

EL DERECHO A LA SALUD EN VENEZUELA.

UNA MIRADA DESDE EL ENFOQUE DE LOS DERECHOS HUMANOS
THE RIGHT TO HEALTH IN VENEZUELA.
A PERSPECTIVE FROM THE APPROACH OF HUMAN RIGHTS

ANDY DEL VALLE DELGADO BLANCO¹

SUMARIO. I. Introducción II. Una aproximación al derecho a la salud. III. Derecho a la salud en Venezuela: garantías y limitaciones. IV. Disponibilidad. V. Accesibilidad. VI. Aceptabilidad y calidad. VII. A manera de cierre. VIII. Referencias.

Resumen

El propósito de este artículo es reflexionar sobre la realización efectiva del derecho a la salud en la Venezuela del siglo XXI, tomando como marco conceptual el enfoque de los derechos humanos. El análisis se focaliza en los cuatro criterios utilizados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas para examinar el cumplimiento de los derechos sociales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La revisión documental realizada sugiere que, a pesar de las garantías constitucionales, hay retrocesos significativos que limitan el goce efectivo del derecho a la salud para los sectores más vulnerables de la población; quienes no pueden acceder a los servicios y tratamientos o no son atendidos porque los establecimientos públicos de salud carecen de personal médico calificado, equipos básicos, insumos y medicamentos.

Palabras claves: Derecho a la salud, enfoque de derechos humanos, Venezuela.

¹ Docente investigadora del área de Desarrollo y Salud del Cendes-Universidad Central de Venezuela. Responsable de la línea de investigación: Ciudadanía social y derecho a la salud: actores, garantías y oportunidades. Abogada, MSc., en planificación del Desarrollo.

The right to health in Venezuela. A perspective from the approach of human rights

Abstract

This article has the purpose of generate a reflection about the effective accomplishment of the right to health in the 21st century Venezuela, taking Human Rights as a based framework approach. The reflection focuses on four criteria used by the United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights to examine the fulfillment of social rights: availability, accessibility, acceptability and quality. The bibliographic review suggests that, in spite of constitutional guarantees, there are significant setbacks that limit the realization of the right to health for the most vulnerable sectors of the population; they cannot accede to the services and treatments or are not attended due to the public health establishments lack of basic equipment, supplies, medicines and qualified medical professionals.

Keywords: The right to health, human rights based approach, Venezuela.

I. Introducción

Este artículo tiene por objeto discurrir sobre la realización efectiva del derecho a la salud en Venezuela desde el enfoque de los derechos humanos. En aras de

cumplir con ese propósito se realizó una revisión documental que abarcó normas de derecho interno y externo que garantizan el derecho a la salud, datos sobre la situación de salud en el país provenientes de fuentes oficiales internas, de entes pertenecientes al sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas, así como de organizaciones no gubernamentales y de trabajos de investigación elaborados por expertos en el tema. Es menester destacar que excede a los límites que se ha fijado la autora de este trabajo evaluar o medir el cumplimiento del derecho, en términos de indicadores, por lo que solo se expondrán algunos datos y situaciones de hecho que de forma directa e indirecta arrojan luces sobre la garantía y materialización del derecho objeto de estudio.

El derecho a la salud es considerado por la comunidad internacional un derecho de realización progresiva, dirigido al disfrute del más alto nivel posible de salud que genera obligaciones para los estados firmantes de los compromisos y acuerdos internacionales. En el derecho interno venezolano, con la Constitución de 1999, adquirió carácter universal y es considerado parte del derecho a la vida. Como se verá más adelante, el Estado asumió su garantía, para lo cual debe definir y ejecutar políticas que promuevan la calidad de vida, el bienestar de la población y el acceso a los servicios de salud.

Más allá del plano formal, la realización y goce efectivo del derecho se evidencia cuando la población tiene acceso real a establecimientos, servicios, bienes e insumos de salud, así como cuando los medicamentos y tratamientos están disponibles y, son aceptables en términos de uso, adecuación y calidad. De allí que, la reflexión de cierre de este trabajo apuntará a mostrar, a partir de la información discutida, en qué medida el Estado venezolano está tomando las medidas mínimas destinadas a crear condiciones que aseguren el cumplimiento de la garantía a través de la asistencia médica y los servicios públicos de salud; y, si está cumpliendo con las obligaciones generales, específicas, básicas y prioritarias a las que está obligado, según los parámetros fijados en los estándares internacionales para desarrollar y realizar el derecho.

Para efectos metodológicos, el trabajo se ha estructurado en dos bloques. En el primero se revisarán los aspectos más relevantes del derecho a la salud, desde lo doctrinario y lo normativo; se expondrá su contenido y alcance, desde los elementos o dimensiones que lo definen y, se resumirán las obligaciones generales, específicas, básicas y prioritarias que los pactos e instrumentos internacionales señalan a los Estados. En la segunda parte, de cara al sistema internacional de derechos humanos, se revisará la situación y estado de promoción y protección del derecho a la

salud en Venezuela, bajo los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Para finalmente presentar una reflexión sobre el estado real de la garantía y el acceso efectivo del derecho por parte de la ciudadanía.

II. Una aproximación al derecho a la salud

El derecho a la salud es un derecho profundamente imbricado con la vida, la justicia, la igualdad y la libertad. Con la vida por su relación con la existencia misma del ser humano, así como con su desarrollo integral y digno; con la justicia, por la necesidad de asumir la salud como un bien común que posibilita la expansión de las potencialidades de las personas; con la igualdad, en términos de las posibilidades materiales y sociales que, más allá de lo mínimo, permitan el goce de este y otros derechos. Con la libertad, por la posibilidad de elegir y tener autonomía.

La doctrina internacional, académicos y activistas en la materia han discutido, de manera profusa, aunque nunca suficiente, el concepto de derecho a la salud. El amplio espectro de este debate se pasea por su naturaleza jurídica, dimensiones u objeto tutelado, según sea el caso. Al intentar darle una denominación surgen expresiones o constructos como derecho a la protección de la salud, a la salud, a la asistencia sanitaria, al máximo nivel posible de salud, a gozar de un nivel adecuado de salud, a un alto nivel de protección de

la salud humana, a la asistencia médica, al cuidado de la salud, a un mínimo decente de asistencia sanitaria, al respeto de la salud y a las prestaciones de salud.²

Desde el punto de vista objetivo, se trata de un conjunto de normas jurídicas que regula tanto la relación médico-paciente, como los aspectos sanitarios y puede ser definido como “la rama del Derecho que regula las relaciones jurídicas que tienen por objeto la salud humana y su protección” (González, 2005: 4). Bajo un criterio subjetivo se le entiende como el derecho de las personas a recibir atención, servicios públicos y condiciones de vida y trabajo salubres. Vélez Arango (2011: 151), por su parte, asume el derecho a la salud como una posibilidad real de acceder: “al conjunto de personas, organizaciones y tecnologías que se especializan en el cuidado de la salud en sus diferentes niveles de complejidad y en sus distintas fases: promoción, protección, diagnóstico, tratamiento y recuperación”,³ a lo que podría agregarse los recursos que lo hagan efectivo y realizable.

Más allá de las denominaciones, hay unos consensos mínimos en torno a la naturaleza prestacional del derecho a la salud y las conductas a seguir por los actores. Ese carácter “da lugar a una presta-

ción exigible del Estado” (Sagués, citado por Muller, 2014: 26), que consiste en servicios de salud adecuados, suficientes y de calidad que permitan preservar, conservar, restituir o rehabilitar la salud cuando se ha perdido, sin que se pueda alegar la falta de recursos para incumplir esa protección. Los Estados, en tanto actores activos de esa prestación, están obligados a trascender lo curativo para abarcar lo preventivo y lo promocional; de allí las implicaciones que se desprenden del diseño y ejecución de políticas públicas dirigidas a promover una economía fuerte y sólida, estilos de vida saludables, trabajos dignos y decentes, hábitats sostenibles, seguridad alimentaria y nutricional, condiciones educativas inclusivas y cuidados preventivos, entre otros.

Las obligaciones derivadas de este derecho, en sentido positivo y negativo, abarcan el hacer y el no hacer. El primero de ellos se refiere a la obligación estatal de promover o realizar directamente acciones específicas como el diseño y ejecución de políticas públicas de salud, que atiendan a la sociedad en general y garanticen el goce efectivo del derecho. El enfoque negativo describe la abstención del Estado y los particulares de hacer algo que podría dañar a la persona o limitar el disfrute del derecho.⁴

2 Para seguir esta discusión, véase: Figueroa, 2013; Castillo, 2002; Ciuro, 2012; Lema Añón, 2010; Meterhikian, 1998, entre otros.

3 Para profundizar en la aproximación de esta autora al tema del Derecho a la salud, véase su trabajo de los años 2007, 2010 y 2011.

4 Véase: Torronteguy, 2014; Muller, 2014 y Bañuelos *et al.*, 2014, entre otros.

Una de las claves más significativas para el desarrollo de este derecho se encuentra apalancada en su reconocimiento internacional, iniciado al constituirse, en 1946, la Organización Mundial de la Salud, pasando por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Declaración DDHH) suscrita en 1948 y, en lo regional, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de ese mismo año, hasta llegar al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). La trascendencia de este último instrumento la marca su contenido y posterior ratificación por parte de 146 Estados miembros de la comunidad internacional, reafirmado luego en América, por el Protocolo de San Salvador.⁵ Ya en el presente siglo, las Naciones Unidas crearon la relatoría especial y luego, la Observación General N.º 14 (OG14) adoptada en el año 2000 por su Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, por sus siglas en inglés, en lo adelante el Comité) encargado de supervisar la aplicación del PIDESC que aclara su naturaleza y contenido como derecho humano, así como las obligaciones de los Estados en su respeto y protección.

La preocupación de la comunidad internacional por discernir sobre la concepción,

5 Cabe destacar que este instrumento es el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales.

alcance y contenido del derecho a la salud abarca el amplio espectro de posibilidades, condiciones y factores de protección (Cortis y Gutiérrez, 2010). Esto ha ido evolucionando desde el impreciso y reivindicativo “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr” al que alude la Declaración de los DDHH), pasando por la preservación de la salud (Convención Americana) hasta llegar al “más alto nivel posible de salud física y mental” (PIDESC). Este último esfuerzo ha servido al Comité para interpretar el derecho a la salud como un derecho inclusivo que engloba la atención de salud oportuna y apropiada y los principales factores determinantes de la salud, como acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, suministro adecuado de alimentos sanos, nutrición y vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

En aras de definir el derecho y fijar el espectro que permita evaluar el cumplimiento de su garantía, el Comité, en la OG14, estableció cuatro dimensiones que precisan su contenido: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. El primero de esos elementos se refiere a la necesidad de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, programas, servicios públicos y centros de atención de la salud que dispongan de agua

limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, personal médico y profesional, capacitado y bien remunerado, así como de medicamentos esenciales. La accesibilidad alude a dos aspectos: acceso y asequibilidad; el primero precisa que todas las personas, sobre todo, las pertenecientes a los sectores más vulnerables y marginados de la población, tengan la posibilidad de acceder, en los hechos y el derecho, en lo físico, geográfico, funcional, económico e informativo a los establecimientos, bienes y servicios de salud, sin ningún tipo de discriminación.

La asequibilidad apunta a evitar inequidades en el pago de los servicios de atención en salud relacionados con los factores determinantes básicos de esta; así, cuando estos deban pagarse, esas contraprestaciones han de basarse en el principio de la equidad, “a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos” y que no recaiga sobre los hogares más pobres “una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud” (OG14).

La aceptabilidad tiene que ver con el respeto a la cultura de las personas, a la sensibilidad, los requisitos del género y el ciclo de vida; de manera que, todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán concebirse para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas. La calidad se refiere a que los establecimientos, bienes y servicios de

salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico lo que requiere, entre otras cosas, que el personal médico esté capacitado, los medicamentos y equipos hospitalarios se encuentren en buen estado, estén aprobados desde el punto de vista científico, se cuente con agua limpia potable y que las condiciones sanitarias sean adecuadas.

Para asegurar la efectividad del derecho, los Estados firmantes del PIDESC se comprometieron a tomar unas medidas mínimas para reducir la mortalidad y la mortalidad infantil; prevenir, tratar y luchar contra las enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales; crear condiciones que aseguren asistencia médica y servicios médicos a las personas, en caso de enfermedad y mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente. Estos compromisos, aunque marcaron un antes y un después en la protección del derecho a la salud y del resto de los derechos regulados en el Pacto, requerían de una mayor precisión, en términos de su alcance. Con la OG14 el Comité diluyó los puntos difusos sobre la interpretación de esos mínimos estatales y fijó a los Estados signatarios obligaciones generales, específicas, básicas y prioritarias que les permiten desarrollarlos y cumplirlos.

Las obligaciones generales tienen una doble finalidad de garantía y realización; por una parte, buscan que el Estado garantice el derecho a la salud sin discri-

minación alguna y, por la otra, que tome medidas, deliberadas y concretas, que contribuyan a la realización progresiva del derecho, de manera expedita y eficaz. Las obligaciones específicas forman la tríada de actuación de los Estados cuando se trata de los derechos humanos: respetar, proteger y cumplir, en este caso, del derecho a la salud, a través de acciones positivas o negativas. Estos compromisos concretos obligan a los Estados partes del Pacto a evitar cualquier violación directa –o por parte de terceros– del derecho a la salud, lo que les obliga a evitar cualquier acción que interfiera en su garantía. En paralelo deberán promulgar medidas “de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud” (OG14), a través de leyes, decretos, reglamentos, políticas o programas.

Las obligaciones básicas están orientadas a satisfacer los niveles esenciales del derecho a la salud desde la atención primaria en salud. Esto incluye el acceso a la atención sanitaria, a la alimentación nutritiva adecuada y segura, al hogar, la vivienda, el agua limpia, los medicamentos esenciales y a la distribución equitativa de instalaciones, bienes y servicios de salud. Las prioritarias exigen a los Estados atender la salud genésica, materna e infantil; proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevenir, tratar y erradicar enfermedades

epidémicas y endémicas, así como problemas de salud a través de la educación y el acceso a la información sobre estos temas; e incluso capacitar, de forma adecuada, al personal del sector de la salud en materia de derechos humanos (OG14).

Los trabajos del Nobel de Economía, Amartya Sen (2000), han tenido una influencia notable para que hoy día el desarrollo se vincule con la posibilidad de las personas de vivir la vida que quieren y valoran vivir. En este sentido, una persona con mejor salud tiene un mayor abanico de posibilidades para participar en la vida en sociedad (Vélez, 2010), lo que requiere de Estados comprometidos efectivamente en crear condiciones para que sus ciudadanos alcancen el “más alto nivel posible de salud física y mental”, a través de políticas, programas y servicios destinados a preservar la salud, prevenir la morbilidad innecesaria y la mortalidad evitable.

El marco de los Derechos Humanos es una estrategia útil para examinar la forma en que los Estados cumplen sus compromisos y abordan la atención de la salud de su población, en términos de la naturaleza, calidad, intensidad, oportunidad y pertinencia de las políticas públicas que desarrollan; de los programas, servicios y bienes de salud que ponen a la disposición de sus ciudadanos; del gasto público adecuado que destinan a la salud. Elementos y factores que, por un lado, aportan sentido y contenido al derecho, y el por el otro,

sirven como parámetros objetivos para evaluar su responsabilidad en el cumplimiento efectivo del derecho por lo que, en la sección siguiente, se describirán situaciones concretas que permiten una aproximación al estado en que se encuentra el Derecho a la salud en Venezuela.

III. Derecho a la salud en Venezuela: garantías y limitaciones

Con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, promulgada en 1999, se pretendió fundar un nuevo proyecto nacional. Se consagró en ella un Estado democrático y social de Derecho y de Justicia responsable de garantizar las obligaciones sociales y la procura de la justicia social. La salud se asumió como un derecho social, de carácter universal, parte del derecho a la vida y la protección de la salud se convirtió en objeto de tutela.⁶ En ejercicio de esa garantía, el Estado venezolano debe cumplir con, al menos, tres obligaciones básicas: a) promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso

a los servicios; b) crear, ejercer la rectoría y gestionar un sistema público nacional de salud que enfatice la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento oportuno y la rehabilitación; y, c) desarrollar políticas destinadas a la formación de profesionales en la materia y una industria nacional de producción de insumos para la salud.⁷

Los expertos en el tema⁸ coinciden en afirmar que luego de promulgada la Constitución, en un primer momento, en el papel, el discurso y las formas las políticas sociales estaban dirigidas a la integración, participación social y la corresponsabilidad; centradas en la persona como ser humano y que en su diseño se incorporaron las nociones de capital humano y social para garantizar salud, trabajo, educación, seguridad social y vivienda.

Concuerdan igualmente, en que, en los hechos, la tendencia fue al continuismo y la reproducción de programas y estilos populistas de dirección, con “prácticas antiéticas como corrupción y clientelismo” y “estrategias asistenciales-compensatorias-focalizadas” en las que se cambiaron modalidades y actores y se mantuvieron vicios que perjudicaron “el desempeño e

⁶ Artículo 83. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. “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 internacionales suscritos y ratificados por la República”.

⁷ Véase los artículos 2, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

⁸ Véase, Alvarado, 2005, 2004, y 2003; D’Elía, Lacruz y Maingon, 2006; Gómez Sánchez, 2006; Gómez Sánchez, y Alarcón Flores, 2009; González y Lacruz, 2008; Lacruz, 2006; Mujica Chirinos, 2006; Mujica y Alvarado, 2004; Mujica y Rincón, 2006; Maingon, 2004-2005, 2004 y 200.

impacto de la política social” (Alvarado, 2003: 143 y Alvarado, 2004: 188). Durante esos primeros años de vigencia de la Constitución de 1999, el órgano rector en materia de salud tuvo un rol central en la definición y coordinación de la política social, se vinculó la salud a las políticas de calidad de vida y se buscaron nuevos procedimientos para ampliar la cobertura y aumentar las oportunidades de atención integral a las personas (Maingon, 2004).

El año 2003, en medio de una crisis política e institucional que incluyó paros, ciclos insurreccionales y un fallido golpe de Estado, vino a representar un quiebre en el modo de concebir y ejecutar la política social; el entonces Presidente de la República redefinió sus estrategias de acción social e incrementó el presupuesto dirigido a los principales programas sociales asistenciales para ampliar su cobertura. A partir de allí, los programas a través de los cuales se han ejecutado de manera central las políticas sociales, reciben el nombre de misiones sociales.⁹

La salud se siguió considerando un asunto preeminente en las políticas públicas por su contribución a la generación

9 Este proyecto aunque surgió el 16 de abril de 2003, en la Alcaldía del Municipio Libertador, en el marco del Convenio Venezuela-Cuba, “[...] como respuesta del Estado venezolano para la solución de las principales necesidades sociales y de salud, [...] el punto de partida para el desarrollo de la Red de Atención Primaria [...]”; posteriormente se transformó en una “estrategia global de salud para coordinar integralmente los aspectos relacionados con salud, educación, cultura y deporte” (Rodríguez *et al.*, 2006: 12).

de “capacidades, medios y condiciones para garantizar su pleno ejercicio como derecho...” (Alvarado *et al.*, 2008: 117-119). Se comenzó a aplicar el Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) centrado, básicamente, en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la participación de comunidades organizadas. Para consolidar la atención primaria como política de salud, se creó la Misión Barrio Adentro.¹⁰

De manera progresiva, la situación fiscal, económica, social y política del país se fue complejizando. La disminución de los precios del barril de petróleo ha tenido consecuencias significativamente negativas en un país mono productor y dependiente de la renta petrolera, que ha visto entre 2012 y 2015, el precio de su petróleo ha pasado de USD 100/b a USD 40.7/b; lo que conjuntamente con políticas económicas y fiscales discutibles (controles de precios y del tipo de cambio de moneda extranjera, devaluación de la moneda, confiscación

10 Este modelo se desarrolló en cuatro fases; la primera de ellas, Barrio Adentro I, iniciada en 2003. Consistió en la creación de consultorios y clínicas populares dentro de las comunidades “con poco acceso al sistema de salud convencional” (<http://ceims.mppre.gob.ve/>). La segunda fase o Barrio Adentro II, comenzó en 2004 cuando se conformó un segundo nivel de atención a través de servicios diagnósticos, consultas especializadas y emergencias provenientes de Barrio Adentro I. La tercera fase o Barrio Adentro III, se inició a finales del 2005 y tuvo como propósito la modernización de la red hospitalaria existente en el país; la última etapa, Barrio Adentro IV, iniciada en septiembre del 2007, consiste en la ampliación de la red hospitalaria especializada para el fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud.

de tierras cultivables, monopolio estatal de los suministros agropecuarios, entre otras) ha incidido en una recesión que llega a su quinto año consecutivo, con una reducción acumulativa del 40.6 % de su Producto Interno Bruto, que podría continuar hacia la baja en un 8.5 % en 2018; mientras que, la inflación podría alcanzar un 13 864.6 % antes de que finalice el 2018. Frente a este panorama, fuentes académicas como Encovi¹¹ indican que, entre 2015 y 2017, la pobreza en Venezuela aumentó en 10 puntos porcentuales, y solo en 2017, la pobreza por ingresos alcanzó un 87 %, mientras que un 56 % de la población se encontraba en pobreza reciente y un 30 %, en pobreza crónica.¹²

En el marco de los indicadores sociales y económicos destacan los de salud,¹³ que evidencian las oportunidades y relaciones de la población en esta materia y permiten una aproximación a la eficacia y efectividad de la garantía que brinda el Estado venezolano, en términos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de

los servicios y bienes de salud públicos, ya que, como señalara Ciuro (2004-2005), las cuestiones de salud son mucho más que cuestiones administrativas y complican cualquier panorama jurídico.

IV. Disponibilidad

En Venezuela, la red pública de servicios de salud abarca el 90 % de los establecimientos y concentra el 70 % de las camas. Conforme a los informes de las organizaciones de derechos humanos, hasta un 80 % de esos centros se encuentra en condiciones precarias de infraestructura y servicios, con reportes de escasez de 70 % en insumos básicos y médico-quirúrgicos; 80 % de desabastecimiento en medicinas; 50 % de disminución de personal médico, 60 % de paralización de equipos de diagnóstico y tratamiento, y fallas constantes de energía eléctrica y agua (Provea¹⁴ y Codevida,¹⁵ 2016). En 2007, el Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud (OCDS)

11 La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida de la Población Venezolana (Encovi) es un proyecto que vienen desarrollando en Venezuela, desde 2014, investigadores pertenecientes a la Universidad Simón Bolívar, la Universidad Central de Venezuela y la Universidad Católica Andrés Bello. Para mayor información, véase: <https://encovi.ucab.edu.ve/>.

12 Véase, Carillo, 2018; Cepal, 2018; FMI, 2018 y, Encovi, 2018, entre otros.

13 En este campo hay una marcada opacidad por cuanto no hay regularidad en la publicación de datos oficiales. Desde 2013 no se publica el Anuario de Mortalidad y Morbilidad; y los boletines epidemiológicos se han dejado de publicar, como se explica más adelante.

14 Programa venezolano de educación-acción en derechos humanos, fundado en 1988, es una "organización no gubernamental, independiente y autónoma de partidos políticos instituciones religiosas, organizaciones internacionales o gobierno alguno, que tiene como fin la promoción y defensa de los derechos humanos, en particular los derechos económicos, sociales y culturales". Información disponible en: <http://www.derechos.org.ve/provea/misionvision-y-objetivos-generales/>.

15 Coalición por la vida. Asociación Civil sin fines de lucro, fundada en 2005, "agrupa a organizaciones que trabajan en la promoción y defensa de los derechos a la salud y la vida de personas con condiciones de salud crónicas y de alto costo y alto riesgo". Información disponible en: <https://coalicionporla-vida.wordpress.com/>

llamó la atención sobre la insuficiencia de ambulatorios de atención primaria y especializada para atender la demanda de usuarios, destacó que la red de centros sanitarios adscrita al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, aunque altamente tecnificada, apenas cubría “formalmente al 35 % de la población total”; y, que la cobertura de la Misión Barrio Adentro era muy baja pese a la cercanía de sus centros o módulos a los sectores populares (OCDS, 2007: 126).

Pese a las consecuencias que se desprenden de ello, en los últimos ocho años, el gobierno nacional no ha actualizado datos sobre los recursos humanos con que cuenta para garantizar la atención en salud.¹⁶ La pérdida de personal calificado en este sector amenaza con convertirse en un problema que merece señalarse: según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012),¹⁷ de 17.4 médicos por cada 10 mil habitantes con los que se contaba, en 1990 se pasó a 12.3 en 2010, lo que marcaba, ya para ese momento, una tendencia negativa frente a la mayoría de países de la región suramericana. Para tratar de paliar ese déficit, en el año 2003, se puso

en ejecución el Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria, cuyo objetivo es formar médicos “con el perfil de atención primaria de salud y garantizar la sostenibilidad del sistema” (Carrillo, 2018: 9).

Para 2007, el 9.6 % de los médicos adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Salud abandonaron el país, y, entre 2008 y 2009, más de 2000 médicos hicieron lo propio; para 2017, más de 21 980 médicos de diversas edades y especialidades habían emigrado. Solo en Caracas, 222 profesionales de enfermería solicitaron sus documentos profesionales ante su respectivo colegio, mientras que en el estado fronterizo del Táchira, el déficit para el 2016 era de 642 profesionales.¹⁸ Antes de finalizar el primer semestre de 2018, aproximadamente el 50 % de los médicos y el 37 % de los enfermeros se había marchado del país (ACNUDH, 2018) con el subsecuente impacto negativo que esto tiene tanto en la red hospitalaria, pública y privada, como los centros de formación profesional, dando lugar al “surgimiento de vacantes en

16 Véase OPS (2012); y BM, 2018, https://www.indexmundi.com/es/venezuela/densidad_de_medicos.html

17 La *Organización Panamericana de la Salud* (OPS) es el “organismo especializado de salud pública del sistema interamericano, encabezado por la Organización de los Estados Americanos”. Tiene una oficina de representación en Venezuela desde 1958. Véase en <https://www.paho.org/hq/?lang=es> y en: https://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=24:acerca-de-ops-venezuela&Itemid=122.

18 Declaraciones de Douglas León Natera, presidente de la Federación Médica de Venezuela. Véase en http://www.el-nacional.com/noticias/crisis-humanitaria/diaspora-medicina-venezolana-una-generacion-medicos-exiliados_213270; de Ana Rosario Contreras presidenta del Colegio de enfermería del Caracas y de Daniel Lizcano, presidente del Colegio de Profesionales de la Enfermería del estado Táchira. Disponible en: <http://efectococuyo.com/principales/los-enfermeros-no-migran-sino-que-huyen-ante-salarios-en-clinicas-y-hospitales/>, consultado el 2 de julio de 2018. (Hernández y Ortiz, 2011: 177-178).

plazas de posgrado y al éxodo de personal altamente calificado hacia países como España, Estados Unidos y Australia como principales países receptores” (Hernández y Ortiz, 2011: 177-178).

Al déficit de profesionales de la salud se suma la insuficiencia de establecimientos, bienes, servicios y programas públicos de salud. Entre 2007 y 2015 la tasa de camas por mil habitantes cayó de 1.3 a 0.73, con lo cual se dejaron de atender a “más de un millón de personas” (Carrillo, 2018: 9). Conforme a Oletta y Walter (2018) la capacidad operativa actual de los servicios radio oncológicos, a nivel nacional, está reducida a 4 unidades de radioterapia externa; la red de atención oncológica no alcanza a los 2923 pacientes diagnosticados con alguna patología por año, para un déficit estimado de oferta de servicio de 23 077 pacientes por año; para febrero de 2018, ninguna de las bombas de cobalto que existen en el país estaban operativas y, de los siete hospitales públicos del Área Metropolitana de Caracas que ofrecían servicios oncológicos, solo uno contaba con un acelerador lineal parcialmente operativo, mientras que, el número de los no operativos en todo el territorio nacional alcanzaba el 45.45 %; de igual manera, el 83.33 % de las entidades federales carecen de equipos instalados para dar tratamiento especializado en esta materia.

V. Accesibilidad

Los estudios e informes de organizaciones de derechos humanos y grupos de especialistas y académicos que vienen monitoreando la situación de la salud en Venezuela¹⁹ evidencian la imposibilidad que tiene un elevado número de personas para tener acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud o para seguir tratamientos prescritos; bien, porque no reciben atención médica debido a la insuficiencia de insumos o medicamentos y se les coloca en listas de espera para recibir tratamientos y cirugías o porque carecen de dinero para adquirirlos. Señala Con-vite²⁰ (2017) que, al 25.6 % de las familias venezolanas se les negó el acceso a los servicios y programas públicos de salud por falta de recursos para prestar la atención. Un ejemplo de ello se encuentra en que entre 2007 y 2009, el Ministerio de Salud no suministró vacunas Antipolio, Penta-valente y Trivalente Viral a la población infantil menor de 5 años y, en 2010, dejó de vacunar a casi 70 % de la población infantil de un 20 % de los municipios del país que todavía presentan rezago (Provea-Codevida, 2016).

La materia de medicamentos merece revisarse con detenimiento. De acuerdo con

19 Véase Codevida, 2015; Médicos por la salud y ovs, 2016; Provea y Codevida, 2016, entre otros.

20 Asociación civil sin fines de lucro que desde 2006 trabaja en la garantía y exigibilidad de los derechos sociales en Venezuela. Véase <http://www.venescopio.org/ve/sin-categoria/convite-a-c>.

Oletta y Walter (2018), más del 50 % de la población mayor de 50 años que sufre de hipertensión o diabetes no tiene acceso a medicamentos como antihipertensivos, insulina, antidiabéticos orales, ni en los programas regulares de los órganos prestadores de salud ni en las farmacias privadas; y, pese a que desde 2007 el Instituto Venezolano de los Servicios Sociales asumió la responsabilidad de adquirir y distribuir gratuitamente medicamentos oncológicos así como el Programa Nacional de Sida/ITS del Ministerio del Poder Popular para la Salud es responsable del suministro de los Tratamientos Antirretrovirales de Alta Eficacia, el 80 % de los fármacos usados como primera opción para numerosos tipos de cáncer, entre ellos los más frecuentes, están agotados y, en 2016, el Ministerio no compró el 90 % de estas medicinas. También indican estos investigadores que entre 2013 y 2014, 61 000 personas con VIH-sida tuvieron que interrumpir sus tratamientos, 560 personas con linfoma estaban recibiendo medicamentos que les obligan a cambiar sus esquemas o tener recaídas tempranas; y, 4443 personas con hemofilia y otros problemas hematológicos no cuentan con los factores necesarios a aplicarse una o dos veces por semana para la coagulación de la sangre (Oletta y Walter, 2018).

VI. Aceptabilidad y calidad

Para 2017, el 64 % de los servicios de nutrición se encontraban inoperativos y solo 13 % contaba con el servicio adecuado; mientras el 63.6 % de los servicios pediátricos de los hospitales públicos no contaba con fórmulas para recién nacidos y un 63 % de los centros asistenciales sufría fallas de agua y artículos de higiene que coadyuvaban a problemas de infección generalizados.²¹ En mayo de ese mismo año, luego de casi dos años de ausencia, el Ministerio del Poder Popular para la Salud publicó el Boletín Epidemiológico con las cifras oficiales correspondientes al año 2016 y los 26 reportes pendientes desde julio de 2015. Los registros muestran 756 muertes maternas, lo que significa un aumento del 65.79 % con respecto a 2015. En el caso de la mortalidad infantil, el número de muertes acumuladas en menores de un año es de 11 466 en total, frente a 8812 fallecimientos en el 2015, lo que indica un aumento del 30.12 %; llama la atención que estas muer-

21 Véase la Encuesta Nacional de Hospitales (ENH, 2017). Instrumento que bajo la asesoría técnica del Observatorio Venezolano de la Salud (Proyecto asociado al Área Desarrollo y Salud del Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela que busca monitorear y hacer seguimiento a los principales indicadores de salud y nutrición (<https://www.ovsalud.org/nosotros/>) y de la Red de Médicos residentes que conforman la Organización no gubernamental Médicos por la Salud (Grupo de Médicos Residentes y Especialistas) se viene realizando para verificar el estado en que se encuentra la infraestructura de los centros asistenciales públicos en Venezuela, los servicios médicos y la disponibilidad de insumos y equipos.

tes se producen, básicamente, durante el periodo neonatal, con un 53.9 % de fallecimientos (bebés en sus primeros 28 días de vida).²²

VII. A manera de cierre

Los derechos humanos son un marco para obtener una vida plena, la salud en tanto bien jurídico común que posibilita a las personas la expansión de sus potencialidades, les permite el goce de esos derechos: una persona sana es un ciudadano hábil y útil para el desarrollo de un país. Conforme señala Amartya Sen (2000), son pocas las cosas que pueden realizarse si no se goza de buena salud. El contexto, las oportunidades diferenciales, los determinantes sociales y medios con los que se cuenta son elementos que inciden en el ejercicio de los derechos.

Desde 1948 el reconocimiento de la salud como derecho ha venido en constante evolución como bien lo expresan los diferentes acuerdos, tratados e instrumentos internacionales que regulan por una parte, su contenido, alcance y dimensiones y por la otra, establecen las obligaciones de los Estados integrantes de las Naciones Unidas para tratar de fijar mínimos sustantivos que permitan asegurar la dignidad de la vida humana. El Estado venezolano, signatario de esos compromisos, los ha asumido como parte de sus normas inter-

nas y es responsable, ante sus ciudadanos y el concierto de las naciones, de establecer políticas, programas y medidas que los satisfagan.

La realización del derecho a la salud se evidencia en las oportunidades reales que tienen las personas para su ejercicio y disfrute; disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad son dimensiones esenciales e interrelacionadas que permiten aproximarse al grado de cumplimiento del derecho, por parte de un Estado. Esa observancia se expresa en las condiciones de vida de la población; en las políticas, programas, establecimientos, servicios, personal y equipos necesarios para el cuidado de la salud en sus diferentes niveles de complejidad y en sus distintas fases: promoción, protección, diagnóstico, tratamiento y recuperación.

La Constitución de 1999 asigna al Estado venezolano la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de su población, en ejercicio de lo cual debe asegurar la distribución de servicios médicos adecuados, con infraestructura, bienes y servicios públicos de calidad en los que se cuente con personal calificado suficiente para atender los requerimientos de salud. Los parámetros fijados en los estándares internacionales para desarrollar y realizar el derecho establecen la necesidad de tomar medidas mínimas destinadas a crear condiciones que aseguren el cumplimiento de la garantía, a través de la asistencia

²² Véase <https://www.ovsalud.org/publicaciones/documentos-oficiales/>

médica y los servicios públicos de salud, para lo cual deberán cumplir con unas obligaciones generales, específicas, básicas y prioritarias.

Los datos expuestos a lo largo de este trabajo permiten una visión comprensiva sobre la garantía y disfrute del derecho a la salud en la Venezuela actual que puede situarse en dos planos de interpretación. El primero abarca lo formal o normativo que se inicia con la ampliación de derechos en la Constitución de 1999. Cuerpo de normas que establece la universalidad del derecho a la salud, su imbricación con el derecho a la vida y un apego explícito a las declaraciones, pactos e instrumentos internacionales que rigen los derechos humanos y especialmente, los sociales.

Un segundo plano se sitúa en el campo de las oportunidades reales y las estructuras institucionales que ofrece el Estado para el goce del derecho, el incremento del bienestar y la calidad de vida de las personas. Cuando se cruzan ambos ejes se observa que a nivel discursivo hay un reconocimiento del derecho que no se concreta en los hechos. Los datos fácticos muestran una limitación de las oportunidades para cristalizar las pretensiones legítimas de las personas de tener condiciones que reduzcan los casos de enfermedad y les permitan alcanzar el más alto nivel posible de bienestar. La atención y asistencia médica oportuna y apropiada en los casos a los que hubiere lugar es limitada, cuando no

inexistente; el derecho solo no basta, se requieren recursos y condiciones.

Los planos que se vienen refiriendo permiten trazar dos líneas de incumplimiento por parte del Estado, uno hacia el orden interno y otro hacia lo externo. El primero de ellos está directamente relacionado con la obligación constitucional de garantizar la universalidad y diseñar políticas que de manera efectiva promuevan la calidad de vida, el bienestar de la población y el acceso a los servicios de salud. Garantía que se hace ilusoria para los sectores en situación de vulnerabilidad y riesgo –enfermos de cáncer, seropositivos, personas que padecen de VIH, con enfermedades crónicas y prevenibles, entre otros– quienes no tienen acceso real y efectivo a servicios, bienes, tratamientos y medicamentos; ya que, quienes logran ser atendidos en los establecimientos, centros asistenciales y servicios públicos encuentran que estos carecen de insumos y medicamentos y cuando los hay, no son aceptables en términos de uso, adecuación y calidad, lo que constituye una manifestación clara de discriminación.

De cara a la comunidad internacional hay una clara inobservancia de los compromisos asumidos al suscribir y ratificar el PIDESC, –y sus instrumentos posteriores– en cuanto a la obligación que tiene el Estado venezolano de tomar medidas mínimas destinadas a crear condiciones que aseguren el cumplimiento de la garantía del derecho a la salud, a través de la asis-

tencia médica y los servicios públicos de salud. Hay un incumplimiento generalizado de las obligaciones generales, específicas, básicas y prioritarias establecidas para desarrollar y realizar plenamente el derecho que se evidencian al no tomar medidas legislativas, administrativas, presupuestarias deliberadas y concretas, de manera expedita y eficaz, que den plena efectividad al derecho a la salud, en los términos señalados en la OG14.

Los datos expuestos muestran que hay un aumento de la morbimortalidad materna e infantil, no se están proporcionando los esquemas de inmunización debidos contra las principales enfermedades infecciosas, una creciente pérdida de personal capacitado que amenaza los estándares internacionales en la materia y limitaciones evidentes en el acceso a servicios, tratamientos y medicamentos oportunos y de calidad; lo que, entre otros factores, converge para afirmar que los niveles esenciales del derecho a la salud no están siendo satisfechos por el Estado quien no cumple con los deberes básicos de atención primaria en salud ni distribuye equitativamente las instalaciones, bienes y servicios de salud.

A lo largo de estas líneas se ha demostrado que no se trata simplemente de una garantía limitada del derecho por parte del Estado, sino de que, en la mayoría de los casos, el derecho sencillamente no se satisface y se pone en riesgo la integridad

física y emocional de las personas, e incluso su vida. Cada vez que las instituciones de salud venezolanas niegan o limitan la calidad, acceso, disponibilidad y aceptabilidad de servicios, bienes, insumos, suministros y tratamientos en salud, hay una violación flagrante –e incluso negación– del derecho a la vida y a la salud, lo que constituye un claro retroceso y una discriminación en el ejercicio y goce real del derecho. Así, en Venezuela el respeto, protección y cumplimiento del derecho a la salud se halla seriamente comprometido.

VIII. Referencias

- Alvarado, Carlos, Martínez, María, Vivas-Martínez, Sarai, Gutiérrez, Nuramy y Wolfram Metzger. 2008. “Cambio social y política de salud en Venezuela”, en *Medicina Social*, 117-3(2), mayo. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/> (consultado el 7 de junio de 2018).
- Alvarado, Neritza. 2005. “Populismo, democracia y política social en Venezuela”, en *Fermentum*, Mérida, 15(44), septiembre-diciembre, pp. 305-331.
- Alvarado, Neritza. 2004. “Pobreza y exclusión en Venezuela a la luz de las Misiones Sociales (2003-2004)”, en *Fermentum*, Mérida, 14(39), enero-abril, pp. 181-232.
- Alvarado, Neritza. 2003. “La atención a la pobreza en Venezuela del ‘Gran Viraje’ a la ‘V República’, 1989-2002”, en *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, IX(2), julio-diciembre, pp. 111-150.

- Asamblea Nacional Constituyente. 1999. *Constitución de la República Bolivariana Venezolana de Venezuela*. Caracas. Gaceta Oficial Núm. 5.453. Extraordinario del 24 marzo.
- Bañuelos, Carla, Cernada, Claudia, Dakesian, María, Kielmanovich, Mariana y Carla Fierri. 2014. “La formación en la perspectiva de derechos en la residencia interdisciplinaria de educación para la salud en el sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires”, en: *Estudios sobre el Derecho a la salud* (Mariza Aizenberg, directora). Departamento de publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Carrillo Roa, Alejandra. 2018. “Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio?”, en *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3). pp. 1-15. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000305003&script=sci_abstract&tlng=es/ (consultado el 11 de junio de 2018).
- Castillo, Fernando. 2002. “Derecho a la salud. Recientes evoluciones de la jurisprudencia constitucional”. Ponencia presentada en el Seminario sobre el Estado de *Derecho* y Poder Legítimo. Conferencista en el XII Congreso Nacional y IV Interamericano de *Salud Pública*. Disponible en <https://www.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/.../Derechoala-salud/CONFERENCI> (consultado el 11 de junio de 2018).
- Courtis, Christian y Gutiérrez, Rodrigo. 2010. “Consideraciones generales sobre el derecho a la salud”, en Pérez Arguelles, Mariana (coord.^a). 2010. *Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua*. Fundar. Centro de Análisis e investigación, A. C. [Documento en línea]. Disponible en <http://fundar.org.mx/mexico/> (consultado el 16 de junio de 2018).
- Ciuro Caldani, Miguel Ángel. 2004-2005. “Filosofía trialista del derecho de la salud”. *Revista del Centro de Investigaciones de Filosofía Jurídica y Filosofía Social*, 28. Disponible en <http://www.centrodefilosofia.org.ar/> (consultado el 16 de junio de 2018).
- Coalición de organizaciones por el derecho a la salud y a la vida. 2015. “Defensa del Derecho a la Salud-CIDH”. Trabajo presentado en la Universidad Católica Andrés Bello, en el marco de las *Jornadas realizadas por la Defensa del Derecho a la Salud*, octubre.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2018. *Actualización de proyecciones de crecimiento de América Latina y el Caribe en 2018*, abril, disponible en <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-mantiene-sus-estimaciones-la-actividad-economica-america-latina-caribe-crecera-22> (consultado el 15 de junio de 2018).

- Convite, A. C. 2017. *Monitoreo del derecho a la salud en Venezuela*. Boletín Núm. 3, noviembre.
- D'Elía, Yolanda y Cabezas, Luis. 2008. *Las Misiones sociales en Venezuela*. Caracas. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS)- Convite, A.C. Disponible en: <http://www.ildis.org.ve/> (consultado el 4 de julio de 2018).
- D'Elía, Yolanda; Lacruz Tito y Maingon, Thais. 2006. "Los modelos de política social en Venezuela: Universalidad Vs. Asistencia-lismo", en: Maingon, Thais (Coord.) *Balance y perspectivas de la política social en Venezuela*, Caracas. ILDIS. Cendes. UNFPA, pp. 185-228.
- Díaz Polanco, Jorge y Maingon, Thais. 1999: "¿A dónde nos llevan las políticas de salud? La reforma del sector salud ¿Un cambio positivo?", en Bronfman, Mario/ Castro, Roberto (Coord.), *Salud, cambio social y político. Perspectivas desde América Latina*, Edamex, México, pp. 217-238.
- Fondo Monetario Internacional. 2018. *Perspectivas de la Economía Mundial*, abril. Disponible en: <http://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2018/03/20/world-economic-outlook-april> (consultado el 15 de junio de 2018).
- Figuerola, Rodolfo. 2013. "El Derecho a la salud", en *Estudios Constitucionales*, 11(2), Chile, pp. 283-332.
- Gómez Sánchez, Irey. 2006. "El papel de las misiones sociales en la construcción de identidades políticas en Venezuela", en *Rev. Venez. de Econ. y Ciencias Sociales*, 2006, 13(1), enero-abril, pp. 13-34.
- Gómez Sánchez, Irey y Luis Alarcón Flores. 2009. "Política social y construcción de ciudadanía en Venezuela", en *Multiciencias*, 9(2), Núcleo Punto Fijo, Universidad del Zulia, pp.167-175. Disponible en <http://revistas.luz.edu.ve/index.php/mc/article/view/3682/3581>.
- González Díaz, Carlos. 2005. "En torno a una definición sobre el Derecho de la Salud", en *Educ. Med. Sup.*, 19(4). Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v19n4/ems01405.pdf>. (consultado el 12 de junio de 2018).
- González, Lissette y Tito Lacruz. 2008. "Política social en Venezuela", Caracas, Centro Gumilla, 108 pp.
- Hernández, Tulia y Yamileth Gómez. 2011. "La migración de médicos en Venezuela", en *Rev. Panama Salud Pública*, 30(2): 177-81.
- Lacruz, Tito. 2006. "Del antes al ahora: Balances de la política social en Venezuela", en: Maingon, Thais (Coord.). *Balance y perspectivas de la política social en Venezuela*. Caracas. ILDIS. Cendes. UNFPA, pp. 111-184.
- Lema Añón, Carlos. 2010. "El Derecho a la salud: Concepto y Fundamento", en *El tiempo de los Derechos. Huri-Age*, 12(20), pp. 1-15. Disponible en <http://www.tiempodelosderechos.es>. (consultado el 6 de julio de 2018).
- Maingon, Thais. 2004-2005. "Ciudadanía, derechos y política social. La instituciona-

- lidad social en Venezuela”. Reporte de investigación presentado en la Cátedra Andrés Bello Latin American Centre St. Antony’s College Oxford University (mimeo).
- Maingon, Thaís. 2004. “Política social en Venezuela: 1999-2003”, en *Cuadernos del Cendes*, 55, pp. 47-73, Caracas.
- Maingon, Thaís. 2001. “Ciudadanía, derechos y salud”, en Díaz Polanco, Jorge (Coord), *La reforma de salud en Venezuela: Aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela*, CENDES/CIID/IESA, Caracas, pp. 73-91.
- Médicos por la salud y Observatorio Venezolano por la salud. 2016. *Encuesta nacional de hospitales (ENH)*. Disponible en <https://www.ovsalud.org/publicaciones/salud/encuesta-nacional-de-hospitales-2016/> (consultado el 11 de junio de 2018).
- Médicos por la salud. 2018. *Encuesta Nacional de hospitales (ENH)*. 2018. Disponible en: http://www.svinfectologia.org/images/stories/Foros/ENH%20final_2018FIN.pdf (consultado el 11 de junio de 2018).
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Boletín Epidemiológico*, 52. Semana 25 al 31 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/download/boletin-epidemiologico-semana-52-del-25-al-31-de-diciembre-de-2016/> (consultado el 11 de junio de 2018).
- Muller, Agueda. 2014. “El Derecho de la salud y los derechos humanos”, en *Estudios sobre el Derecho a la salud* (Mariza Aizenberg, directora). Departamento de publicaciones de la Facultad de derecho y ciencias sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Meterhikian, Eduardo. 1998. “La ‘protección de la salud’ como un derecho de incidencia colectiva y una sentencia que le ordena al Estado que cumpla aquello a lo que se había comprometido” (Comentario al fallo “Viceconte, M. c/ Ministerio de Salud y Acción Social”), Suplemento de Jurisprudencia de Derecho Administrativo, dirigido por Agustín Gordillo, La Ley, 1998-F, 9.303. Disponible en: http://eduardomertehikian.com/media_/41.pdf
- Naciones Unidas. Comité de derechos económicos, sociales y culturales. 2000. *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales*. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General 14. Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view> (consultada el 4 de julio de 2018).
- Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). 2018. *Informe. Violaciones de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela: una espiral descendente que no parece tener fin*, junio. Disponible en ACNUDH (consultado el 22 de junio de 2018).

- Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud (OCDS). 2007. *Informe sobre el derecho a la salud en Venezuela 2007*. Caracas. Editorial Convite, A. C.
- Oletta, José y Carlos Walter. 2018. ¿Qué sucede con el Programa Nacional de Cáncer en Venezuela? Mención especial a la operatividad de los equipos de radioterapia y medicina nuclear, de la red pública de centros oncológicos (MPPS-IVSS). Disponible en: <https://www.ovsalud.org/publicaciones/salud/que-sucede-con-el-programa-nacional-de-cancer-envenezuela/> (consultado el 11 de junio de 2018).
- Organización Panamericana de la Salud. 2012. *Salud en Sudamérica: panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: [www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20\(ene.13\).pdf](http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20(ene.13).pdf) (consultado el 1 de julio de 2018).
- Programa Venezolano de Educación- Acción en Derechos Humanos y Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida. 2017. *Situación del derecho a la salud en Venezuela, 2016. El derecho a la salud en Venezuela*. Disponible en <https://coalicionporlavida.wordpress.com/about/documentos/informes/comision-interamericana-de-derechos-humanos> (consultado el 6 de julio de 2018).
- Rodríguez Colmenares, Isabel, Rincón Becerra, María T. y Madueno, Janeth. 2006. “Barrio adentro: Una experiencia de política de salud en ejecución”, en *Espacio Abierto*, 15(3), julio, pp. 617-640. Disponible en electrónico en: <http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?> (consultado el 24 de junio de 2018).
- Sen, Amartya. 2000. “La salud en el Desarrollo”. Discurso inaugural pronunciado ante la 52 Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, el 18 de mayo de 1999 y publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la salud. Recopilación de artículos, núm. 2. Disponible en: <http://www.cies.edu.ni> (consultado el 25 de junio de 2018), pp. 16-21.
- Torrenteguy, Marco Aurelio Antas. 2014. “Derecho sanitario: un derecho transdisciplinario”, en *Estudios sobre el Derecho a la salud* (Mariza Aizenberg, dir.^a). Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- USB. UCV. UCAB. 2018. *Encuesta de Condiciones de Vida* (Encovi). Caracas.
- Vélez Arango, Alba Lucía. 2011. “Por un sistema de salud que garantice la protección del derecho. Un requisito de justicia social”, en *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), enero-junio, pp. 145-155. Disponible en <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/> (consultado el 6 de abril de 2018).
- Vélez Arango, Alba Lucía. 2010. “La protección de la salud en la filosofía liberal”, en *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1),

enero-junio, pp. 63-77. Disponible en:
<http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/>
(consultado el 6 de abril de 2018).

Vélez Arango, Alba Lucía. 2007. "Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el Estado social de derecho", en *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, enero-diciembre, pp. 63-78. Disponible en <http://www.bibliodar.mppeu.gob.ve> (consultado el 6 de abril de 2018).