



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E STUDI
INTERNAZIONALI

Corso di laurea Triennale in Science Politiche e Relazioni Internazionale

El Derecho a la Salud en Venezuela desde 1999 hasta el 2021

Relatore Prof: Elena Pariotti

Laureando: Roberto Hernández

Matricola N. 579609

INDICE

Abstract

Introducció

Capitulo 1: Marco Teòrico

1 Salud

1.1 Breve reseña històrica

1.2 Definiciones

1.3 Objetivos

Promoció de la Salud

- Estrategias
- Plan de Acció

1.4 Salud Pùblica

Programas de Salud

- Objetivos
- Protecció Sanitaria
- Promoció Sanitaria
- Restauració Sanitaria

c) Promoció de la Salud

2 La Salud como Derecho Humano

2.1 Antecedentes

2.2 Breve reseña històrica

2.3 Definiciones

2.4 Derecho a la Salud

2.5 Razones por las cuales se considerò el periodo de tiempo:

1999 – 2021 en el anàlisis del derecho a la salud

2.4.1 Características

- universal
- Interdependiente
- individual
- Social
- Progresivo
- Irreversible
- Irrenunciable

2.4.2 Principios

- Igualdad
- Accesibilidad
- Gratuidad
- Equidad
- Participaciòn

2.4.3 Factores Condicionantes

- Alimentaciòn

- Capacidad de Adquirir Medicamentos
- Disponibilidad de los Medicamentos
- Medio Ambiente
- Servicios Básicos
- Acceso al Trabajo
- Vivienda Digna

3 Acciones que garantizan el disfrute del derecho a la Salud

3.1 Generales

3.2 Específicas, incluyen a los sujetos excluidos

- Trabajadores
- Mujeres
- Niños
- Refugiados
- Pueblos Indígenas
- Personas con Enfermedades Contagiosas
- Personas con Enfermedades Mentales
- Personas Discapacitadas
- Personas con Enfermedades de larga duración y alto costo
- Personas con Enfermedades Crónicas
- Adultos Mayores

4 Entes Gubernamentales encargados de promover, velar y hacer seguimiento al Derecho a la Salud.

- Ministerios

- Institutos Autònomos
- Empresas del Estado
- Gremios
- Universidades
- Colegios Universitarios
- Escuelas Tècnicas

4.1 Distribuciòn de dichos Entes a Nivel

4.1.1 Nacional

4.1.2 Local

- Alcaldìas
- Consejos Municipales
- Parroquias
- Consejos Comunales

4.2 Segùn la complejidad de la atenciòn que brindan

- Hospitales Generales Tipo I, II, III, IV

5 Sistema de Salud en Venezuela

5.1 Pùblico: Hospitales, clasificaciòn

5.2 Segùn el Territorio donde se encuentran:

- Comunales, Parroquiales y/o Municipales
- Estatales
- Regionales

5.3 Privados

- Clìnicas

- Ambulatorios
- Centros Profesionales

5.4 Mixtos

- El Estado financia al sector Privado ò El Estado financia el costo o gasto del paciente

5.5 Misiones

- Misiòn Barrio Adentro

6 Nuevo Sistema de Salud Intersectorial descentralizado, participativo

6.1 Modalidades

- Barrio Adentro I
- Barrio Adentro II
- Barrio Adentro III
- Barrio Adentro IV

6.2 Infraestructura

- Consultorios Populares
- Centros de Diagnòstico Integrales de alta tecnologìa
- Salas de Rehabilitaciòn
- Salas de Odontologìa
- Farmacias Sociales Vacunatorios
- Puntos de Consulta

6.3 Ubicaciòn geogràfica

- Rural
- Urbana

6.4 Organizaciones

- Comitès de apoyo promotores sociales de las comunidades

6.5 Coordinaciones

- Nacional
- Extranjera

Capitulo II: Marco Metodològico

1 Delimitaciòn

2 Justificaciòn

3 Formulaciòn

3.1 Planteamiento del Problema

4 Objetivos

4.1 Objetivos General

4.2 Objetivos Especìficos

5 Tipo de Investigaciòn

5.1 Variables

5.1.1 Derecho a la Salud en Venezuela

5.1.2 Ordenamiento Jurìdico

5.1.3 Unidad de Anàlisis

6 Metodologìa

6.1 Poblaciòn

Capítulo III: Análisis Interpretativo

1 Derecho a la Salud

- Características
- Principios
- Factores Condicionantes
- Estructura Sanitaria

1.2 Ordenamiento Jurídico

- Constitución
- Leyes Orgánicas, generales, especiales
- Decretos
- Reglamentos
- Disposiciones

1.3 Unidad de Análisis

- Interacción del Derecho a la Salud y el Ordenamiento Jurídico

Conclusiones

Fuentes bibliográficas y páginas web

Abstract

Questo studio si propone di analizzare il diritto alla salute in Venezuela, principio cardine dell'ordinamento giuridico e dei trattati internazionali in tema di Diritti Umani firmati e ratificati dal Paese.

L'evoluzione storica del concetto di salute conduce ad un suo inquadramento quale bene la cui portata muta in relazione al contesto sociale, raggiungendo il valore di diritto umano fondamentale da garantirsi a tutti. La salute costituisce un complesso punto di incontro tra il biologico, il sociale, l'ambiente, l'individuo, la comunità e le azioni che lo Stato attua per raggiungere il benessere dei suoi cittadini.

Per la garanzia di questo fondamentale diritto, in Venezuela, si osserva l'iniziale assegnazione della competenza a diversi Enti Pubblici, funzionanti, dunque, secondo uno schema di istituzionalismo debole, che vede l'assenza di un ministero con competenza specifica in materia. Contestualmente sono stati istituiti i primi meccanismi giuridici atti a garantirne il funzionamento.

La Costituzione, che detta le norme fondamentali in tema, prevede che il finanziamento, la gestione e la supervisione del sistema sanitario sia a carico dello Stato; stabilisce inoltre che la sanità sia debba essere libera, di qualità, accessibile a tutta la popolazione, adeguata all'etica medica e rispettosa delle differenze biologiche e culturali dei cittadini. Oltre all'esplicita menzione nella propria carta costituzionale, lo Stato venezuelano ha anche recepito quanto contemplato nei trattati internazionali. Questi ultimi, pertanto, assumono rango costituzionale e prevalgono ove le norme in essi contenute siano più favorevoli di quelle dell'ordinamento interno.

Nonostante il riconoscimento giuridico, in Venezuela la tutela del diritto alla salute appare del tutto insufficiente, giacché, il comportamento di sistematica omissione da

parte delle istituzioni competenti, ha cagionato un forte deterioramento del sistema di sanità pubblica. Ciò appare chiaro anche a livello normativo: lo Stato venezuelano ha emanato una sola legge organica in tema di sanità, la n. 36579 del 1998, cui non ha mai fatto seguito alcuna revisione o aggiornamento, né alcuna norma attuativa. In compenso, sono state adottate misure che non solo hanno deviato sforzi e denaro verso strutture parallele e private, ma hanno anche ridotto le capacità delle istituzioni di guidare le politiche sanitarie, amministrare i servizi e affrontare in modo efficace i problemi di salute della popolazione. Non solo, oltre a questa drammatica situazione strutturale, le politiche economiche interne hanno generato una carenza generalizzata e persistente di forniture, causando altresì la sospensione temporanea o chiusura dei servizi nei già deboli centri sanitari pubblici del Paese.

Solo nel dicembre 2004, la Commissione per lo sviluppo sociale dell'Assemblea nazionale ha discusso un nuovo disegno di legge sulla salute, che ad oggi è rimasto bloccato in un limbo. Questa riforma si baserebbe sull'eliminazione di quelli che il governo venezuelano chiama "vizi" del sistema sanitario del Paese: considerare anche il principio di adeguamento scientifico-tecnologico, non contemplato in alcuna norma; la nomina di un Consiglio Sanitario Nazionale, organo consultivo e con poteri di sorveglianza sulla corretta allocazione delle risorse; attribuire al governatore regionale la competenza di elaborare i piani sanitari territoriali, coordinare a livello locale l'esecuzione dei programmi, valutare la situazione epidemiologica e amministrare le strutture sanitarie.

Invece che provvedere ad un siffatto aggiornamento sistematico della legge statale, a partire dal 2003, sono stati rilanciati ogni anno una serie di programmi sociali per raggiungere obiettivi specifici, il cui scopo era quello di combattere la povertà e offrire assistenza a una parte della popolazione assolutamente priva.

Attualmente sono operativi circa 20 programmi sociali chiamati "Missioni", il cui unico scopo è dimostrare il successo della gestione del governo e rafforzare l'immagine del presidente in carica. Queste "Missioni" sono il risultato di una propaganda politica presidenziale e non di una proposta tecnica: la totale mancanza di meccanismi istituzionali di esecuzione e controllo, infatti, li ha resi niente più che delle promesse mai mantenute.

Tra queste missioni c'è la Missione "Barrio Adentro" avviata nel 2003 con decreto presidenziale dell'allora presidente Hugo Chavez. In un primo momento la missione ha vissuto una fase di sperimentazione e, tra aprile e giugno 2003, con l'arrivo di medici cubani (in ottemperanza all'accordo di cooperazione Cuba-Venezuela firmato nel 2000) il personale medico è stato implementato di 304 unità, dislocate in tutto il territorio.

Successivamente, tra luglio e agosto dello stesso anno, sono stati trasferiti altri 990 medici cubani nello stato di Caracas e Miranda, nei comuni di Paz Castillo e Independencia.

Tale cooperazione volta al rafforzamento del sistema sanitario venezuelano è stata portata a compimento tra la fine del 2003 e i primi mesi del 2004 con l'arrivo di un totale di 10169 medici cubani.

La missione "Barrio Adentro", con questo apporto di risorse umane, costituisce un nuovo sistema sanitario intersettoriale, decentralizzato e partecipativo, la cui funzione principale è quella di integrare tra loro i servizi sanitari pubblici.

Il governo venezuelano, poi, ha creato altre missioni, due delle quali hanno implementato la "Missione Barrio Adentro": la "Missione Milagrosa" che affrontava le carenze nelle cure oftalmologiche e la "Missione Mercal C", incaricata di fornire cibo e prodotti di base.

Nonostante i proclami fatti attraverso la pubblicazione di dati positivi, le missioni sono state oggetto di continue e severe critiche. Nel 2017, Miami Harold ha evidenziato, tra le altre cose, che i rapporti emessi contenevano dati “gonfiati” in modo fraudolento. Questa opinione è corroborata dal controllore generale del paese, che ha riscontrato gravi irregolarità nella riparazione, nell'ammodernamento e nell'espansione di 8 ospedali nazionali. Si è denunciato, infatti, che l'80% degli stabilimenti della “Missione Barrio Adentro” era stato abbandonato, alcune strutture erano state riempite di spazzatura e in alcuni casi servivano da rifugio per i senzatetto.

La tutela del diritto alla salute in Venezuela, dunque, presenta gravi problemi legati alla qualità e all'efficienza dell'assistenza sanitaria, ai programmi attuati e alle azioni di promozione e prevenzione.

Il ruolo dello Stato venezuelano riguardo agli aspetti sociali, come stabilito dalla costituzione del 1999, deve essere assolutamente attivo e tale da garantirli all'intera popolazione, secondo i principi di progressività, universalità e pari opportunità per tutti. A partire dal 1999, il sistema sanitario del Paese ha avviato un processo di profondo cambiamento, attraverso la ristrutturazione del livello centrale e la messa in opera di un modello assistenziale integrale e la creazione di un Sistema Pubblico Nazionale per garantire il diritto alla salute all'intera popolazione. Tuttavia, agli obiettivi dichiarati non è seguita una concreta ed effettiva attuazione, con il risultato che le modifiche proposte non sono risultate efficaci nella riduzione di esclusione e disuguaglianza nel godimento del più fondamentale dei diritti, quello alla salute.

Introducció

El presente estudio es de carácter descriptivo y representa una aproximación al tema, mediante una revisión sistemática de artículos, documentos y publicaciones sobre el derecho a la salud y el ordenamiento jurídico en Venezuela en un período de tiempo (1999-2021)

Dicho estudio incluye la evolución del concepto salud hasta su concepción como derecho humano, enfatizando que es un punto de encuentro complejo donde converge lo biológico, lo social, lo ambiental, el individuo, la comunidad y las acciones que el Estado toma, a fin de lograr el bienestar de sus ciudadanos, como fin último de desarrollo y calidad de vida, lo cual implica que las necesidades básicas de la población estén cubiertas.

Desde esta perspectiva el derecho a la salud se convierte en un compromiso ineludible y obligatorio de los países, Venezuela no está exenta de ello. Por consiguiente, se observa a lo largo de su historia, la creación de “Entes u Organismos Públicos” que funcionaron bajo un esquema de débil institucionalidad, denominados en forma distinta y adscritos a ministerios diferentes.

Simultáneamente a este proceso se originaron los primeros mecanismos jurídicos garantes de su funcionamiento.

Dichos mecanismos y ordenamiento jurídico estuvieron enmarcados en la Constitución, la cual se convierte en el punto de referencia para interpretarlos,

garantizar el financiamiento, gestión y supervisión del sistema de salud público, que debe ser, gratuito, de calidad y accesible a toda la población, ajustado a la ética médica y respetuoso de las diferencias biológicas y culturales.

El Estado Venezolano también incorporó lo contemplado en los tratados internacionales en calidad de referentes interpretativos y de carácter vinculante, lo cual permitiría articular acciones de cooperación técnica y de vigilancia del derecho a la salud entre países.

Los tratados en referencia tendrían jerarquía constitucional y prevalecerán siempre y cuando las normas que contienen sean más favorables que las establecidas en el ordenamiento jurídico de Venezuela.

El Estado venezolano por lo tanto creó un compromiso especial con los derechos sociales y su integralidad, estableciendo las garantías para hacerlos efectivos, por consiguiente sus ciudadanos tienen derecho de exigir la satisfacción del derecho a la salud o derecho humano fundamental interpretado como el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr (Organización Mundial de la Salud, OMS).

Este Organismo le atribuyó a los Estados “crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludable posible”.

Dicha competencia de los Estados es ratificada en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela erogada en 1999, en el artículo 19, capítulo primero, que puntualiza.

El Estado garantizará a toda persona conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e

interdependiente de los derechos humanos. Su respeto y garantía son obligatorios para los órganos del Poder Público de conformidad con esta Constitución, con los tratados sobre los derechos humanos suscritos y ratificados por la República y con las leyes que los desarrollan (1999).

El artículo 83 de la Constitución Nacional, contenido en el capítulo quinto referido a los Derechos Sociales y de las Familias, es fundamental para la comprensión del rol que debe cumplir el Estado en la preservación del derecho a la salud. Este artículo señala que:

La Salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios suscritos y ratificados por la República (1999).

El artículo 85 de la Constitución estima que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que eroga los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de

profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

La interpretación de este artículo evidencia la necesidad de una opinión pública bien informada y una cooperación de la colectividad que son las claves para mejorar no sólo la salud de las personas sino también permita conocer las carencias del sistema de salud tanto público como privado.

En síntesis, al fijar la relación entre el derecho a la salud y el ordenamiento jurídico de Venezuela, objetivo del estudio planteado, se podrían obtener indicadores que reflejen si el Estado como garante ha cumplido su rol, y sino hacer las recomendaciones pertinentes para subsanar las posibles carencias, omisiones o violaciones que impidan a la población el goce pleno del derecho a la salud al que tienen derecho.

Capítulo I: Marco Teórico

1.1 Evolución histórica del concepto Salud:

La Salud a través de la historia ha tenido diferentes conceptualizaciones dependiendo del significado que se le atribuía, fue considerada en todas las culturas como un bien, cuya conservación y recuperación era una de las necesidades más importantes desde el punto de vista individual y colectivo.

En un principio la salud formó parte del binomio salud-enfermedad, e interpretado como algo sobrenatural, donde la salud era un “don” o una “gracia” y la enfermedad una “deuda” o “pecado” atribuido a la acción de maleficios y/o posesión demoníaca, una alteración del buen orden de la naturaleza; por consiguiente las explicaciones relativas a los procesos de salud-enfermedad eran de carácter mágico-religioso. Posteriormente, comienzan los primeros estudios para comprender las causas naturales de la enfermedad, la incidencia del medio ambiente, las características personales; en este sentido, la salud pasaría a ser una manifestación de la capacidad de adaptación de la persona y una respuesta a un conjunto de condiciones originadas no por el azar, sino por la manera en que cada ser humano participaba en lo social, político y económico; por lo tanto la salud como la enfermedad formarían parte de la vida misma y de las condiciones biológicas de cada persona.

La influencia de la religión católica trajo como consecuencia que los conocimientos desarrollados hasta ese momento fuesen desplazados por explicaciones sobrenaturales de la enfermedad, prevaleciendo explicaciones místicas de las causas de las enfermedades, tales como, las asociadas a la ira de Dios o a la acción de los demonios. En la edad moderna se originó un importante proceso cultural y científico el cual permitió la revalorización de los antiguos conocimientos. Con el invento y utilización de instrumentos ópticos, tales como, el microscopio se pudieron observar los microorganismos, de los hallazgos producto de dichas observaciones, se logró una interpretación materialista, unicausal de la enfermedad y a consolidar un pensamiento biologicista que en la actualidad todavía conserva su valor e influencia.

El pensamiento médico-científico se organizó entorno a la enfermedad y a la clínica, dando pie a la construcción y utilización de estructuras denominadas hospitales, instalaciones concebidas para dar asistencia a los pobres, que las convirtió en centros de separación y exclusión, donde el pobre era alguien a quien se le debía brindar los últimos auxilios y sacramentos y el personal que prestaba sus servicios lo hacía con la finalidad de redimirse, salvarse, de hecho, era un personal caritativo, religioso o laico cuya presencia tenía la finalidad de realizar obras de misericordia las cuales le garantizarían la salvación eterna.

El hospital se convirtió entonces en una especie de instrumento mixto de exclusión, asistencia y transformación espiritual donde la función médica estaba relegada o excluida y la medicina era profundamente individualista

debido a que en la formación de los médicos no se incluía la experiencia hospitalaria. Con el pasar del tiempo los hospitales fueron transformando su actuación a fin de anular los efectos nocivos ocasionados al mezclar enfermos, locos, prostitutas, mendigos etc. Mas adelante, se redactaron los primeros reglamentos orientados a la inspección de médicos y boticarios, por lo tanto eran instrumentos concebidos solamente de indagación económica.

Posteriormente, comenzaron a desarrollarse las prácticas de salud colocando a la persona en un contexto socio-económico y el Estado (forma de organización socio-política, entidad de poder soberano para gobernar y desempeñar funciones políticas, sociales y económicas en una zona geográfica determinada) se erige en el responsable de preservar la salud de sus ciudadanos. En tal sentido, se comienza a hablar de una medicina social, una forma distinta de abordar lo relacionado con la salud; y evidentemente la salud pública se orientó a mejorar las condiciones ambientales que incluían la vivienda aseada, limpia con aprovisionamiento de agua y el abastecimiento y consumo de alimentos bacteriológicamente seguros.

Durante el siglo veinte el vínculo entre medicina y biología se hizo aun mas estrecho, al aumentar notablemente el conocimiento no sólo, de los nexos relacionados con el sustrato material de la enfermedad sino también la variedad de conexiones de los procesos íntimos que ocurren a nivel de órganos, tejidos, células y compuestos bioquímicos del organismo humano sano o enfermo. También, se originaron, importantes aplicaciones y manipulación en el área de la genética en la interpretación y tratamiento de las

enfermedades. Paralelamente a esto, se observò una tendencia de interpretaciòn multicausal del proceso salud-enfermedad en el cual las causas interactúan siguiendo un patròn recìproco de potencializaciòn y el tiempo un factor muy significativo.

Esta perspectiva dio origen a una concepciòn todavìa mas amplia la cual se orientò hacia lo ecològico convirtièndose el habitat en un factor condicionante del proceso.

1.2 Definiçòn de salud

El concepto de salud no es ahistòrico ni estàtico, cambia en relaciòn a las culturas, sistema social, nivel de conocimiento y las ideas dominantes de las èlites de cada sociedad.

Ejemplo de definicion de salud:

- Salud: èsta mantiene una relaciòn etimològica y significativa con la palabra salvaciòn.
- La salud: etimològicamente hace referencia a una condiçòn ideal total.
- La salud: entendida como una alteraciòn morbosa del buen orden de la naturaleza donde los factores externos tales como, la lluvia, la tempestad, los rayos son los responsables de dicha alteraciòn.
- La salud es un recurso para la vida, no es el objetivo de la vida, la cual acentúa los recursos sociales, personales y aptitudes físicas de las personas, en sìnthesis, es el bienestar del cuerpo y su òptimo funcionamiento.

- La salud concebida como un estado no equilibrado entre el hombre y el universo.
- La salud entendida como un estado de bienestar físico, de equilibrio, el cual puede ser visto subjetivamente, donde cada persona asume como aceptable su salud, y objetivamente cuando ésta constata la ausencia de enfermedades o factores dañinos para su salud
- La salud entendida como manifestación de la capacidad de adaptación del ser humano a su medio ambiente.
- La salud vista como un registro histórico de la manera como una persona ha vivido.
- Salud es el balance entre el individuo y los otros, su ambiente, la historia y la producción del futuro, que se desarrolla en la totalidad del escenario social con sus múltiples intereses y movimientos.
- La salud es una continua interacción armónica, orgánica y funcional, entre el hombre y su medio y se considera al proceso salud-enfermedad como una unidad dialéctica donde la lucha de contrarios y la solución de las contradicciones produce el desarrollo humano¹.
- La salud es un estado general de un organismo vivo, en tanto ejecuta sus funciones vitales de una forma eficiente, lo cual le permite desenvolverse adecuadamente en su ambiente²

¹ Andres, Sintès, *Libro de medicina general integral*, ed. ciencias medicas, Cuba, 1985, vol. I, p. 50 ss.

² Galli Vicente, *Invencción de enfermedades. Traiciones a la salud y la educación*, Noveduc, Argentina, 1987, p. 36.

- La salud concebida como categoría individual y social, parte integrante del desarrollo, dirigida a crear condiciones para el bienestar de todos, producto de estrategias y acciones de prevención, promoción, protección, de la disponibilidad de los servicios, de la distribución equitativa de los recursos disponibles y de todo lo concerniente a los pacientes, o prestatarios.
- También, se habló de salud ambiental, relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos que influyen en la salud, excluyendo cualquier comportamiento relacionado con el entorno social, económico o con la genética.
- Salud, entonces, concebida como el equilibrio con el entorno y la adaptación al mismo.
- La salud es una manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa. La salud es autónoma si existen los recursos, la educación y el menor número de limitaciones y el máximo de libertad.

Es solidaria, es decir, se produce socialmente ya que no es concebible vivir sanamente en forma aislada. Y la salud es gozosa, ya que proviene de un sentimiento profundo de satisfacción personal.

“Salud es por lo tanto la plenitud de la realización de cada cual” en circunstancias favorables o adversas.

- La salud entendida como parte prioritaria del conjunto de bienes básicos necesarios para que el individuo desarrolle sus potencialidades en el ser y el hacer.
- Salud concebida como el resultado de una compleja red de

determinantes biológicos, históricos y culturales. En tal sentido:

La Organización Mundial de la Salud, en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, define el derecho a la salud “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no la ausencia de enfermedades o dolencias” y se refiere al derecho que poseen las personas a tener un cierto nivel de atención sanitaria y de salud. Y el Estado tiene la obligación de garantizar un cierto nivel de salud pública con la comunidad internacional”³.

En su Observación General 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas ofrece una orientación detallada a los Estados en relación a sus obligaciones de respetar, proteger y cumplir con el derecho a la salud y con los estándares esenciales e internacionales.

Para ello los Estados deben garantizar la disponibilidad, asegurando la provisión de una infraestructura suficiente, y válida para la salud pública e individual en todo su territorio, también su accesibilidad cuyos elementos claves son la no discriminación y la accesibilidad física, económica y sobretodo la accesibilidad a la información veraz y oportuna.

La Conferencia Internacional de la Asistencia Sanitaria Primaria reunida en Alma Ata el 12 de septiembre de 1978 (organizada por la Organización Mundial

³<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

de la Salud, la UNICEF, y patrocinada en la Unión Soviética) expresa la necesidad de una acción urgente⁴.

Los gobiernos, de la comunidad internacional y de todos aquellos que trabajan para la salud y el desarrollo a proteger y promover la salud de cada hombre, formularon la siguiente Declaración.

La conferencia enfatiza con fuerza que: “la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social no es simplemente la ausencia de dolencias o enfermedad, constituye un derecho humano fundamental y reafirma que el logro del mayor nivel de salud posible es un resultado social muy importante en todo el mundo, cuya realización requiere de la contribución de múltiples sectores económicos y sociales además del sector sanitario. Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente con las acciones y formas de asistencia que necesitan.

Y todos los Gobiernos tendrán la obligación de formular, a nivel nacional, políticas, estrategias y planes de acción para difundir y sostener la asistencia primaria de salud como parte del sistema sanitario nacional y en forma coordinada con otros sectores. Para ello, debe existir voluntad política a fin de movilizar los recursos del país y usar nacionalmente los recursos externos disponibles.

Al concebirse la salud como un derecho humano, éste debe tener en cuenta los principios y los factores condicionantes.

⁴<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Los principios del derecho a la salud incluyen:

- Mínimo inderrogable
- Proporcionalidad
- Idoneidad
- Responder a las necesidades individuales y colectivas
- Igualdad
- Irreversibilidad
- Interdependencia
- Accesibilidad

Los factores condicionantes del derecho a la salud incluyen:

- Alimentación que contempla
- Posibilidad de adquirir
- Accesibilidad
- Disponibilidad
- Adecuados
- De calidad (libre de microorganismos o agentes infecciosos)
- Medio Ambiente Sano
- Acceso agua potable
- Evacuación de excretas
- Recolección de Basura

Acceso al trabajo el cual debe ser:

- digno
- bien remunerado

- brinde condiciones higiènicas seguras
- tener un sistema de seguridad social que cubra las necesidades bàsicas de la poblaciòn

Vivienda debe ser:

- digna
- poseedora de condiciones higiènicas idòneas

Educaciòn:

- acceso a toda la poblaciòn
- gratuita
- de calidad
- recreaciòn deporte y cultura

Ausencia de discriminaciòn por:

- sexo
- ingresos
- ideologìa
- libre asociaciòn y circulaciòn

En sntesis, la Conferencia Internacional sobre la asistencia sanitaria primaria requiere de una urgente y eficaz acciòn nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar asistencia sanitaria primaria en todo el mundo y en particular en aquellos paises en via de desarrollo, segùn el espìritu de cooperaciòn tècnica y un acuerdo con un nuevo orden econòmico internacional; por consiguiente se exhorta a los gobiernos, la OMS, UNICEF, otras organizaciones internacionales, las agencias multi o bilaterales, las ONG

(organizaciones no gubernamentales) agencias de financiamiento y todos los operadores sanitarios a sostener este compromiso nacional e internacional a favor de la asistencia sanitaria primaria y a otorgarle apoyo técnico y financiero.

La declaración de Alma Ata no logró la meta de salud para todos en el año 2000 debido a los detractores y la falta de voluntad médica, política e ideológica. De hecho, los sistemas sanitarios son aun mas deficitarios que aquellos del año 1978, debido a la creación de un sistema de salud mixto, para la clase pobre con subsidio estatal, muchas veces deficitario, y para la clase alta una alternativa privada. A cuarenta años del Alma-Ata en Astana la salud pasa a ser un objetivo.

La Organización Mundial de la Salud emite una nueva Declaración sobre la asistencia primaria.

La Declaración de Astana ratifica la Declaración del 1978 de Alma-Ata la cual instó a los gobiernos a alcanzar objetivos comunes en cuanto a la salud de todos los pueblos del mundo. Los esfuerzos en los últimos cuarenta años no han sido uniformes, de hecho, por lo menos la mitad de la población mundial sigue sin tener acceso a los servicios sanitarios indispensables y al tratamiento y curación de enfermedades transmisibles y no transmisibles; la salud materno-infantil, la salud mental, la salud sexual y reproductiva siguen siendo un privilegio en muchos lugares. En la Declaración de Astana se reafirma la Declaración de 1978 de Alma-Ata y por primera vez los líderes mundiales se

comprometieron con la asistencia sanitaria de base, la cual debe permitir a cada persona ejercitar su derecho fundamental a la salud sin distinción alguna.

En Venezuela la situación del derecho a la salud tiene características críticas y extraordinarias relacionadas con el deterioro de la salud pública y como consecuencia de condiciones y restricciones múltiples y combinadas, a las que ha sido sometida durante un período de tiempo prolongado, y asociadas a una conducta de omisión sistemática de las autoridades nacionales en relación a sus obligaciones de garantizar el derecho a la salud. Este paulatino deterioro de la salud pública ha exacerbado las inequidades en salud y trasladado los costos a las personas más pobres, y de menores recursos.

Conjuntamente, el Estado venezolano ha socavado la rectoría, gestión y financiamiento de las instituciones públicas nacionales, estatales y locales a las que les compete responsabilidades concurrentes con el derecho a la salud adoptando medidas de amplio poder discrecional sobre la dirección de políticas y recursos que han no sólo distraído enormes esfuerzos hacia estructuras paralelas sino también reducido las capacidades de estas instituciones para conducir políticas de salud y administrar los servicios, resolver sus deficiencias y enfrentar de manera eficaz los problemas de salud de la población.

Agravando aun más esta situación las políticas económicas de orden interno han ocasionando una descomunal crisis de desabastecimiento generalizado y prolongado de insumos y medicamentos que ha generado una creciente suspensión o cierre de servicios en los centros de salud, principalmente en los

públicos. Esto compromete la responsabilidad del Estado con sus obligaciones de proteger la salud y por ende la vida de todos sus habitantes y prevenir o frenar cualquier riesgo inminente para la salud.

Adicionalmente, el Estado venezolano ha promovido y permite actos de hostigamiento contra quienes informan, documentan y denuncian las situaciones analizadas

A pesar que la Constitución erogada en 1999 en su Artículo 83 reconoció la salud como un derecho social fundamental y estableció la obligatoriedad que tiene el Estado de garantizarlo a todas las personas, sin distinción alguna como parte del derecho a la vida. Transcurridos 15 años, todavía no se ha promulgado una Ley Orgánica de Salud que cumpla las garantías del mandato constitucional, y sin embargo la Asamblea Nacional aprobó mas de 20 leyes en materia de salud desde el 2002 hasta el presente.

En Venezuela el número y extensión geográfica de los servicios de la salud pública y de seguridad social es superior a los del sector privado. Al Ministerio de la Salud (MPPS) le compete la salud pública y cuenta con 240 hospitales, 587 ambulatorios urbanos 1 y 4.314 ambulatorios rurales 1 y 2. La seguridad social tiene además como Centros de Previsión Social 17 hospitales y 77 ambulatorios y los del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 35 hospitales, 57 ambulatorios y farmacias que distribuyen medicamentos de alto costo.

A pesar que la Constitución erogada en 1999 en sus artículos 84 y 85 destacan la obligación que tiene el Estado de crear un sistema público nacional de salud cuya gestión sea descentralizada y participativa y que integre los servicios de salud pública entre sí y éstos con el sistema de seguridad social (incluyendo las fuentes de financiamiento), los servicios carecen todavía de un marco de política y normativa común y continúan fraccionados desde el punto de vista financiero, regulatorio, funcional y territorial.

La ley del sistema de seguridad social promulgada en el año 2002 no se ha puesto en práctica, por consiguiente, la atención médica no es universal y sigue teniendo un déficit financiero superior al 70 % de sus ingresos provenientes en su mayoría de los aportes obligatorios de patrones y trabajadores.

Venezuela hasta el presente sigue presentando uno de los gastos públicos mas bajos en salud en comparación con los esfuerzos que hacen otros países de América Latina.

2.5 Razones por las cuales se considerò el periodo de tiempo 1999-2021 en el análisis del derecho a la salud.

A partir del 1999 año de la promulgación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la misma fue redactada por la Asamblea Constituyente del país, la cual estaba conformada por 128 constituyentes elegidos mediante votación popular, posteriormente, dicha Constitución fue sometida a consulta popular para su aprobación el 15 de diciembre de 1999, dicha modalidad se realizó por primera vez en toda la historia de Venezuela.

El 27 de Enero del año 2000 se solicitò su reimpresiòn por cuanto en dicha publicaciòn se incurriò en errores de gramàtica, sintàxis y estilo, los cuales fueròn subsanados y en consecuencia se procediò a una nueva impresiòn conforme al texto remitido.

A partir de la promulgaciòn de la pre-nombrada Constituciòn el sistema de salud venezolano empieza a experimentar una reorientaciòn conceptual que se desplaza de la enfermedad a enfatizar la salud, del hospital a la atenciòn primaria ambulatoria, de lo central a lo regional y local, y de lo individual a lo comunitario. Este proceso dio origen a un nuevo paradigma en la atenciòn de la salud cuyo eje fundamental fue la participaciòn ciudadana consciente y activa en todas las fases del proceso de la salud en el pais.

Con la Constituciòn de 1999 se establecieron, ademàs, las bases para desarrollar la naturaleza jurìdica y el modelo organizativo del sector salud venezolano, donde se elevan a rango constitucional explìcito los "Derechos Humanos", plasmàndose claramente en su preàmbulo al definirse al Estado venezolano un Estado de justicia, federal y descentralizado que deberà consolidar los valores de libertad, la paz, la solidaridad, el bien comùn, entre otros, y èstos deberàn asegurar el derecho a la vida, al trabajo a la cultura, la educaciòn, la justicia social y la igualdad sin discriminaciòn alguna.

Ademàs de estar contemplado en su preàmbulo, en el artículo 2 de la Constituciòn de 1999, Venezuela se constituye en un Estado democràtico y social de derecho y de justicia el cual promueve como valores superiores de su

ordenamiento jurídico y de su actuación la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social, en general, la prioridad de los derechos humanos. En su artículo 19 ratifica lo anteriormente expuesto, en cuanto el Estado garantizará a toda persona conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente, los derechos humanos, además de su respeto y garantía, siendo además de obligatorio cumplimiento para todos los Organos del Poder Público.

Y en su artículo 21 se destaca que todas las personas son iguales ante la ley por lo tanto no se permitirán discriminaciones fundadas en la raza, el sexo, el credo, o la condición social. Por lo que la ley garantizará las condiciones jurídicas y administrativas para que la igualdad de los derechos y libertades sean reales y efectivos.

En su artículo 25 se enfatiza la nulidad de todo acto dictado en ejercicio del Poder Público que viole o menoscabe los derechos garantizados por esta Constitución y la Ley.

Además el artículo 30 hace mención que el Estado tendrá la obligación de indemnizar integralmente a las víctimas de violaciones de los derechos humanos que le sean imputables.

En su artículo 75 se enfatiza la importancia de la familia al considerar obligación del Estado la protección de las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas.

En su artículo 83 la Constitución de 1999 dice textualmente: Toda persona tiene derecho a una vivienda adecuada, cómoda, higiénica con servicios básicos esenciales que incluyan un hábitat que humanice las relaciones familiares, vecinales y comunitarias. La satisfacción progresiva de lo enunciado en este artículo es obligación compartida entre los ciudadanos y ciudadanas y el Estado en todos sus ámbitos.

Por consiguiente el Estado dará prioridad a las familias y garantizará para que éstas, y especialmente la de escasos recursos, puedan acceder a las políticas sociales y al crédito para la construcción, adquisición o ampliación de sus viviendas En su artículo 83 expresa: La Salud es un derecho social fundamental y es obligación del Estado, quien lo garantizará como parte del derecho a la vida. Y para darle fiel cumplimiento el Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida de la población, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios

Para cumplir con el principio de corresponsabilidad así como las personas tienen el derecho a la protección de la salud, también tienen el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento ambiental que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales y ratificados por la República.

En los subsiguientes artículos 84, 85, 86 el Estado para garantizar el derecho a la salud ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud,

intersectorial y descentralizado participativo, integrado al sistema de seguridad social cuyo financiamiento es obligación del Estado, quien otorgará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. Además enfatiza el derecho que tiene toda persona a la seguridad social como servicio público no lucrativo el cual debe garantizar la salud y asegurar la protección en contingencias de maternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, vejez, viudez, orfandad o cualquier otra circunstancia de previsión social.

En síntesis, el Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con su política sanitaria para lo cual utilizará la puesta en práctica de mecanismos confiables y seguros que faciliten la integración de dichos recursos, en consecuencia, en la medida que el Estado garantice el financiamiento de la salud para toda la población se reducirá también el problema de exclusión de algunos grupos.

A partir de año 2000, se declara la Atención Integral en los servicios de la red ambulatoria como parte esencial del modelo de atención de salud, dicho modelo se orientó a reforzar los programas, fortalecer el poder de decisión de los servicios, su capacidad resolutive y a estimular una mayor participación de los ciudadanos (el modelo de atención integral tiene su primera experiencia en el estado Aragua durante el proceso de descentralización).

La implementaciòn del modelo de atenciòn integral se apoya en la descentralizaciòn y desconcentraciòn del Estado, originando asì cambios profundos, tanto a nivel local como nacional. Estos cambios incluyeron el de fomentar encuentros entre equipos de salud, la persona y la comunidad con la finalidad de que èstos actùen mancomunadamente en las estrategias de control y retroalimentaciòn necesaria para la ejecuciòn de los diferentes programas.

A medida que se avanzaba en el marco institucional de salud, El Estado venezolano adelantò un programa compensatorio para la prestaciòn de servicios de salud dirigido a los sectores mas pobres del pais llamado "Programa Barrio Adentro" que constituyò una nueva política de salud y un nuevo modelo de gestiòn, basado en los principios de interdependencia, coordinaciòn, corresponsabilidad, cooperaciòn, y participaciòn activa y protagònica de las comunidades organizadas.

Este programa se desarrollò en varias fases: entre abril y junio del 2003, una de experimentaciòn la cual midiò el impacto y el apoyo de las comunidades, una segunda fase: entre junio y agosto del 2003 donde se expandiò el programa a varios estados del pais (Barinas, Trujillo, Lara, Vargas y Zulia). Una tercera fase: en septiembre y diciembre del 2003 donde se extendiò masivamente el programa a todos los estados, incluyendo el Distrito Capital. Este programa "Misiòn Barrio Adentro" tenìa como finalidad que la atenciòn primaria de salud fuese realmente el eje fundamental de las políticas de atenciòn de salud, las cuales deberian desarrollar actividades orientadas a

mejorar la calidad de vida de las personas y crear conciencia en la población con respecto al vínculo que existe entre el medio ambiente, los valores culturales y económicos que condicionan su estilo de vida y la conservación de la salud.

En el año 2004 se nombró formalmente una Comisión Presidencial, “Misión Barrio Adentro” cuyo propósito fue el de formular los lineamientos de dicho programa. En el 2006, con la “Misión Barrio Adentro” las comunidades se organizaron en grupos, denominados comités de salud, integrados por promotores sociales, elegidos en asambleas de vecinos, los cuales apoyaban en los consultorios populares, centros de diagnósticos integrales (CDI), y los servicios de rehabilitación integral (SRI), las actividades de promoción y prevención. Para esta fecha se habían contabilizado 8951 comités de salud registrados y 8500 nuevos puntos de consulta.

A partir del 2007 se comenzó a reconocer el fracaso del programa “Misión Barrio Adentro” diseñado inicialmente como un programa de atención primaria de salud el cual se fue haciendo cada vez más complejo, con la finalidad de justificar las cuantiosas inversiones las cuales no se destinaron para los fines que fueron erogadas. Un ejemplo ilustrativo: constituye el caso de remodelación y construcción de nuevos establecimientos o espacios para la salud contemplados en “Misión Barrio Adentro” III y IV los cuales en realidad estaban ubicados en cuartos o habitaciones de viviendas de miembros de la comunidad quienes las habían cedido para cumplir con los planes de salud. En algunos casos las casas prestadas en los barrios tenían un espacio destinado

al consultorio y otro espacio que fungía de residencia al médico encargado de ese centro quien en su mayoría era de nacionalidad cubana. La Misión Barrio Adentro de III era la responsable de la rehabilitación de los hospitales, es aquí donde la corrupción fue demasiado evidente, por ejemplo se comenzó a reparar las salas de emergencia en los hospitales y no había ninguna sala de emergencia habilitada y si la había era incompleta.

La Misión Barrio Adentro IV anunció la construcción de 17 hospitales en diferentes regiones del país, de los cuales ninguno se hizo.

Durante el 2006 después de la inauguración del hospital de cardiología en la ciudad de Caracas, el gobierno venezolano anunció la expansión del programa “Barrio Adentro” mediante la construcción de otros 15 hospitales altamente especializados que hasta la fecha ninguno se ha construido o terminado. El gasto estimado en el periodo de tiempo 2004-2014 fue de 29,7 billones de dolares (Juan Carlos Gabaldón). En relación al número de consultas reportadas por el gobierno de 118 Millones, cifra bastante exagerada según lo expuesto por Encovi 2017 poll (Universidad Católica Andrés Bello), ésta resultó ser en realidad de aproximadamente 200.000 pacientes beneficiados⁵.

Posteriormente, hasta el 2019 según cifras del gobierno, se habían realizado 2.385.839 intervenciones quirúrgicas, 720.908.097 exámenes médicos gratuitos y salvado la vida 1.779.015 venezolanos, sin especificar como. Dichas

⁵Datos tomados de www.mpps.gob.ve. Ministerio De Salud del Venezuela

cifras no han sido comprobadas por ningùn organismo o entidad que no sea gubernamental.

A pesar del impacto político y comunicacional y de su gran popularidad no hay evidencias tangibles de un efecto social significativo en las condiciones de vida derivado de este programa y visto reflejado en la salud de los venezolanos

De hecho, a partir del 2017 Venezuela entrò en un contexto de emergencia sanitaria, definida por la Organizaciòn de las Naciones Unidas, como una crisis humanitaria en la que hay una total o considerable ruptura de la autoridad, como resultado de un conflicto interno o externo y que requiere una respuesta internacional que va mas allà del mandato o capacidad de un solo organismo. Implica la utilizaciòn de mecanismos de protecciòn internacional de forma simultànea debido al gran nùmero de personas en vulnerabilidad extrema y la severa destrucciòn de la capacidad del pais para garantizar los derechos de asistencia y de protecciòn a la poblaciòn.

Ante esta dramàtica situaciòn fue aprobada por la Asamblea Nacional el 15 de enero 2019, la autorizaciòn de la ayuda humanitaria para atender la crisis que sufre el pueblo venezolano y con la finalidad de atender la escasez de medicamentos y alimentos. El 11 de febrero del 2019 se realizò la entrega parcial del primer cargamento de ayuda humanitaria a la Asociaciòn de Centros de Salud (ASSOVEC) el gobierno nacional bloquea el Puente Santander que limita a Venezuela con Colombia y posteriormente quema parte de la ayuda humanitaria. El 23 de febrero cierta ayuda logrò ingresar, pero gran parte

regresò a Colombia, todo esto en detrimento de la poblaciòn venezolana. Posteriormente, el 17 de abril se firmò un acuerdo entre el gobierno y la Cruz Roja para recibir la ayuda humanitaria y el 23 de abril ateriza un aviòn con ayuda humanitaria cuyo destino fue desconocido y discutible por parte de los ciudadanos en aquel entonces. En el balance de salud 2019- 2020 los logros alcanzados en el sector salud presentados por el gobierno nacional no proporcionaron los elementos para realizar una comparaciòn, es decir, al no existir puntos de referencia, es muy difìcil afirmar si hubo avances o retrocesos con respecto a años anteriores.

En marzo del 2020 la Academia Nacional de Medicina exhorta al Ministerio responsable de la salud a cumplir con sus obligaciones y ofrecer informaciòn sobre la situaciòn epidemiològica del pais en relaciòn al Covid -19, garantizar la transparencia en las actuaciones requeridas a fin de contener y mitigar los efectos de la pandemia, promover acciones efectivas de comunicaciòn y procurar los insumos, equipos y materiales requeridos para atender a las personas afectadas.

En noviembre del 2020 la Alianza Venezolana para la Salud exhorta al gobierno a seguir las recomendaciones actualizadas de la OMS, utilizando el nivel de transmisiòn y los indicadores de capacidad de respuesta del sistema de salud, lo cual no se cumpliò por ser dicho sistema deficitario en relaciòn al numero de personas atendidas.

Durante el año 2021 la salud en Venezuela monitoreada por la Càritas de Venezuela advierte que existe una dificultad creciente para el acceso a medicamentos esenciales, productos mèdicos-quirurgicos y de bioseguridad, ademàs denuncia la existencia de una gran cantidad de personas que padecen o empiezan a padecer hambre, debido a los bajos salarios (sueldo mìnimo 1,5 dolares mensuales aproximadamente), la dolarizaciòn de la economìa ,la falta de productividad,la falta de acceso a los servicios bàsicos de electricidad, agua, gas, telecomunicaciones y transporte, que incide negativamente en la calidad de vida y de la salud de la poblaciòn. Un caso que ilustra lo erràtico y poco confiable que es el gobierno venezolano en relacion a la protecciòn del derecho a la salud fue su comportamiento ante la pandemia del covid-19.

Ante esta crisis sin precedentes reportò cifras poco confiables en relaciòn al fallecimiento del personal que presta servicios en el àrea de la salud, en efecto, los voceros oficiales sòlo contabilizaron, desde el 2020 hasta el 28 de febrero del 2021, la muerte de 22 personas, 13 mèdicos, 5 enfermeras y 4 tranbajadores de la salud. Sin embargo se pudo confirmar contradiciendo estas cifras 278 decesos desde marzo del 2020 hasta marzo del 2021.La OPS en su boletìn del 9 febrero del 2021 notificò la muerte de 121 trabajadores en el àrea de la salud y el contagio de 1678. Tomando estas cifras como referentes, el gobierno de Venezuela sòlo informò al pais el 13 % del personal de salud contagiado y apenas el 18 % del personal fallecido. En relaciòn a esta situaciòn el Presidente de la Federaciòn Mèdica Venezolana Dr. Douglas Leòn Natera asegurò que mas del 50% de la poblaciòn venezolana està contagiada de

covid-19 mientras que el resto está expuesta a dicha enfermedad. Además criticó que los recursos otorgados a los hospitales del país son alrededor del 3% al 4%, cifra que a su juicio es insuficiente para atender los casos positivos de esta enfermedad.

Natera también condenó la precariedad en la que se encuentra el sector salud como consecuencia del control que ejerce Maduro, y que además se vio drásticamente afectado con la llegada del coronavirus al país en marzo de 2020, cuando se reportaron los primeros casos. Ni siquiera habían respiradores para los pacientes, convirtió a los llamados hospitales centinelas en 46 centros dispensadores de salud, algunos de los cuales se encontraban cerrados hacía años. Natera también denunció la centralización del procesamiento de las pruebas de diagnóstico para el covid-19, las cuales tardaban 15 días en arrojar un resultado, y para entonces, las personas que esperaban los análisis habían fallecido.

Desde hace uno o dos meses en cada entidad se realizan las pruebas, sin embargo destacó que éstas son insuficientes⁶. Así mismo, alegó si Venezuela sigue su ritmo actual de vacunación, se culminaría el proceso en 10 años⁷.

Natera también ofreció datos del mes de abril del 2021 en relación al personal de salud fallecido el cual asciende a 515 de éstos 352 médicos. Los datos contradictorios, lo poco asertivos de las políticas de salud y la conducta errática

⁶EL Nacional, abril 2021. C A Editorial El Nacional fundado en 1943

⁷El impulso, abril 2021. Periódico Regional con sede en Barquisimeto. Estado Lara Venezuela

del Estado venezolano nos ofrecen indicadores del abordaje realizado al derecho a la salud durante el período de tiempo 1999-2021 seleccionado en este estudio para su análisis. También nos hace reflexionar de la falta de voluntad política en el abordaje de la problemática vinculada a los derechos humanos y a la inexistencia de políticas que tengan como punto focal el bienestar de su población, Desobedeciendo, flagrantemente el preámbulo y articulado de la Constitución de 1999 vigente y de los Convenios Internacionales firmados y ratificados por Venezuela.

Derecho a la Salud: Características, principios, factores condicionantes y acciones garantes de su disfrute.

Características: el derecho a la salud incluye una serie de cualidades específicas las cuales lo definen y éstas son:

- Universalidad: lo cual implica el derecho que tienen todas las personas de tener acceso y cobertura a la salud, sin discriminación alguna, también la posibilidad de tener servicios de calidad, integrales, adecuados, oportunos, en relación a sus necesidades y medicamentos disponibles.
- Interdependencia: concepto que se refiere al conjunto de relaciones mutuas y equitativas que se establecen entre personas donde todos aquellos que están involucrados se benefician y cooperan; es decir, cada uno reconoce la verdad en los puntos de vista del otro que conlleva a la mutua responsabilidad por un lado, y por otro el compartir determinadas normas o principios comunes.

Este término se empleó recientemente en instancias de ámbitos y contextos distintos.

- Individual: significa que concierne o corresponde a un solo individuo, es para un solo individuo, que está destinado a una sola persona o para una sola persona. Indica una sola persona o una sola cosa cuando se compara con un grupo o conjunto.
- Social: concepto relacionado o relativo a la sociedad humana. Hace referencia a la persona social que ha aprendido a vivir en grupo o a relacionarse con éstos amoldándose a sus costumbres y cultura⁸.
- Progresivo: concepto relacionado con avanza, aumenta en cantidad, que puede incrementar de forma gradual o paulatina. Que avanza o evoluciona de forma continuada en cantidad. Se desarrolla de manera continua. Que favorece el avance o lo procura⁹.
- Irreversible: este concepto supone: algo que no puede regresar a su estado anterior a sus condiciones originales, que funciona en un sólo sentido, y no pueden invertirse sin que se produzcan cambios significativos en las condiciones del sistema¹⁰.
- Irrenunciable: calificación que se refiere a todo aquello que es inalienable, que no admite la posibilidad de finalizar, cesar, de abolirse o transferirse a otros¹¹.

⁸<https://dpej.rae.es/lema/social>. Real Academia Española Diccionario del Español jurídico

⁹<https://dpej.rae.es/lema/progresivo>. Real Academia Española Diccionario del Español jurídico

¹⁰<https://dpej.rae.es/lema/irreversible>. Real Academia Española Diccionario del Español jurídico

¹¹<https://dpej.rae.es/lema/irrenunciable>. Real Academia Española Diccionario del Español jurídico

- Igualdad: se refiere al derecho que tiene una persona de recibir un tratamiento igual que los demás¹².

También implica que todos los seres humanos son iguales ante la ley, sin que existan privilegios y su aplicación no está condicionada por el tipo de persona a la que se está imputando. Además considero la necesidad que tienen todas las personas de gozar igualdad de oportunidades, lo cual constituye una forma de justicia social.

- Accesibilidad se refiere a la condición que deben cumplir los entornos, productos y servicios para que sean comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas, incluyendo las que sufren algún tipo de discapacidad¹³. Es considerado un derecho que implica la real posibilidad de una persona de ingresar, transitar y permanecer en un lugar en forma segura, confortable y autónoma. Lugar que puede ser alcanzando o al que se puede llegar y que está al alcance de una persona para ser comprendido. Cuando accesibilidad se refiere a la salud es definida como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población es decir el grado de disponibilidad especial de los servicios de salud. Según la OMS es el grado de pendiente el cual permite que cualquier objeto sea utilizado por todo el público, visitar o acceder a un servicio independientemente de sus capacidades técnicas cognitivas o físicas. También el pre-nombrado término se puede abordar como: 1 parte de un proceso de la

¹²<https://dpej.rae.es/lema/igualdad>. Real Academia Española Diccionario del Español jurídico

¹³<https://dpej.rae.es/lema/accesibilidad>. Real Academia Española Diccionario del Español jurídico

implementaciòn de las polìticas pùblicas; 2 como un componente de la polìtica pùblica integral de salud propuesta por la OMS, 3 como el eslabòn que une los procesos de oferta y demanda.

(Diana Alejandra Sanchez-Torres 2015)

- Gratuidad cualidad de lo que no cuesta dinero, este tèrmino es un concepto econòmico y se refiere a la dispensaciòn de un bien o un servicio, por lo tanto, la salud, es el grado de paridad en la esperanza de vida saludable y expresa la justicia social predominante en cada sociedad. La cual tambièn està determinada por las relaciones sociales, de producciòn y por el proceso de distribuciòn y consumo de los bienes de servicio
- Participaciòn implica la intervenciòn o colaboraciòn en un suceso o actividad. Es la acciòn de involucrarse en cualquier tipo de actividad de forma intuitiva o cognitiva. Desde el punto de vista social es un mecanismo que funciona para el desarrollo local y tiene como objetivo la integraciòn de la comunidad en las diversas actividades de su entorno.

Factores que condicionan el derecho a la salud:

- Alimentaciòn: cuando se habla de derecho a la alimentaciòn hay que remitirse a la Declaraciòn Universal de los Derechos Humanos de 1948 en la cual, se establece que este derecho es una parte importante de un nivel de vida adecuado. Este derecho incluye los siguientes componentes: disponibilidad alimentaria la cual establece que los alimentos estèn disponibles mediante fuentes naturales. Accesibilidad señala que se garantice el acceso físico y econòmico de los alimentos, es decir, toda

persona debería ser capaz de procurarse el alimento sin comprometer con esto otra necesidad básica. El consumo implica aquello que se consume, su calidad y riesgos para la salud. El aprovechamiento biológico incluye las funciones de utilización del cuerpo, quien aprovecha los alimentos consumidos. Los países deben hacer efectivo el Derecho a la Alimentación a escala nacional.

En Venezuela la situación alimentaria se caracteriza por una contracción importante de la producción nacional, lo que originó el uso de las importaciones las cuales en los últimos años se han reducido de manera significativa, y en consecuencia se produjo una escasez permanente de los alimentos y el desabastecimiento a nivel nacional.

Actualmente el País se encuentra en una situación de vulnerabilidad alimentaria y nutricional, el aparato productivo nacional ha disminuido de forma importante, los alimentos importados no cubren todos los alimentos que se necesitan y los inventarios de importaciones no son suficientes para abastecer los expendios de alimentos tanto públicos como privados.

La inestabilidad en la oferta de alimentos que experimenta Venezuela a partir 2015 se ha profundizado dramáticamente, llegando a niveles de crisis aguda en el año 2020-2021. La política errada del Estado Venezolano cada vez mas controlador ha eliminado la posibilidad que se generen en el país mecanismos alternativos de producción que favorezcan la calidad y la oferta de los productos. Por lo tanto, el Estado es el responsable directa o indirectamente no sólo del desabastecimiento de muchos de los alimentos

necesarios para una adecuada alimentación sino también ha afectado el inventario necesario que garantice una distribución adecuada de los alimentos en el tiempo.

Como respuesta a la situación de escasez el gobierno ha implementado mecanismos de racionamiento lo cual significa que los alimentos necesarios para cubrir la dieta básica sólo se pueden comprar una o dos veces por semana y en cantidades restringidas. Siendo esta situación grave en el caso de los niños pues al restringir el acceso a los alimentos, y al no garantizar los nutrientes, calorías y proteínas en los primeros dos años de vida se está comprometiendo seriamente el crecimiento y el desarrollo físico, mental y social de éstos

En relación a esta problemática el Hospital de niños J M de los Ríos, ubicado en Caracas reporta el incremento en el volumen de niños que acuden a su centro con desnutrición, causa que subyace como principal determinante de la mortalidad infantil en los últimos años. Entre 2015 y 2017 la desnutrición infantil se incrementó de 65% a 85% y la desnutrición grave de 5% a 20%. El comportamiento de la población, la escasez de alimentos y la hiperinflación han producido inseguridad alimentaria en 8 de cada 10 hogares, siendo esta situación más grave en los hogares de menores recursos.

Los grupos más afectados son los niños menores de 5 años, los escolares de los sectores más desfavorecidos, las mujeres embarazadas y los adultos mayores; de hecho se notó una pérdida no controlada de peso en la

población adulta de 8,7 kg en el 2016 a 11,4 kg, en el 2017 debido a la calidad y cantidad en la ingesta, a ingresos insuficientes para cubrir su costo y al aumento de la actividad física debido la falta de transporte que los obliga a caminar grandes distancias. Según los resultados de una encuesta Encovi 2020, el 73% de los Venezolanos no pueden comprar los alimentos indispensables, y el 63% no ingiere la cantidad completa de calorías que necesita.

- Educación: El derecho está garantizado en la Constitución de Venezuela de 1999 y en la nueva ley orgánica de educación del 13 de agosto 2009 que establece en sus artículos los principios fundamentales de la educación. En su Art. 3 establece que la educación es pública, social, obligatoria, gratuita, de carácter laico, integral, permanente, con pertinencia, multiétnica, intercultural, plurilingüe.

El sistema Educativo Venezolano comprende los siguientes niveles¹⁴.

- Educación Preescolar: primer nivel obligatorio del sistema educativo, tiene una duración de un año. Los niños ingresan a los 5 años.
- La Educación Básica: es el segundo nivel obligatorio, comprende tres etapas con duración de 3 años cada una; la primera etapa es de primero a tercer grado, la segunda etapa de cuarto a sexto grado y la tercera etapa de séptimo a noveno grado.

¹⁴Mariano, Herrera, *El sistema educativo venezolano*, disponible en:
<https://www.cice.org.ve/descargas/Sistema%20Educativo%20Venezolano.pdf>

- La Educación Superior: tiene como base los niveles precedentes y comprende la formación profesional y de postgrado.

Esta estructura del sistema educativo venezolano implica el nacimiento de una estructura educativa que permita la continuidad de los procesos educativos.

La matrícula extendida para la educación preescolar a partir de 1999 hasta el 2005, el sistema educativo sólo atendió el 24% de los niños y niñas, evidenciándose debilidades en la atención del grupo etario de 0-3 años, sólo fueron atendidos el 8,8% de niños y niñas a nivel nacional.

La universalización de la educación preescolar para los niños entre 4 y 6 años representó durante 2005 el eje central del desarrollo de las políticas educativas dirigidas a la población infantil; al respecto la cobertura de atención educativa de los niños (as) entre 5-6 años alcanzó el 92%, y la atención de niños(as) de 4 años, se ubicó en 80 %¹⁵.

En cuanto a la educación básica, la tasa bruta de escolaridad fue de 99.1% (mujeres), y 99,7% (hombres).

La tasa de deserción escolar durante este periodo bajó hasta un 3,3% durante el periodo escolar 2000-2001; en cuanto a la tasa de repitencia durante ese periodo fue 6,6% para las mujeres y de 9,7% para los hombres, incrementándose la misma durante el 2000-2001 en 6,9% y 10,2% respectivamente.

¹⁵Cifras estimadas por el Instituto Nacional de Estadística. Y disponibles en: INE Instituto Nacional de Estadística
http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=64&Itemid=39#. Educación-INE Instituto Nacional de Estadística

La fase de prosecuciòn escolar durante dicho periodo fue de 91,8% porcentaje menor que en el año escolar anterior que fue de 92,2%. Los recursos financieros asignados a la educaciòn inicial oficial provienen esencialmente del presupuesto nacional y la distribuciòn institucional del gasto del Ministerio de Educaciòn y Deportes y representa alrededor del 7% del total de recursos disponibles asignados al sector.

En la ejecuciòn de los programas participan organizaciones de caràcter pùblico y privados tales como: La Fundaciòn del Niño, el Servicio Nacional Autònomo de Atenciòn Integral a la Infancia y a la Famiia (SENIFA) y Planteles Privados creados por particulares, bajo la orientaciòn de dicho Ministerio.

El programa bandera para la Educaciòn Inicial se denomina "Simoncito" constituido por espacios de atenciòn para niños y niñas de 0 a 6 años. El crecimiento de la Educaciòn Inicial fue producto de la construccion y rehabilitaciòn de planteles y la incorporaciòn de personal docente, del fortalecimiento de la atenciòn no convencional llevada a cabo en aquellas localidades donde el nùmero de cupos y centros educativos para ese nivel eran insuficientes para atender a los niños(as) menores de 6 años tambièn se diseñaron programas de educaciòn para pobres (cuyo contenido se desconoce, tambièn se desconoce el contenido del currìculo de la educaciòn inicial oficializada en julio del 2005 y si existe alguna polìtica destinada a la pequeña infancia.

A partir del 2006 se apreció una contracción y una caída de la matrícula en términos absolutos, ésta cayó por debajo de la cifra de alumnos de los planteles oficiales del año escolar 2002-2003 que se estimó por encima de los 8 millones de alumnos. Lo más significativo sucedió en el 2003 fecha de inicio de las misiones educativas¹⁶, política gubernamental que se desarrolló en forma paralela al sistema escolar y que a la larga, tuvo nuevamente efectos en la caída de la matrícula escolar¹⁷.

Las políticas públicas que se desarrollaron entre el 2010 y el 2016 en la educación superior inicialmente fueron innovadoras sin embargo fue una inclusión con crecimiento cuantitativo, pero no con crecimiento cualitativo, por lo tanto la característica principal de dicha inclusión fue una mayor desigualdad, puesto que no se puede incluir incorporando otra exclusión, como fue la ausencia de calidad. Esto se comprobó con el tiempo ya que la tasa de crecimiento no se pudo sostener, aumentó la deserción fenómeno que afectó la matrícula, de hecho el 45% de los alumnos abandonaron las aulas para incorporarse a la economía informal o emigraron para buscar alternativas laborales fuera del país.

A la crisis de la matrícula se sumó los salarios irrisorios que recibían los profesores (4 dólares mensuales) aunado a las restricciones

¹⁶Programas de atención y educación de la primera infancia. Compilado por la Oficina Internacional de Educación de la UNESCO. Disponible en <https://es.unesco.org/themes/atencion-educacion-primer-infancia>. UNESCO

¹⁷Cifras estimadas por el Instituto Nacional de Estadística. Y disponibles en: INE Instituto Nacional de Estadística http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=64&Itemid=39#. INE Instituto Nacional de Estadística

presupuestarias y exiguos financiamientos para fortalecer los grupos de investigación y al cerco presupuestario que tuvieron las universidades en la última década, especialmente las autónomas puestas al borde del cierre.

En síntesis, el llamado milagro educativo de la Revolución Bolivariana, terminó siendo la experiencia más trágica para las universidades venezolanas (Reinaldo Rojas, Pascual Mora García, 2000-2016).

- Vivienda: de acuerdo a datos suministrados por el Gobierno de Venezuela la inversión en vivienda se ha incrementado 38 veces favorecida por sus políticas de subsidio. Se creó la Gran Misión Vivienda y Barrio Nuevo Tricolor. El sistema de Información para planificación y desarrollo del país presentó los siguientes datos, entre 1998 y 2019, 1) los hogares con hacinamiento que presentaron más de 3 personas por habitación para dormir disminuyó 10,24 puntos porcentuales, 2) Las viviendas inadecuadas, es decir, hogares que habitan en chozas, casas de vecindad, (diccionario interglot) cuevas u otro tipo de vivienda improvisada entre 1998 y 2019 disminuyó 3,4 puntos porcentuales, 3) viviendas que carecen de servicios básicos como inaccesibilidad al agua potable o a los servicios de eliminación de excretas disminuyó 4,3 puntos porcentuales entre 1998 y 2019, 4) hogares con dependencia económica donde 4 o más personas por miembro ocupado y cuyo jefe alcanzó a lo sumo segundo grado de educación primaria, disminuyó en 3,59 puntos porcentuales entre 1999-2019.

Los datos suministrados por el sistema de información para la planificación y desarrollo del país en relación a la clasificación de las viviendas y porcentajes de disminución de cada uno de los tipos no puede ser verificado ya que no se indica con cuantas viviendas se hizo la comparación.

También dieron a conocer que en el país se construyeron 4 millones de viviendas que representarían 1.329% más que el total construido en periodos anteriores; de este número de viviendas 3 millones 453.425 correspondió al método y concepto de la Misión Vivienda visto como un sistema de materiales, financiamiento, sistema constructivo, pueblo y gobierno organizado¹⁸.

Este número de viviendas construidas por el Gobierno venezolano es difícil de corroborar debido al desconocimiento de las regiones y ciudades donde se construyeron y del número de viviendas edificadas en cada región y en cada ciudad.

- Medio Ambiente: es definido como aquel lugar que ofrece las condiciones apropiadas para que una persona o comunidad vivan sanamente utilizando aquellos recursos que les permita sobrevivir y tener bienestar. También puede explicarse como una serie de elementos de tipo material e institucional que condicionan la vida de un grupo de personas en una zona determinada, o como un conjunto de factores que inciden para que un sitio sea habitable por las personas. En estas

¹⁸<https://cedice.org.ve/observatoriogp/portfolio-items/venezuela-en-cifras-abril-2021/>. cedice.org.ve

condiciones se incluye el clima, la temperatura, la topografía, acceso a los alimentos y a los servicios, a los recursos naturales, y a los factores sociales y culturales entre otros

Es obligación del Estado venezolano promover el cuidado del medio ambiente y controlar las acciones de las industrias y empresas a fin de que éstas no lo contaminen o deterioren.

- Servicios básicos: en el plan de desarrollo presentado por el Gobierno venezolano se incluyó la democratización del acceso a bienes y servicios públicos a través de la implementación de un plan de subsidios para el transporte, electricidad, teléfono, agua, gasolina entre otros.
- Transporte: Venezuela cuenta con vías de transporte mas una red de carreteras que cubren la totalidad de su territorio, estas vías y carreteras son utilizadas por la líneas de autobuses, vehículos particulares y de carga, además de los sistemas de transporte masivo como el metro de Caracas, el de Maracaibo, el de Valencia, el de los Teques, el Trolebus, TransMaracay, Transbarca, TransCarabobo, TransFalcón, TransAnzoátegui, además del sistema ferroviario nacional.
- En los 2 últimos años fueron incorporados 3000 unidades de autobuses, y alrededor de 12 millones de personas se mueven diariamente en el transporte público¹⁹.

¹⁹Florantonia Singer, Alonso Moleiro, *Venezuela, las penurias de un país que se queda sin autobuses*, El País, 24 junio 2018.

En el país hay 2.247 autobuses para distancias largas, de éstos 236 trabajan para las poblaciones en el interior, y no pasan por Caracas. El remanente, 2011 unidades hacen las rutas largas de 500 kilómetros en adelante. Los autobuses viejos suelen accidentarse en las carreteras lo cual pone en riesgo la seguridad de los pasajeros, dichos transportes no pudieron repararse por falta de repuestos o de mecánicos especializados en los modelos utilizados. Todos estos factores trajeron como consecuencia una crisis en el transporte nunca antes vista en el país. La inhabilitación del transporte público, como por ejemplo, el de los autobuses, la escasez de piezas de repuestos para vehículos, la falta de dinero en efectivo, la inestabilidad en cuanto al costo del pasaje, la eliminación del subsidio conllevó a la utilización de las famosas “perreras” o vehículos privados como camiones de volteo, camiones cava, camiones de transporte de escombros generalmente utilizados para mover ganado o cosas pesadas, tales como piezas industriales, alimentos o basura.

Estos vehículos carencian de seguridad para el transporte de personas, al carecer de asientos y cinturones de seguridad. En Venezuela se pudieron contabilizar al menos 150 mil perreras. Según el Comando Intergremial de Transporte al menos el 90% de las 300 mil unidades que cubrían las diversas rutas del país no están operativas, debido a la falta de repuestos.

En consecuencia, los venezolanos en los últimos 5 años han presenciado el descalabro del sistema de transporte, situación, que obliga a las personas a esperar largas horas en las paradas de autobús, perder días de trabajo y dificultad de regresar a sus respectivas casas²⁰. Desplazarse dentro y fuera de Venezuela se convirtió por consiguiente, en una verdadera proeza, como por ejemplo, ir de un extremo a otro de la ciudad en un transporte público, ir de una ciudad a otra, viajar fuera del país lo que constituye una verdadera tragedia para la población. Por lo tanto, la crisis incluyó no sólo el transporte terrestre sino también el transporte aéreo, de hecho viajar por avión se convirtió para los venezolanos en algo muy complicado y costoso.

Aunado a esta problemática, la producción de vehículos se vio muy afectada, según los datos suministrados por la Cámara Automotriz de Venezuela, hasta mayo del 2014 la producción sufrió una caída del 82,6% con respecto al 2013. En el 2012 se produjeron 104.000 unidades, en el 2013, 72.000 unidades y en el primer cuatrimestre de 2014 solo 3.990. En consecuencia, no hay suficientes unidades para cubrir la demanda en el país. Esta situación se agravó aun más, entre enero y noviembre del 2018 sólo se produjeron 980 vehículos, en su gran mayoría de marca Ford y Toyota.

Toyota aportó 750 unidades, y Ford 216, de las cuales en su totalidad fueron camiones Mack y apenas 1 Fiat Chrysler. Las fábricas de Iveco y

²⁰ Florantonia Singer, Alonso Moleiro, *Venezuela, las penurias de un país que se queda sin autobuses*, El País, 24 junio 2018.

Automotriz Hyundai no hicieron ningun vehiculo. La Fiat Chrysler Automobiles cerrò sus instalaciones debido a una impagable deuda de 200 millones de dolares con el Estado Venezolano y una pérdida de 60 millones de dolares. La Ford Motor cerrò su planta de Valencia, estado Carabobo en diciembre del 2018. Tambien dejaron el pais Honda, Hyundai, Mitsubishi y la Goodyear, productora de llantas. Segun los expertos en la materia si el ritmo actual continúa no se sabe si la industria automotriz de Venezuela sobrevivirá²¹.

- Electricidad: Venezuela desde hace varios años presenta una fuerte crisis en el sector eléctrico lo cual está perjudicando significativamente la economía del país y el sistema de salud, ya vulnerable. El sistema eléctrico depende de la generación térmica e hídrica generada esta última por los embalses como El Guri y otros ubicados en gran parte del país en los cuales no se tienen hidroeléctricas en funcionamiento, lo que ocasiona cero producción de electricidad. Las fluctuaciones son producto del alto consumo de energía generadas de una variación por sobrecarga y cuando la demanda sube no hay como respaldar dicha demanda.

La único que podría salvar al país de un colapso del sistema eléctrico sería un programa de inversión y un estudio preliminar para detectar los nudos y que tipo de inversión es necesaria para equilibrar la generación térmica con la hídrica²².

²¹Oscar Julián, Restrepo Montilla, *El carro colombiano, febrero 2019*.

²²Fabiana Rondón, *El colapso eléctrico en Venezuela: un ingrediente mas de la profunda crisis*, disponible en https://www.vozdeamerica.com/a/venezuela_colapso-electrico-en-venezuela-un-ingrediente-mas-de-la-profunda-crisis/6068202.html.

Del Guri sale del 60% al 70% de electricidad que consumen los venezolanos, de las 20 turbinas que existen, sólo 16 están funcionando, otras fuentes dicen que sólo están activas entre 10 y 12 máquinas, Y para agravar aun mas la situación, la estructura de la compañía fue modificada, muchos gerentes de corte técnico fueron reemplazados por políticos o militares sin ninguna formación en el área eléctrica lo cual condicionó negativamente la operatividad del sistema. Por lo tanto la crisis del sistema eléctrico es consecuencia directa de una falta de conocimientos, una falta de pericia técnica y del deterioro de la infraestructura de generación, transmisión y distribución de electricidad en todo el país.

- Agua: la escasez, falta de abastecimiento y fallas en el suministro de agua deterioran aun mas la calidad de vida de la población en Venezuela. La falta de agua no sólo ocurre en Caracas, en todas las ciudades del país no hay reportes de la continuidad de este servicio.

El 80% de la población recibe agua de forma intermitente, no hay flujo continuo en las tuberías, las cuales no están presurizadas, que es obligatorio, y al no estar presurizadas se pueden contaminar. Además la cantidad de agua que se le suministra a los usuarios es inferior a la que necesitan, y a esto se le añade un problema de calidad en términos de apariencia, de hecho, el agua llega con color, con mal olor, o con sabor indeseable.

Las razones por las cuales se llegó a esta situación, a pesar que las ciudades del país cuentan con una infraestructura construida hace veinte años, de dimensiones importantes y de excelente calidad, la infraestructura está profundamente deteriorada o dañada, por lo que en diferentes partes del sistema está reducida la capacidad de traer agua a los embalses.

El gobierno nacional a fin de atender la crisis ha adquirido camiones cisterna y en el resto del año 2020 se van a adquirir más unidades, esto no va a resolver el problema porque, en primer lugar unas 200 o 400 unidades representan sólo una fracción del agua que necesita una de las grandes ciudades del país, en segundo lugar, los camiones cisterna no producen agua, y los mismos se utilizan tomando agua de la misma ciudad en la que falta, es decir, se va a sacar agua de las tuberías para pesarla²³.

Además estos camiones cisterna son muy caros su costo oscila entre 500 a 750 dólares para llenar el tanque de un edificio, precio demasiado oneroso para la población.

Según la Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional casi el 70% de los hospitales Venezolanos padecen de cortes de electricidad y falta de agua²⁴. También hay reportes de hospitales y

²³Oscar Schlenker, *Venezuela y la falta de agua: Los camiones cisterna son "una estrategia de propaganda muy cruel"*, disponible en <https://www.dw.com/es/venezuela-y-la-falta-de-agua-los-camiones-cisterna-son-una-estrategia-de-propaganda-muy-cruel/a-53571000>.

²⁴<https://share.lab.dev.getusinfo.com/es/venezuela-hospitales-abandonados-1/>

unidades pediàtricas donde estàn cerrados los baños y no hay agua en las cocinas para hacer los alimentos de los pacientes²⁵.

El ministro de la salud de Venezuela admitiò las dificultades con el suministro de agua en algunos establecimientos de salud y asegurò que el gobierno està haciendo un seguimiento constante de la situaciòn, a sabiendas que se necesitan volùmenes indispensables para que el sistema sanitario estè limpio y evitar que se convierta en una fuente de enfermedades²⁶.

- Gas: en Venezuela el suministro de gas es irregular o inexistente y el precio por una bombona en el mercado negro es impagable para la mayoría de las personas que viven en el país, donde el salario mínimo es de 3,54 dólares mensuales (BBC News 13 enero 2021).
- Trabajo: en Venezuela el empleo para las edades comprendidas entre 15 y 21 años según la Organización Internacional de Trabajo fue de un 31,28% en el 2019. En la última década 2010-2020 se ha agudizado el problema del desempleo en el país como consecuencia de la caída de la tasa de crecimiento económico que ocasionò cierre de industrias y empresas, produciendo un desequilibrio fiscal que ha originado una situación en la que el crecimiento de la fuerza laboral es superior al número de empleos disponibles

²⁵Aranza, Iriarte, Susana Raffalli: *La escasez de agua puede desatar una catástrofe sanitaria en el país*, disponible en <https://ccnesnoticias.com/2019/04/01/susana-raffalli-la-escasez-de-agua-puede-desatar-una-catastrofe-sanitaria-en-el-pais/>.

²⁶Hugo, Prieto, José María De Viana: *“La ausencia de servicios públicos se ha convertido en un mecanismo de dominación política”*, disponible en <https://prodavinci.com/jose-maria-de-viana-la-ausencia-de-servicios-publicos-se-ha-convertido-en-un-mecanismo-de-dominacion-politica/>.

El fondo Monetario Internacional revelò que la tasa de desempleo en Venezuela alcanzarìa el 44.3% en el 2019, afectando asì a casi la mitad de la fuerza laboral del paìs, por lo tanto, un mayor nùmero de personas tendràn necesidad de obtener un puesto de trabajo. El desempleo producirà un empobrecimiento paulatino de la poblaciòn y cambios en su estilo de vida. Se veràn en la necesidad de buscar trabajo en el sector informal lo cual no brinda seguridad social, ni una cantidad de dinero que les permita calcular como cubrir sus necesidades bàsicas²⁷.

- Medicamentos: disponibilidad y capacidad de adquirir medicamentos en el paìs: en Venezuela se observa una carencia grave de medicinas. La Federaciòn Farmacèutica Venezolana expone que la falta de medicinas llega a un 85%²⁸. La industria farmacèutica explica que esta situaciòn se debe a las deudas que mantiene el gobierno al no otorgarles las divisas que necesitan los laboratorios para importar las materias primas.

Antes la escasez de ciertos medicamentos comerciales, se està usando el mètodo de fragmentaciòn de pastillas a fin de ajustar las dosis requeridas.

La emisora de radio Planeta FM desde hace un año y cuatro meses usa la mitad de su tiempo (hora y media) y se dedica a ser la intermediaria entre los que buscan y los que donan medicamentos, cada persona va a dicha emisora por un medicamento y dona cinco. Tambièn radio Planeta

²⁷<https://www.agensir.it/quotidiano/2019/10/16/venezuela-fmi-nel-2019-il-pil-in-calo-del-35-e-la-disoccupazione-al-47/>.

²⁸<https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-federacion-farmacèutica-venezolana-cifra-escasez-de-medicinas-en-un-85/20000013-3161928>.

FM cuenta con un refrigerador para almacenar medicamentos que necesitan el frío para su conservación.

Càritas de Venezuela a través de sus boletines epidemiológicos ha advertido que una de las principales agresiones contra la vida de la población es la dificultad creciente para acceder a medicamentos esenciales, productos médicos-quirúrgicos y de bioseguridad. Por tal motivo, Càritas potenciarà sus bancos de medicamentos comunitarios mediante el aporte y las donaciones de la sociedad civil con la finalidad de auxiliar a los mas vulnerables. A partir del 15 de enero Càritas adoptò un nuevo horario especial de 9 am a 12 pm, para recibir las solicitudes de medicamentos, tambièn informò la imposibilidad de satisfacer la demanda de medicamentos de todo el país²⁹.

A través de Càritas de Venezuela mediante sus bancos de medicamentos se suministraron 2 millones de medicinas recetadas durante el año 2017³⁰.

En síntesis, buscar medicamentos en el país se ha convertido en una tarea compleja e inasequible. Las Farmacias, consultorios y hospitales carecen de la mayoría de los fármacos que necesitan para los enfermos, esta escasez a provocado un aumento en la mortalidad infantil y materna y un repunte de las enfermedades infecciosas y víricas tales como la malaria con 175.000 casos confirmados en el Estado Bolívar, o la difteria.

²⁹<http://càritasvenezuela.org/caritas-venezuela-inicia-la-campana-compartir-2021-medicinas-para-salvar-vidas-edicion-no41/>.

³⁰<https://www.càritas.es/emergencias/càritas-crisis-venezuela/>

Se estima que ocho de cada 10 medicamentos no estàn disponibles en las farmacias, y un 90% de escasez de fàrmacos de alto costo, ademàs durante el mes de enero se registrò un aumento en el precio de los medicamentos entre 1000% y 3000%³¹.

A partir del 2016 el Estado Venezolano reduce la lista de medicamentos prioritarios dejando fuera condiciones de salud crònicas mas complejas como càncer de mamas, esclerosis múltiple, condiciones psiquiàtricas, artritis, hemofilia, diàlisis, VIH. En el pais, por ende, no hay medicamentos para tratar el càncer, la diàbetes, la tensiòn arterial, las convulsiones, Pàrkinson, pastillas anticonceptivas, analgèsicos, antipirèticos³².

La organizaciòn CODEVIDA instò al Estado venezolano a aceptar la ayuda de la Organizaciòn Mundial de la Salud (OMS) a fin de obtener medicamentos econòmicos subsidiados por el Fondo Rotatorio-Estratègico de Medicinas de la OMS, iniciativa rechazada sistemàticamente por el Gobierno del pais³³.

3. Acciones que garantizan el disfrute del derecho a la salud.

Estas acciones se dividen en: generales y especìficas, èstas ùltimas incluyen los sectores excluidos, tales como trabajadores, mujeres, niños, refugiados, pueblos indìgenas, personas con enfermedades contagiosas ò mentales,

³¹<https://www.efe.com/efe/amèrica/sociedad/la-federaciòn-farmacèutica-venezolana-cifra-escasez-de-medicinas-en-un-85/20000013-3161928/>.

³²https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/01/160125_venezuela_crisis_humanitaria_medicinas/.

³³Alfredo Fuentes, *El Pais*, 02/05/2018.

personas discapacitadas o con enfermedades de larga duración y alto costo o crónicas, adultos mayores.

3.1 Acciones generales: análisis y descripción.

Estas acciones sanitarias y no sanitarias se realizan con la finalidad de impulsar políticas públicas destinadas a disminuir la exposición y vulnerabilidad a los determinantes sociales, por lo tanto se llevan a cabo con la intención de disminuir las injusticias.

Estas están relacionadas con la mortalidad y la salud y son asumidas por el Estado en base a los principios de equidad y justicia social; es decir procurando un equilibrio entre la población y entre aquellas personas desfavorecidas. Dichas acciones se pueden identificar en áreas específicas, tales como, accidentes de tránsito y hechos violentos, cuidado del medio ambiente y salud de los trabajadores incluyendo a los que trabajan en el área de la salud.

Es importante a fin de evitar las injusticias sanitarias, tomar medidas a nivel nacional, estatal, municipal, parroquial, local, con la finalidad de priorizar y encaminar las acciones pertinentes.

A pesar de estas consideraciones, se observó en el país un vacío en cuanto a sistemas sólidos de equidad sanitaria, por consiguiente no es posible evaluar

en forma sistemàtica los efectos de las políticas e intervenciones que se han venido ejecutando en Venezuela³⁴.

Acciones, generales que garantizan el disfrute del derecho a la salud:

- Promoción de la Salud: proceso mediante el cual las personas incrementan el control que poseen sobre su salud, y abarcan un gran número de intervenciones que benefician y protegen la salud y calidad de vida.
- Prevención en salud: comprende todas aquellas acciones que permiten evitar las enfermedades; es decir, es el cuidado que debemos darle a nuestra mente y a nuestro cuerpo. Una de las formas de lograr esto es evitando tanto el tabaquismo como el sedentarismo.
- Control de enfermedades: se refiere a la necesidad de realizar comprobaciones periódicas para evitar los brotes de enfermedades.
- Vigilancia: permite identificar cuales son los problemas de salud de la población facilitando su control y solución.
- Transferencia científica: comprende todas aquellas actividades dirigidas a la difusión del conocimiento las cuales permiten prevenir y controlar las enfermedades

³⁴Villegas R., Breyda J, *Determinantes sociales de la salud en la población adulta mayor del barrio San Nicolás Coro*, en *Gestión I+D*, vol. 2, n. 2, 2017.

- Modelos de atención: se clasifican en básicos, multidisciplinares e integrales, y se refiere a los lineamientos que orientan la forma como los sistemas sanitarios asisten y cuidan a la población.
- Mecanismos y estrategias: incluyen las actuaciones que se llevan a cabo sobre los problemas de salud dada su elevada prevalencia o mayor carga asistencial.
- Fomentar la participación de la comunidad: son aquellas acciones destinadas a involucrar a la comunidad y a sus representantes en el abordaje, tratamiento y desarrollo de estrategias de salud.
- Alianzas estratégicas: mecanismos que ayudan a superar la escasez de recursos.
- Información y comunicación: incluye la elaboración y utilización de instrumentos de información (folletos, carteles, grabaciones, etc) y la participación de los medios de comunicación (prensa, tv, internet, etc).

3.2 Acciones específicas son aquellas que realizan verdaderas iniciativas en beneficio de los sectores excluidos, éstas se enumeran a continuación:

- Brindar información con la finalidad de mejorar la salud de la mujer y reducir la mortalidad materna e infantil.
- Promover la igualdad de género, evitando la subordinación de la mujer en los diferentes ámbitos sociales del hogar, del trabajo y de la política.
- Facilitar la inserción laboral de la mujer en los sectores de la economía.

- Dictar medidas para igualar los salarios de la mujer y clasificación profesional.
- Dictar medidas para evitar la violencia de género.
- Mejorar la información disponible acerca de las necesidades sanitarias de los 33 pueblos indígenas que forman parte de las 2.295 comunidades, eliminar la desigualdad y la inequidad extrema en todos los órdenes de la vida a la que han estado sometidos.
- Implementar acciones orientadas a evitar las inequidades en los niveles de protección social que se agudizan en la tercera edad.
- Dictar medidas para la rehabilitación de personas que sufren discapacidades tales como motora, visceral, mental, auditiva, visual, entre otras.
- Elaborar programas orientados a la inclusión de las personas con discapacidad en las actividades cotidianas
- Realizar acciones: brindar información disponible para personas con discapacidad que les permita tomar decisiones de forma autónoma o con apoyo, en los casos que sea necesario, y también promover el uso de servicios, en particular los de prevención.
- Poner al alcance de las personas con discapacidad la información sobre sus riesgos y empoderarlos para reducir sus vulnerabilidades.
- Brindar educación: a las personas con discapacidad y a sus familias y asistentes profesionales o no profesionales, con el fin de que se reconozcan como sujetos de derechos.

- Promover un enfoque diferencial en las políticas que atienda las diversas necesidades de las personas con discapacidad, reconociendo las desigualdades y vulnerabilidades específicas de las mujeres, los niños, habitantes de zonas rurales con discapacidad, personas con discapacidad intelectual y personas con discapacidad pertenecientes a grupos étnicos marginados.
- Apoyar el análisis situacional con respecto a la accesibilidad en los principales centros de salud, incorporando diagnósticos que aporten información pertinente para formular acciones diferenciales tanto en el ámbito territorial (urbano o rural) como teniendo en cuenta las distintas discapacidades.
- Los procesos de programación deben incorporar información del análisis de situación de la discapacidad y de las necesidades manifiestas o no de las personas con discapacidad a fin de priorizar las intervenciones con un enfoque en el paciente que respete, valore las preferencias, valores y necesidades de los ciudadanos y que incluya la participación de los discapacitados.
- Prestar especial atención a las intervenciones de promoción y prevención dirigidas a la identificación temprana y al tratamiento oportuno de la discapacidad que puede tener su origen en la primera infancia³⁵.

³⁵Blanca Llorente y Rafael Pardo, *Insumos para incorporar políticas para la inclusión social y autonomía de las personas con discapacidad en la agenda de salud del Banco Interamericano de Desarrollo*, en *Inter American Development Bank*, nov. 2019.

- Elaborar programas nacionales para el abordaje de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.
- Elaborar programas para controlar las enfermedades, crónicas no transmisibles, como las cardíacas, cerebro - vasculares, cáncer, leucemia, enfermedad renal.
- Definir prioridades para la asignación de recursos basado en las necesidades de salud, costo y efectividad de las intervenciones.
- Mejorar los sistemas de información y crear o mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y de evaluación de las políticas de salud³⁶.
- Programas destinados a los adultos mayores orientados a conservar su capacidad funcional, los cuales deben apoyarse en servicios especializados para atenderlos y que incluyan la sostenibilidad de los cuidados a largo plazo³⁷.

4. Entes u Organismos encargados de promover, velar y hacer seguimiento al derecho a la salud.

- Ministerios: el Sistema Público Nacional de Salud es un organismo que depende directamente del Gobierno de Venezuela y establece las directrices de la organización y financiamiento del sistema de salud público y asesora al Ministerio del Poder para la Salud (MPPS) quien coordina, controla, administra y supervisa las operaciones y servicios de

³⁶Anabelle Bonvecchio, Victor Becerril Montequio, Angela Cerriedo Lutzenkirchen, Maritza Landaeta-Jimenez, *Sistema de salud en Venezuela*, sciELO, Mexico, 2011.

³⁷Organización Panamericana de la Salud, *publicación científica y técnica n. 642*, 2017, disponible en <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf/>.

salud para la población que vive en el país. En el año 2009 dicho Ministerio pasó a denominarse Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social, fusionándose y eliminándose el Ministerio del Poder Popular para la participación y Protección social.

El Ministerio del poder para la Salud tiene la siguiente estructura:

- Viceministerio de redes de Servicios de Salud
- Viceministerio de redes de la Salud Colectiva
- Viceministerio de redes de Recursos para la Salud

Cuanta además con los siguientes entes adscritos, (2013):

- a. Fundación de Edificaciones y Equipamientos Hospitalarios. (FUNDEEH)
- b. Fundación José Félix Ribas, (FUNDARIBAS)
- c. Fundación Misión Niño Jesús
- d. Instituto Nacional de Higiene Dr. Rafael Rangel, (INHRR)
- e. Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria
- f. Servicio Autónomo Universitario de Maracaibo, (SAHUM)
- g. Servicio Autónomo de Biomedicina Jacinto Convit
- h. Fundación Hospital Cardiológico Infantil Latino Americano “Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa”
- i. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas, (HUC)

j. Servicio Autónomo “Centro Amazónico de Investigaciones y Control de Enfermedades Tropicales (Simón Bolívar)”

l. Servicio Autónomo de Elaboraciones Farmacéuticas

m. Servicio Autónomo Instituto de Altos estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” (IAESP).

- Los Institutos Autónomos adscritos son los siguientes:

Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS)

Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPFSA)

Instituto de Previsión de Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME)

Instituto Nacional de Prevención Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL).

- Empresas Públicas: Ejecutan proyectos en alineación y articulación con los planes sociales y de salud en beneficio de las comunidades
 - Petróleos de Venezuela Sociedad Anónima (PDVSA)
 - Filial de PDVSA (CITGO)
 - Petroquímica De Venezuela (PEQUIVEN)

Esta filial estimula el desarrollo de la capacidad agrícola mediante el uso de fertilizantes nitrogenados

- Agropecuaria Bella Vista C.A (se desconoce su capacidad actual de producción).

- Agropecuaria Flora (AGROFLORA)
- Gremios: se entiende por gremio al conjunto de personas que comparte el mismo oficio, profesión y status social.

A continuación se enumeran algunos:

- Sindicatos
- Docentes (maestros, profesores, autoridades educativas)
- Profesionales de la salud (médicos, enfermeras, técnicos)
- Agricultores
- Empresarios
- Obreros
- Deportistas

Algunos de estos gremios apoyan programas de Salud.

Universidades: Venezuela cuenta en la actualidad con 48 universidades autónomas, 5 nacionales, 17 experimentales y 26 privadas.

Según el recién publicado QS Latin American University Rankings 2020³⁸, la Universidad Simón Bolívar (USB) la Universidad Central de Venezuela (UCV), la Universidad de los Andes (ULA), y la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) se posicionan entre las 100 mejores Universidades de América Latina en ese orden.

- Colegios Universitarios o Instituto Universitario: centro docente donde se imparten estudios superiores, pueden formar parte de una universidad o

³⁸<https://www.topuniversities.com/university-rankings/latin-american-university-rankings/2020/>.

funcionar de manera independiente, preparan recursos humanos en el àrea de la ciencia, la tecnologìa y los servicios que se requieren para el desarrollo del país. A continuación se enumeran algunos de ellos:

- Instituto Universitario Tecnològico “Amèrico Vespucio” (privado)
- Instituto Universitario Tecnològico “Arturo Michelena” (privado)
- Instituto Universitario Tecnològico de Ejido (oficial)
- Instituto Universitario Tecnològico de Seguridad Industrial (privado)
- Colegio Universitario de Caracas
- Colegio Universitario Francisco de Miranda
- Instituto Universitario de Relaciones Pùblicas
- Instituto Universitario Politècnico “Santiago Mariño”
- Instituto pedagògico de Caracas (UPEL)
- Instituto de tecnologìa Antonio Josè de Sucre
- Instituto de Capacitaciòn Empresarial

A las universidades les corresponde la formaciòn de los profesionales que prestan sus servicios en el àrea de la salud (mèdicos, bionalistas, farmacèuticos, odontòlogos, oftalmòlogos), y a los Institutos Universitarios la formaciòn de los tècnicos (radiòlogos. enfermeros, optometristas entre otros). Y ambos mediante programas educativos, de informaciòn, estadísticos, epidemiològicos, permiten la ubicaciòn territorial de las enfermedades, apoyan al Estado Venezolano para que èste adopte medidas adecuadas, pertinentes y eficaces dirigidas a

mantener y preservar la salud y la calidad de vida de la población de Venezuela.

Hospitales: distribución

- Amazonas

Hospital Dr. José Gregorio Hernández de Puerto Ayacucho

- Anzoátegui

Hospital General Dr. Felipe Guevara Rojas, el Tigre Hospital Dr. Luis Razetti, Barcelona

- Apure Hospital General Dr. Pablo Acosta Ortiz, San Fernando de Apure. Centro de Diagnóstico Integral (CDI) Luchadores por la Salud, municipio Lamas.

Hospital Central de Maracay, Maracay

- Barinas Hospital Dr. Luis Razetti, municipio Barinas

- Bolívar

Hospital Dr. Raul Leoni de Ciudad Guayana (administrado por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales), municipio Caroní

Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Paez de Ciudad Bolívar, Ciudad Bolívar

- Carabobo Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Candelaria

Hospital Simón Bolívar de Mariara, Mariara

Hospital Dr. José Francisco Molina Sierra (dependiente del Instituto de los Seguros Sociales), Puerto Cabello

- Cojedes

Hospital General Dr. Egoz Nucete, San Carlos

- Delta Amacuro

Complejo Hospitalario, Dr. Luis Razetti, Tucupita

- Distrito Federal

Hospital General Dr. Josè Ignacio Baldò, El Algodonal Antinamo

Hospital Dr. Jesùs Yerena, Lìdice

Hospital Dr. Leopoldo Manrique Terrero, Coche

- Falcòn

Hospital Universitario Dr. Alfredo Grieken, Coro

- Guàrico

Hospital Simòn Bolívar, Valle de la Pasqua

Hospital Dr. Francisco Urdaneta Delgado, San Juan de los Morros

- Lara

Centro Diagnòstico Integral (CDI) San Jacinto

Hospital General Dr. Armando Velàsquez Mago

- Mèrida

Hospital IV de El Vigìa

Instituto Autònomo Hospital Universitario de los Andes, Mèrida

- Miranda

Hospital Victorino Santaella, Los Teques

Hospital Ana Francisca Pèrez de Leòn II, Petare

Hospital Domingo Luciani, El Llanito, Petare

Hospital General Simòn Bolívar, Valles del Tuy

Hospital Dr. Eugenio P.D. Bellard, Guatire

Hospital General de Higuero, Higuero

- Monagas

Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar, Maturín

- Nueva Esparta

Dr. Luis Ortega, Porlamar

Centro Diagnóstico Integral (CDI) Valle Verde, municipio García

- Portuguesa

Hospital Universitario Dr José María Casal Ramos, Araure/Acarigua

Hospital Dr Miguel Oraa, Guanare

- Sucre

Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumaná

- Táchira

Hospital Universitario de San Cristobal, San Cristobal

- Trujillo

Hospital Dr. Pedro Emilio Carillo, Valera

- La Guaira

Centro de Diagnóstico Integral (CDI) de Guaracarumbo, Catia la Mar

Hospital Dr. José María Vargas (dependiente del Instituto Venezolano de los seguros Sociales), Macuto

Hospital Naval Dr. Raul Perdonó Hurtado, Pariata

- Yaracuy

Hospital Central Dr. Plácido Daniel Rodríguez Rivero, San Felipe

- Zulia

Hospital Universitario de Maracaibo, Maracaibo

Hospital Santa Bárbara, Colón

La Mayoría de los centros enumerados sufren de falta de

medicamentos, material médico quirúrgico, falta de personal médico y de enfermeras. Varios servicios han dejado de prestarse tales como el de tomografía, resonancia, radioterapia, quimioterapia, hemodinamia.

Las constantes fallas eléctricas han cobrado vidas, las plantas eléctricas que existentes no funcionan.

En algunos hospitales también se observó que el área destinada para depositar los desechos y material quirúrgico utilizando en las operaciones es inadecuada, también atenta la salud de los pacientes las continuas fallas en la recolección de basura que se agudizó a partir del 2017, la falla al acceso de agua y a un suministro insuficiente de ésta presente en muchos de los hospitales del país agrava aun mas la situación³⁹.

4.1 Distribución de los Entes o Establecimientos de Salud en Venezuela.

Los hospitales son Instituciones que prestan servicios de salud principalmente curativa, reconstitutiva y rehabilitadora, además realizan actividades de prevención

³⁹<https://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2020/04/Informe-Salud-en-Venezuela-Escenario-aterrador-2020.pdf>

específica, promoción de la salud, actividades docentes y de investigación. Estos se clasifican según el territorio que atienden en: comunales, municipales, estatales y nacionales. El hospital comunal, parroquial y/o municipal atiende un sector de la población que corresponde a un municipio, parroquia o comuna, presta servicio de emergencia 24 horas, hospitalización en al menos una de las especialidades (pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía general traumatología y ortopedia). Hospital estatal atiende a la población de un estado, ofrece servicios de emergencia 24 horas, hospitalización en las áreas pre-nombradas y de 1 a 4 especialidades o sub especialidades adicionales.

Hospitales nacionales atienden a la población en todo el territorio e influencia internacional según los convenios establecidos, ofrece además de las prestaciones incluidas en el hospital estatal uno o más servicios de alto costo y complejidad.

4.2 Según la complejidad de asistencia que brindan se divide en. Hospitales generales tipo I, II, III, IV y Hospitales especializados

- Hospitales generales tipo I: cuenta con al menos 3 de las siguientes especialidades medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, traumatología y ortopedia. No tiene servicios médicos estructurados por especialidad y las camas de hospitalización son utilizadas en función de la demanda de la población, además cuenta con servicio de emergencia 24 horas. Hospital general tipo II cuenta con las especialidades de medicina interna, pediatría cirugía general, traumatología y ortopedia,

ginecología y obstetricia y de 1 a 4 especialidades o sub especialidades adicionales. Hospital general tipo III cuenta además de las pre-nombradas especialidades con mas de 4 especialidades o sub-especialidades.

Hospital general tipo IV además de las especialidades contempladas en el hospital general tipo III cuenta con al menos 1 de las siguientes unidades de tratamiento las cuales sirven de referencia regional o nacional: terapia endovascular, cirugía cardiovascular y de tórax, cirugía de transplante de órganos, neurocirugía de alta complejidad.

Este tipo de hospital está conectado en redes con los hospitales tipo III y los hospitales generales.

- Hospitales especializados tipo I: cuentan con servicio de consulta externa, de hospitalización y emergencia (opcional) y con los servicios de apoyo de bioanálisis, radiodiagnóstico, ecografía, farmacia, nutrición y otro servicio solicitado por los usuarios.
- Hospitales especializados Tipo II: cuentan con servicio de hospital especializado Tipo I, servicio quirúrgico y de 1 a 4 unidades y otros servicios de apoyo centrados en la actividad principal que realiza al hospital.
- Hospitales especializados Tipo III: cuentan con servicios de hospital especializado tipo II y mas de 4 unidades u otros servicios de apoyo los cuales les permite resolver el mayor número posible de situaciones que puedan presentarse. Estos son de referencia regional y nacional.

5 Sistema de salud de Venezuela: posee un sector público y un sector privado, además de tener su propia red de atención ambulatoria.

5.1 El sector público cuenta con 5089 establecimientos de salud públicos, de los cuales 4.793 ambulatorios y 296 hospitales. El 96% de los ambulatorios son del Ministerio de Salud (4.605), 79 del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 96 del Ministerio de Educación y Deportes (IPASME) y 21 del Ministerio de la Defensa del país.

El sistema nacional de salud es concebido como un conjunto interrelacionado de organizaciones, dependencias, recursos y todo personal que actúa en él y todas las actividades que lleven a cabo para cuidar, mantener y recuperar la salud de la población.

A partir de la década de los noventa se inicia un proceso de descentralización de los servicios de salud a los estados de éstos sólo 17 culminaron el proceso. Esto originó o contribuyó con la fragmentación del sistema de salud. Adicionalmente con la creación de la Misión Barrio Adentro (2003) que debería haber iniciado el proceso de transformación de la red sanitaria asistencial para sentar las bases del Modelo de Atención Integral, lastimosamente sólo contribuyó a la fragmentación del financiamiento y de la prestación de servicios del sistema, asociándose además con el uso ineficiente de los recursos.

Los establecimientos de atención médica incluyen los aspectos siguientes: financiamiento, prestación de servicios y rectoría.

En relació al finançament se observaron numerosas dificultades para establecer los volúmenes de recursos financieros destinados a la salud desde el erario público, la información obtenida no es confiable, ni fidedigna.

En relación a la prestación de servicios: el deterioro de la infraestructura y la insuficiencia de insumos ha sido de tal magnitud que los servicios son escasos, carentes de garantías y de dudosa calidad.

En cuanto a la rectoría supuestamente ejercida por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, desde el año 2000 cuando se firmó el convenio de cooperación Cuba-Venezuela, se instauró la misión médica cubana (MMC) la cual terminó siendo una autoridad paralela en salud y contribuyó a una mayor desintegración de los servicios y muchas veces a su segmentación.

En síntesis, no tenemos un Sistema Público Nacional de Salud sino un conjunto de establecimientos de propiedad pública y de propiedad privada. Los de propiedad pública realmente funcionan como privados ya que los gastos de comida, lencería, medicamentos etc. corren por cuenta del usuario, sin que el Estado reconozca el compromiso con los ciudadanos⁴⁰.

Una encuesta realizada en 104 establecimientos de Salud en Venezuela revela una visión sombría de un sistema de salud colapsado donde la mayoría de los laboratorios y servicios de nutrición de los hospitales son intermitentes o están completamente inoperativos. Se notó además escasez de medicamentos

⁴⁰<https://www.amnistia.org/ve/blog/2018/05/6032/ovs-contribuye-con-la-sociedad-en-medio-de-la-peor-crisis-en-el-pais/>

básicos, catèteres, suministros quirùrgicos, hasta fòrmulas de alimento infantil. El servicio de agua rara vez està disponible, el 79% carecen totalmente de agua potable, 14% de las 4 unidades de cuidados intensivos habìan cerrado y casi un cuarto de las àreas pediàtricas estàn cerradas.

A principio del 2017 los informes mostraron un aumento en las tasas de mortalidad materno-infantil, las muertes relacionadas con el embarazo aumentaron en un 60%, tambièn murieron 11.466 niños lo que representa un incremento del 30%.

Un día en una unidad de cuidados intensivos puede costar entre 130 a 216 dolares. Dar a luz puede costar de 75 a 200 dolares diarios. El salario mìnimo en Venezuela es alrededor de 1,50 dòlares mensuales, los mèdicos residentes reciben 4 dolares adicionales en cupones de alimentos.

La encuesta realizada por Mèdicos por la Salud, organizaciòn nacional de mèdicos y especialistas cubriò 55 ciudades y 22 de los 23 estados venezolanos.

5.2 El sistema Nacional de Salud a nivel local constituye el nivel político-operativo y conjuntamente con los niveles central y regional participa en la determinaciòn, formulaciòn y ejecuciòn de las políticas, reglamentos, normas, lineamientos, directrices, planes y proyectos.

A Nivel Regional constituye el nivel político-tàctico y el enlace entre el nivel central y el nivel local. Apoya a las unidades organizativas del nivel central en

la determinación, formulación y garantía del cumplimiento de las políticas reglamentos, normas, lineamientos, directrices, planes y proyectos, procedimientos, supervisión capacitante y acompañamiento a nivel local.

El Nivel Central: propone, ejecuta y hace cumplir las directrices del gobierno sobre política sanitaria, constituye el nivel político-estratégico y técnico normativo. Brinda supervisión a nivel regional y acompañamiento técnico, según corresponda, a los niveles regional y local.

5.3 Sistema de salud-sector privado: este sector está constituido por quienes prestan sus servicios a cambio de pago directo y por compañías de seguros privados y medicina prepagada, la atención se ofrece en hospitales privados, consultorios y clínicas privadas.

5.4 Sistema de salud-sector mixto: el estado financia al sector público o financia el costo o gastos del paciente o usuario.

5.5 Misiones abarcan una serie de programas sociales desarrollados en el país a partir del año 2003, relanzadas cada año a fin de cumplir con objetivos determinados o específicos. Son programas cuya finalidad es luchar contra la pobreza y emergen como estrategias de masificación las cuales buscan universalizar los programas sociales brindando atención a una población que para aquel entonces estaba totalmente excluida. En la actualidad existen alrededor de 20 programas sociales llamados Misiones (2009), las cuales están llamadas a generar a corto plazo respuestas inmediatas que permitan demostrar el éxito de la gestión del gobierno y fortalecer la imagen del

presidente del país. Como las Misiones generalmente resultan de un anuncio presidencial y no de una propuesta técnica trajo como consecuencia la falta de mecanismos institucionales que faciliten su ejecución, seguimiento y control.

En el 2007 se intentó darle rango constitucional a las Misiones a través del artículo N° 141 que las define como una forma de Administración Pública, y en agosto del 2008 las Misiones fueron consideradas una modalidad dentro de la gestión del gobierno. Tomando en cuenta dos principios, uno poblacional y otro territorial. En relación al criterio poblacional los médicos estaban dispuestos 2 por cada consultorio popular, que implica una cobertura de 2 médicos por cada 500 familias (un promedio de 2500 habitantes). La jornada laboral de dichos médicos era de 8 horas diarias divididas en dos turnos de 4 horas todos los días exceptuando el domingo.

Los médicos fueron ubicados en los barrios populares mediante varias formas a través de asambleas convocadas por los promotores de salud, visitando casa por casa, mediante el llamado que los primeros médicos (as) ya ubicados le hicieron a otros, por iniciativa de los miembros de las organizaciones sociales y políticas que apoyaban “el proceso” iniciado por el gobierno.

También surgió la Escuela de Promotores Comunitarios ésta capacitó 300 personas las cuales servían de apoyo a las labores de la distribución territorial de estos profesionales.

Esta Misión evolucionó en tres etapas:

1- etapa de inicio y experimentación (entre abril y junio del 2003); donde llegaron los coordinadores cubanos, 53 médicos cubanos fueron trasladados a 10 parroquias del municipio Libertador, otros 191 médicos fueron trasladados a otras parroquias de dicho municipio, 60 médicos fueron trasladados al municipio Sucre, para un total de 304 médicos.

2- Etapa de Expansión (entre julio y agosto 2003) trasladaron un total 990 médicos cubanos a Caracas y al estado Miranda (municipio Paz Castillo e Independencia).

3- Etapa de implementación: se trasladaron 10.769 cubanos, 74 en el estado Lara, 1.336 en los estados Zulia y Carabobo, 7.769 en el estado Apure y resto del país. Para un total acumulado de 10.169 médicos cubanos los cuales fueron ubicados en todo el territorio nacional.

- Misión Barrio Adentro: constituye un nuevo Sistema de Salud intersectorial, descentralizado, participativo cuya función principal es la de integrar los servicios de salud pública entre sí. Esta Misión comprende:
 - Modalidades
 - Barrio Adentro I
 - Barrio Adentro II
 - Barrio Adentro III
 - Barrio Adentro IV
 - Ubicación Geográfica

- Rural
- Urbana
- Infraestructura
- Consultorios Populares
- Centros de Diagnóstico Integrales de alta tecnología
- Salas de rehabilitación
- Farmacias Sociales (populares)
- Centros dispensadores de vacunas-vacunatorios
- Puntos de consulta
- Organizaciones
- Comités de apoyo
- Promotores sociales pertenecientes a las comunidades
- Coordinaciones
- Nacional
- Extranjera

Descripción de las modalidades de la Misión Barrio Adentro

- Barrio Adentro I: su función es la promoción de salud, prevención y diagnóstico, atención primaria de salud que incluye consulta médica gratuita, visitas médicas domiciliarias, suministro de medicamentos al paciente, también administración de vacunas. La atención se brinda en los consultorios populares los cuales ofrecen los siguientes servicios: salud sexual y reproductiva, oncología, citología, salud para niños y

adolescentes, salud mental, atención a la farmacodependencia, cirugía ambulatoria, medicina interna.

- Barrio adentro II: brinda atención médica en especialidades básicas, de emergencia, diagnóstico y rehabilitación, para ello cuenta con las clínicas populares las cuales prestan atención ambulatoria especializada y emergencias, los centros de diagnóstico integral (CDI) que incluyen quirófano, terapia intensiva, laboratorio clínico, además de las salas de rehabilitación integral en las áreas de podología, logopedia, foniatría, fisiatría, terapia ocupacional, tratamiento para accidentes cerebrovasculares. Por último, tienen centros de alta tecnología los cuales ofrecen atención diagnóstica de alta complejidad.
- Barrio adentro III: incluye medicina clínica hospitalaria que se realiza en centros denominados hospitales del pueblo (tipo I, II, III, IV), los cuales atienden las 24 horas del día y hospitalización para enfermedades cardiológicas, renales y Sida 2. Los nuevos hospitales, tres ubicados en el estado Guàrico.

Los servicios que posee son los siguientes: tomografía axial computarizada, resonancia magnética, mamografía, densitometría ósea, ecocardiograma ecocardiografía tridimensional, videoendoscopia, radiografía, laboratorio clínico.

Los Nuevos Hospitales: 3 de ellos según información del gobierno están ubicados en los estados Guàrico, Amazonas y Carabobo, 2 centros cardiológicos infantiles, no se conoce su ubicación y 3 salas de

rehabilitaciòn. El Gobierno Nacional le ofreciò a la poblaciòn la construcciòn y equipamiento de 300 centros.

- Barrio Adentro IV: comprende la construcciòn de una docena de hospitales generales nuevos, cada uno de ellos tiene una àrea especìfica de hiperespecializaciòn. Estos hospitales tienen dos objetivos principales lograr una especializaciòn alta en àreas de importancia estratègica para el pais y, de forma simultànea incrementar la cobertura general de hospitales, principalmente en aquellas àreas cuyo nùmero de camas es baja en relaciòn al nùmero de habitantes.

Este programa se formalizò en el año 2006 con la creaciòn de una instituciòn responsable de su administraciòn.

La implementaciòn de la Misiòn Barrio Adentro es un ejemplo de viabilidad para establecer un sistema pùblico de salud si existe voluntad politica, una organizaciòn comunitaria y un contexto donde las relaciones de poder y la ideologìa favorezcan las politicas pùblicas de este tipo.

Este programa constituye una experiencia a considerar para paìses con procesos politicos que le ponen ènfasis a los derechos sociales y desean satisfacer las necesidades de salud de su poblaciòn.

Barrio Adentro ha logrado segùn cifras del gobierno, maximizar la cobertura de la atenciòn mèdica, sin embargo todavìa està pendiente la integraciòn de los mùltiples sistemas pùblicos de salud que hay

actualmente, ya que èste es uno de los aspectos para garantizar su sustentabilidad

A pesar de la innovaciòn de la iniciativa en atenciòn primaria de este modelo de atenciòn de salud hay una cantidad limitada de literatura científica en relaciòn al mismo, tambien hay poca investigaciòn. De hecho existen muchos aspectos del proceso de implementaciòn que necesitan ser analizados de forma sistemàtica, tales como la participaciòn comunitaria, la proporciòn costo-beneficio, para mejorar el rendimiento. Todo esto si se quiere replicar el modelo en aquellos paìses donde el acceso a los servicios de salud està limitado.

- Evoluciòn de la Misiòn Barrio Adentro desde su puesta en marcha en abril 2003 hasta el 2021.
- Barrio Adentro I: se ubicò en las zonas marginadas de las grandes ciudades, en los barrios mas excluìdos, obedeciendo la solicitud de los comitès de salud vecinales y a la existencia de instalaciones sanitarias.
- Los Comitès: de Salud estaban integrados por ciudadanos de las comunidades. Hasta el aõo 2006 se habìan registrado 8.951 comitès de salud y realizado 41.639 asambleas comunitarias de salud. Para el aõo 2001 se habìan construìdo y equipado 3711 puestos de atenciòn primaria.

En este nivel se incorporaron 4.800 dentistas los cuales prestaban atenciòn a los usuarios junto al personal mèdico. Contaba ademàs con mòdulos de medicamentos para los dispensarios mèdicos populares, èstos le daban acceso gratuito a 106 medicamentos esenciales para

cubrir las necesidades de los pacientes, En el 2005 se creò un mòdulo de medicamentos familiares, dicho programa se hizo efectivo en 40 municipios seleccionados en 17 estados.

- Barrio Adentro II: se centrò en la atenciòn secundaria en tres àreas principales 1. Centros de diagnòstico integral para diagnòsticos mas avanzados, 2. Centros de rehabilitaciòn integral, para personas con discapacidad; 3. Centros de tecnologia avanzada, para tratamientos mas avanzados.
- Se incluyeron 417 centros de diagnòstico integral de los 600 previstos; 576 de rehabilitaciòn integral de los 600 previstos y 22 de tecnologia avanzada de los 35 previstos.
- Barrio Adentro III: ofrecia atenciòn a aquellos casos que no podian resolverse en los niveles I y II, se daba atenciòn 24 horas al dia.
- Barrio Adentro IV: se encargaba de las necesidades mèdicas y quirùrgicas mas complicadas, son instalaciones nacionales de referencia donde se realizan actividades docentes y de investigaciòn.

El gobierno tambien creò otras misiones, dos de las cuales complementaban Barrio Adentro, la Misiòn Milagro que atendia las deficiencias en la atenciòn oftalmològica y la Misiòn mercal C.A encargada de proveer alimentos y productos bàsicos subsidiados, los alimentos eran de marca genèrica y gozaban de descuentos de hasta un 50%. Para el año 2005 Mercal contaba con 16.600 puestos de venta, 600 comedores populares y 85.000 trabajadores.

En relación al desempeño de Barrio Adentro según datos de encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística el 97% de los encuestados afirmaron estar muy satisfechos o satisfechos con las consultas médicas generales, 98% tener poca o ninguna dificultad para acceder a los servicios de salud y atención médica. A pesar de estos resultados, en 32 parroquias de Caracas los niveles I y II de Barrio Adentro fueron objeto de severas y constantes críticas.

En el 2017 el Miami Herald opinó en relación al programa, alegando que si bien Barrio Adentro había salvado la vida de venezolanos, éste resultó ser menos efectivo de lo que la Administración de Venezuela trató de hacer creer a la opinión pública. Destacaba que los informes emitidos contenían datos exagerados y fraudulentos.

Esta visión del Miami Herald con respecto al programa lo corrobora la Contraloría General del país quien encontró graves irregularidades en la reparación, modernización y ampliación de 8 hospitales nacionales de referencia y denunció la creación de empresas sin motivo y sin cumplir ciertos requisitos y regulaciones. Concluyó diciendo dicho informe que el proyecto estaba marcado por “debilidades e improvisaciones”.

El Dr. Douglas León Natera presidente de la Federación Médica venezolana informó en julio 2007 que hasta un 70% de los módulos de Barrio Adentro habían sido abandonados o estaban sin terminar y según la periodista Patricia Marcano el Gobierno venezolano se había comprometido en el año 2010 iniciar

357 clínicas y sólo se completaron 148, en el año 2012 se prometieron 298 clínicas y sólo se completaron 175 y en 2013 se prometieron 62 y sólo se completaron 35 (déficit acumulado de clínicas 259).

Para diciembre del 2014 se estimó que el 80% de los establecimientos de la Misión Barrio Adentro se habían abandonado, que algunas estructuras se habían llenado de basura y en algunos casos se habían convertido en refugios para personas sin hogar. Para agravar más aún la situación, el personal cubano asignado había abandonado el país.

El Gobierno Nacional por su parte, al cumplir Barrio Adentro 17 años de su creación, afirma que dicha Misión cuenta

a) Con las siguientes áreas

- 593 áreas de Salud Integrales Comunitarias
- 572 Centros Médicos Integrales de Salud
- Tiene 339 sillones de estomatología
- 586 Salas de Rehabilitación Integrales
- 330 Ópticas Populares
- 18 Centros Oftalmológicos

Centros cardiológicos y 6 hospitales de atención materno-infantil

atiende además el despliegue logístico en el que se incluyen almacenes de medicamentos, áreas de electromedicina, laboratorios.

b) Cobertura:

- En estos 17 años nuestros valerosos trabajadores de la salud han
- realizados 1 millón 439.846 consultas médicas y estomatológicas.
- 66 millones en las ópticas populares. Mas de 3 millones de cirugías,

de ellas, mas de un millón son oftalmológicas. En odontología fueron examinados 73.252.089 pacientes.

También reconoció el gran esfuerzo que se está realizando a fin de controlar la propagación del covid19 y destacó que dicha misión cuenta con 20.000 trabajadores en el área salud desplegados en todo el país quienes llegan a 152.635 personas de éstas 147.950 ya han sido visitadas bajo la modalidad casa por casa y sólo 21.919 de ellas han presentado afecciones respiratorias, también realizaron pruebas serológicas y pruebas para conocer la respuesta inmunológica de la persona.

El gobierno también dispuso 573 Centros de Diagnóstico Integral distribuidos en todo el territorio nacional con la finalidad de cubrir las necesidades de los pacientes con covid 19 confirmados. Aunado a esto se sumaron las ayudas internacionales que han permitido fortalecer las medidas sanitarias garantes de la salud de la población.

El Ministerio de Relaciones Exteriores a su vez informó la llegada de 230 médicos cubanos para respaldar las brigadas de la Misión Barrio Adentro.

Barrio Adentro con la implementación de su planificación cumplió el

100% de su meta, la de llegar a todos los municipios del país. La cobertura 100% fue anunciada luego de la puesta en marcha de las áreas de salud integral comunitaria-espacios sociales (ASIC) donde “el poder popular” junto a las Instituciones del Estado toman las decisiones en el diseño, planificación, ejecución, control, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de salud. Cada ASIC incluye todos los servicios del sistema público de salud (consultorios populares, ópticas, unidades de odontología, centros de diagnóstico integral, las salas de rehabilitación integral, los hospitales y la red de ambulatoria especializada).

En síntesis, La Misión Barrio Adentro constituye un programa social que ofrece servicios de salud a la población del país en las zonas pobres, zonas inaccesibles y que viven lejos de los hospitales. Este pretendió ser un programa encaminado a saldar la deuda social contraída históricamente con la población excluida que habita en Venezuela y trató de ser un proyecto integral de salud, interrelacionado con la educación, el deporte, la cultura y la seguridad social, pero no logró su cometido.

Capítulo II

Marco Metodológico

1. Delimitación: el presente estudio se formuló mediante una revisión detallada de artículos, documentos y trabajos publicados que hacen referencia al derecho a la salud y su interacción con el ordenamiento jurídico de Venezuela durante los años comprendidos entre 1999 hasta 2021. Para lograr esto se consideraron no sólo los factores políticos, sociales, económicos y ambientales sino también las acciones adoptadas por el Estado venezolano las cuales facilitarían el logro del bienestar de toda la población que representa el fin último del desarrollo y calidad de vida, y se refiere a que todas las necesidades básicas de las personas que viven en el país están cubiertas.

2. Justificación: Los derechos humanos donde se incluye el derecho a la salud, representan un ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones los promuevan mediante la enseñanza y la educación, propicien su respeto y aseguren su reconocimiento y aplicación (OMS).

Estos derechos por ser inherentes a todas las personas sin distinción de raza, sexo, nacionalidad, idioma, grupo étnico, religión o cualquier otra condición, son esenciales para la vida de la población. Para enfatizar este supuesto, estos derechos establecen explícitamente que “toda persona tiene el derecho a un

nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial, la alimentación, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales⁴¹.

En Venezuela, la Constitución erogada en 1999 consagrò de forma explícita la salud como un derecho social que forma parte del derecho a la vida, siendo el Estado el garante y promotor de las políticas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el libre acceso a los servicios de salud. Dicha Constitución también dictaminò que es deber de todos los ciudadanos participar activamente en la promoción y defensa del derecho a la salud y cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que se ordenen.

Esta Constitución, por consiguiente cimentò cambios institucionales y normativos muy importantes, tales como, la ampliación de los derechos sociales al considerar la salud como un derecho humano y la corresponsabilidad de la ciudadanía. Esta reivindicación redistributiva de los derechos sociales obedeciò a los esfuerzos realizados por la sociedad civil, al apropiarse y utilizar los espacios públicos lo cual incidiò de manera contundente en el debate que se llevò a cabo en el seno de la Asamblea Nacional Constituyente instalada el 03-08-1999.

Despuès de la convocatoria realizada por esta Asamblea se formaron 20 comisiones de trabajo y cada una de ellas de forma separada, elaborò sus

⁴¹ Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, disponible en <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights/>.

propuestas, las cuales hacían referencia a los artículos de la materia que se debía reglamentar. Luego estas propuestas fueron enviadas a la Comisión Constitucional encargada de integrarlas en un proyecto que sería discutido en las plenarios a realizarse en el seno de la Asamblea Nacional Constituyente.

Una de las comisiones se encargó de los derechos sociales y de la familia, de la salud, de la mujer e infancia, de los adultos mayores y discapacitados. El objetivo de esta comisión fue el de redactar los artículos que reflejaran una concepción de salud consona con la nueva visión de país, con los conceptos fundamentales de la Constitución 1999 y con la redefinición del rol del Estado y de los ciudadanos.

Esta comisión se estructuró en tres sub-comisiones:

- a) Familia y mujer
- b) Derechos laborales y seguridad social
- c) Salud

la sub-comisión salud orientó su trabajo de la siguiente manera:

- a) Realizó un diagnóstico de la situación del sector salud.
- b) Hizo una investigación documental de todos los países de América Latina, algunos de Europa y de Norte América.
- c) Se constituyó con diversos sectores de la sociedad venezolana, quienes expusieron sus iniciativas.

Esta sub-comisión recibió 80 propuestas por escrito provenientes de organizaciones no gubernamentales, universidades, gremios sindicatos, entes oficiales, personas, partidos políticos, grupos de trabajo y comunidades, quienes se reunieron a discutir la visión de salud que cada sector tenía.

Las visiones resultantes fueron de índole muy diversa y abarcaron un amplio espectro para los efectos. Aun cuando se examinaron todos y cada uno de los documentos sólo se tomaron en consideración 53 propuestas, las cuales coincidían con un visión de salud como un derecho, basado en principios y garantías para hacerlo efectivo y en la participación de los ciudadanos para el control y vigilancia de las políticas de salud.

Como resultado, dicha sub-comisión presentó una propuesta de 8 artículos los cuales fueron reducidos a tres que pasaron a formar parte del proyecto de Constitución a discutirse en plenaria. Estos 3 artículos hacían referencia a la salud como un derecho, el sistema de salud a regir y la forma de financiamiento. A partir de las propuestas de los diferentes sectores la Constitución erogada en 1999 demanda, exige una ciudadanía mas inclusiva, con mecanismos de participación ciudadana y una ampliación de los derechos sociales. También promueve la igualdad de todas las personas que forman parte de la sociedad venezolana y su corresponsabilidad, es decir, el deber que tienen de participar activamente en el control y gestión de su sistema de derechos.

Bajo este marco conceptual el derecho a la salud adquiere un carácter universalista, donde, su promoción, defensa y gestión se convierte en un objetivo común para todos los ciudadanos⁴².

La ejecución del derecho a la salud suele depender entonces de la naturaleza, calidad, grado, oportunidad y pertinencia de las políticas públicas que se lleven a cabo en el país. Por lo tanto, las reglas, mecanismos, solicitudes, contextos, recursos y actores son imprescindibles para definir y ejercer de forma efectiva este derecho.

En Venezuela, sin embargo no se ha generado la colaboración necesaria entre estos factores, todo lo contrario, se ha suscitado un abismo entre la concepción del derecho y su cumplimiento con consecuencias en la integración social, el consumo, la salud y la concepción del derecho mismo⁴³.

En síntesis, el derecho a la salud en Venezuela siempre ha sido y continúa siendo una “asignatura pendiente”, aun bajo el presupuesto de ser una necesidad ineludible y un derecho básico para toda persona.

3. Formulación: es un estudio de carácter descriptivo y representa una aproximación al tema del derecho a la salud y su interacción con el ordenamiento jurídico de Venezuela entre los años 1999 hasta 2021.

⁴² Andy Delgado Blanco, *Revista latinoamericana de derecho social*, n°26, Ciudad de México, p. 122 ss.

⁴³ Andy Delgado Blanco, *Concepción institucional del derecho a la salud en Venezuela*, Centro de estudios del desarrollo, Universidad Central de Venezuela, 2018.

3.1 Interacción entre el derecho a la salud y el ordenamiento jurídico de Venezuela (período 1999-2021).

4. Objetivos: el presente estudio tiene los siguientes objetivos:

4.1 Objetivo general: analizar el derecho a la salud y su interacción con el ordenamiento jurídico que lo consagra

4.2 Objetivos específicos

4.2.1 Analizar el derecho a la salud en Venezuela durante los años 1999 hasta al 2021.

4.2.2 Analizar el ordenamiento jurídico de Venezuela durante los años 1999 hasta al 2021.

4.2.4 Conocer los mecanismos y su alcance utilizados por el Estado venezolano para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud

4.2.5 Conocer los mecanismos y su alcance utilizados por el Estado venezolano para garantizar el cumplimiento de la normativa vigente

4.2.6 Conocer las fuentes de financiamiento de las Instituciones garantes del derecho a la salud

4.2.7 Conocer los mecanismos jurídicos que garantizan la adquisición de medicamentos e insumos médicos

5. Tipo de Investigación: es un análisis descriptivo. Es descriptivo porque deben conocerse las variables que serán analizadas con antelación, ya que su objetivo es el estudio de las mismas y no su búsqueda y documentar el porqué se utilizan.

5.1 variables: derecho a la salud, entendiéndose como

“un estado completo de bienestar, físico, mental y social y no la ausencia de enfermedades o dolencias (OMS). En otras palabras, es el derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr, exige un conjunto de criterios sociales que lo propicien. Entre estos criterios están la disponibilidad de los servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos (OMS, 29/12/2017)

5.1.2 Ordenamiento jurídico de Venezuela (1999-2021) este incluye:

- Constitución
- Convenios internacionales
- Leyes orgánicas
- Leyes ordinarias
- Decretos-Decretos ley
- Decretos ordinarios
- Reglamentos y normas

- Resoluciones

Conforme a la Constitución erogada en 1999 el Estado venezolano está obligado crear una legislación que establezca las normas y estructuras necesarias para integrar los establecimientos y servicios de salud públicos en un sistema público nacional de salud (SPNS), de gestión descentralizada y bajo rectoría de una sola autoridad sanitaria. Esto no se ha cumplido, la escasa “legislación aprobada” sólo hace referencia a la práctica privada. Este incumplimiento normativo infringe lo planteado en los diversos artículos, específicamente el artículo 19 el cual establece claramente que el Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin distinción alguna, el goce y ejercicio irreversible de los derechos humanos. Su respeto y garantía son obligatorios para los órganos del poder público, de conformidad con esta Constitución (1999), con los tratados sobre derechos humanos

suscritos y ratificados por la República, y son de aplicación inmediata por los tribunales y demás órganos del poder público (Juan Luis Modocell Gonzalez),

A pesar del mandato constitucional, se ha podido observar que la jurisprudencia del Tribunal Supremo de Justicia especialmente aquella emanada de la Sala Constitucional, ha tenido como objetivo y claro propósito desconocer las decisiones y recomendaciones de los organismos americanos de protección de los derechos humanos. La constante alusión a la soberanía e integridad territorial, la autodeterminación nacional y el proyecto político

constitucional para desconocer estas decisiones evidencian no sólo una tendencia autoritaria que menoscaba los derechos humanos fundamentales de las personas sino también el desacato al texto constitucional venezolano de 1999. Y es así como en el año 2012 las autoridades del país denunciaron a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos, con la finalidad de excluirse del sistema interamericano de protección de los derechos humanos e impedir de esta forma, cualquier control externo de las decisiones del Estado venezolano que afecten a sus ciudadanos. Entre las razones expuestas en dicha denuncia está la siguiente: tanto la Corte Interamericana de Derechos Humanos como la Comisión han vulnerado la Convención y la Constitución venezolana vigente de 1999, máxima norma jurídica del país.

Convenios internacionales son instrumentos de carácter normativo, donde existe una correlación de voluntades entre dos o más sujetos de derecho internacional, destinados a procurar efectos jurídicos con la finalidad de establecer derechos y deberes entre las partes.

Venezuela ha firmado y ratificado los siguientes convenios:

- Convención Americana sobre Derechos Humanos. Suscrito en la Conferencia Especializada interamericana sobre Derechos Humanos realizada en San José, Costa Rica en Noviembre de 1969.

Venezuela presentó el 12 de Noviembre de 1987 ante la Secretaría General de la OEA.

- El instrumento de reconocimiento de la competencia de la Corte Interamericana de Derechos humanos, de acuerdo con el artículo 62 de la Convención y reconoció de acuerdo a lo estipulado en el parágrafo 1 del artículo 45 de la misma, la competencia que posee la Comisión Interamericana de Derechos Humanos para recibir y examinar las comunicaciones en que un Estado parte alegue que otro Estado parte ha incurrido en violaciones de los Derechos Humanos contemplados en la Convención, este reconocimiento se hace por tiempo indefinido.

El 31 de julio del 2019 el Estado venezolano ratifica la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José, Costa Rica firmado por el Presidente Interino Juan Gerardo Guaidó Marquez).

Ley: en su sentido amplio se designa a todo espectro normativo de un ordenamiento jurídico, en otras palabras todas las normas⁴⁴.

Leyes orgánicas en Venezuela: la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, en su decisión número 1971 señaló que el artículo 203 de la Constitución de 1999 modificó el régimen constitucional para la elaboración de leyes orgánicas, dicho artículo limita la libertad del poder legislativo de calificar una ley como orgánica y sólo puede hacerse: 1 cuando la Constitución las califique directamente como orgánicas, 2 cuando desarrolla derechos y garantías constitucionales, 3 cuando sirve de marco normativo a otras leyes, y 4 cuando regule y organice los poderes públicos.

⁴⁴Javier Gonzalez Reinoza, *La nueva concepción de la ley en la Constitución venezolana*, en *DIKAIOSYNE*, n. 12 2004.

Si la sala constitucional està en desacuerdo de calificar a una ley como orgànica, perderà su caràcter de orgànica.

En relaciòn al derecho a la salud, Venezuela aun no dispone de una ley orgànica de salud que aplique las disposiciones de la Constituciòn de 1999, relacionadas con la creaciòn de un sistema pùblico nacional de salud, articulado en lo normativo, funcional, financiero y territorial, descentralizado y bajo rectoria nacional⁴⁵.

En Venezuela todavìa està vigente la ley orgànica de salud de 1998, publicada en Gaceta Oficial n°5.263 extraordinario Esta ley rige todo lo concerniente a la salud, establece las directrices y bases como proceso integral, determina la organizaciòn, funcionamiento, financiamiento y control de la protecciòn de los servicios de salud cumpliendo con los principios de adaptaciòn científico-tecnològica, gratuidad y continuidad.

En julio del 2008 mediante decreto n°6266 se dicta la ley orgànica de seguridad social, la cual en su capìtulo III, titulo II, establece la normativa relacionada con la asistencia mèdica. En su artìculo 7 establece que:

tienen derecho recibir del Instituto Venezolano de Seguros Sociales la asistencia mèdica integral:

⁴⁵CODEVIDA, *Informe sobre el estado del derecho a la salud en Venezuela*, disponible en <http://www.codevida.org/codevida/wp-content/uploads/Informe-Derecho-a-la-Salud-en-la-EHC-Venezuela-Codevida-Provea-septiembre-2018.pdf>

a) Las aseguradas y los asegurados, los familiares que determine el reglamento y la concubina sino hubiere cònyuge.

b) Las pensionadas y pensionados por invalidez, por vejez o sobrevivientes.

c) Las y los miembros de la familia de la pensionada o pensionado por invalidez o vejez.

En el artículo 8 establece: El ejecutivo nacional podrá limitar la duración de la asistencia mèdica a las personas señaladas en el aparte c del artículo 7; pero sin que pueda ser inferior a 26 semanas.

En junio 2007 se firmò la reforma parcial de la ley orgànica para la protecciòn de los servicios de agua potable y sanamiento. La cual en el titulo I disposiciones fundamentales, en su artículo 1 establece dicha ley tiene por objeto regular la prestaciòn de servicios pùblicos de agua potable y de sanamiento, establecer el règimen de fiscalizaciòn, control y evaluaciòn de tales servicios y promover su desarrollo en beneficio general de los ciudadanos, de la salud pùblica, la preservaciòn de los recursos hìdricos y la protecciòn ambiental. Tanto el agua potable como saneamiento ambiental son elementos que condicionan la salud y calidad de vida de las personas, razòn por la cual se menciona esta ley en el presente estudio.

Leyes ordinarias: èstas no poseen calificaciòn ni por la Constituyente ni por la Asamblea Nacional.

Pertenece a normas que entran en las categorías explicadas por las leyes orgánicas y son aprobadas según lo contemplado en la Constitución 1999 a partir del artículo 204 hasta 218.

Se ha podido observar mediante el análisis de las mismas que no incluyen el tema salud y leyes de ejercicio de la medicina y profesionales afines. Todavía están vigentes las siguientes leyes:

- Farmacia vigente desde el 07/07/1928
- Nutrición y Dietética vigente desde 27/08/1998
- Psicología vigente desde 11/09/1978
- Bioanálisis vigente desde 23/07/1973

Decretos: es una resolución escrita de carácter normativo expedida por el titular del Poder Ejecutivo, en uso de sus facultades legislativas o por el Poder Legislativo. Estos son sólo de carácter relativo a determinados tiempos, lugares, corporaciones o personas.

Decreto ley: norma con rango ley, de carácter provisional, dictado por el Gobierno cuando existen circunstancias de extraordinaria y urgente necesidad.

Ley de medicamentos, publicado en Gaceta Oficial n°37.006 el 03/08/2000.

Regula todo lo relacionado con la política farmacéutica para asegurar la disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad, su accesibilidad y uso racional, a todos los sectores de la población en el marco de una política nacional de salud.

Decreto n°4938 del 30 de abril del 2012 mediante el cual se dicta el decreto con rango, valor y fuerza de ley la ley orgànica del trabajo, trabajadores y trabajadoras en el marco del nuevo sistema de seguridad social, el cual abarca la promociòn de la salud de los trabajadores, la prevenciòn de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, la atenciòn y rehabilitaciòn de los trabajadores.

Ley del ejercicio de la medicina y su reglamento, publicada en Gaceta Oficial n°39.823 del 19 de diciembre del 2011.

Esta regula el ejercicio de la medicina, asì como los reglamentos que con ejecuciòn dicte el Ejecutivo Nacional.

Esta ley deroga la ley de ejercicio de la medicina de 1982.

Decreto ley n°4160 mediante el cual se dictamina el estado de alarma en todo el territorio nacional (13/03/2020) para atender la emergencia sanitaria originada por la pandemia del covid-19, esto de conformidad con la Constituciòn de 1999, articulos 337, 338, 339; Ley orgànica de salud de 1998, articulos 34 y 62; Ley de medicamentos año 2000. Entre las leyes consideradas para sustentar el presente decreto.

Reglamentos: en relaciòn a los reglamentos se revisò el portal de “Leyes venezolanas” y toda la normativa legal de Venezuela sòlo se hace aluciòn al reglamento de la Ley de alimentaciòn de los trabajadores. (Se considera en

este estudio debido a la importancia que tiene la alimentación en la salud y calidad de vida de los trabajadores).

Resoluciones legislativas: se refiere a medidas que no se han convertido en leyes son una moción escrita en el seno de una Asamblea y se usan para expresar la aprobación o desaprobación de algo que no puede votarse de otra manera, debido a que la materia es dirigida por otra jurisdicción o protegida por la constitución.

Se encontró la resolución n°427 publicada en Gaceta Oficial n°40.724 del 14/08/2015 referente a la atención integral a la mujer.

5.1.3 Unidad de análisis: interacción entre derecho a la salud y el ordenamiento jurídico de Venezuela.

6. Metodología: análisis descriptivo de todas las publicaciones existentes del derecho a la salud y el ordenamiento jurídico de Venezuela (período de tiempo entre 1999 hasta el 2021).

6.1 Población: todas las personas que habitan en territorio venezolano.

Capítulo III

Análisis Interpretativo del derecho a la salud e interacción con el Ordenamiento Jurídico

El análisis interpretativo del derecho a la salud conlleva a conocer sus antecedentes en el ámbito internacional, por ejemplo, hacer referencia a la Declaración Universal de los Derechos humanos de 1948, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU). Este documento anuncia por primera vez los derechos humanos universales para todas las personas, ha inspirado las constituciones de muchos estados y es considerado una referencia de lo que está o no permitido.

En el artículo 25 de dicha Declaración se reconoce “el derecho que tiene toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

También deben tomarse en cuenta los documentos emitidos por: La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial de 1965; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966; La Declaración de Alma-Ata de 1978; La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación

contra la mujer de 1979; la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 y la Organización Internacional del Trabajo de 1991.

Estos documentos establecen y hacen hincapié en el derecho a la salud visto como un derecho social que tiene la población de tener las condiciones necesarias para lograr el mas alto nivel de salud y es el Estado quien garantiza las circunstancias con la finalidad de que todas las personas tengan salud y calidad de vida.

En Venezuela a partir de 1999 el derecho a la salud es considerado un derecho social en su ordenamiento jurídico, en efecto la constitución de 1999 incorporó en su texto lo social lo cual fue bastante novedoso, también insertó numerosos aspectos tales como: familiares, laborales, educacionales, ciudadanos, de seguridad social y la participación ciudadana. Por lo tanto este marco normativo dignificó la condición humana al rescatar los aspectos sociales fundamentales y la esencia misma de lo humano.

Así, la Nación se colocó a la vanguardia de algunos países latinoamericanos al constituirse en un Estado democrático y social de Derecho y de Justicia que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico y de su actuación, la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social y en general, la preeminencia de los derechos humanos, la ética y el pluralismo político⁴⁶.

⁴⁶Constitución de 1999. Título 1 Principios Fundamentales, artículo 2.

El artículo 2 de la Constitución de 1999 hace alusión primero a lo normativo, lo ético incorporando leyes y planes de importancia, seguidamente explica la salud como aspecto fundamental y desde un punto de vista de equidad social lo cual implica justicia e igualdad de oportunidades para todas las personas. De esta forma el concepto de equidad se convierte en un valor imprescindible para el progreso de la sociedad al ofrecer a cada ciudadano la posibilidad de tener los mismos derechos y posibilidades independientemente del grupo o clase social a la que pertenezca.

La mencionada noción abarca una amplia gama de aspectos económicos y sociales tales como: educación, salud, oportunidades de trabajo productivo, estable, bien remunerado y en condiciones dignas.

De lo expuesto se deduce que uno de los derechos humanos más importantes es el derecho a la salud. Sin embargo, los países en vías de desarrollo presentan graves problemas en relación con la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, en especial modo los servicios públicos de atención donde se notó fallas para acceder a ellos, en la calidad de atención y en las acciones de promoción y prevención, de esto se deduce que lo más significativo del concepto salud debería ser el de incluir el derecho social, entendido como derecho humano fundamental inalienable visto como una arista más del desarrollo económico, social y cultural del país, respondiendo a una necesidad de la sociedad como instrumento y garantía de estabilidad económica y de superación de la pobreza.

El rol del Estado venezolano en lo concerniente a los aspectos sociales considerandos en la constitución de 1999 es imperativo y protector al dirigirse a todas las personas especialmente a las clases populares y/o desposeídas, de esta forma en el Título III “De los derechos humanos y garantías y de los deberes adquiere carácter dogmático y el capítulo I Disposiciones Generales, el artículo 19 señala lo relacionado a la protección de los derechos humanos “El respeto y garantías son obligatorias para los órganos del poder público”, donde los derechos humanos son su principal instrumento de reconocimiento hacia la población.

Así, hay que tomar en cuenta el impacto que significa para el Estado venezolano los programas de seguridad social donde las garantías para la salud pública son muy importantes. También es relevante considerar todo lo relacionado con el financiamiento para la protección social el cual se convierte en un determinante a considerar debido a su constante fragmentación⁴⁷.

Dada esta circunstancia, es indispensable integrar las fuentes de financiamiento dispersas y propiciar que el Estado invierta no sólo para evitar el desfinanciamiento sino también incorporar instrumentos presupuestarios confiables que incluyan la evaluación del desempeño de los diferentes actores, fomentándose de esta manera la eficiencia en la prestación de servicios y manejo de los recursos.

⁴⁷Feo Oscar, Curcio Pascualina, *Health care issue in the Venezuelan constituent process*, en *Rev Cubana Salud Pública*, vol.30, n.2. 2004.

En este análisis nos remitimos a los Objetivos de Desarrollo del Milenio derivados de la Declaración del Milenio*, evento esencial en la historia de las Naciones Unidas. En esta resolución se estableció una promesa sin precedentes para preservar la paz mundial, la seguridad social, desarrollo político, económico y social del mundo, la observancia y garantías a los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas.

Por ende, todo lo concerniente con la vida, trabajo digno, salud, educación de calidad, vivienda digna, son elementos a discutir en las agendas político-sociales de los países a partir del año 2000, estos aspectos formarán parte de la función pública y los estados garantizarán el cumplimiento del ordenamiento jurídico respectivo, en resguardo de los derechos humanos y la cobertura de ciertos derechos en sus contingencias tales como: desempleo, enfermedad, enfermedad ocupacional, incapacidad, discapacidad, entre otras.

Por lo tanto si se pretende cumplir con los objetivos planteados en la Declaración del Milenio es imprescindible considerar la realidad de América Latina que tiene los mayores niveles de desigualdad.

Para lograr esto hay que considerar los indicadores: nivel promedio de ingresos, calidad del empleo, oportunidades y acceso a la educación de calidad, derecho a la salud, posibilidades de mejorar el nivel y calidad de vida, seguridad social y jurídica. Siendo estos indicadores los que representan los derechos humanos fundamentales, aspectos indispensables a considerar si se desea superar la pobreza y lograr mejorar la calidad de vida

Venezuela por su parte mediante la Constitución de 1999 introduce profundos cambios los cuales son señalados como un conjunto de disposiciones que establecen y materializan el sentido humanista que preserva los derechos sociales de toda la población, bajo los principios de progresividad y universalidad, y que deben ser garantizados en igualdad de oportunidades a todos.

En este sentido la Constitución de 1999 establece protección de los derechos humanos siendo el Estado su garante, de igual forma se asegura la libertad personal e igualdad ante la ley, acentuando así la no discriminación.

En el capítulo v de los derechos humanos sociales y de las familias en el artículo 80 se toma en consideración la seguridad social relativa a las pensiones de vejez; el artículo 81 establece el derecho de los discapacitados a oportunidades, condiciones laborales satisfactorias promoviendo su formación, capacitación y acceso a un empleo.

El artículo 82 contempla el derecho que tiene toda persona a tener vivienda digna, adecuada, segura cómoda, higiénica y con los servicios básicos esenciales.

El artículo 83 conceptualiza la salud como un derecho social fundamental donde la calidad de vida, el bienestar socio-económico y el acceso a los servicios públicos son indispensables para lograrlo.

El artículo 86 tiene particular relevancia al instituir el derecho a la seguridad, entendida como el conjunto de leyes y principios que regulan la política social y económica del país y a través de determinadas instituciones, protege a sus miembros cuando padecen necesidades originadas por determinadas contingencias sociales y garantizan su salud.

Por consiguiente para tener seguridad social es necesario crear un sistema de seguridad social que propicie el disfrute y respeto del derecho a la seguridad social. También hay que tener presente el derecho al trabajo que tienen todas las personas que habitan en el territorio nacional y para lograr esto, se avalará el derecho a la igualdad y equidad de género, a un salario digno, a la responsabilidad que tienen los patronos e intermediarios, a la participación sindical, al derecho a huelga y negociación colectiva.

La Constitución de 1999 también considera el aspecto cultural, en el Capítulo VI, “de los derechos culturales y educativos “expresando que éstos forman parte de las garantías sociales, definiéndose el derecho a la libertad cultural y estableciendo las obligaciones del estado venezolano de preservar el patrimonio cultural.

La Constitución de 1999 en el artículo 102 hace referencia a todo lo concerniente a la educación, definiéndola como un derecho humano y deber social esencial, ésta debe ser democrática, gratuita y de carácter obligatorio.

En el año 2002 en el país se promulgó la Ley Orgánica de Seguridad Social cuya finalidad radicó en establecer en Venezuela un Sistema de Seguridad

Social, normar su rectorìa, organizaciòn, funcionamiento, financiamiento, forma de gestiòn de las prestaciones para hacer eficaz el derecho a la seguridad social de las personas relacionadas con su àrea de aplicaciòn. Cabe señalar, que esta ley puede considerarse un programa polìtico que incluyò no sòlo la asistencia mèdica integral sino tambièn una serie de provisiones que formarìan parte de las funciones del estado.

Por lo tanto, su objetivo final y relevante serìa la conquista de la equidad, aminorando asì las diferencias sociales, acrecentando las oportunidades y la inclusiòn social.

En efecto, la polìtica social que se implementò a travès de las misiones sociales enmarcadas en àreas prioritarias tales como; salud, educaciòn, seguridad social, trabajo, impulsò las reivindicaciones y reconocimiento social de los mas pobres y desposeìdos.

Desde esta perspectiva el Gobierno venezolano ejecutò el Plan Desarrollo Econòmico y Social de la Naciòn que incluye el periodo 2007 hasta 2013.

Este plan creò las estrategias y polìticas las cuales pretendìan elevar los niveles de equidad, eficacia, eficiencia y calidad de las acciones pùblicas y mejorar significativamente el ingreso y la distribuciòn de la riqueza de la poblaciòn.

En consecuencia cuando se vincula el concepto de equidad con el de justicia implìcitamente se incluye el aspecto distributivo en salud pasando a ser èste

una nociòn multidimensional que incluye; 1 la justicia en los procesos; 2 ausencia de discriminaciòn en la prestaciòn de asistencia sanitaria; 3 versatilidad en los recursos, diferencia en los alcances de la atenciòn e impacto de los diferentes acuerdos alcanzados; 4 aspectos relacionados con el logro de la salud en su sentido mas amplio.

La equidad en salud es tomada en cuenta en el texto constitucional de 1999 cuando establece que el Estado venezolano para garantizar el derecho a la salud crearà, ejercerà la rectoria y gestionarà un sistema publico nacional de salud de caràcter intersectorial, descentralizado, participativo, integrado al sistema de seguridad social y regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integraciòn social y solidaridad.

Este sistema de salud pùblico le dàra prioridad a la promociòn de la salud y a la prevenciòn de enfermedades garantizando asì un tratamiento oportuno y una rehabilitaciòn de calidad. Asì la salud en el pais dependerà de una red de hospitales y clìnicas financiadas por el Estado venezolano o sistemas privados. No obstante, estas estructuras han venido deterioràndose considerablemente a partir de la decada de 1980 y los servicios suelen estar desbordados y sobrepasados en su capacidad.

Para aminorar esta situaciòn es indispensable que la comunidad participe activamente en la planificaciòn, ejecuciòn y control de la polìtica de salud especìfica a desarrollar en estas instituciones. Desde esta prespectiva las polìticas pùblicas desarrollarìan no sòlo los mecanismos que permitan acceder

a los servicios sino también aquellos que permitan generar bienestar y calidad de vida, siempre en el marco de la equidad.

Tomando estas consideraciones como referente con la publicación el 30 de diciembre 2002 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social⁴⁸ la cual garantizó ser más amplia, incluyente y de aplicación universal al ofrecer cobertura total a todas las personas que habitan en el territorio nacional. Además consideró la seguridad social un derecho humano y social fundamental, irrenunciable garantizado por el Estado venezolano, conforme al principio de progresividad y en los términos establecidos en el texto de la constitución de 1999 y demás leyes del país.

Sin embargo, a pesar de sus bondades jurídicas esta ley no se ha puesto en vigencia por falta de voluntad política, se encuentra en un limbo legal estancada en una Vacatio Legis que impide su ejecución.

Durante el período comprendido entre 2002-2004 la Asamblea Nacional elaboró varias versiones del Proyecto de Ley Orgánica de salud aprobado en primera discusión en el año 2004 y en espera de su aprobación definitiva. El proyecto de ley enfatiza el carácter universal del derecho a la salud entendido como el completo bienestar físico, social y mental el cual se manifiesta a nivel individual y colectivo dependiendo especialmente del funcionamiento y organización del sistema de salud. El Estado venezolano, por su parte utilizará la atención primaria de salud para garantizar el disfrute de este derecho a toda

⁴⁸ Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Gaceta Oficial n° 37.600 de fecha 30 diciembre del 2002.

la poblaci3n. Este proyecto de ley reconoce la salud como derecho humano, ratifica su sentido amplio y lo considera un factor que le permitir3 a las personas ejercer sus capacidades potenciales.

Por lo tanto, el concepto de equidad es concebido como igualdad de oportunidades. De esta forma el art3culo 49 del Proyecto ley le otorga prioridad al logro de la equidad mediante el an3lisis de la carencia de 3sta en el 3rea de la salud.

De esta forma las investigaciones que se realicen en salud deber3n hacerse necesariamente en funci3n del Plan Nacional de salud para contribuir de esta manera a la promoci3n de la salud y calidad de vida de los ciudadania en equidad.

La equidad en el proyecto ley es entendida como el acceso de toda la poblaci3n a los servicios de salud y esto implica tomar, considerar los principios de universalidad, solidaridad, pertenencia cultural y lingüística, participaci3n. Por lo tanto la distribuci3n del presupuesto se har3 utilizando criterios relacionados con las metas y necesidades en salud tales como: características demogr3ficas, epidemiol3gicas, socio-econ3micas y de cualquier situaci3n espec3fica en cada comunidad.

Es importante destacar que el mencionado Proyecto de Ley Org3nica de Salud aun est3 en discusi3n en la Asamblea Nacional, siendo el financiamiento punto

clave para poder realizar o no los procesos que tengan como finalidad el logro de la igualdad en la distribución de los recursos.

Para lograr la distribución equitativa de los recursos en el área de la salud, se creó el Fondo Nacional de Salud del Sistema Público Nacional de Salud, adscrito al ministerio que le compete todo lo relacionado con la salud. Estos recursos solo podrán utilizarse para financiar los programas y servicios de salud que se den a través del Sistema Público de Salud. Por lo tanto deberán respetarse los criterios de la asignación de los planes de salud nacionales, estatales y municipales. Dichos planes están obligados a fomentar la equidad, artículo 104 del proyecto ley y estimar los criterios siguientes; 1 las metas consideradas en los planes de salud nacionales, estatales y municipales; 2 número de habitantes; 3 indicadores epidemiológicos; 4 situación socio-económica; 5 dispersión geográfica; 6 necesidades específicas de salud; 7 tamaño y complejidad de los establecimientos que ofrecen salud; 8 programas de salud de la entidad en cuestión; 9 cualquier otro criterio que se pueda aplicar.

En Venezuela después de aprobarse la constitución de 1999, el sistema de salud inició un proceso de cambios profundos, donde el Ministerio de la Salud utilizó la reestructuración del nivel central para poner en funcionamiento un modelo de atención integral y la creación de un Sistema Público Nacional (SPNS) para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Este SPNS estaría regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración y corresponsabilidad social. Su financiamiento y gestión

sería responsabilidad del Estado y se haría a través del Banco Central de Venezuela (BCV). Sin embargo, esto no se cumplió, si se analizan las cifras emitidas por este organismo nos señala que la mayor parte del gasto proviene de los usuarios, siendo así es de naturaleza privada lo cual constituye una perversión del SPNS ya que se muestra público siendo en realidad privado.

Esto nos refleja la realidad, es decir carecemos de un SPNS lo que existe es un conjunto de establecimientos de propiedad privada unos y la mayoría de propiedad pública. Los de propiedad pública funcionan si el gasto lo asume el usuario y el Estado en lugar de cumplir con sus obligaciones no reconoce el monto de desembolso realizado cuando las personas se ven forzadas a utilizar los servicios.

Para lograr que el SPNS funcione es indispensable transmitirle al usuario que no sólo recibe las prestaciones necesarias sino también que él es el administrador de su dinero, por lo tanto, responsable en cierta medida de su eficiencia, eficacia y equidad. Puntualizando, además que tanto los usuarios como los prestadores de servicios y proveedores son los actores principales correspondiéndole junto al estado definir las políticas y convenios de las instituciones para cumplir los propósitos establecidos por el sistema. Por tanto el SPNS debería ser de cobertura universal, para todos los que habitan en el país, fundamentarse en la Atención Primaria de Salud (APS) contar con recursos humanos calificados para el desempeño de su función mas importante, siendo ésta: la recepción, cuidado, atención y eventual referencia de los usuarios.

El Ministerio de Salud tècnicamente competente, tendrà la funciòn de acompañar y asistir a las entidades federales para administrar las competencias descentralizadas que el gobierno central les transfiera

A pesar de la necesidad de un SPNS còsono con las necesidades de la poblaciòn el proceso de su creaciòn ha sido muy lento y sin concretarse todavìa. Esto trae como consecuencia que los cambios en el Sistema Pùblico Nacional de salud, contemplados en la Constituciòn de 1999 no sean efectivos sin la aprobaciòn de la Ley Orgànica de Salud que deberà ser congruente con los planteamientos considerados. Mientras èsta no se apruebe el sistema de salud del paìs seguirà desarticulado, fragmentado en un conjunto de subsistemas inoperantes, con una organizaciòn privada de equidad y sin universalidad de acceso a los servicios.

La carencia principal del SPNS seguirà siendo la de tener un financiamiento fragmentado e insuficiente, lo cual condicionarà de manera desfavorable el desarrollo de un sistema de seguridad social que facilite la universalizaciòn del acceso a los servicios de salud.

Venezuela, por ende, tiene el desafio de reducir las iniquidades en salud, mejorar la calidad de la atenciòn y lograr un financiamiento acorde a las necesidades de las personas, lo cual implica evitar su fragmentaciòn.

Tambièn es necesario establecer mecanismos confiables que permitan definir prioridades en la asignaciòn de los recursos teniendo en cuenta las necesidades, costo-efectividad de las intervenciones, mejorar la informaciòn, y

rendición de cuentas. Y el Estado por su parte debe activar mecanismos eficaces para reducir la exclusión y desigualdad, dándole prioridad a los derechos sociales fundamentales que son la salud y la calidad de vida de la población.

Conclusiones

A partir del estudio sobre el derecho a la salud, su relación con el ordenamiento jurídico de Venezuela, con los tratados internacionales firmados y ratificados por el gobierno del país que hacen referencia a los derechos humanos se elaboraron las siguientes conclusiones:

1) El Gobierno venezolano ha incumplido con el rol que le ha sido asignado de garante y promotor de las políticas de salud orientadas a incrementar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, en su lugar, la naturaleza, calidad, intensidad, oportunidad y pertinencia de las normas, valores, principios, estructura de los centros de salud y mecanismos llevados a cabo por Este han condicionado en forma negativa y obstaculizando el disfrute del derecho a la salud que puede conllevar a graves consecuencias sanitarias y propiciar una discriminación manifiesta o implícita en la prestación de los servicios de salud.

2) El modelo de Atención Integral de Salud y la creación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) aun no se ha concretado debido primordialmente a la falta de promulgación de la Ley Orgánica de salud respectiva la cual debe ser congruente con el espíritu y cambios introducidos en la Constitución de 1999, por lo tanto hasta que no se cuente con dicha Ley, se mantendrá la estructura sanitaria del país en extremo fragmentada en un conjunto de

subsistemas con una organización carente de equidad y sin universalidad de acceso a los servicios.

3) El modelo de Atención Integral de Salud cuya función es la de reforzar la red ambulatoria de atención primaria desarrollò ninguna ò muy pocas actividades de promoción y prevención orientadas a la equidad y calidad de vida de la población, sòlo se observò la existencia de un elevado número de organismos, recursos y sistemas de atención que funcionan en forma paralela unos de otros, con independencia administrativa y funcional.

4) El Estado venezolano muestra discriminación manifiesta o implícita al no reconocer los pueblos indígenas, preservar, mantener y desarrollar su identidad ètnica y cultural, sus valores, espiritualidad, sus lugares sagrados y de culto. Ha obviado ofrecerles una educación propia, intercultural y bilingüe que responda a sus particularidades socio-culturales, valores y tradiciones. Tambièn les ha negado el derecho a una salud integral, reconociendo su medicina tradicional y terapias complementarias dentro del contexto bioètico. Les ha obstaculizado el derecho a los servicios de formación profesional, de participar en la elaboración, ejecución y gestión de programas específicos, servicio, asistencia tècnica y financiera, que fortalezca sus actividades econòmicas en el marco de un desarrollo sustentable. No les garantizò el derecho a la participación política y su representación en el seno de la Asamblea Nacional y en los cuerpos deliberantes de las entidades federales y locales con población indígena.

5) En el año 2013 se reconoce y denuncia la situación deplorable de los hospitales del país señalando la necesidad de recuperar los viejos/antiguos hospitales, debido a que el gobierno actual sólo ha construido dos y terminado un tercero a pesar de necesitarse 33 y 4986 ambulatorios. Y la restauración de 140 hospitales se realizó de manera desordenada sin una programación discutida con los médicos y restándole importancia a las numerosas quejas expresadas por sus directores quienes ignoraban las fechas de cuando se haría dicha renovación.

6) La dotación de medicamentos en el país apenas alcanza el 2% a 3% nivel nacional y los hospitales sólo tiene del 2% a 3% de inventario de medicinas obligando de esta forma a los familiares de los pacientes a conseguirlos fuera del recinto hospitalario.

7) las estructuras y mecanismos institucionales no sólo han entorpecido las oportunidades reales de las personas de hacer efectivo el derecho a la salud sino también ha suscitado muchas dudas debido a la reincidencia de viejos esquemas y el creciente declive del acceso a los servicios, tratamiento y disponibilidad de medicamentos e insumos cuyo desabastecimiento afecta el tratamiento de los pacientes tanto del sector público como del privado, impactando inclusive la red de farmacias privadas. Siendo la deuda en divisas acumulada por el gobierno con los proveedores internacionales hasta el 2012 de 657 millones de dólares lo cual ocasionó la paralización de los envíos.

8) El sistema de salud muestra evidencias de deterioro en todos los componentes analizados, la infraestructura es decadente, hay mengua de los profesionales de la salud, escasez de insumos, vacunas, medicamentos, reducción de la información básica en salud, transparencia de ésta, los indicadores básicos de salud son divulgados con años de retraso o no están disponibles y las estadísticas son de acceso limitado. Por ende, el sistema de salud ha quedado como un paciente desahuciado al reforzarse un silencioso proceso de privatización y carecer de una reforma profunda y sustentable.

9) El debilitamiento del Estado de Derecho, de la institucionalidad y el aumento de la conflictividad social y política trajo como consecuencia un aumento de los niveles de pobreza, pérdida del poder adquisitivo, volatilidad y vulnerabilidad de la inversión social, pronunciada escasez de alimentos y deterioro de su calidad nutricional, baja prioridad fiscal para aumentar el gasto público en salud, siendo los recursos asignados fragmentados y deficitarios, por último la creación de un sistema de salud paralelo “Misión Barrio Adentro” que compite por los recursos con el sistema tradicional de salud.

10) El gasto total en salud según el Producto Interno Bruto no ha experimentado incrementos sensibles en los últimos veinte años, es esencialmente privado y el público proviene de la transferencia de reservas internacionales “excedentarias”. El dinero en salud invertido por el paciente es el más alto de la región de las Américas y se ubica entre los más onerosos del mundo, contrariando los consensos y tendencias internacionales que objetivan su cobertura universal. Alrededor de 300000 venezolanos con condiciones

crónicas no tienen acceso a sus medicamentos, ni tratamientos los cuales en su mayoría son de costos tan elevados que no hay manera de ser asumidos por éstos

11) La exigencia de los profesionales de la salud de mejoras salariales, dotación de insumos, materiales médicos-quirúrgicos, reestructuración de las instalaciones asistenciales en todo el país, seguridad personal y en el ambiente de trabajo no se ha tomado en cuenta en las esferas gubernamentales lo que ha ocasionado un éxodo masivo de médicos y enfermeras agravando de esta forma una situación de extrema vulnerabilidad que sufre la población en el área de salud.

12) El proyecto de Ley de la Salud y del Sistema Público nacional de Salud muestra una clara tendencia centralista al establecer que todos los servicios de atención médica existentes en los organismos públicos de salud a nivel nacional, estatal y municipal deben ser transferidos junto a su personal, bienes y recursos al Instituto Nacional de Atención Integral. El proyecto de ley aprobado en primera discusión y en el 2005 se convirtió en ley y con su promulgación todos los avances en el proceso de descentralización de los servicios de salud se revirtieron desacatando de esta forma la norma constitucional que define a Venezuela como un Estado Federal descentralizado y la descentralización un instrumento que profundiza la democracia y logra mayor eficiencia de los servicios.

13) El gobierno venezolano para llevar a cabo la política social creó una serie de estructuras paralelas para la prestación de los servicios públicos llamadas misiones las cuales disponían de fondos extrapresupuestarios que eran verdaderos presupuestos paralelos adjudicados con criterios de índole política, que se evidenció en la conversión de organismos partidistas en sujetos de la descentralización y en la transferencia de recursos a los consejos comunales (instancias de participación) generando un conjunto de instituciones que le dieron forma a un nuevo centralismo sin precedentes en épocas anteriores de la historia del país.

14) La creación de 34 misiones y 8 grandes misiones versión ampliada son una referencia de la política social del gobierno venezolano y una plataforma operativa para infiltrar los organismos del Poder Público, éstas representan el nacimiento de estructuras paralelas que instauran programas asistenciales compensatorios, prestación de servicios públicos en áreas determinadas y transferencia de recursos públicos sin estudios previo ni previstos en los Lineamientos Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007.

Estas misiones carecen de pautas sobre la permanencia o transitoriedad de cada programa, la estructura organizativa, las fuentes de financiamiento, la vinculación con los órganos públicos a los cuales le corresponde la prestación de esos servicios, la forma como se van a controlar y a evaluar, por consiguiente dan lugar a una preocupante falta de transparencia relacionada con el manejo financiero siendo esta información inasequible y casi imposible

conocer la manera como los programas de asistencia se superponen a otros existentes a nivel nacional.

15) La “Misión Barrio Adentro” representò el programa insignia de las misiones su objetivo principal fue la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de Atención Primaria de Salud; èste se desarrollò en cuatro fases, creando primero los consultorios y clínicas dentro de las comunidades que no tenían acceso al sistema de salud convencional, luego brindò atención mediante los servicios de diagnóstico, consultas especializadas y emergencias referidas, posteriormente, modernizò la red de hospitales existentes en el país y por último aumentò la red hospitalaria especializada fortaleciendo así el sistema público de salud.

Sin embargo, dicha misión sólo fue capaz de regular una parte de la atención primaria y en los últimos años su enfoque preventivo se fue debilitando progresivamente centrándose casi exclusivamente en el médico-curativo. También se pudo apreciar dificultad creciente para acceder a los servicios, falta de médicos e insumos para el tratamiento de los usuarios y un deterioro evidente de los locales y edificaciones.

16) El Gobierno venezolano ha demostrado una preocupante ineficiencia para enfrentar la pandemia del Covid-19 a pesar del número diario de contagiados y fallecidos por complicaciones relacionadas con la enfermedad. Todavía no ha publicado los lineamientos para hacerle frente a dicha enfermedad, las autoridades sanitarias no han implementado una política comunicacional de

prevención dirigida a toda la población que oriente de que manera pueden minimizarse los contagios y generar respuestas adecuadas. Tampoco se han aplicado las pruebas que garanticen la efectiva identificación de las cadenas de contagio ni optimizado la cobertura de las pruebas de diagnóstico. No se han hecho los protocolos claros para el tratamiento de los síntomas y cumplimiento de la cuarentena para aislar en sus casas las personas que no requieren hospitalización. Por último el sistema hospitalario público y privado tiene serias dificultades en cuanto a la preparación de los recursos humanos, equipos e insumos para el manejo y atención del paciente en estado crítico y para la protección y seguridad del personal sanitario que presta sus servicios.

FUENTES BIBLIOGRÀFICAS Y PÀGINAS WEB

Amnistia Internacional, *Observatorio venezolano para la salud contribuye con la sociedad en medio de la peor crisis en el país*, disponible en: <https://www.amnistia.org/ve/blog/2018/05/6032/ovs-contribuye-con-la-sociedad-en-medio-de-la-peor-crisis-en-el-pais/> ultima consulta 12/07/2021

Bonvecchio Anabelle Becerril Montequio Victor, Cerriedo Lutzenkirchen Angela, Landaeta-Jimenez Maritza, *Sistema de salud en Venezuela*, Mexico, 2011.

CARITAS Venezuela, *Inicia la campaña compartir*, disponible en: <http://càritasvenezuela.org/càritas-venezuela-inicia-la-campaña-compartir-2021-medicinas-para-salvar-vidas-ediciòn-n°41/> ultima consulta 15/09/2021

Cedice, *Hasta donde va la economía de Venezuela*, disponible en: <https://cedice.org.ve/observatoriogp/portfolio-items/venezuela-en-cifras-abril-2021/> ultima consulta 04/09/2021

CODEVIDA, *Informe sobre el estado del derecho a la salud en Venezuela*, disponible en <http://www.codevida.org/codevida/wp-content/uploads/Informe-Derecho-a-la-Salud-en-la-EHC-Venezuela-Codevida-Provea-septiembre-2018.pdf>/ ultima consulta 23/09/2021

Declaraciòn Universal de los Derechos Humanos, disponible en <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

CARITAS, *Càritas con la crisis de Venezuela*, disponible en: <https://www.càritas.es/emergencias/caritas-crisis-venezuela/> ultima consulta 19/07/2021

Delgado Blanco Andy, *Revista latinoamericana de derecho social*, n°26, Ciudad de Mèxico, p. 122-153.

Delgado Blanco Andy, *Concepciòn institucional del derecho a la salud en Venezuela*, Centro de estudios del desarrollo, Universidad Central de Venezuela, 2018.

Diccionario Panhispanico del español jurídico, disponible en: <https://dpej.rae.es/lema> ultima consulta 20/08/2021

EL Nacional, abril 2021 p. 16-18. C A Editorial El Nacional fundado en 1943

El Impulso, abril 2021, p. 7-12. Periòdico Regional con sede en Barquisimeto. Estado Lara Venezuela

Federaciòn Farmaceutica Venezolana, *Escasez de medicina en Venezuela*, disponible en: <https://www.efe.com/efe-america/sociedad/la-federacion-farmacèutica-venezolana-cifra-escasez-de-medicinas-en-un-85/20000013-3161928>. Ultima consulta 16/08/2021

Feo Oscar, Pascualina Curcio, Health care issue in the Venezuelan constituent process. *Rev Cubana Salud Pùblica* [online]. 2004, vol.30, n.2. ISSN 0864-3466.

Fuentes Alfredo, *El Pais*, 02/05/2018, p. 22.

Galli Vicente, *Invenciòn de enfermedades. Traiciones a la salud y la educaciòn*, noveduc, Argentina, 1987, p. 36.

Gonzalez Reinoza Javier, *La nueva concepciòn de la ley en la Constituciòn venezolana*, en *DIKAIOSYNE*, n. 12 2004.

Herrera Mariano, *El sistema educativo venezolano*, disponible en: <https://www.cice.org.ve/descargas/Sistema%20Educativo%20Venezolano.pdf> ultima consulta 01/07/2021

Instituto Nacional de Estadística.
http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=64&Itemid=39# ultima consulta 18/09/2021

Iriarte Aranza, *Raffalli Susana: La escasez de agua puede desatar una catástrofe sanitaria en el país*, disponible en <https://ccnesnoticias.com/2019/04/01/susana-raffalli-la-escasez-de-agua-puede-desatar-una-catastrofe-sanitaria-en-el-pais/>. Ultima consulta 12/09/2021

Llorente Blanca, Pardo Rafael, *Insumos para incorporar políticas para la inclusiòn social y autonomía de las personas con discapacidad en la agenda de salud del Banco Interamericano de Desarrollo*, en *Inter American Development Bank*, nov. 2019

Ministerio del Poder Popular para la Salud, www.mpps.gov.ve. Ultima consulta 08/09/2021

Organizaciòn Panamericana de la Salud, *publicaciòn científica y tècnica n. 642*, 2017, disponible en <https://www.paho.org/salud-en-las-americas->

2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf/ ultima consulta 12/08/2021

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
Pan American Health Organization, disponible en:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
ultima consulta 23/09/2021

Prieto Hugo, *De Viana José María: "La ausencia de servicios públicos se ha convertido en un mecanismo de dominación política"*, disponible en <https://prodavinci.com/josè-maria-de-viana-la-ausencia-de-servicios-publicos-se-ha-convertido-en-un-mecanismo-de-dominación-política/>.
<https://www.agensir.it/quotidiano/2019/10/16/venezuela-fmi-nel-2019-il-pil-in-calò-del-35-e-la-disoccupazione-al-47/>. Ultima consulta 18/08/2021

QS Top Universities, *Top Universities in Latin America*, disponible en: <https://www.topuniversities.com/university-rankings/latin-american-university-rankings/2020/> ultima consulta 22/06/2021

Redacciòn BBC Mundo, *Asamblea Nacional de Venezuela declara "crisis humanitaria de salud" por escasez de medicamentos*, disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/01/160125_venezuela_crisis_humanitaria_medicinas/ ultima consulta 28/05/2021

Restrepo Montilla Oscar Juliàn, *El carro colombiano, febrero 2019*.

Rondòn Fabiana, *El colapso elèctrico en Venezuela: un ingrediente mas de la profunda crisis*, disponible en https://www.vozdeamerica.com/a/venezuela_colapso-electrico-en-venezuela-un-ingrediente-mas-de-la-profunda-crisis/6068202.html. Ultima consulta 06/09/2021

Share America, *Venezuela: Hospitales abandonados*, disponible en: <https://share.lab.dev.getusinfo.com/es/venezuela-hospitales-abandonados-1/> ultima consulta 10/09/2021

Singer Florantonia, Alonso Moleiro, *Venezuela, las penurias de un país que se queda sin autobuses*, El Pais, 24 junio 2018.

Sintès Andres, *Libro de medicina general integral*, ed. ciencias medicas, Cuba, 1985, vol. I, p. 50 ss.

Schlenker Oscar, *Venezuela y la falta de agua: Los camiones cisterna son "una estrategia de propaganda muy cruel"*, disponible en <https://www.dw.com/es/venezuela-y-la-falta-de-agua-los-camiones-cisterna->

son-una-estrategia-de-propaganda-muy-cruel/a-53571000. Ultima consulta 08/09/2021

Transparencia, *Salud en Venezuela: un escenario aterrador para el 2020*, disponible en: <https://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2020/04/Informe-Salud-en-Venezuela-Escenario-aterrador-2020.pdf> ultima consulta 07/03/2021

Unesco, *La atención y educación de la primera infancia*, disponible en: <https://es.unesco.org/themes/atencion-educacion-primera-infancia>.
Villegas Raul, Breyda Juan, *Determinantes sociales de la salud en la población adulta mayor del barrio San Nicolás Coro*, en *Gestión I+D*, vol. 2, n. 2, 2017 ultima consulta 16/06/2021

