sociales en Venezuela*. Caracas: ILDIS. p. 11.

²³ <http://contrapunto.com/noticia/venezuela-encabeza-los-casos-de-sarampion-en-america-van-279-segun-la-ops-196994/>; <http://talcualdigital.com/index.php/2018/04/17/ops-asegura-que-la-difteria-sigue-activa-en-venezuela/>; <http://www.eluniversal.com/venezuela/7094/oms-venezuela-registra-mayor-incremento-casos->

Barrio Adentro y la crisis hospitalaria

Ya comentamos que BA 4 es una muestra de la improvisación en la programación de los desarrollos factibles para los diversos servicios hospitalarios especializados. De 16 centros de salud anunciados en 2006 solamente se ha puesto en funcionamiento el Hospital Cardiológico Infantil que hoy atraviesa por problemas de funcionamiento significativos.

En cuanto a BA 3 este proyecto de recuperación de hospitales ha sido el objeto de las más graves denuncias de corrupción que se hayan dirigido hacia Barrio Adentro como conjunto, relevancia que provocó una inusual participación activa en esos cuestionamientos por parte de diputados oficialistas, entre quienes destacó el parlamentario Tirso Silva. No son las únicas denuncias que se han hecho puesto que se ha cuestionado la escasa transparencia del Convenio Cuba-Venezuela en diversas materias como, por ej., la abusiva desproporción entre lo que perciben los médicos de Cuba que han prestado servicios en BA y lo que obtiene el Estado cubano por cada médico que trae al país o como el cuestionable mecanismo -prácticamente monopólico- de los suministros de medicinas y equipos médicos por parte de Cuba para los servicios de BA, por citar dos casos polémicos ²⁴.

Pero el proyecto de recuperación de hospitales (BA 3) resalta en el marco de identificación de irregularidades administrativas por la multiplicación de pagos para completar las mismas obras y por los acentuados retrasos que, en el marco de unas remodelaciones iniciadas al mismo tiempo en gran parte de los hospitales del país, ocasionaron una

[malaria-mundo](http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/venezuela-registra-medio-millon-casos-paludismo-ano); <http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/venezuela-registra-medio-millon-casos-paludismo-ano>

²⁴ Más detalles en Díaz Polanco (2008) y Fuenmayor Toro (2017), antes citados, y en los Informes anuales de PROVEA sobre *Situación de los derechos humanos en Venezuela* (en www.derechos.org.ve).

paralización significativa de distintos servicios –incluyendo en muchos casos las emergencias- durante varios años²⁵.

Más allá de las denuncias sobre los incumplimientos y corruptelas, la más clamorosa evidencia de lo que ha ocurrido con el proyecto de BA 3 está en la situación hospitalaria de extrema y generalizada gravedad que ha atravesado el país de manera persistente y que se ha complicado aún más acentuadamente en los últimos años.

A este respecto resulta especialmente relevante referir el balance de la Encuesta Nacional de Hospitales 2018 ²⁶ que cubre 137 centros de salud en el país y que destaca que entre las diversas unidades de servicio médico se detectan problemas generalizados de funcionamiento. Emergencias: 22% están inactivas; 71% tiene fallas intermitentes; y sólo 7% opera adecuadamente. Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI) pediátrico: 9% no funciona; 83% muestra fallas intermitentes y 8% funciona regularmente. UTI de adultos: 15%; 79% y 6%. Pabellones: 15%; 76%; y 9%, respectivamente. En campos más específicos la Encuesta reporta que:

- Quirófanos: 53% s presenta fallas. Han tenido que suspenderse muchas de las cirugías electivas para centrarse en las de los pacientes que ingresan por emergencia, extendiéndose las ya largas listas de espera para operaciones.
- Insumos hospitalarios: 88% de los centros de salud reportan fallas de medicamentos; 84% de fallas de catéteres y sondas; y, 79% registra escasez de material médico quirúrgico. Aunque muchos pacientes y sus familiares intentan adquirir esos insumos hay problemas de escasez generalizada de algunos de ellos en el país lo que (junto con el empobrecimiento generalizado de la población) pone muy frecuentemente en riesgo la vida de los pacientes.
- 100% de los laboratorios presenta déficits en áreas importantes, como la falta de reactivos que impide regularmente la realización de una variedad de exámenes.

²⁵ Como evidencia PROVEA en varios de sus Informes entre los que destaca el de 2010-2011, pp.168-170.

²⁶ ENH 2018 en https://public.tableau.com/profile/julioacstrom#!/vizhome/enh_2018/Story1?publish=yes

También presentan fallas: 94% de los servicios de rayos x; 97% de los de tomografía; y 84% de los de ecosonograma.

- 96% de los centros tienen fallas en el servicio nutricional y en la mayoría de los hospitales la comida que reciben los pacientes es poco adecuada; 66% de los servicios pediátricos no cuentan con fórmulas lácteas para los recién nacidos
- En cuanto a servicios básicos: 79% de los centros tiene fallas en servicio de agua, lo que no solamente ha generado problemas de higiene para el funcionamiento de los centros sino que en fecha reciente ha complicado los tratamientos de diversos pacientes al no poder cumplirse las diálisis renales, por solo citar un ejemplo.

La información que ha obtenido la Encuesta Nacional de Hospitales (promovida por la ONG Médicos por la Salud y, auspiciada más recientemente por la Asamblea Nacional de Venezuela) desde hace 5 años muestra un empeoramiento de la situación de esos centros de salud desde el 2014 hasta el 2017, en todos los indicadores que estudia.

A modo de balance final, puede decirse que según lo planteado el Ministerio del Poder Popular para la Salud en su Memoria y Cuenta del 2011 la gestión de salud se propuso, al menos, desde el 2005-06 “impulsar y consolidar la nueva institucionalidad del Sistema público nacional de salud basado en Barrio Adentro como su eje articulador” (p. 13). En la realidad, la desintegrada e inefectiva institucionalidad que se ha formado muestra, especialmente hoy, una reversión dramática del derecho a la salud en el país, marcada por la abierta crisis de la atención preventiva y curativa en medio de las más diversas manifestaciones de deterioro: el éxodo masivo de personal de salud (médicos, enfermeras, bio-analistas, etc.); las dramáticas situaciones y padecimientos de las personas con enfermedades crónicas o de alto costo; la escasez generalizada y persistente de medicinas; el descenso de los recursos financieros en términos reales (por habitante) para lo social y para la salud, en el marco de la extrema improvisación fiscal del país durante la fase de bonanza petrolera; y, en síntesis, el agravamiento extremo de muchos de los indicadores básicos de salud, todo lo cual conforma una situación de emergencia humanitaria que reclama una urgente y abierta disposición a la cooperación de los actores

nacionales e internacionales, empezando por el gobierno venezolano, a fin de atender a las demandas de la población venezolana en defensa de su derecho a la salud y a la vida.

3. MISIÓN ALIMENTACIÓN

3.1 Visión general / preliminar.

- Comenzó en 2003 como un programa de distribución de alimentos (a bajo costo) subsidiado y gestionado por el Estado y que ha sido dirigido predominantemente por militares al igual que el Ministerio de Alimentación que se formó en el 2004 en estrecha asociación con esa Misión.
- Los programas identificables con la Misión Alimentación han sido los de mayor cobertura de destinatarios y población entre todas las misiones sociales, programas a los que se atribuyó la estelaridad en la política social durante los gobiernos de Chávez (2003-2012) y Maduro (desde 2013).
- Lo que puede entenderse como esta Misión ha tenido varios cambios organizacionales desde sus inicios como Misión Mercal (2003-2007) pasando por su fase con la designación como Misión Alimentación (2008-2016) hasta su redefinición, del 2016 en adelante como Gran Misión Abastecimiento Soberano y Seguro, mejor conocida como CLAP: Comités Locales de Abastecimiento Popular (CLAP).
- Ha mantenido su continuidad sustancial como un programa de subsidio *indirecto* para el consumo alimentario por la población, especialmente la de menos recursos socio-económico, tipo de subsidio cuya adopción poco discriminada ha sido muy cuestionada por su escasa efectividad comparativa frente a la alternativa de subsidios *directos* hacia grupos poblacionales seleccionados en razón a características legítimamente priorizadas.
- A través de esta Misión, en combinación con la política cambiaria (al recibir dólares preferenciales) y de controles de precios, se ha pretendido incidir en el valor general

de los productos alimenticios con ayuda de los subsidios. En las compras de esta Misión han predominado ampliamente los productos importados que son la casi totalidad de lo que distribuye en tiempos recientes.

- Hay numerosas denuncias hacia esta misión por desvío de productos para su venta irregular, adquisiciones ficticias de productos y otras formas diversas de corrupción. Aludiendo a ese elevado nivel de irregularidades administrativas el Presidente Maduro casi eliminó la Misión (Febrero 2016), aunque poco después la relanzó con los CLAP (Abril 2016).
- Los CLAP tienen una incidencia clientelar aún más acentuada de lo que fue tradicional, al involucrar explícitamente a instancias partidarias en la selección y distribución directa de productos. Ha sido objeto –nuevamente- de múltiples denuncias por corrupción que están siendo investigadas en distintos países por la decisiva composición importada de los bienes que se incluyen en las bolsas o cajas de alimentos, que son el producto central que suministra el programa.
- La Misión ha tenido una influencia limitada en el consumo de alimentos por parte de la población aunque su relevancia o valoración se ha potenciado, en medio del proceso de empobrecimiento generalizado y de marcado deterioro nutricional que está sufriendo la población venezolana en los últimos años.

3.2 Características básicas²⁷

La Misión Alimentación ha sido la misión social que alcanzó la mayor cobertura en cuanto a los destinatarios/beneficiarios en Venezuela. Su propósito central ha sido la de distribuir alimentos, a precios fuertemente subsidiados por el Estado para facilitar la adquisición de esos bienes por parte de la población, en especial la de escasos recursos socio-económicos.

²⁷ Parte de la información que sigue está basada en Carlos Aponte Blank (2014, antes citado) y (2016) *Misión Alimentación (2003-2016): Exploración sobre sus alcances*. Presentación en el XIXº Congreso de Nutricionistas y Dietistas de Venezuela. Caracas, 07-10-2016.

Esta Misión ha tenido varios cambios organizacionales desde sus inicios como Misión Mercal (2003-2007) pasando por la fase en la que se le designó –propriadamente- como Misión Alimentación (2008-2015) hasta su redefinición, del 2016 en adelante como Gran Misión Abastecimiento Soberano y Seguro, mejor conocida bajo la sigla de los CLAP: Comités Locales de Abastecimiento Popular.

El Mercal (Mercado de Alimentos) creado en el 2003 fue el componente organizativo de más significación de la misión hasta el 2015, al contar con la gran mayoría de instalaciones, recursos financieros y humanos y al desarrollar la parte fundamental de la cobertura del programa en número de beneficiarios. Sin embargo, tempranamente empezó a plantearse en ese programa un problema sustancial derivado de las acciones masivas y poco discriminadas de distribución de alimentos a precios significativamente inferiores a los disponibles en otras redes: el fortalecimiento de los incentivos para el desvío de productos y la corrupción, probabilidad que se agrava ante una institucionalidad con escasa capacidad de supervisión como la venezolana.

Es casi seguro que el símbolo principal de la grave corrupción que ha existido en esta misión sea el que representó el PDVAL (Productora y Distribuidora Venezolana de Alimentos), componente organizativo que se formó en 2008 y que desarrolló una cobertura importante, aunque mucho menor que la de Mercal. En el 2010 en el marco de PDVAL se descubrieron 160 mil toneladas de alimentos descompuestos en contenedores en puertos y galpones de Venezuela, lo que mostró una de las varias modalidades de corrupción asociadas con estos programas: la de compras de alimentos a precios sobrefacturados, en este caso usando la fecha de caducidad cercana a la compra, como “justificación” para establecer un diferencial entre los precios regulares y los valores muy inferiores del pago efectivo, diferencial que beneficiaba a los intermediarios en tanto que los vendedores lograban comerciar productos en trance de caducar ²⁸.

²⁸ Transparencia Venezuela ha realizado el seguimiento de muchas de las irregularidades denunciadas alrededor de la misión Alimentación y, en el caso de PDVAL antes referido presenta una detallada síntesis en <https://transparencia.org.ve/project/de-pdval-a-pudreval>

Junto con la sobrefacturación otros dos mecanismos que proliferaron en esta misión fueron la apropiación indebida de productos para su reventa en cadenas ilegales o informales; y, las compras ficticias, mediante la combinación entre integrantes de las redes de compra, venta y supervisión de la distribución.

Lo anterior remite a una característica sobresaliente de la misión. Tendió a distribuir predominantemente productos *importados* a todo lo largo de su trayectoria, lo que ha sido un factor de numerosas polémicas por el desestímulo que ello ha representado para la producción nacional. Esa característica se ha combinado con otra: la misión ha contado con predominio permanente de militares en su directiva e igualmente el Ministerio de Alimentación, que se creó en 2004, ha sido conducido desde entonces –a excepción de un solo año- por militares.

En 2008 fue cuando empezó a hablarse propiamente de la Misión Alimentación como la combinación de Mercal y PDVAL, a la que se sumó en 2010 la incorporación de un tercer componente, los llamados Abastos Bicentenario, como otra red de instalaciones de distribución de alimentos. El 4^º componente de la misión fueron las Casas de Alimentación, que tuvieron una cobertura limitada y un funcionamiento bastante irregular, con las pocas excepciones del caso.

Podría suponerse que la ampliación de los 3 primeros componentes de la misión supuso un fortalecimiento de la repercusión de la misión. Pero, aunque hay registros administrativos que muestran el crecimiento formal del número de instalaciones de la misión, hay otras informaciones mucho más relevantes que apuntan a que esta tuvo su fase de auge entre 2003 y 2006 y que, luego, vino una etapa en la que decreció significativamente su influencia en la distribución de alimentos.

A ese respecto son muy útiles los resultados de la Encuesta al Seguimiento del Consumo de Alimentos (ESCA) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) que se presentan en el Gráfico 1. Puede verse que desde sus inicios la misión va acrecentando su cobertura hasta que, en 2005-06, supera el 70% de los hogares venezolanos que reportan

haber comprado al menos 1 producto en la red Mercal (en el mes previo a la consulta de esa encuesta). Pero, ese porcentaje baja significativamente para situarse, desde la 2ª mitad del 2008 hasta el 2011, entre 50% y 60% de los hogares; y, desde el 2012 reinicia el descenso de su extensión y en el 1er. semestre de 2014, en el último informe de la ESCA que haya publicado el INE, cubre a menos de 40% de los hogares.

Gráfico 1:
Hogares que compraron al menos 1 producto en la red Mercal el pasado mes:
1er.semestre 2004 - 1er.semestre 2014



Fuente: INE. Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos (ESCA).

La información anterior es muy genérica ²⁹ pero puede complementarse por una más detallada que brinda la Encuesta de Presupuestos Familiares (ENPF) promovida por el Banco Central de Venezuela, que se realizó en Venezuela en 2005 y en 2009. Esta corrobora el importante decrecimiento de la cobertura de la misión alimentación entre esos años. En la ENPF de 2005, 36% de los hogares venezolanos reportaba que había

²⁹ Además podría considerarse discutible porque aunque el Mercal sea el componente básico de misión Alimentación la consulta se refiere a la red Mercal por lo que podría subestimar a los compradores de PDVAL desde el 2008 y Abastos Bicentenario, desde 2010. Por otro lado, podría considerarse que la pregunta formulada acrecienta la frecuencia de respuesta hasta 2007, ya que hasta entonces se preguntaba por compras en los pasados 2 meses y no en un mes. Sin embargo, aún con aquel periodo de referencia ya se constata una caída en 2007.

comprado al menos 1 producto alimenticio en Mercal (que para entonces era el único componente de venta en la Misión) durante la semana de referencia de la consulta. Para la ENPF del 2009 ese mismo porcentaje, ahora referido a cualquier establecimiento público (fuese Mercal, PDVAL u otro), había bajado a 22,5% de los hogares.

Pero, hay otros datos que pueden ser aún más relevantes para dimensionar efectivamente los alcances de la misión que, con frecuencia, fue objeto de una marcada sobrevaloración tanto en sus efectos en la pobreza como en la nutrición de la población. En la ENPF de 2005 se estima que 9,9% del gasto en alimentos de los hogares venezolanos se realizaba en Mercal y 90,1% en establecimientos privados. Para la ENPF 2009, el porcentaje de gasto en alimentos en establecimientos públicos había bajado a 5,6% y en los privados se realizaba el restante 94,4%.

En esta última encuesta se reporta que una proporción comparativamente mayor de hogares en pobreza extrema (37%) o en pobreza no extrema (35%) había comprado al menos 1 producto en la red pública en la semana previa a la consulta, en tanto que ese porcentaje baja a 19% para los hogares no pobres. Pero, aún así debe ponderarse adecuadamente el aporte *efectivo* de esta misión al apreciar que en los hogares en pobreza extrema el 82% del gasto en alimentos en la semana de referencia se efectuó en la red privada y solo 18% en la pública, porcentaje que es de 88% y baja a 12% en la población en pobreza no extrema y, a 95% y 5% en la población no pobre.

La misión alimentación, al igual que varias otras misiones, ha gozado de popularidad en la medida en que –en este caso- representa un ahorro para la población, lo que tiende a valorar especialmente la población de menos recursos socioeconómicos. Sin embargo, se ha querido asociar esta y otras misiones con una reducción sustancial de la pobreza de ingresos, lo que –como puede verse en los porcentajes de gasto antes registrados- no podría exagerarse, puesto que aunque represente un ahorro importante, involucra a menos de 20% del gasto en alimentos para una parte de los hogares en pobreza que realizan sus compras ocasionalmente en la red pública. Por ello puede incidir bastante limitadamente en la reducción del porcentaje de pobreza de los hogares y tampoco se le

podría atribuir, debido a esa misma limitación, un papel relevante en la reducción de la desnutrición.

3.3 La Misión Alimentación y la crisis alimentaria venezolana

Sin embargo, durante varios años el gobierno venezolano intentó asociar estrechamente la reducción de la pobreza con las misiones (sin claros fundamentos) y la mejora nutricional con la reducción de la pobreza (vinculación genéricamente apropiada) y, en particular, con un programa como la misión alimentación (relación mucho más discutible). Esa visión intentó sustentarse en que, entre 2004 y 2012, hubo avances en diversos registros nutricionales, como la disminución del déficit antropométrico nutricional de menores de 5 años o la reducción de la prevalencia de subalimentación entre la población³⁰. Esas mejoras pueden asociarse con la reducción de la pobreza que ocurrió especialmente hasta el 2008, en el marco de mayor auge de la bonanza petrolera de inicios de siglo. Pero es mucho menos clara la existencia de una relación relevante de esos progresos nutricionales con la misión alimentación, dadas las limitaciones de cobertura y frecuencia que ella ha tenido, según lo antes expuesto.

La debilidad de esa asociación puede ratificarse si se considera que³¹ la ENCOVI (antes referida) evidenció entre el 2014 y 2017 una recuperación de la cobertura de la misión alimentación. A pesar de ese avance de la cobertura de la misión, los valores de prevalencia de subalimentación (por citar un relevante ejemplo) muestran un deterioro muy severo en ese lapso, siendo además Venezuela el país latinoamericano que evidencia la regresión más acentuada en los porcentajes de población subalimentada desde el 2010-12 hasta el 2014-16, con franca tendencia al ascenso: 3,7% de la población, en 2010-12; 6,5%, 2012-14; 9,1%, 2013-15; y, 13%, 2014-16 (FAO-OPS, 2017). Los indicios de

³⁰ Déficit antropométrico nutricional de menores de 5 años del Instituto Nacional de Nutrición-SISOV en Aponte Blank, 2014:301; y, estimaciones de la sub-alimentación por parte de la FAO y otros organismos internacionales en FAO y OPS (2017). *Panorama de la subalimentación en los países de América Latina y el Caribe 2017*. Santiago de Chile: FAO y OPS.

³¹ A pesar de que el INE dejó de publicar la ESCA en el 2014.

agravamiento de la situación nutricional en 2017 y 2018 son muy acentuados en el empobrecedor marco de la hiper-inflación y de la depresión económica en Venezuela.

La severidad de la situación ha hecho que en el Informe mundial sobre crisis alimentarias de 2018 ³² se haya incluido a Venezuela entre los países que requieren de asistencia internacional, debido a la crisis alimentaria que está registrando. Diversos expertos ³³ advierten que la intensificación de la pobreza -especialmente de la pobreza extrema, que evidencia la ENCOVI- y las limitaciones que supone para adquirir o acceder a alimentos por grandes grupos de la población, están produciendo marcados niveles de desnutrición entre esos sectores, por lo que en muchas comunidades venezolanas -en pobreza extrema- la población desnutrida, sobre todo la infantil, está sobrepasando los límites de lo que (en términos de la Clasificación Integrada de las fases de seguridad alimentaria – CIF-) es propio de la crisis alimentaria para alcanzar los niveles de la emergencia alimentaria ³⁴.

Aunque no se divulga información oficial en materia nutricional (como en muchos otros campos) desde hace años, tanto los expertos como voceros del personal de salud y no pocos familiares denuncian en los últimos años un acrecentado número de defunciones, sobre todo de niños, muertes claramente asociadas con la desnutrición, problema que resalta en los servicios pediátricos y, también, en los servicios de atención a adultos mayores, así como entre quienes atienden a grupos sujetos a una marcada exclusión social, como la población indígena, la carcelaria o la internada en centros de “salud mental”, entre otros. En definitiva la documentación informal, pero sustentada, de un muy creciente número de casos de desnutrición de gravedad extrema ha proliferado

³² FSIN –Food Security Information Network- (2018). *Informe global sobre crisis alimentarias de 2018* en <http://www.fsincop.net/resource-centre/detail/en/c/1110460/>

³³ Como Maritza Landaeta (Fundación Bengoa), Susana Raffalli (Cáritas-UCAB) y Marianella Herrera (CENDES-Observatorio Venezolano de la Salud), entre otros valiosos investigadores del campo nutricional.

³⁴ Hay que advertir que, dado que hablamos al inicio de la emergencia humanitaria compleja que afecta a Venezuela, podría suponerse que ella implica necesariamente una emergencia alimentaria, en términos técnicos estrictos de la CIF. No es así, aunque sea frecuente que una emergencia humanitaria compleja tienda a involucrar -al menos- una crisis alimentaria. La dimensión terminológica nutricional es distinta a la de la caracterización de la emergencia en términos de una mayor variedad de derechos humanos.

desde el 2016, más allá del lamentable intento de censura estadística gubernamental de estos padecimientos humanos.

Mientras se desarrollaba el complicado marco nutricional antes descrito, la misión alimentación tuvo redefiniciones importantes. Como mencionamos previamente, entre 2014 y 2017 hubo una recuperación de la cobertura de la misión, de acuerdo con las estimaciones de ENCOVI. Sin embargo, los sostenidos problemas de corrupción junto con la creciente escasez de las divisas disponibles por parte del Estado para las importaciones con dólares preferenciales (para alimentos y medicinas) así como la evidente crisis socioeconómica y política, condujeron a que el 16 de febrero de 2016 el Presidente Maduro anunciara la supuesta re-estructuración total de la misión alimentación, argumentando que componentes de ella, como Abastos Bicentenario estaban absorbidos por la corrupción ³⁵.

Sin embargo, paradójicamente, puesto que la misión había sido manejada tradicionalmente por militares al igual que el Ministerio con el que está asociada, se encargó a la Fuerza Armada de la reorganización de la misión. Al final, en medio de unos meses de escasez especialmente severa de bienes alimentarios en el país, en Abril de 2016 se anunció la formación de la llamada Gran Misión Abastecimiento Soberano y Seguro y la formación de los CLAP: Comités Locales de Abastecimiento Popular. Aunque se suponía que esa misión desarrollaría una variedad de iniciativas productivas y de distribución, en definitiva, su realización se ha resumido fundamentalmente -hasta ahora- en los CLAP.

Los CLAP iban a ser, según los anuncios iniciales, una figura transitoria mientras se concebían y estructuraban unos mecanismos adecuados de abastecimiento y distribución alimentaria para superar los problemas de corrupción y desvío de productos que la habían caracterizado. Pero a la larga, coincidiendo con la improvisación que ha sido propia de las misiones y de la política social venezolana, muy especialmente desde 1999, los CLAP terminaron asumiéndose como la gran alternativa para afrontar los problemas

³⁵ http://www.el-nacional.com/noticias/politica/maduro-abastos-bicentenario-pudrio_13149

alimentarios y nutricionales de los venezolanos: “Todo el Poder para los CLAP”, fue la leninista consigna que se terminó promulgando desde el oficialismo.

Ahora, más allá de los lemas, lo que hacen los CLAP es que distribuyen una caja o bolsa de alimentos –con una frecuencia que se suponía mensual, en los inicios del programa- con distintos productos alimentarios (con una calidad y equilibrio nutricional severamente cuestionados por diversos expertos) y a un costo ínfimo en comparación con su valor en el mercado, costo que -sin embargo, como ha advertido Susana Raffalli- no deja de representar un problema para su adquisición para una parte de la población en mayor pobreza.

En general, el número y calidad de los productos que ofrecen los CLAP ha ido cambiando y tendiendo a reducirse desde sus inicios hasta ahora. Pero, más allá de esa importante característica, diversos análisis evidencian que, en sus diferentes momentos y presentaciones, esos suministros (aunque luego se negocien por dinero o por otros alimentos) con extrema dificultad logran cubrir las necesidades alimentarias de un grupo familiar promedio para una semana. Y hay que recordar que su distribución fue pensada inicialmente para cumplirse con una frecuencia mensual que, como veremos, solamente se da en una parte reducida de los casos, al menos en el 2017, según resultados de ENCOVI.

Junto a esa reducida cobertura de los requerimientos alimentarios de las familias que reciben los CLAP, la erosión de los ingresos reales de los grupos familiares venezolanos ha sido drástica desde el 2013/14. Considerando, además, la hiper-inflación, los variados pero reducidos bonos (aportes monetarios discrecionales) que de manera bastante casuística ha ofrecido el gobierno, especialmente en el marco pre-electoral desde fines del 2017, no compensan el abrumador deterioro real de la capacidad adquisitiva de la inmensa mayoría de la población, con su inevitable expresión en el deterioro de su calidad de vida y de su nutrición.

3.4. Misión Alimentación (2016-18): Mucha continuidad y poco cambio.

Ahora, puesto que en Febrero de 2016 hubo críticas severas hacia el modelo de la misión alimentación que se desarrolló desde el 2003. ¿Qué cosas continuaron y cuáles se modificaron significativamente?. En cuanto a las continuidades básicas:

- Los militares siguieron manejando un programa que había sido marcadamente cuestionado por los altos niveles de corrupción que lo han caracterizado. Esto es un problema que se remonta al manejo que se le otorgó desde 1999 al Ministerio de la Defensa de un Plan llamado Bolívar-2000 que se suponía que resultara –en aquella época- el coordinador de la política social venezolana, Plan que también fue objeto de denuncias por corrupción y una de cuyas dimensiones principales era la distribución subsidiada de alimentos.
- Ha proseguido y se ha acentuado marcadamente el peso de las importaciones con los CLAP con diversos problemas: gasto de divisas crecientemente escasas; descuido extremo en la calidad de muchos de los productos; y unos niveles de corrupción que probablemente hayan proliferado como nunca antes dado el incentivo que representa un dólar preferencial para importaciones que era “hiper-multiplicado” en el mercado de divisas supuestamente ilegal.
- Lo anterior es una situación idílica para los llamados “cazadores de renta” que – además- están a sus anchas en un marco institucional con escasos poderes autónomos de supervisión. Se trata entonces de una continuidad de la corrupción agravada por los incentivos cambiarios extremos y que ha llegado a un límite en el que varios gobiernos extranjeros han tratado el tema de los extraordinarios negocios que parecen aprovecharse de los programas para la alimentación de los venezolanos³⁶.
- En especial es un programa que insiste en un concepto como el del subsidio *indirecto* de bienes (y en especial de alimentos) que, resulta muy difícil que sea exitoso si no es adecuadamente programado y discriminado en sus características y que –además-

³⁶ Véase por ejemplo el artículo de Mariano de Alba <https://prodavinci.com/las-implicaciones-de-la-reunion-entre-autoridades-financieras-de-16-paises-sobre-venezuela/>

está probablemente destinado a resultar muy inefectivo e ineficiente en países con institucionalidades deficientes, como la venezolana.

- Se trata de un programa que más allá de las proporciones comparativas con sus antecedentes de la misión alimentación solamente cubre una porción muy limitada de los requerimientos alimentarios de los grupos familiares que lo perciben. En un marco de empobrecimiento como el que vive el país desde 2013, representa una compensación sumamente precaria, aunque quienes la requieran con particular urgencia, puedan brindarle –comprensiblemente- un alto valor.

Entre los principales cambios registrados en la misión parecen haber tres. El primero, es que la misión –prácticamente- se ha “reducido” a los CLAP, al menos hasta ahora. Luego, en segundo lugar, pareciera que, al menos en 2017, se ha alcanzado uno de los niveles más altos de cobertura poblacional de los programas asociados con la misión alimentación en su trayectoria. En ese sentido, ENCOVI estima que en 2017 un 88% de los hogares venezolanos ha tenido acceso a los alimentos del CLAP.

Lo anterior parece indicar una cobertura superior a la que se reportaba en los mayores niveles con el Mercal hacia el 2006-07. Sin embargo, a ello habría que añadir que el acceso a la misión –en medio de la gravísima depresión socio/económica- ha adquirido una relevancia que no tenía antes, tanto para quienes accedían a ella como para gran parte de quienes no lo hacían.

Más allá de la cobertura general, un dato de extrema relevancia que reporta la ENCOVI 2017 (y que convendría conocer cómo se ha comportado en el electoral 2018) es el de la frecuencia de acceso a los CLAP, puesto que se trata de un factor fundamental en sus resultados.

A ese respecto es muy llamativo que, según ENCOVI, en el 2017 solamente el 31% de los hogares perceptores de las cajas-bolsas CLAP las perciba mensualmente, en tanto que 16% manifiesta recibirlas cada 2 meses y el 53% restante las obtiene sin periodicidad definida. Hay que resaltar que estos datos evidencian las graves limitaciones de los

efectos atribuibles a la misión ante una propensión al empobrecimiento creciente como el que caracteriza a Venezuela desde 2013-14.

Es aún más llamativo que, de acuerdo con la ENCOVI, la mayor frecuencia de entrega de los CLAP se registre en la Gran Caracas, es decir donde se combina la menor pobreza nacional comparativa y la mayor capacidad político-comunicacional de presión, en tanto que la mayor irregularidad de distribución se produce en las ciudades pequeñas y caseríos, donde se concentra la población de recursos socio-económicos más escasos. En suma, hay problemas de focalización importantes en los CLAP aunque, en sentido estricto, eso no parece haber sido una preocupación relevante para los decisores venezolanos, a diferencia del peso que parecen asignar al esfuerzo de regulación de las demandas en zonas de mayor importancia política y conflictividad potencial.

El otro y tercer gran cambio es que la organización de los CLAP ha adquirido un carácter más claramente partidario hacia el régimen, incluyendo a componentes explícitamente partidistas (como las llamadas Unidades de Batalla Bolívar-Chávez) en la estructura organizativa formal de promoción de esos Comités, que están además integrados por otras instancias (como el Frente Francisco de Miranda) abiertamente inclinadas hacia el oficialismo. La alternativa de que haya CLAP autónomos con respecto al oficialismo es una posibilidad por comprobar.

En definitiva, más allá de la misión alimentación, la atención de la gravísima situación alimentaria del país, requiere de los más variados recursos nacionales e internacionales para afrontar un persistente deterioro –en los más variados órdenes de la vida venezolana- que el gobierno se empeña en menospreciar, agravando la gradual destrucción de los derechos humanos de los venezolanos.