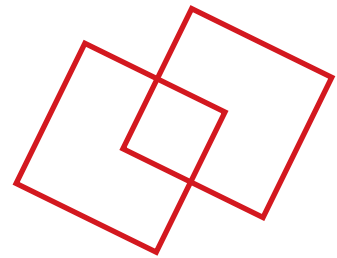


Informe Presentado por: Asociación Civil Acción Solidaria

# Todo lo resuelvo a medias

Informe sobre necesidades  
humanitarias y vulneraciones  
del derecho a la salud en el  
estado Carabobo.



## Mural de testimonios

A estas personas nos debemos y dedicamos este informe

Vengo de otro estado porque en el mío (Falcón) no hay ni médicos. Me trasladé a Carabobo para así tener una atención digna y a pesar de ello tuve que comprar todos los insumos / Soy personal de salud con postgrado y se me dificulta la compra de los medicamentos para el asma / El gobierno nacional debe equipar de medicamento a los hospitales porque los que asisten a estos hospitales son personas de muy bajos recursos económicos / No me he realizado mis exámenes de carga viral y cd4 desde hace más de 5 años, ya mi médico me lo está exigiendo, pero no los puedo costear porque salen en más de \$150 / Me enteré de que vivo con VIH porque mi hija tiene problemas renales y fue diagnosticada, ahora sé que mis 2 hijas menores también tienen el virus / Teniendo cerca de mi casa un centro de salud no me atienden por tener VIH y me refieren a otros centros lejos. Creen que por estar ahí voy a infectar a los demás / Dependo de mis vecinos para comer, pero completo vendiendo cigarros y bambinos (chupis). No puedo pagar mi tratamiento (asma e hipertensión), vivo con un nieto huérfano de 7 años que tiene VIH, y todo lo que hago es por él / Debido a la falta de médicos especialistas asisto a ambas consultas públicas y privadas, mis hijos y nietos me ayudan con los gastos / Ingresé a emergencia por un quiste hemorrágico, uno de los médicos de guardia me gritó porque me quejaba de dolor. Me dijo que me callara que eso no duele nada y que no sea mentirosa / Sin la ayuda de mis hijos no podría cubrir la alimentación y medicina de mi madre que está en cama: una señora de 89 años. Sus otros hijos no ayudan dicen que es mi obligación cuidarla por ser la única mujer que tuvo mi madre / Ya es difícil cuidar de mí y de mi esposo, pero también tengo que cuidar a mi nieto que es adolescente / Triste que en un centro de salud no tengan una ambulancia para las emergencias porque en estos momentos la está necesitando mi hija / Tuve que esperar más de un año para realizarme una cirugía de vesícula, recorrí tres hospitales del estado Carabobo para programar y se suspendía por diferentes temas. En cada hospital me pedían un listado diferente de insumos y gastaba un aproximado de más de \$500 porque si no llevaba los insumos pues, no me operaban / En la noche se ven (sólo) dos enfermeras para tanta gente / Llegué al hospital por una quemadura de 2do grado en el 80% de mi cuerpo, en la emergencia no cuentan con un servicio especial para quemados / Que contara con un servicio oncológico, sólo hay uno en Valencia y ya no tiene cupos para radioterapia y quimioterapia / Tuve que trasladarme de un estado a otro para mí cesárea / Aceptar que tengo VIH no es fácil, pero sentir el estigma y la ignorancia es peor que el VIH / Soy una mujer sola con un sobrino que me cuida y mis hijos que me ayudan desde el extranjero, si fuese por la pensión me muero de hambre / Estoy privado de libertad y tengo una tuberculosis complicada con un derrame pleural, mi familia hace todo lo posible para comprar algunas cosas / Mi deseo es que en los hospitales haya siempre disponible un servicio oncológico con buenas camas, aire acondicionado, médicos, enfermeras y que cuenten con todas las quimios, la lámpara de preparación, equipos médicos, insumos y medicamentos / Mi familiar tiene VIH, es nuevo diagnóstico y en el hospital no realizan los exámenes especiales que necesita y son muy costosos, entre otras cosas que hay que realizar, como me gustaría que dotarán al hospital con esos reactivos / Las ambulancias cobran por traslados últimamente hasta \$30 / Espero tener una condición física de salud plena, es una tortura esta vida, ya no aguanto más ser una carga para mis hijos y sin tener ayuda del Estado ya que mis hijos hacen mil sacrificios para que yo sea atendido / El diagnóstico (de VIH) para todos es muy difícil y como personal de salud es aún más difícil, el miedo que da que te reconozca los compañeros de trabajo me aterra. Los hospitales tienen una carencia de insumos muy grande y ni hablar de los reactivos en los laboratorios, deberían equipar a todos por igual para así darles una buena atención al paciente / Quiero que todo pase y volvamos a como éramos antes que los hospitales estaban equipados. Soy cuidadora de un niño de 8 años con varias complicaciones (...) yo no soy familiar de él, pero es mi bendición, es como mi hijo / Quisiera tener un control por mi condición de asmática pero soy madre soltera y mi tiempo es limitado para acudir a consulta regularmente.



# Todo lo resuelvo a medias

Informe sobre necesidades  
humanitarias y  
vulneraciones del derecho a  
la salud en el estado  
Carabobo.

**Coordinación del informe:** A.C.

Acción Solidaria | Juan Manuel  
Rodrigues

**Redacción del informe:** Jennifer  
Jardim, Juan Manuel Rodrigues y  
Natasha Saturno

**Edición del informe:** Feliciano  
Reyna Ganteaume

**Investigadores y activistas  
colaboradores:**

Anamar Córdova, Juan Manuel  
Rodrigues, Jennifer Jardim, Naiguel  
Baspe, Natasha Saturno

**Diseño y diagramación:**

Heber Urbaneja

**Datos de contacto:**

[www.accionsolidaria.info](http://www.accionsolidaria.info) /  
[accionlegal@accionsolidaria.info](mailto:accionlegal@accionsolidaria.info).

**Acción Solidaria**

RIF J-30304443-3

Acción Solidaria es una organización de la sociedad civil fundada en el año 1995, que trabaja para proporcionar respuestas integrales a las personas con VIH y otras afectadas en su derecho humano a la salud, desde el reconocimiento, respeto y protección de su dignidad, sin discriminación.

Nuestra visión es ser una organización venezolana reconocida nacional e internacionalmente por su trayectoria, credibilidad, solidez y trabajo en red en el ámbito de la salud, con enfoque de derechos humanos y desarrollo.

Acción Solidaria tiene tres líneas de acción: la Respuesta en VIH/sida como parte fundacional de la organización, orientada a dar una atención integral a personas con VIH, así como realizar actividades de prevención y sensibilización, que cuenta con una red de 23 organizaciones aliadas; la Respuesta Humanitaria en Salud, orientada a traer insumos y medicamentos al país, para ser distribuidos de forma directa a las personas con necesidad a través de nuestro Centro de Servicios Comunitarios (CSC) y a través de nuestra red de organizaciones aliadas en 23 estados del país y de centros de salud pública; y la Exigibilidad e Incidencia en DDHH, para documentar y denunciar vulneraciones al derecho humano a la salud, visibilizándolas, ofreciendo recomendaciones y haciendo actividades de incidencia para su solución.

Gracias a este trabajo mensualmente ayudamos de forma directa con medicamentos a más de 1.250 personas y a más de 31.000 personas con insumos médicos y medicamentos a través de nuestras redes de organizaciones y personas aliadas; realizamos más de 700 pruebas de despistaje del VIH mensuales y brindamos orientación a las personas afectadas.

Con el trabajo de Exigibilidad e Incidencia hemos documentado más de 380 casos de vulneraciones al derecho a la salud, logrando gracias a un trabajo en alianza 3 medidas de protección ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) para estas personas. Además, entre 2020 y 2023 hemos redactado y publicado 5 informes y más de 100 artículos sobre la situación del derecho humano a la salud de la población venezolana.

Este informe es un esfuerzo por contribuir con esta labor y ayudar a visibilizar la situación de las personas más vulnerables.

**Agradecimientos especiales a nuestras organizaciones aliadas por su destacado trabajo, por su resiliencia, ímpetu, voluntad y esfuerzo en hacer posible este informe.**

© A.C. Acción Solidaria

Se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación: Jardim J., Rodrigues J. & Saturno. N (Marzo 2024). *Todo lo resuelvo a medias: Informe sobre necesidades humanitarias y vulneraciones del derecho a la salud en el estado Carabobo*. De Acción Solidaria, disponible en: [www.accionsolidaria.info](http://www.accionsolidaria.info).

**Caracas, Venezuela**

Marzo 2024

# Tabla de contenido

---

<b>Tabla de contenido</b>	<b>5</b>
<b>Resumen ejecutivo</b>	<b>6</b>
<b>Introducción</b>	<b>7</b>
<b>Metodología</b>	<b>9</b>
Levantamiento de información	9
El cuestionario	9
<i>Sección A. Información General</i>	9
<i>Sección B. Atención médica y medicamentos en general</i>	9
<i>Sección C. Condiciones crónicas de salud</i>	10
<i>Sección D. El rol de cuidador o cuidadora</i>	10
Diseño de la muestra	10
Análisis basado en estándares del derecho humano a la salud	10
<b>Sección I:</b>	<b>14</b>
<b>Funcionamiento del sistema público de salud</b>	<b>14</b>
Sobre los servicios de emergencia	17
Sobre el acceso a tratamiento médico y las prioridades del presupuesto familiar	19
Preferencias en la ayuda humanitaria	21
<b>Sección II:</b>	<b>23</b>
<b>Condiciones Crónicas de Salud</b>	<b>23</b>
Controles médicos de personas con condiciones crónicas de salud	26
Prioridades en la ayuda humanitaria	28
Personas con VIH: entre su salud y la discriminación	28
<b>Sección III:</b>	<b>31</b>
<b>Grupos en situación de vulnerabilidad</b>	<b>31</b>
Mujeres	31
Comunidad LGBTIQ+	32
Adultos mayores	33
<b>Sección IV:</b>	<b>36</b>
<b>El Rol de las personas cuidadoras</b>	<b>36</b>
Dobles vulnerabilidades: mujeres y adultos mayores cuidadores	38
<b>Conclusiones</b>	<b>40</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>42</b>
Recomendaciones al Estado venezolano	42
Recomendaciones a mecanismos internacionales de protección de DDHH	43

# Resumen ejecutivo

---

En el trasfondo de la actual crisis que atraviesa Venezuela y la ausencia de estadísticas públicas, se encuentra la realidad que viven personas que requieren de servicios y bienes de salud públicos en Venezuela, para ellas mismas o para otras. Este informe busca adentrarse en esa esfera con el fin de poder señalar las necesidades humanitarias más imperantes en esta área, así como las vulneraciones al derecho humano a la salud.

Entre el 28 de agosto y el 15 de octubre del 2023, se encuestaron a 865 personas que se encontraban dentro o a los alrededores de centros públicos de salud en el estado Carabobo. A lo largo de la encuesta, se buscó levantar información cuantitativa y cualitativa que nos permita arrojar luces sobre la situación, y adicionalmente, explorar las historias y experiencias de los carabobeños como personas usuarias del sistema público de salud.

Un patrón recurrente visto en el estado Carabobo, es la mala evaluación de los servicios de salud públicos, especialmente el laboratorio, así como la falta de abastecimiento de medicinas e insumos médicos. Esto da la sensación de que los temas de salud se resuelven a medias, además, la grave crisis de servicios públicos como agua y electricidad, ha afectado de forma grave a los centros asistenciales, lo que influye en el aseo y mantenimiento de las instalaciones y servicios.

Los hallazgos son preocupantes y obedecen al contexto de una Emergencia Humanitaria Compleja (EHC) instaurada en el país desde 2015. Algunas de las necesidades humanitarias encontradas más apremiantes son la falta de medicamentos, insumos médicos y servicios de laboratorio funcionales. Estas fallas repercuten de forma directa en los bolsillos de las personas, que deben comprar lo que falta para ser atendidas. Más de la mitad de las personas (59%) señaló que gana entre \$1 y \$100 mensuales, siendo el ingreso promedio mensual de apenas \$126.

Las soluciones que emplean las personas que interactúan con los servicios de salud públicos en el estado Carabobo son insuficientes: compran alimentos más baratos, piden prestado y/o buscan donaciones de terceros y organizaciones de sociedad civil. Por eso sienten que resuelven sus necesidades a medias.

Este informe, que emplea un enfoque sensible al género, a la edad y a la diversidad, busca no solo exponer la magnitud de las barreras de acceso en la salud que enfrentan las personas para la atención de sus necesidades y las de otros, sino también, destacar las disparidades de grupos en situación de vulnerabilidad. Por lo anterior, hay una sección especialmente dedicada a quienes ejercen el rol de cuidadores.

A través de este análisis, conclusiones y recomendaciones, buscamos impulsar acciones de actores claves que aborden de manera integral las necesidades humanitarias y promuevan un sistema de salud inclusivo y efectivo para todos. Siempre tomando en cuenta el respeto y garantías de los derechos humanos.

**Palabras clave:** salud, cuidador, cuidadora, crónico, disponibilidad, accesibilidad física, asequibilidad, calidad, aceptabilidad, hospitales, condiciones crónicas, insuficiencia renal, desnutrición, NNA, mujeres, LGBTIQ+, derecho a la salud, grupos vulnerables, grupos en situación de vulnerabilidad, emergencia humanitaria compleja, crisis humanitaria.

# Introducción

---

Venezuela continúa inmersa en una crisis compleja y multifacética, que se ha identificado como Emergencia Humanitaria Compleja (EHC). La confluencia de vulneraciones a los derechos humanos, así como los graves problemas económicos, sociales, culturales y políticos han creado situaciones de necesidad severa en todo el país, dejando a la ciudadanía, especialmente la más vulnerable, lidiando con problemas sin precedentes que amenazan, incluso, su supervivencia diaria.

Es en este difícil contexto (que ya tiene 8 años), los derechos humanos han quedado gravemente comprometidos, y entre ellos, el derecho humano a la salud. En las tres ediciones (2020, 2021 y 2022) del informe *“Salud en Emergencia: el caso de Venezuela”*, Acción Solidaria pudo evidenciar, gracias a un monitoreo de fuentes secundarias, un patrón sistemático, masivo y grave de vulneraciones al derecho a la salud de la población venezolana, y sus consecuencias en el ámbito humanitario.

Parece pertinente resaltar que el derecho a la salud es un pilar fundamental en la construcción de sociedades equitativas. Cuando se garantiza el acceso a servicios y bienes de salud, como la atención médica y medicamentos esenciales, se permite el pleno desarrollo de capacidades individuales y colectivas de la sociedad. Sin duda, es un componente esencial de la dignidad humana, y cuando es priorizado, no solo preserva la integridad física, sino que permite el florecimiento de otros derechos, facilitando la construcción de sociedades con mejores indicadores socio-económicos y de bienestar.

Ahora, la crisis tiene causas complejas de resolver y consecuencias que han llevado a por lo menos 7.710.887<sup>1</sup> millones de venezolanos a migrar forzosamente en búsqueda de mejores condiciones de vida. El camino para mejorar la situación es probablemente más complejo que las causas que desencadenaron la emergencia, y uno de los problemas que obstaculiza ese camino es la falta de información oficial.

La política imperante de opacidad de cifras oficiales se erige como uno de los desafíos más importantes para poder comprender el alcance y los matices de los desafíos humanitarios que enfrenta el país. Esta renuencia a revelar información completa y precisa, lamentablemente, impide comprender la verdadera escala de la emergencia y las capacidades de actores claves para tomar decisiones informadas a la hora de planificar respuestas eficaces y donde se haga un buen uso de los recursos.

Esta responsabilidad ha quedado entonces en manos de la sociedad civil, que, por más resiliente que sea, cuenta con capacidades operativas limitadas para brindar el nivel de información que se necesita. Sin embargo, se hace a diario un gran esfuerzo, del que es también parte esta iniciativa, para entender mejor las causas y consecuencias de la vulneración de derechos y buscar soluciones. Así, decidimos levantar información cuantitativa y cualitativa en el estado Lara, con el objetivo de identificar las necesidades prevalentes en el área de salud y evaluar el alcance de las vulneraciones al derecho humano a la salud.

El objetivo es que los tomadores de decisiones y actores interesados puedan tener un panorama actual sobre las vicisitudes y desafíos que enfrentan las personas que interactúan con los servicios públicos de salud en el estado Lara, y arrojar algunas luces que permitan planificar de mejor manera proyectos y políticas públicas para su solución. Así mismo, dado nuestro compromiso con la defensa y promoción de los derechos humanos, hacemos recomendaciones a diferentes actores claves para que se mantengan los mecanismos pertinentes de escrutinio y supervisión a estos derechos.

---

<sup>1</sup> R4V (Noviembre 30, 2023). Refugiados y migrantes de Venezuela. Plataforma Interagencial para refugiados y migrantes de Venezuela (R4V), 03 de diciembre de 2023, disponible en: <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>



También, a medida que mostramos los hallazgos de esta encuesta, queremos dejar constancia de algunos rostros humanos y sus historias, su realidad detrás de las estadísticas. Personas con condiciones crónicas de salud, personas que ejercen roles de cuidadoras, venezolanos y venezolanas que lidian con las duras realidades de un país en crisis, donde las deficiencias no se resuelven o se resuelven a medias.

Al comprender la profundidad de sus experiencias, con un enfoque de género, de edad y de diversidad, tomando en cuenta a los grupos en situación de vulnerabilidad y cómo se superponen estas precariedades, esperamos poder contribuir a un esfuerzo general y mucho más grande que nosotros, para abordar las necesidades humanitarias urgentes y abogar por la plena vigencia de los derechos humanos, con un foco particular en el derecho humano a la salud.



# Metodología

---

A continuación, presentamos cuáles son los criterios sobre los cuales se realizó la recaudación de información y su análisis.

## Levantamiento de información

El presente informe fue elaborado con base en los resultados de una encuesta aplicada en el estado Carabobo, entre el 28 de agosto y el 15 de octubre del 2023, cuyo objetivo es recolectar información cuantitativa y cualitativa sobre necesidades humanitarias y vulneraciones al derecho a la salud de personas que interactúan con el sistema público de salud. En el período indicado, se encuestaron a 865 personas que se encontraban dentro o en los alrededores de centros asistenciales públicos de salud tipo I y tipo IV.

El instrumento de recolección de datos estuvo compuesto por un cuestionario mixto, que incluyó en su mayoría preguntas cerradas en las que la persona encuestada debía seleccionar respuestas previamente establecidas, y algunas preguntas abiertas, en las que se permitía desarrollar libremente la respuesta.

El cuestionario tiene 4 secciones con un total de 51 preguntas, para ser aplicadas en un período no superior a 40 minutos. La herramienta tecnológica empleada para la aplicación de la encuesta fue KoBoToolbox, que permite que las secciones y preguntas vayan apareciendo en virtud de las respuestas dadas por la persona encuestada, por lo que, en algunos casos, las personas responderían todas las secciones y, en otros casos, sólo responderían dos o tres secciones.

Para la aplicación de la encuesta contamos con el apoyo de organizaciones comunitarias y de base, que fueron capacitadas especialmente para llevar a cabo la aplicación de la encuesta. Se solicitó siempre el consentimiento previo y expreso de los participantes de responder el instrumento.

## El cuestionario

La encuesta está conformada por 4 secciones, que tratan diferentes temas de interés para el estudio. A continuación, explicamos brevemente cada una de las secciones:

### Sección A. Información General

Esta sección pretende recabar información sobre la ubicación geográfica de la persona encuestada, su sexo, orientación sexual e identidad de género, y datos socioeconómicos como nivel de instrucción, ocupación actual, fuente de ingresos personales, ingreso promedio mensual, calificación de ingresos, familiares dependientes, prioridad en gastos y prevalencia de discapacidad (de acuerdo con la encuesta del Grupo de Washington<sup>2</sup>).

### Sección B. Atención médica y medicamentos en general

En esta sección se recaba información sobre los patrones de atención médica que sigue la persona encuestada, si acude al sector privado o público de salud, la evaluación que hace de la infraestructura

---

<sup>2</sup> El Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad es un grupo de estudio de la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas cuyo objetivo es promover y coordinar la cooperación internacional en materia de generación de estadísticas sobre la discapacidad adecuadas para los censos y las encuestas nacionales. Para más información: [https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/The\\_Washington\\_Group\\_Primer\\_-\\_Spanish.pdf](https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/The_Washington_Group_Primer_-_Spanish.pdf)

y servicios sanitarios, conductas o hechos que haya vivido dentro de los centros públicos de salud, gastos en los que incurren, situaciones de discriminación, dificultades de acceso a servicios, aspiraciones de asistencia humanitaria, entre otras.

## **Sección C. Condiciones crónicas de salud**

Esta sección pretende identificar las condiciones crónicas de salud de las personas encuestadas, determinar sus hábitos y patrones para tratar dichas condiciones, si recibieron la atención médica adecuada, el gasto mensual en medicinas para tratar y atender estas condiciones de salud y problemas en el acceso a tratamiento médico, así como sus aspiraciones de asistencia humanitaria.

## **Sección D. El rol de cuidador o cuidadora**

Esta sección busca indagar si la persona encuestada ejerce un rol de cuidador o cuidadora primario de otra persona con alguna condición crónica de salud y/o con alguna discapacidad. Para ello se hace una serie de preguntas sobre si tiene algún familiar que cumpla con esos parámetros y si la persona encuestada es quien ejerce ese rol. Igualmente, en los casos en los que se trate de una persona cuidadora, se busca conocer si recibe algún tipo de retribución por ejercer este rol, determinar conductas de la persona atendida o de familiares, y determinar, en caso de aplicar, si la persona a su cuidado tiene alguna condición crónica de salud, los costos asociados, la prevalencia de discapacidad, entre otras.

## **Diseño de la muestra**

Considerando que la confiabilidad de una muestra depende de que su composición reproduzca fielmente las características del universo a analizar, el procedimiento de muestreo empleado tomó en cuenta las variables de estratificación (sexo, grupo etario y ámbito geográfico) y la característica de que fue polietápico, es decir, hubo dos etapas de selección, la del centro de salud público y de los sujetos a encuestar que fue aleatorio.

Para que la muestra resultante sea proporcional al universo, y por tanto auto ponderada, se caracterizó la distribución de la población por edad y sexo en los distintos municipios de cada estado, utilizando las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE), para cubrir las cuotas establecidas para cada estrato muestral.

De esta manera, se llegó a la conclusión que para el estado Carabobo se requería encuestar al menos a 750 personas, que se encontraran en los alrededores o dentro de centros asistenciales de salud públicos tipo I, II y IV.

Para resguardar la confidencialidad de los centros asistenciales y de las organizaciones comunitarias que estuvieron apoyando en el levantamiento de la información, omitiremos mencionar en todo el informe, los nombres de los hospitales donde se llevaron a cabo las encuestas, ya que el objetivo, más que señalar un centro de salud u otro, es reflejar una situación generalizada de las necesidades de salud del estado.

Para más detalles sobre la composición del diseño muestral, se puede revisar el **Anexo 1** y el **Anexo 2** de este informe que desarrolla con más detalle esta información.

## **Análisis basado en estándares del derecho humano a la salud**

El análisis del derecho a la salud en el presente informe se realizará entendiendo salud en función de lo indicado en la Observación General No. 14 del año 2000, emitida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la Organización de Naciones Unidas (ONU). Dicho

instrumento ha dado las bases para la comprensión del derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos y ha sido asumido como criterio de interpretación tanto por el Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos como por el Sistema Interamericano.

El derecho a la salud encuentra su protección, principalmente, en el artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH) y el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). El artículo 10.2 del Protocolo de San Salvador igualmente dispone una protección general al derecho a la salud.

Según la Observación General No. 14, el derecho a la salud: *“...no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos... En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.”*

Bajo dicho instrumento, la protección al derecho a la salud se ha entendido como: *“...un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos, y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral”<sup>3</sup>.*

Este derecho abarca el deber del Estado de garantizar acceso a servicios esenciales de salud y de regular la prestación de estos servicios. En la Observación General No. 14, se ha entendido que el derecho a la salud está integrado por cuatro componentes:

1. **Disponibilidad**, que implica *“un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas”*, que incluyan factores determinantes básicos como medicamentos, personal capacitado, agua y condiciones adecuadas de saneamiento;
2. **Accesibilidad**, la cual se refiere a que se asegure que la salud sea accesible para todas las personas, y que abarca a su vez cuatro sub componentes:
  - **No Discriminación**, por lo cual debe garantizarse acceso a la salud en derecho y en el hecho, incluso a los grupos más marginados;
  - **Accesibilidad física**, bajo la cual se debe garantizar accesibilidad geográfica a la salud de todos los sectores de la población, al igual que el levantamiento de cualquier barrera física que impida acceder a la misma;
  - **Accesibilidad económica (asequibilidad)**, bajo la cual *“Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud, deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos”*, y
  - **Acceso a la información**: por la cual debe garantizarse el derecho a *“solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”*;
3. **Aceptabilidad**, bajo la cual *“Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados”*; y finalmente,

---

<sup>3</sup> Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018. Serie C No. 359, párr. 105.

4. **Calidad**, bajo la cual los servicios de salud *“deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad”*.



# Funcionamiento del sistema público de salud

*“De todas las formas de desigualdad, la injusticia en la salud es la más impactante y la más inhumana”*

- Martin Luther King

01



## Sección I:

# Funcionamiento del sistema público de salud

---

1. Un sistema sanitario público funcional va mucho más allá de la simple provisión de bienes y servicios médicos; está intrínsecamente vinculado a la protección de los derechos humanos y la conservación de la dignidad humana. Es un indicador clave para potenciar el desarrollo y crecimiento económico de un país<sup>4</sup>, y una obligación de los Estados en materia de derechos humanos. Los sistemas de salud públicos son pilares fundamentales para el bienestar de la sociedad, gracias a que eliminan barreras sociales y económicas que impiden o limitan el acceso a servicios de salud esenciales.
2. Lamentablemente, en las últimas décadas el sistema público de salud en Venezuela ha sufrido un deterioro progresivo, marcado por el desfinanciamiento, la mala administración, así como la falta de transparencia y rendición de cuentas de los recursos públicos.
3. Muchas son las noticias e informes que hablan sobre esta descomposición del sistema público de salud, algunas de las denuncias más frecuentes son: el impacto negativo de la infraestructura hospitalaria por falta de mantenimiento, el colapso generalizado de los servicios, el cierre de unidades médicas, los equipos médicos obsoletos, el desabastecimiento de medicamentos e insumos médicos y el éxodo de profesionales de la salud, impulsado generalmente por condiciones laborales precarias y, en varios casos, por miedo a la criminalización cuando deciden denunciar lo que está sucediendo.
4. Este declive alcanzó proporciones críticas con la instauración de la Emergencia Humanitaria Compleja (EHC) en 2015, sus dimensiones económicas, sociales y políticas han llevado al sistema público de salud a un colapso generalizado que deja francamente desatendida a la población venezolana en situación de mayor vulnerabilidad. Lo anterior repercute directamente en indicadores de salud, como el aumento en la tasa de mortalidad, especialmente muertes prevenibles, y en la reaparición de enfermedades erradicadas.
5. Además, la gran mayoría de la población venezolana depende del sistema público de salud (89,7% de acuerdo a HumVenezuela, 2022)<sup>5</sup>. Es decir, casi 9 de cada 10 personas en Venezuela deben ir a un hospital o ambulatorio público para poder satisfacer sus necesidades de bienes y servicios de salud, como atender emergencias médicas o tratar diversas condiciones de salud con las que viven. Este grado de dependencia, sumado al estado general del sistema (revelado por los mismos datos recabados en este estudio), crean un escenario en donde las personas difícilmente gozan del derecho a la salud, comprendido este en toda su dimensión y estándares.
6. Por estas razones se consideró fundamental dedicar una sección de la encuesta a preguntar a las personas que se encontraban en los alrededores de centros de salud público sus experiencias y percepciones en sus interacciones como usuarias primarias y receptoras de los bienes y servicios de salud públicos, con el objetivo de identificar las necesidades humanitarias y posibles vulneraciones a sus derechos humanos. A continuación, los hallazgos del estudio:

---

<sup>4</sup> OIT (s/f). Servicios de salud. Organización Internacional del Trabajo (OIT), 01 de diciembre de 2023, disponible en: <https://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/health-services/lang--es/index.htm>

<sup>5</sup> HumVenezuela (Marzo 2022). Informe de seguimiento a los impactos de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela tras el confinamiento por la pandemia de Covid. HumVenezuela, 29 de diciembre de 2023, Pág. 43, disponible en: <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2022/09/HumVenezuela-Informe-Marzo-2022.pdf>

7. Es importante iniciar con un dato económico relevante y que sienta una base de este informe: el promedio de ingresos de las personas que interactúan con el sistema sanitario público en el estado Carabobo es de apenas \$126 mensuales, en un país donde la Canasta Alimentaria Familiar (CAF) para noviembre de 2023 se ubicaba en \$522<sup>6</sup> mensuales. Lamentablemente, casi 6 de cada 10 personas encuestadas (59%) sobreviven con ingresos por debajo de los \$100 mensuales. Estos datos revelan la precaria situación económica de la población encuestada en el estado Carabobo, no es de extrañar que 46% señaló que sus ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades de salud.
8. Ahora, de las 865 personas encuestadas en el estado Carabobo, 671 señalaron que se encontraban en los centros de salud públicos como usuarias primarias, es decir, 78% de las personas encuestadas estaban ahí para recibir y/o buscar atención médica y/o medicamentos para atender sus propias necesidades. En este sentido, se les solicitó que evaluaran la infraestructura y los servicios sanitarios públicos, disponibilidad de medicamentos, insumos, gastos de bolsillo en los que han tenido que incurrir, posibles situaciones de discriminación, dificultad de acceso a servicios, entre otros, utilizando una escala entre “Muy bien” y “Muy deficiente”.
9. Al pedirles que evaluaran las condiciones de los centros hospitalarios a los que acuden, destacaron tres grandes necesidades de salud: disponibilidad de insumos médicos, servicio de ambulancias y disponibilidad de medicinas. Al respecto, 78% de las personas consideró “Deficiente” o “Muy deficiente” la disponibilidad de insumos médicos, 78% el servicio de ambulancia y 75% consideró lo mismo para los medicamentos.
10. Adicionalmente, otras áreas se mostraron fuertemente afectadas: 74% señaló el deterioro de los baños e instalaciones sanitarias de los centros públicos (Muy deficiente y/o deficiente), lo que vulnera el estándar de calidad del derecho humano a la salud, casi 70% indicó el mal estado de los laboratorios (Muy deficiente y/o deficiente) y 62% calificaron de “Deficiente” a “Muy deficiente” el estado de los equipos médicos.
11. Por otra parte, 82% de las personas encuestadas valoraron de forma positiva (Muy bien, bien y/o regular) al personal médico y 78% hicieron la misma evaluación al personal de enfermería, lo que es un testimonio a la lucha y resiliencia del personal de salud que, a pesar de trabajar con capacidades muy limitadas, sigue tratando de ofrecer un buen servicio.
12. Sin embargo, 44% de las personas consultadas indicó que hubo turnos en el centro asistencial donde no estaba disponible ningún personal de salud (médicos y/o enfermería) y, en el caso de las personas que señalaron haber acudido a emergencias en el último año, 71% indicó que fue atendido por el personal de enfermería, pero tuvo que esperar a que llegara el médico especialista. Esto confirma que los centros asistenciales públicos continúan trabajando con deficiencias de trabajadores de salud, que probablemente hayan abandonado los puestos de trabajo por las precarias condiciones en las que laboran.
13. Ahora, sobre la disponibilidad de insumos y medicamentos, lamentablemente, 78% de las personas consultadas señaló que les solicitaron procurarse sus insumos médicos o medicamentos para poder ser atendidas en los centros asistenciales públicos, revelando el desabastecimiento crónico e imperante desde hace años.

---

<sup>6</sup> RunRunes (Diciembre 28, 2023). Cendas – FVM: un docente necesita 24,2 salarios al mes para alimentar a su familia. Diciembre 30 de 2023, de RunRunes, disponible en: <https://runrun.es/noticias/515571/cendas-fvm-un-docente-necesita-242-salarios-al-mes-para-alimentar-a-su-familia/>



14. Entre los insumos más solicitados destacan inyectadoras, yelcos y solución al 0.9%. Incluso, una persona encuestada indicó que le solicitaron 24 insumos, desde sets de cirugía, hasta bolsas plásticas negras, papel film transparente, cloro y desinfectante.
15. Es importante destacar la mala calificación que hacen las personas encuestadas al suministro de agua, electricidad y las condiciones de aseo de las instalaciones y de los baños de los centros asistenciales públicos en el estado Carabobo. Siendo éstos, elementos claves del contenido de los estándares del derecho humano a la salud.
16. En este sentido, el aseo de las instalaciones y la disponibilidad y condiciones de los baños fueron calificados entre “Regular” a “Muy deficiente” por 92% y 98% de las personas encuestadas respectivamente. Además, 9 de cada 10 personas (93%) señaló como “Regular” a “Muy deficiente” el abastecimiento de agua y 81% de las personas encuestadas calificó de “Regular” a “Muy deficiente” el servicio de electricidad.
17. Durante la aplicación del estudio se recogieron testimonios de personas a las que les fue solicitado bolsas negras de basura, desinfectante y cloro; a estos insumos se suman la solicitud de insumos médicos y medicamentos, lo que representa un mayor gasto de bolsillo y revela la precariedad del estado general de los centros de salud públicos en el estado Carabobo.
18. Lo expuesto hasta ahora, revela una afectación de los estándares del derecho humano a la salud: disponibilidad de bienes y servicios de salud, calidad, teniendo igualmente impacto en los estándares de accesibilidad (especialmente la asequibilidad) y aceptabilidad.
19. Ahondando en los datos de personas usuarias primarias de los servicios públicos de salud, 7 de cada 10 manifestaron problemas para movilizarse a los centros de salud, de estos, 55% indicó que se encuentran muy lejos de sus domicilios (más de 30 minutos de trayecto) y 17% señaló el mal funcionamiento del transporte público como el principal problema que limita el acceso a los centros. Esto representa una vulneración del estándar de accesibilidad del derecho humano a la salud, en su dimensión física.
20. Esta situación es más dramática, cuando analizamos que, dentro de la muestra obtenida, hay personas que provienen de estados fronterizos o cercanos como Falcón, Cojedes y Yaracuy. De acuerdo con los criterios de accesibilidad física que deben tener los centros de salud para la población, no solo se refiere a la cercanía o no, sino también la capacidad de atención inmediata y expedita que pueda tener un caso o una emergencia de salud, de allí que las dificultades del traslado son determinantes para evaluar este estándar.
21. En este mismo orden de ideas, y como reflejo del estado de deterioro del sistema de salud, 9% de las personas usuarias encuestadas indicó que le han solicitado dinero o pagos a cambio de recibir atención médica o para realizarse algún procedimiento médico. El promedio del dinero solicitado ronda los \$33, lo que equivale al 26% del ingreso promedio mensual de las personas encuestadas. Estos actos, contrarios a la ética médica, resultan una contravención al estándar de aceptabilidad. No obstante, la misma situación hospitalaria nacional, representa un caldo de cultivo perfecto para la proliferación de este tipo de prácticas.
22. Por otra parte, sobre la disponibilidad de servicios de laboratorio en los centros de salud, 93% de las personas consultadas tuvo que realizarse exámenes médicos fuera del centro de salud. De ellas, 76% comentó que este servicio no se encontraba operativo en el centro asistencial.
23. Quienes tuvieron que realizarse exámenes fuera del hospital, gastaron en promedio \$50 con algunos casos documentados donde tuvieron que invertir incluso \$700. Estos estudios en muchos casos son requisitos indispensables para la prosecución de la atención y/o tratamiento médico e

incluso para llegar a un diagnóstico. Sin embargo, se vuelve verdaderamente inasequible si lo comparamos con el ingreso mensual promedio, mencionado anteriormente. Prácticamente la totalidad de las personas que interactúan con el sistema público de salud en el estado Carabobo deben hacerse exámenes en servicios privados, invirtiendo en ellos el 40% de sus ingresos promedio.

24. Estos datos revelan la situación de inoperancia y no disponibilidad de los servicios de laboratorio por causas reiteradas en el país, entre la que destacan la ausencia de reactivos o maquinaria, así como la falta o ausencia de personal especializado para realizar pruebas. Es importante resaltar que, una de las mayores dificultades que enfrentan las personas con VIH del estado Carabobo es la falta de laboratorios públicos disponibles para poder realizar pruebas especializadas como carga viral o conteo de CD4, las cuales son dos pruebas vitales para el monitoreo de la condición.

25. Los hallazgos concuerdan con el contexto de la crisis e información de otras organizaciones de la sociedad civil. Por ejemplo, la Federación Médica Venezolana, en marzo de 2023, denunció que 97% de los laboratorios en los centros de salud en Venezuela no cuentan con reactivos ni personal para llevar a cabo este importante servicio, lo que impide la recepción de una atención médica integral y de calidad<sup>7</sup>.

26. Al ser consultadas sobre el tiempo de espera para cirugías programadas, 31% alegó haber tenido que esperar para estos procedimientos. En el rango de espera destaca un 38% que ha debido aguardar más de 3 meses. Lamentablemente, hay casos documentados de personas que tuvieron que esperar más de 1 año para cirugías programadas, incluso hubo una persona encuestada que señaló haber tenido que ir a Colombia para operarse. Incluso, otras personas encuestadas concuerdan con que las listas de espera son muy largas y que tuvieron que cambiar de centro de salud público, o que no han abierto cupos para procedimientos en quirófano.

## Sobre los servicios de emergencia

27. Al consultarles a los usuarios primarios del sistema sanitario público<sup>8</sup> sobre si habían utilizado los servicios de emergencia en el último año, 63% indicó que sí<sup>9</sup>. Los motivos de visita a la emergencia más comunes fueron condiciones de salud gastrointestinales en el 18% (síndromes diarreicos, obstrucciones intestinales y apendicitis), emergencias traumatológicas en el 17% de los casos e infecciones respiratorias como el COVID-19.

28. Al respecto, casi 7 de cada 10 personas (68%) de ese grupo nos señalaron que fueron atendidas en instalaciones inadecuadas, como en las sillas de la sala de espera fuera de las instalaciones del servicio de emergencia. A pesar de que en la consulta la infraestructura de los hospitales fue valorada en general como regular, pareciera que este problema se debe a una alta demanda del servicio y la poca capacidad de personal y recursos para responder.

29. 68% de las personas que usaron la emergencia indicó que al llegar no fueron atendidas (evaluadas) de manera inmediata. De hecho, casi la misma cantidad de personas (67%) señaló que tuvieron que esperar más de 30 minutos para ser evaluadas. Dependiendo del tipo de emergencia,

<sup>7</sup> Rafael A (Abil 25, 2023) El 97 % de los laboratorios de los hospitales públicos de Venezuela está sin reactivos. El Diario, 02 de diciembre de 2023, disponible en: <https://eldiario.com/2023/04/25/laboratorios-de-los-hospitales-publicos-de-venezuela-estan-sin-reactivos/>

<sup>8</sup> Los usuarios primarios son las 671 personas que se encontraban en el centro asistencial público para satisfacer necesidades de salud personales, de acuerdo a lo que se detalla en el párrafo 8.

<sup>9</sup> De las 671, el 63% había utilizado la emergencia en el último año, es decir, 423 personas.

los tiempos para el diagnóstico y atención de algunos eventos de salud son críticos, porque pueden traducirse en la posibilidad de mitigar daños y evitar muertes prevenibles.

30. Con vista en lo anterior, 71% de las personas usuarias de las emergencias indicaron que es el personal de enfermería quien recibe y atiende a las personas en las emergencias y que deben esperar para ser atendidos por un médico. Este dato, podría ser indicador de la falta de disponibilidad de personal médico para los servicios de emergencia, lo cual, puede afectar notablemente la calidad de los servicios de salud
31. Al ser consultadas sobre la disponibilidad de insumos médicos y medicinas para la atención de su evento de salud, 98% de las personas alegó que la emergencia del centro público de salud no contaba con ellos.
32. Aunque estos datos pueden tener matices, principalmente por el motivo y tipo de emergencia, no dejan de ser desoladores, y son una muestra del desamparo que viven quienes requieren de bienes y servicios de salud de emergencia en el estado Carabobo.
33. Ahora, los servicios de emergencia no cuentan con los insumos y medicinas necesarios para atender las diversas situaciones que se presentan, además, tampoco cuentan con los servicios de laboratorio para la realización de los exámenes médicos necesarios para continuar con la atención. Lo anterior, se traduce en que es el usuario el que debe buscar en otros centros públicos o tienen que costearlo en laboratorios privados, aumentando considerablemente el gasto de bolsillo.
34. Lo anterior se confirma con que 94% indicaron que les solicitaron llevar insumos o medicamentos para poder completar la atención y 97% señaló que les solicitaron exámenes médicos
35. También debemos destacar que condicionar la atención inmediata o sostenida de una emergencia de salud por no contar con insumos, medicinas o exámenes, es una vulneración al derecho humano a la salud, trayendo consecuencias importantes con ello en la salud de las personas que deben esperar y conseguir los insumos para poder ser atendidas.
36. De igual manera, se evidencia que la calidad en la atención del servicio de salud es deficiente. Además, es importante resaltar que la respuesta humanitaria en este sector primario de atención es necesaria y debe enfocarse en el fortalecimiento de la disponibilidad de medicinas e insumos médicos que puedan coadyuvar en la atención de la población que requiera de estos servicios.
37. En 2022 la Encuesta Nacional de Hospitales mostraba que la posibilidad de no encontrar un medicamento básico en el área de emergencia, la cual, estaba cercana al 50%. De igual manera, advertían que para los insumos médicos del pabellón de emergencia ese porcentaje aumentaba a 70%<sup>10</sup>. Si relacionamos los hallazgos de nuestro estudio con la Encuesta Nacional de Hospitales, podemos observar que los porcentajes son similares.
38. Sobre la disponibilidad y calidad de los servicios de traslados y ambulancias 78% de las personas consultadas lo califica como “Deficiente” o “Muy deficiente”, incluso muchas personas comentaron sobre la inexistencia de estos servicios en los centros de salud, y consideran este hecho como una situación preocupante, además de representar una vulneración al estándar de accesibilidad físico del derecho humano a la salud.

---

<sup>10</sup> Rafael A (Abil 25, 2023) El 97 % de los laboratorios de los hospitales públicos de Venezuela está sin reactivos. El Diario, 02 de diciembre de 2023, disponible en: <https://eldiario.com/2023/04/25/laboratorios-de-los-hospitales-publicos-de-venezuela-estan-sin-reactivos/>

39. Aunado a lo anterior, las personas que interactúan con los servicios públicos de salud en el estado Carabobo tienen ingresos muy bajos dependen de la salud pública para satisfacer sus necesidades. Por esto, no es de extrañar que 54% de las personas que usaron el servicio de emergencia en el último año consideran que no pudieron atender su evento de salud y no egresaron de la emergencia con todos los síntomas atendidos.

## **Sobre el acceso a tratamiento médico y las prioridades del presupuesto familiar**

40. En lo que se refiere a acceso a tratamiento médico, además de los datos que se han esbozado anteriormente sobre abastecimiento de medicinas e insumos en los centros públicos de salud, el estudio indaga sobre a qué servicio o lugar acuden los encuestados cuando requieren algún medicamento o tratamiento médico.

41. En este sentido, 47% indicó que la última vez que requirió tratamiento médico, acudieron a un centro de salud público del estado Carabobo. Por esto, es de vital importancia que los centros públicos de salud estén abastecidos de insumos y para tratar diversas condiciones de salud, sean crónicas o no.

42. Por su parte, 41% de los encuestados indicó acudir al sector privado para comprar su tratamiento médico. Este dato por sí solo pudiera no decir mucho, ya que refleja que las personas acuden a farmacias privadas para poder adquirir tratamiento médico para cualquier situación de salud, algo que es perfectamente normal, pero que si se analiza desde la óptica de la crisis humanitaria en Venezuela, es un reto más debido, principalmente, a los ingresos precarios de las personas y que no todos están destinados a cubrir gastos de salud.

43. Con respecto a dificultades en el acceso a tratamiento médico, 64% de las personas usuarias de centros públicos de salud, indicó tener alguna dificultad para poder llegar hasta los centros (privados o públicos) donde retiran sus medicinas, bien sea porque el lugar queda muy lejos (más de 30 minutos), que es el caso del 51% de las personas encuestadas o por dificultades con el transporte público, con el 13%.

44. Estos datos confirman que existe un problema generalizado de accesibilidad física, ya que no solamente existen problemas para ir al centro de salud a buscar atención médica, sino que también hay problemas para poder acceder a tratamiento médico.

45. Sobre el gasto promedio en medicinas, las personas usuarias gastan \$37 por mes, para adquirir sus medicinas. Esta cifra constituye el 29% del ingreso promedio mensual de las personas encuestadas. En otras palabras, las personas tienen que utilizar casi un tercio de sus ingresos promedios para comprar medicinas.

46. Todas estas cifras, son gastos solamente en el área de la salud, debemos considerar igualmente los otros gastos prioritarios. Como ejemplo, 33% del total de personas encuestadas manifiestan que sus ingresos solamente alcanzan para comprar alimentos. Esta cifra se ajusta con las preferencias de gastos de las personas. En este sentido, las tres primeras prioridades son: alimentos (93%), salud (48%) y servicios básicos, como agua, luz y aseo urbano (35%).

47. La Canasta Alimentaria Familiar (CAF) para noviembre de 2023 se ubicaba en \$522<sup>11</sup>, es decir, más de cuatro veces el ingreso promedio mensual de las personas que interactúan con servicios de salud públicos en el estado Carabobo.
48. Asimismo, el Observatorio Venezolano de Finanzas estimó que la inflación en el rubro de alimentos en el mes de octubre de 2023 se ubicó en 7,1%<sup>12</sup>. En definitiva, las personas gastan cada vez más comprando los mismos alimentos, una situación que deja menos dinero disponible para atender otros gastos, tomando en cuenta que la alimentación se encuentra como la primera prioridad para las personas en el estado Carabobo.
49. El escenario constante de alta inflación en todos los rubros, especialmente el de alimentos, y con los ingresos tan precarios, pudiera hacer pensar que las personas hacen sacrificios para poder comprar medicamentos para atender cualquier situación de salud.
50. Sobre este asunto, entre los datos recogidos durante el estudio, surgieron varios casos de personas que acuden a emergencias por situaciones que tienen que ver con la desnutrición o pérdida de peso, lo que da cuenta de la calidad de la alimentación de las personas encuestadas.
51. Para ahondar más en este tipo de información, indagamos sobre diversos comportamientos relacionados con el acceso y consumo de tratamiento y otros bienes y servicios de salud con las personas encuestadas. Así, poco más de un tercio de ellas (32%) indicó que se ha privado de comprar comida para poder comprar medicinas y 88% han optado por comprar alimentos más económicos.
52. Como muestra de lo anterior, resaltamos un testimonio de una persona encuestada con VIH, la cual señalaba que su mayor preocupación es *"...poder realizarme los exámenes para ingresar al programa – en referencia al Programa Nacional de VIH/sida ITS – soy padre de familia y no puedo dejar de comprar comida para hacerme los exámenes"*. Una frase que fielmente refleja el título del informe: *"todo lo resuelvo a medias"*.
53. Otro dato que complementa los ya expuestos, y que revela la grave situación económica de las personas encuestadas, es que la mitad (53%) han pedido dinero prestado a familiares y/o amigos para poder acceder a bienes y servicios de salud.
54. Como se evidenció anteriormente, las personas tienen tres prioridades de gasto claras: alimentación, salud y servicios básicos. En otras palabras, las personas encuestadas revelan que sus ingresos se van destinados a pagar alimentos y medicinas o eventos de salud, pero estos datos revelan que con sus ingresos no pueden ni siquiera costear completamente una de las dos principales.
55. Cuando aplicamos nuevamente un estándar de derecho, la afectación al estándar de asequibilidad es clara. Ante un evento de salud, las personas se encuentran desamparadas y deben recurrir a varias estrategias para poder costear estas situaciones y, en muchos casos, puede que ni siquiera logren hacerlo. Todo esto tiene un impacto notable en la vida de las personas y, por supuesto, de su grupo familiar.

---

<sup>11</sup> RunRunes (Diciembre 28, 2023). Cendas – FVM: un docente necesita 24,2 salarios al mes para alimentar a su familia. Diciembre 30 de 2023, de RunRunes, disponible en: <https://runrun.es/noticias/515571/cendas-fvm-un-docente-necesita-242-salarios-al-mes-para-alimentar-a-su-familia/>

<sup>12</sup> Gallardo, A. (Noviembre 6, 2023). Venezuela sigue con la inflación más alta del mundo, según el Observatorio Venezolano de Finanzas #6Nov. Enero 8 de 2024, de El Impulso, disponible en: <https://www.elimpulso.com/2023/11/06/venezuela-sigue-con-la-inflacion-mas-alta-del-mundo-segun-el-observatorio-venezolano-de-finanzas-6nov/>



## Preferencias en la ayuda humanitaria

56. De manera novedosa se diseñó un espacio para pedir a las personas que establecieran sus prioridades a la hora de recibir ayuda humanitaria. Los resultados muestran que 83% de las personas encuestadas colocan entre sus tres prioridades la recepción de medicamentos para atender sus condiciones de salud.
57. Posteriormente, 65% de las personas consultadas señaló entre sus tres prioridades de recibir ayuda humanitaria el pago de sus exámenes de laboratorio y 48% el pago de exámenes de laboratorio especializados.
58. Si comparamos estas tres prioridades, con las evaluaciones hechas por las personas encuestadas al sistema público de salud, podemos encontrar una coincidencia entre las deficiencias en los centros públicos y las necesidades humanitarias. Estos datos parecen revelar una necesidad en el estado Carabobo de contar con servicios de laboratorio para hacer diversos exámenes, desde hematologías sencillas hasta exámenes especializados como los de carga viral o cd4 para personas con VIH.
59. Es importante mencionar que 9% de las personas usuarias del sistema público de salud encuestadas, indicaron que han acudido a alguna organización sin fines de lucro para el retiro de tratamiento médico. Estas organizaciones son importantes y representan un alivio a las condiciones de vida en el estado Carabobo, razón por la cual la protección del espacio cívico es una materia importante en el contexto de la crisis.
60. Ahora bien, si es importante señalar que el mayor impacto de la actividad humanitaria de las organizaciones de sociedad civil, está en la entrega de medicinas, ya que casi 1 de cada 10 personas acude a estas organizaciones para el retiro de tratamiento, mientras que solo 4% acude para alguna consulta o atención médica especializada. Las organizaciones de sociedad civil con trabajo humanitario son un alivio, pero no cuentan con los recursos, ni la capacidad suficiente para constituir una alternativa al sistema público.



# Condiciones Crónicas de Salud

*“Detrás de cada condición crónica hay sólo una persona que intenta encontrar su camino en el mundo. Simplemente estamos lidiando con limitaciones no deseadas en nuestro viaje de héroes”.*

**-Glenn Schweitzer**

02



## Sección II:

# Condiciones Crónicas de Salud

---

61. Las condiciones crónicas de salud, también conocidas como enfermedades no transmisibles (ENT), son de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “*el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento*”<sup>13</sup> que llevan a una persona a tener enfermedades o trastornos de larga duración y progresión lenta.
62. Algunos ejemplos claros son las condiciones cardiovasculares, como los infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, la diabetes, las infecciones respiratorias crónicas y el cáncer. Y de acuerdo con la OMS, alrededor del 74% de los fallecimientos en todo el mundo se atribuye a estas condiciones<sup>14</sup>.
63. Atender las condiciones crónicas de salud tiene sus desafíos, debido a su naturaleza prolongada y frecuentemente irreversible, que requieren de cuidados y manejo continuo a lo largo de la vida de las personas, por lo que una gestión adecuada de políticas públicas de prevención, diagnóstico temprano y atención son fundamentales para garantizar a la población su derecho humano a la salud.
64. En los contextos de crisis, como las Emergencias Humanitarias Complejas (EHC), las personas con este tipo de condiciones frecuentemente se encuentran en grupos altamente vulnerables, ya que el colapso del sistema público de salud repercute en el acceso regular a atención médica y medicamentos, dificultando el control de la condición y aumentando el riesgo de complicaciones. Además, estas condiciones acarrearán gastos de bolsillo, pero las tensiones económicas del país afectan de forma directa la capacidad de las personas para gestionar sus recursos y atenderse adecuadamente.
65. Adicionalmente, este tipo de condiciones de salud, también por su naturaleza no transmisible, son frecuentemente consideradas menos prioritarias en los planes de respuesta humanitarios. En el caso de Venezuela, el Plan de Respuesta Humanitaria (PRH) 2022 – 2023 implementa 43 proyectos en el área de la salud, de los cuales solo 9 atienden enfermedades no transmisibles (ENT)<sup>15</sup>
66. Sin embargo, estos programas se enmarcan en el apoyo o complemento de proyectos orientados a la salud sexual y reproductiva (SSR) y a la atención de sobrevivientes de violencia basada en género (VBG). A lo largo del plan, solamente hay un enfoque que realmente toma en cuenta las condiciones crónicas de salud, y es el acceso al diagnóstico oportuno y tratamiento de 18.000 personas con VIH de poblaciones indígenas<sup>16</sup>
67. 1. Lamentablemente, la falta de recursos siempre está presente en los contextos de crisis, las necesidades son tantas que se hace muy complejo priorizar, especialmente si se toma en cuenta que el Plan de Respuesta Humanitaria de Venezuela subestima las necesidades reales por falta de

<sup>13</sup> OMS (Septiembre 16, 2023). Enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud (OMS), 02 de diciembre de 2023, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

<sup>14</sup> Ídem.

<sup>15</sup> OCHA (2022). Plan de Respuesta Humanitaria de País 2022-2023. OCHA, 02 de diciembre de 2023, página 39, disponible en: [https://venezuela.un.org/sites/default/files/2022-08/PLAN\\_DE\\_RESPUESTA\\_HUMANITARIA\\_2022\\_23.pdf](https://venezuela.un.org/sites/default/files/2022-08/PLAN_DE_RESPUESTA_HUMANITARIA_2022_23.pdf)

<sup>16</sup> Ídem.

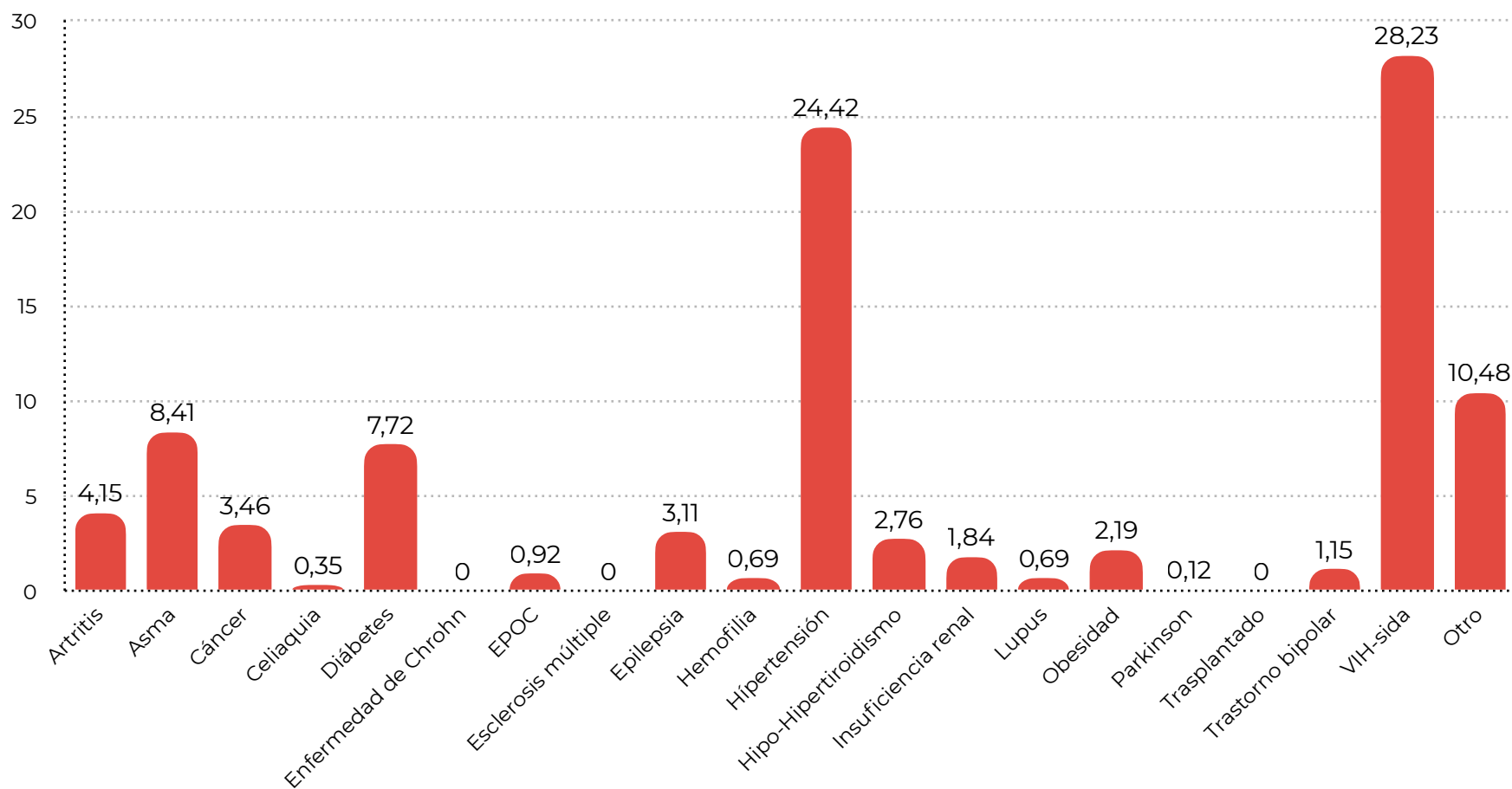
información oficial y que para diciembre de 2023 apenas alcanzó el 48% de los fondos solicitados<sup>17</sup>.

68. En vista de lo anterior, se consideró importante destacar la situación actual de las personas con condiciones crónicas de salud, con el objetivo de poder entender mejor las vulnerabilidades diferenciadas que les afectan y poder hacer incidencia para que se tomen en cuenta sus necesidades en la elaboración de políticas públicas y proyectos de atención humanitaria. Entre los hallazgos encontrados vemos:

69. De todas las 865 personas encuestadas, sorpresivamente 72% indicó que tienen una condición crónica de salud. Esta elevada cifra se explica porque la encuesta fue aplicada en centros públicos de salud y/o sus alrededores, hacia la población objetivo. Sin embargo, no deja de generar alarmas que tantas personas que se encuentran interactuando con el sistema público de salud deban lidiar con una condición crónica de salud, especialmente en el contexto de la crisis venezolana.

70. Las condiciones de salud con mayor prevalencia son: VIH, hipertensión, diabetes y asma. De la muestra total, 28% reveló tener VIH, 24% hipertensión, 8% asma y 8% diabetes. En promedio, una persona con una condición crónica de salud debe destinar \$24 mensuales para comprar su tratamiento.

**Condiciones crónicas de salud %**



71. Ahora, es necesario realizar una aclaratoria en torno al porcentaje de personas con VIH. Es muy probable que la prevalencia sea elevada porque en los centros asistenciales donde se levantó información hay servicios especializados para esta condición de salud. Sin embargo, es un problema de salud pública y un reflejo de la dependencia que tienen las personas con VIH del

<sup>17</sup> FTS (Noviembre 30, 2023). Coordinated plans. Financial Tracking Service (FTS), 02 de diciembre de 2023, disponible en: <https://fts.unocha.org/plans/overview/2023>

sistema público de salud, de donde no solo buscan atención médica, sino que obligatoriamente, deben acudir para poder acceder a su tratamiento antirretroviral, al respecto, profundizamos en la subsección de personas con VIH.

72. Respecto a las personas con hipertensión, la media de edad es de 53 años, 55% de las personas son mayores de 55 años. No obstante, el estudio mostró una prevalencia importante (21%) de hipertensión entre personas más jóvenes entre los 22 y los 40 años.
73. Los medicamentos más utilizados para tratarla son losartán potásico y amlodipina, combinado con medicamentos diuréticos como la hidroclorotiazida y otros como la atorvastatina. A su vez, manifiestan que el gasto mensual puede llegar a hasta \$50, aunque el promedio se sitúa entre \$21, lo que equivale al 17% del ingreso promedio de las personas encuestadas.
74. En el caso de las personas con diabetes, 31% señaló tener diabetes tipo I y 61% diabetes tipo II, hubo dos casos reportados de mujeres embarazadas con diabetes gestacional.
75. Las medicinas más comunes que indicaron tomar para tratar esta condición son la Insulina y la Metformina. El gasto mensual que hacen las personas con diabetes en sus medicamentos puede llegar hasta \$100, aunque el promedio se sitúa en \$28, lo que equivale al 22% del ingreso promedio de las personas encuestadas.
76. Respecto a las personas con asma, se observó que los medicamentos más empleados para atenderla son Salbutamol y Budesonida. Las personas con asma encuestadas reportaron gastar en su tratamiento hasta \$80 al mes, sin embargo, el promedio es de \$28, lo que representa el 18% del ingreso promedio mensual de personas encuestadas.
77. Por otra parte, encontramos que 4 de cada 100 personas de la muestra total (4%) tienen o han tenido cáncer, siendo los de mama (33%), leucemia (20%) y próstata (13%) los más comunes. De este grupo de 30 personas, 77% indicaron que el cáncer estaba en remisión.
78. Sin embargo, los dos desafíos más frecuentes reportados por las personas con cáncer son: el acceso a los medicamentos y tratamientos, ya sea por los altos costos o por falta de disponibilidad, y el peso emocional, aceptar la enfermedad, lidiar con las emociones y poder luchar para vencer el cáncer.
79. También encontramos que 2 de cada 100 personas (2%) tienen insuficiencia renal, y 53% requiere dializarse. La gran mayoría de este grupo (88%) lo hacen en centros públicos de salud y el 12% en centros privados. Los medicamentos más empleados para atender esta condición de salud son: eritropoyetina, candesartán, citrato de potasio y vitamina D15.
80. Entre los desafíos más frecuentes que mencionan las personas con insuficiencia renal, 40% señaló problemas relacionados al transporte público, como conseguir dinero en efectivo para pagar el pasaje y la distancia entre sus hogares y los centros donde se dializan (accesibilidad física). Además, 33% señaló con preocupación el mal estado de los servicios de diálisis y la calidad de la atención que se brinda a los usuarios.

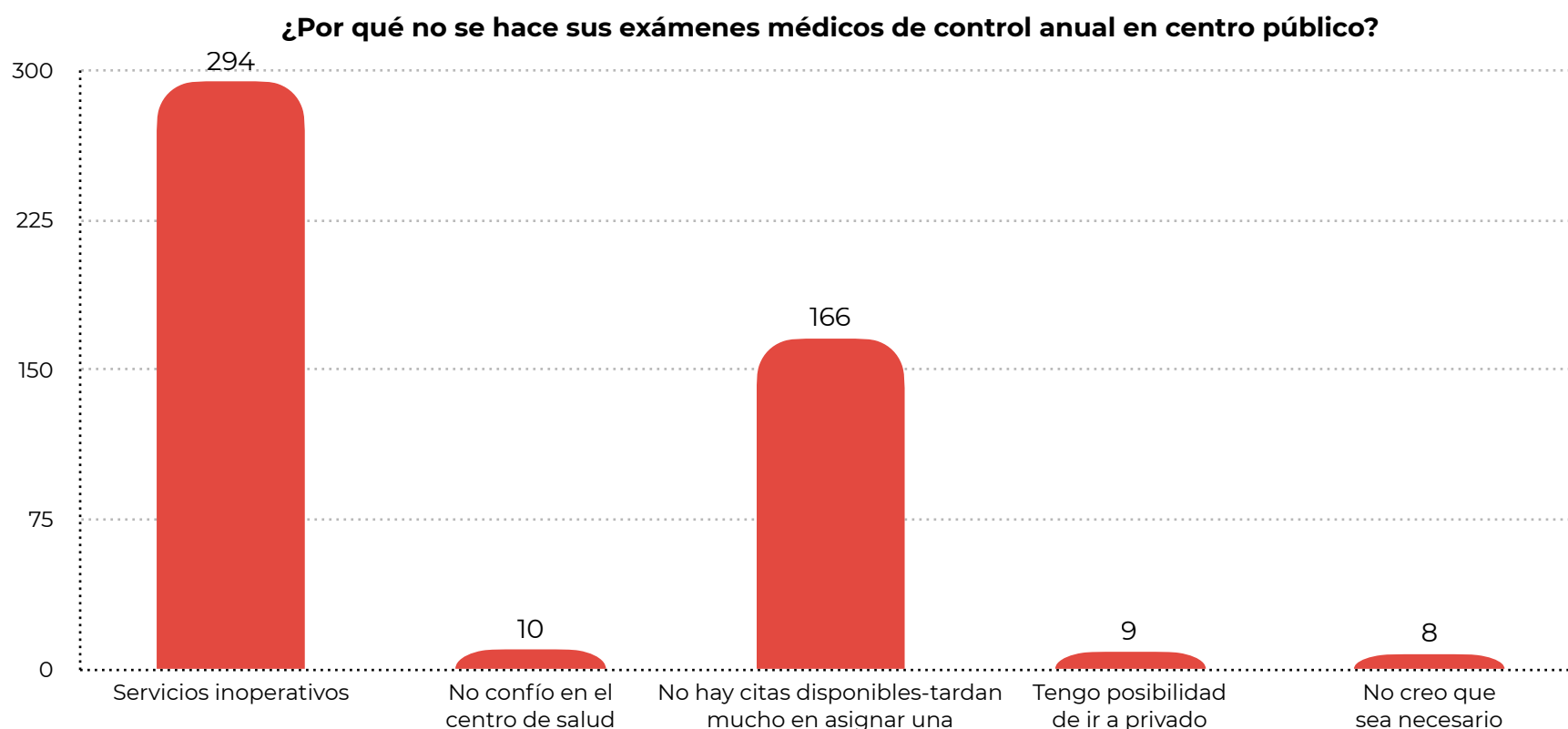
81. Notablemente debemos destacar que, de las personas con condiciones crónicas de salud, quienes tienen cáncer o insuficiencia renal continúan siendo las más vulnerables. Estos hallazgos son coherentes con los informes levantados por Acción Solidaria en 2021<sup>18</sup>, 2022<sup>19</sup> y 2023<sup>20</sup>.

## Controles médicos de personas con condiciones crónicas de salud

82. Para conocer y entender mejor cómo las personas con condiciones crónicas de salud se cuidan y cuáles son las dificultades a las que se enfrentan, les pedimos a las personas encuestadas que respondieran sobre si pueden o no cumplir con sus controles médicos anuales, que incluyen tanto asistir a su consulta de control como hacerse exámenes de rutina. Al respecto, encontramos que:

83. 83% de las personas con condiciones crónicas de salud indicó que acuden al menos una vez al año a centros públicos de salud para poder recibir una consulta médica de seguimiento. Este dato, por sí solo, no revela si efectivamente ese control anual se da con rigurosidad en todas las personas que contestaron, y tampoco sabemos si, de ir a consultas, las personas efectivamente logran cumplir con todas las indicaciones médicas de exámenes complementarios o compra de tratamiento, lo que representa un desafío y una carga para estas personas que además viven en un contexto difícil como el venezolano.

84. No obstante, con otros datos es posible poder despejar un poco estas dudas. En este sentido, casi 7 de cada 10 personas que acude a algún centro público de salud para tratar su condición crónica, manifestó que no se realiza los exámenes médicos de control en el sistema público, pese a que acude a éste para sus chequeos. De este grupo, 45% indicó que la razón es que el servicio se encuentra inoperativo y 25% señala que no hay citas disponibles. Lamentablemente, realizarse los exámenes en el sector privado tampoco parece ser una opción, 82% señala los costos como motivo.



<sup>18</sup> Acción Solidaria (2021). Salud en emergencia: el caso de Venezuela, disponible en: <https://accionsolidaria.info/project/salud-en-emergencia-el-caso-de-venezuela-2/>

<sup>19</sup> Acción Solidaria (2022). Salud en emergencia: el caso de Venezuela 2022, disponible en: <https://accionsolidaria.info/project/salud-en-emergencia-el-caso-de-venezuela/>

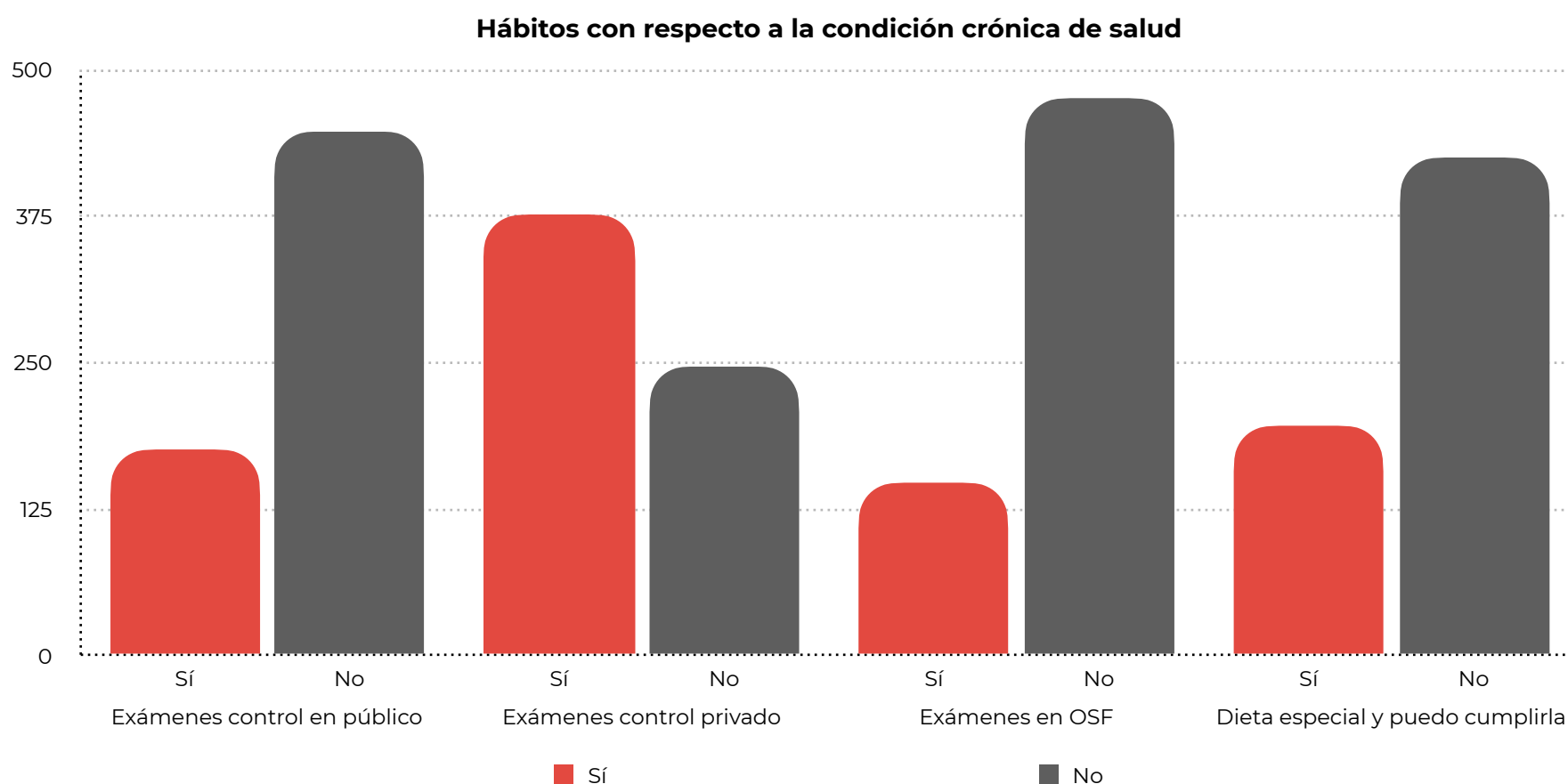
<sup>20</sup> Acción Solidaria (2023). Venezuela: Salud en emergencia, disponible en: <https://accionsolidaria.info/project/salud-en-emergencia/>

85. Es decir, a pesar de que las personas con condiciones crónicas de salud asisten a consultas anuales de control médico, la mayoría no se realizan exámenes de seguimiento, necesarios para una adecuada evaluación de su condición, debido a la falta de operatividad y citas para estos servicios en el sector público, y por los costos en el sector privado.

86. Se pidió a las personas con condiciones crónicas de salud que señalaran si en los últimos 6 meses habían recibido atención médica para su condición de salud, solamente 9% señaló que no había recibido, principalmente, porque no lo buscó o no les hizo falta.

87. Por otra parte, 56% de las personas con condiciones crónicas, manifestó que acude a recibir atención médica solamente cuando tiene alguna emergencia médica. Aunque este dato pudiera ser contradictorio, las personas que interactúan con servicios públicos de salud en el estado Carabobo, se encuentran en un estado de desamparo, dependen del sistema público para sus consultas de control y/o emergencias, y además se enfrentan a la difícil situación de no tener ingresos suficientes para cubrir sus medicinas y exámenes médicos.

88. Ahora, cuando se analiza la información sobre los hábitos de las personas con condiciones crónicas de salud encuestadas, 7% indicó que no toma el tratamiento médico en las dosis y frecuencia recomendada por el especialista, por múltiples razones, entre las que destacan el costo. Asimismo, 8% señala que toma su tratamiento cuando puede adquirirlo, evidenciando los problemas de asequibilidad.



89. Como complemento, casi 1 de cada 10 encuestados (9%), afirmó que incurre en prácticas para hacer rendir su tratamiento, por ejemplo, toma menores dosis a las indicadas, o alterna la frecuencia de consumo, prácticas que tienen una influencia importante en el control de la condición de salud. Incluso, 24% mencionó que emplea únicamente o de forma complementaria (al tratamiento convencional) remedios naturales su condición crónica de salud. Este tipo de prácticas responden, en la gran mayoría de los casos, a un factor meramente económico, lo que es

una evidencia adicional de la afectación del estándar de asequibilidad del derecho humano a la salud.

## Prioridades en la ayuda humanitaria

90. Al igual que en la sección anterior, les pedimos a las personas con condiciones crónicas de salud que señalaran sus prioridades en caso de poder recibir ayuda humanitaria. Los resultados muestran que casi 9 de cada 10 (85%) personas encuestadas establece las tres prioridades, la recepción de medicamentos para sus condiciones crónicas de salud.
91. De igual manera, 67% señalaron entre sus tres prioridades de ayuda humanitaria, el pago de exámenes médicos de laboratorio y, en tercer lugar, 58% manifestó el pago de los exámenes médicos especializados.
92. La razón por la cual los exámenes médicos especializados ocupan el tercer puesto de las prioridades de ayuda humanitaria, es porque casi 4 de cada 10 (38%) personas que priorizaron esta opción tiene VIH. Debemos recordar que las personas con VIH deben, de forma regular, realizarse pruebas de carga viral y conteo de CD4, para monitorear adecuadamente su estado de salud, estas dos pruebas son especiales y sumamente costosas en el sector privado.
93. Por último, las comidas para dietas especiales, y la entrega de insumos médicos son las dos formas de ayuda humanitaria que se encuentran entre las que menos interesa a las personas con condiciones crónicas de salud encuestadas del estado Carabobo.

## Personas con VIH: entre su salud y la discriminación

94. Ahora bien, haciendo un análisis más profundo en el grupo de personas con VIH encuestadas, tenemos que el promedio de edad es de 39 años, y dentro de este grupo, 1 de cada 3 personas tiene menos de 30 años (31%). Como se observa, es una población joven. Este dato es coherente con estudios globales sobre el tema<sup>21</sup>, las personas jóvenes son una población clave para las políticas públicas de prevención de transmisión del virus.
95. De acuerdo con las respuestas dadas por las personas con VIH, entre las mayores dificultades que enfrentan se encuentran: contar con laboratorios públicos donde puedan realizarse las pruebas especializadas (como cargas virales y cd4), servicios médicos de atención especializados, fallas en el transporte público, como la dificultad de conseguir efectivo para pagar el pasaje y tener situaciones de discriminación por su condición de salud.
96. Al respecto, del total de personas con VIH encuestadas<sup>22</sup>, 37% indicó haber sido víctima de discriminación en los centros de salud por su condición de salud. Así, 9 de cada 10 personas que ha sufrido algún acto de discriminación por su condición crónica en centros de salud públicos, son personas con VIH.
97. Este dato revela la persistencia del estigma y tabú alrededor del VIH y que perjudica a las personas que tienen el virus. Es una situación que atenta contra los valores éticos de la atención médica y vulnera el derecho de estas personas a acceder a bienes y servicios de salud. La

<sup>21</sup> UNAIDS (Agosto 31, 2023) Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet. Enero 23, 2024, de UNAIDS. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet#:~:text=New%20HIV%20infections%20have%20been,all%20new%20infections%20in%202022>

<sup>22</sup> Se encuestaron un total de 245 personas con VIH en el estado Carabobo



discriminación y el estigma aleja a las personas con VIH de los servicios de salud, no solamente de atención sino de tratamiento.

98. En cuanto al acceso a tratamiento, debemos recordar que es otorgado de forma exclusiva, excluyente y gratuita por el Estado venezolano. Ahora bien, desde 2016, no se hacen compras del tratamiento antirretroviral, lo que generó una crisis de escasez sin precedentes entre ese año y el 2018, cuando el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, en el marco del Plan Maestro, aportó recursos para poder adquirir estos medicamentos. Desde ese momento, el tratamiento llega gracias a la cooperación internacional, siendo el único tratamiento disponible actualmente en Venezuela, la combinación de: dolutegravir, lamivudina y tenofovir (DLT).
99. Al ser el DLT, el único tratamiento disponible, 88% de las personas con VIH encuestadas señaló tomar dicho tratamiento. Mientras que casi 7% toma una combinación de otros antirretrovirales, cuya disponibilidad es complicada, a pesar de que no se indagó en el cuestionario, sobre las formas en que estas personas adquieren esos antirretrovirales, es muy probable que deban recurrir al mercado negro o a familiares y/o amigos que vivan en el exterior para que les compren el tratamiento, algunas de estas situaciones se encuentran documentadas en otros informes de Acción Solidaria<sup>23</sup>.
100. Por último, se debe destacar que 31% de las personas con VIH encuestadas, tiene otra condición crónica de salud, siendo la hipertensión la más frecuente, seguida de la diabetes. Al tener que lidiar con dos condiciones crónicas de salud en el contexto de una crisis como la venezolana, las personas con VIH/sida destacan como una población especialmente vulnerable ante el colapso del sistema público de salud.

---

<sup>23</sup> Acción Solidaria (Diciembre, 2022). Venezuela con V de VIH: Informe sobre la situación general de las personas con VIH en Venezuela. Febrero 5 de 2024, de Acción Solidaria. Disponible en: <https://accionsolidaria.info/project/venezuela-con-v-de-vih/>



# Grupos en situación de vulnerabilidad

*“La verdadera medida de cualquier sociedad puede encontrarse en la forma en que trata a sus miembros más vulnerables”*

- Mahatma Gandhi

03



## Sección III:

# Grupos en situación de vulnerabilidad

---

101. Los grupos en situación de vulnerabilidad son personas que enfrentan mayores desafíos y posibilidades de sufrir discriminación, así como obstáculos para el acceso a servicios esenciales como educación, empleo, salud, entre otros. Esta desigualdad se debe a factores sociales, culturales y económicos que son históricos, y, que todavía hoy en día se hacen presentes.
102. En estos grupos generalmente se habla de mujeres, personas de la comunidad LGBTIQ+, niños, niñas y adolescentes (NNA), adultos mayores, personas con discapacidad, comunidades indígenas, personas migrantes y refugiadas, personas en situación de pobreza y en situación de calle, aunque puede haber muchas más clasificaciones.
103. Es esencial realizar un análisis que tome en cuenta el enfoque de estas poblaciones y cómo sus vulnerabilidades se superponen. De esta forma, se pueden comprender sus necesidades específicas y diferenciadas, para la elaboración de respuestas inclusivas que atiendan y garanticen la equidad en el acceso a bienes y servicios de salud. La inclusión de estas perspectivas promueve sociedades más justas, saludables y productivas.
104. Por las razones esbozadas y a pesar de que no incluimos una sección específica para levantar información sobre grupos en situación de vulnerabilidad, consideramos fundamental utilizar la información general levantada en la primera sección para hacer un cruce de datos que nos permitiera identificar información sobre estos grupos. Por razones que obedecen más a restricciones de tiempo para nuestra capacidad de análisis que a un criterio de prioridad, seleccionamos tres grupos vulnerables: mujeres, comunidad LGBTIQ+ y adultos mayores. A continuación, mostramos los hallazgos de cada uno:

## Mujeres

105. De la muestra total de 865 personas, 446 se identificaron como mujeres (52% del total), de las cuales, 32% (141 mujeres) son mayores de 55 años, por lo que, de acuerdo con la ley venezolana se consideran adultas mayores. Además, 15%, indicó tener algún tipo de prevalencia de discapacidad y sólo 11 manifestaron contar con el carnet del CONAPDIS<sup>24</sup>.
106. Asimismo, y entrando en las situaciones que constituyen una brecha de género, podemos observar lo que se refiere al acceso al trabajo. Mientras 52% de los hombres manifestaron contar con un empleo remunerado, sólo 43% de las mujeres encuestadas se encuentran trabajando. De hecho, con respecto a las personas que desempeñan labores del hogar o labores domésticas, de 65 personas que manifestaron atender este trabajo no remunerado, solamente 3 son hombres, es decir, 95% son mujeres.
107. Estos datos resaltan los estereotipos y roles de género que, históricamente, asignan el trabajo de hogar, la crianza y el cuidado de terceros a las mujeres. Estas situaciones, entre otras, las hacen ser más vulnerables y crean igualmente barreras de acceso a bienes y servicios de salud

---

<sup>24</sup> El CONAPDIS es el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad que emite un carnet o certificación de que la persona tiene discapacidad.

108. El ingreso promedio entre ambos grupos también evidencia brechas importantes: mientras el de los hombres es de \$130, superando los ingresos de la muestra global (\$126), el de las mujeres es de \$109. Asimismo, son más las mujeres que señalaron depender de bonos del gobierno y remesas para subsistir.
109. Cuando se analizaron las respuestas sobre si los ingresos que perciben son suficientes para cubrir las necesidades alimentarias, no hubo mucha diferencia entre hombres y mujeres. No obstante, cuando se analizan las respuestas que indicaron que los ingresos no son suficientes para cubrir sus gastos de alimentación (31 personas), la mayoría son mujeres (61%).
110. A pesar del dato anterior, llama igualmente la atención que la gran mayoría de las personas indica que sus ingresos son suficientes para cubrir sus gastos de alimentación, tomando en cuenta que el ingreso promedio (\$126) apenas cubre el 26% de la canasta básica alimentaria familiar. La hipótesis es que las respuestas van dirigidas a señalar que cubren el hambre, pero no los mínimos de dietas balanceadas y nutricionales. Es probable que consumen dietas altas en carbohidratos procesados como pasta, harinas y arroz, que son más económicos que otros productos, o porque se apoyan con las bolsas de alimentación que otorga el gobierno por medio de los Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP), las cuales tampoco cumplen con las recomendaciones mínimas de dietas balanceadas.
111. Cuando se analiza la interacción con el sistema público, aunque la diferencia es de 2 puntos porcentuales, hay un porcentaje mayor de mujeres que se encontraban en el centro de salud por otras personas, fue el caso del 23% de las mujeres, frente al 21% de los hombres. Como ya se dijo, aunque la diferencia parece pequeña, existe una predominancia del rol maternal y de cuidadora de otros, que recae sobre las mujeres, y coloca en mayor precariedad a este grupo frente a su par. Más adelante se profundizará sobre este particular.
112. En general, tanto hombres como mujeres que interactúan como usuarios primarios de los servicios de salud públicos, no hay diferencias importantes sobre los eventos en los centros asistenciales. Es decir, los porcentajes de solicitud de insumos médicos, malos tratos del personal de salud, la esperas para cirugías, solicitudes de dinero para consultas médicas, entre otras, son bastante similares, varían apenas entre 1 a 3 puntos porcentuales. La excepción, se encuentra en los casos de discriminación, donde de las personas que indicaron haber sufrido algún acto de discriminación, los hombres salen más afectados con 58% frente a 42% de las mujeres, sin embargo, esto está más relacionado a su orientación sexual y por tener VIH, que el hecho de su género.

## Comunidad LGBTIQ+

113. De la muestra de 865 personas, 185 se identifican como parte de la comunidad LGBTIQ+, lo que representa el 21% del total de personas encuestadas. Entre ellas se encontró: 15% homosexuales, 5% bisexuales, 3% no binarias y 3% personas trans.
114. Para esta población, el promedio de ingresos es inferior al promedio general del resto de la muestra (\$93 mensuales frente a \$126 de la muestra general). Esto puede estar vinculado con el tipo de trabajos al que pueden acceder, que supone ingresos por honorarios y salario a destajos.
115. Ahora, llama la atención las preocupaciones manifestadas por esta población y que se relacionan con la alimentación y la necesidad de dietas especiales. Así, 28% de las personas encuestadas manifestó que su médico tratante les había señalado la importancia de seguir una dieta especializada. Al consultarle a quienes no podían cumplirla (parcial o completamente), cuál era

su principal barrera: la mayoría señaló que los costos de los suplementos o alimentos especiales son inasequibles.

116. Lo anterior puede explicarse al ver que la gran mayoría de las personas LGBTIQ+ encuestadas señaló tener alguna condición crónica de salud (98%), donde las más frecuentes fueron: VIH (62%), hipertensión (21%), asma (10%) y diabetes (6%).
117. Como señalamos en la primera sección de este informe, el porcentaje tan elevado de personas con VIH se le atribuye a la probabilidad de que el centro de salud donde se realizó la encuesta tenga servicios especializados para esta población, así como farmacias de alto costo para retirar antirretrovirales. Ahora, lo que sí queda en evidencia es que la comunidad LGBTIQ+ es una población clave que realiza acciones que los colocan en mayor riesgo de contraer VIH, especialmente hombres que tienen sexo con hombres, esto concuerda con estudios globales sobre el tema<sup>25</sup>.
118. Por otra parte, el gasto promedio mensual en tratamiento que enfrentan las personas de la comunidad LGBTIQ+ que tienen estas condiciones crónicas de salud son: \$20 asma, \$33 diabetes y \$20 hipertensión. Es decir, en promedio son \$24 mensuales.
119. Adicionalmente, pedimos a las personas usuarias primarias que respondieran si en el uso de los servicios de salud públicos se sintieron discriminadas. Llama alarmantemente la atención que 5 de cada 10 personas LGBTIQ+ (55%) señalaron haber sido víctimas de estigmatización y discriminación en los centros de salud público, siendo la condición de salud, la razón más recurrente, probablemente por el hecho de tener VIH. Otros motivos registrados son la orientación sexual y/o la identidad de género.
120. De los hallazgos anteriores, queda en evidencia que los estigmas sociales alrededor de la comunidad LGBTIQ+ persisten y se acentúan en el uso de servicios públicos de salud, lo que genera un obstáculo importante en el acceso a estos y vulnera el estándar de aceptabilidad del derecho humano a la salud. Efectivamente, al ser una población minoritaria, la lucha por el reconocimiento de sus derechos y la igualdad ante la ley siguen siendo en Venezuela, motivos críticos que requieren atención. Su orientación sexual y/o identidad de género, los coloca en especial situación de vulnerabilidad, debido a los tabúes, estigmas y constructos sociales.

## Adultos mayores

121. De la muestra total de 865 personas, 145 son personas adultas mayores, a efecto de este estudio serán entendidos como adultos mayores las mujeres y hombres a partir de los 60 años. Ahora, 56% son mujeres y 44% son hombres, de este grupo y 30% señalaron tener alguna prevalencia de discapacidad, lo que es superior a otros grupos vulnerables, y tiene sentido debido a la edad. Aunque, únicamente el 6% cuenta con su certificado del CONAPDIS. La mayor prevalencia de discapacidad es visual.
122. La mayoría de las personas adultas mayores no trabaja (64%), principalmente porque están jubilada/pensionada (44%). Sin embargo, 36% se mantienen activos en la fuerza laboral, trabajando principalmente como empleadas en turnos completos o parcial (37%) o en trabajo independiente (23%). Las fuentes de ingreso de las personas adultas mayores provienen

<sup>25</sup> UNAIDS (Agosto 31, 2023) Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet. Enero 23, 2024, de UNAIDS. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet#:~:text=New%20HIV%20infections%20have%20been,all%20new%20infections%20in%202022>

principalmente de bonos / ayudas del gobierno (89%), pensiones / jubilaciones (59%) y remesas del exterior (23%).

123. Lo anterior, explica la razón por la cual este es el segundo grupo vulnerable con peores ingresos promedio, recibiendo apenas \$108 mensuales frente a los \$126 de la muestra total. Es decir, la brecha es de \$18 mensuales, una suma relevante en contextos de precariedad y crisis como la venezolana.
124. Aunque, si profundizamos y vemos el promedio de ingresos de personas adultas mayores por género, la brecha se incrementa considerablemente, las mujeres revelaron percibir solamente \$92 mensuales en promedio, frente a \$129 de los hombres.
125. Esta precariedad se acentúa, cuando vemos que 43% de las personas adultas mayores manifiestan tener al menos una persona bajo su cargo y cuidado. Aunque, paradójicamente, más de la mitad (61%) advirtieron que necesitaban apoyo de un tercero para subsistir (dependencia).
126. Además, como es esperable, los adultos mayores tienen el mayor gasto promedio mensual en medicamentos para atender su salud, ubicándose en \$43 mensuales, es decir, \$6 por encima de la muestra global (\$37). Esto cobra mayor sentido si se observa que 31% de los adultos mayores tiene alguna prevalencia de discapacidad; de hecho, 6% tiene certificado de discapacidad del CONAPDIS. Además, 90% tiene alguna condición crónica de salud, de las cuales las más frecuentes son: hipertensión (28%), VIH (10%), diabetes (8%), hipertiroidismo e hipotiroidismo (7%) y artritis (6%).
127. Como esta encuesta se realizó en las adyacencias o dentro de centros asistenciales públicos, la intención era encontrar personas que estuvieran de una u otra forma interactuando con el sistema público de salud. Así, 86% de las personas adultas mayores se encontraban en el hospital o ambulatorio para atender necesidades de salud particulares (usuarias primarias).
128. Al igual que la muestra global y otros grupos vulnerables, se les solicitó llevar insumos médicos o medicamentos (60%) y realizarse exámenes médicos fuera del centro de salud (79%), con la diferencia de que los adultos mayores deben enfrentar estos gastos extras en condiciones más precarias.
129. Por lo anterior, son el grupo que más emplea estrategias de supervivencia para acceder a bienes y servicios de salud: 72% de adultos mayores compra alimentos más económicos, 43% pide prestado a familiares y/o amigos y 28% se priva de comprar alimentos, para poder pagar las consultas médicas, comprar los medicamentos y hacerse los exámenes que necesitan.
130. Sin duda alguna, las personas adultas mayores son el grupo vulnerable que enfrenta el colapso del sistema sanitario público en condiciones de mayor precariedad y, al mismo tiempo, son quienes más lo necesitan. Las personas adultas mayores tristemente se sienten cargas para sus grupos familiares, como se evidencia en muchos testimonios: *“Espero tener una condición física de salud plena, es una tortura esta vida, ya no aguanto más ser una carga para mis hijos y sin tener ayuda del Estado ya que mis hijos hacen mil sacrificios para que yo sea atendido”*.



# El Rol de las personas cuidadoras

*“Sólo hay cuatro tipos de personas en este mundo: las que han sido cuidadoras, las que actualmente son cuidadoras, las que serán cuidadoras y las que necesitarán cuidadoras. El cuidado es universal”*

– Rosalynn Carter

04



## Sección IV:

# El Rol de las personas cuidadoras

---

131. El contexto de la Emergencia Humanitaria Compleja (EHC) es muy difícil de sortear para la mayoría de la población venezolana y a lo largo del informe hemos visto cómo afecta de forma desproporcionada a quienes requieren asistencia en salud, particularmente a quienes tienen condiciones crónicas y a poblaciones en situación de vulnerabilidad como las mujeres, comunidad LGBTQ+ y personas adultas mayores.
132. Sin embargo, y de manera novedosa, quisimos visibilizar parte del impacto que la emergencia, la desestructuración y el colapso del sistema público de salud han significado para un grupo de personas particular: quienes asumen la responsabilidad de ser cuidadoras de otras.
133. Una persona cuidadora, según la escuela de medicina de Johns Hopkins, es una persona que *“atiende las necesidades o inquietudes de una persona con limitaciones a corto o largo plazo, debido a una enfermedad, lesión o discapacidad”*<sup>26</sup>. Es decir, es una persona que asume la responsabilidad, el rol, ya sea compartido o de forma exclusiva, de brindar apoyo y atención a otra persona que no puede hacerlo por sí misma.
134. Esta responsabilidad puede significar tareas de movilidad, higiene personal, consultas médicas, medicamentos, así como cargas emocionales, financieras y de tiempo. El compromiso y las implicaciones que tienen estas labores son muchas y generalmente no son valoradas adecuadamente por el entorno social, familiar o círculo de amistades.
135. En promedio, una persona cuidadora invierte más de 24 horas a la semana en labores de cuidado de su ser querido<sup>27</sup>, eso implica al menos media jornada laboral. Además, de acuerdo con la Universidad de Pennsylvania, las personas cuidadoras, en muchos casos, están de guardia, o a disposición de la persona cuidada, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, lo que deja muy poco tiempo personal<sup>28</sup>.
136. Algunos ejemplos del peso de las responsabilidades que comúnmente tiene una persona cuidadora son: (i) la carga emocional de enfrentarse a situaciones complicadas como la enfermedad o discapacidad de un ser querido y que pueden llevar a la ansiedad y depresión, (ii) la responsabilidad financiera, que no solo implica el hecho de costear medicamentos, exámenes, terapia<sup>29</sup>, entre otros, sino la pérdida de ingresos y oportunidades laborales por el tiempo que se invierte, (iii) el impacto en la salud física: la responsabilidad que asumen las personas cuidadoras generalmente impacta en su propia salud, y la falta de descanso y de ejercicio son muy frecuentes, (iv) la falta de reconocimiento y apoyo tanto social como institucional: no se reconoce el trabajo que implica una labor de cuidado, los programas de apoyo a personas cuidadoras son

<sup>26</sup> Johns Hopkins Medicine (s/f). What is a caregiver? Johns Hopkins Medicines, 30 de noviembre de 2023, disponible en: <https://www.hopkinsmedicine.org/about/community-health/johns-hopkins-bayview/services/called-to-care/what-is-a-caregiver>

<sup>27</sup> AARP y National Alliance for Caregivers (Mayo, 2020). Caregiving in the US. National Alliance for Caregiving, disponible en: [https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2020/08/AARP1316\\_ExecSum\\_CaregivingintheUS\\_508.pdf](https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2020/08/AARP1316_ExecSum_CaregivingintheUS_508.pdf)

<sup>28</sup> Penn Medicine (Diciembre 04, 2019). The Reality of Being a Caregiver: Signs of Stress and How to Prevent Burnout. Pennsylvania University, 30 de noviembre de 2023, disponible en: <https://www.pennmedicine.org/updates/blogs/health-and-wellness/2019/december/signs-of-caregiver-stress>

<sup>29</sup> Fawn A. Cothran y Patrice A. Heinz (Julio, 2022). The economic effects of family caregiving on women. TIAA Institute y National Alliance for Caregiving, disponible en: <https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2023/08/tiaa-institute-nac-the-economic-effects-of-family-caregiving-on-women-wvoee-cothran-july-2022-0.pdf>



pocos o inexistentes, e incluso es frecuente que dentro de la misma familia no haya reconocimiento a ese trabajo

137. Adicionalmente, el rol de cuidado es universal: en todas partes del mundo las personas envejecen, se enferman, tienen accidentes o cualesquiera otras situaciones que pueden colocarlas en la necesidad de depender de otras. Sin embargo, la responsabilidad que representa cuidar de otras personas empeora considerablemente cuando se está en medio de una crisis y se debe lidiar con otros problemas como las fallas de servicios públicos (luz, agua) o se debe batallar con la falta de ingresos para cubrir necesidades básicas.
138. También, la falta de políticas públicas de salud dirigidas a la prevención ha generado que gran parte de la población desarrolle condiciones crónicas de salud, como pudimos observar en la sección II de este informe. Aunque esas condiciones no implican necesariamente requerir cuidados, si colocan a quienes las tienen en mayor riesgo de necesitarlos en el futuro. Por ejemplo, una persona hipertensa tiene mayores probabilidades de sufrir un Accidente Cerebro-Vascular (ACV) que la deje con secuelas que limiten su cotidianidad y, por lo tanto, requiera del cuidado de otras.
139. Al final, las consecuencias que vemos ahora son consecuencia de años de colapso. Todo está interconectado: lo que no se atiende debidamente y de inmediato generará en el futuro pérdidas evitables de vidas humanas, discapacidades, limitaciones, enfermedades y cargas (como roles de cuidado) para la estructura familiar de los venezolanos, que ya deben decidir en muchos casos entre alimentarse o atender sus necesidades en salud.
140. Entendiendo lo anterior, dedicamos una sección completa de la encuesta a preguntar a las personas que interactúan con los servicios de salud públicos en el estado Carabobo sobre la responsabilidad de cuidar a otras y las implicaciones que tiene en el contexto de la emergencia. A continuación, los hallazgos:
141. En el estado Carabobo, 2 de cada 10 personas (20%) ejerce labores de cuidado de terceros, ya sea como una labor compartida o como una labor exclusiva, y 63% de ese grupo son mujeres, lo que confirma el estereotipo y rol de género de que es la mujer quien asume las labores de cuidado de otras personas. Esto tiene un impacto diferenciado y agravado para ellas, que acentúa la desigualdad de género y las coloca en situaciones de mayor vulnerabilidad. En el informe *“Ser Mujer en Venezuela”<sup>30</sup> (2022) de la Alianza ConEllas se hace un recuento claro de este impacto diferenciado*.
142. De las personas cuidadoras, 28% desempeñan estas labores de forma exclusiva, de este grupo. Al preguntar a las personas cuidadoras si reciben algún tipo de retribución de sus familiares y/o amigos, ya sea económica o no<sup>31</sup>, por ejercer la labor de cuidado 56% indicó recibir algún tipo de retribución por este trabajo ya sea *“A veces”* (34%) o *“Siempre”* (23%). Mientras que 75% señaló que *“nunca”* reciben compensación alguna.
143. Al consultarle sobre qué tipo de remuneración recibían se obtuvo que 50% recibía remuneración social (halagos, agradecimientos, buenos comentarios, entre otros) y 50% monetaria.
144. Para muchos, la labor de cuidado, con independencia de si es exclusiva o compartida, es ejercida de forma voluntaria. No obstante, esta actividad está marcada por estereotipos y presión social,

<sup>30</sup> Alianza ConEllas (2022). Ser Mujer en Venezuela: Diagnóstico comunitario y propuestas para la acción humanitaria, disponible en: <https://accionsolidaria.info/project/ser-mujer-en-venezuela/>

<sup>31</sup> Como el reconocimiento social, halagos, buenos comentarios, o apoyos de otro tipo no pecuniarios.

por lo que varias personas se enfrentan a un sentimiento de obligación al ejercer labores de cuidado, por presiones de familiares, amistades e incluso la persona que se encuentran cuidando.

145. Lo anterior cobra sentido cuando se compara con que 36% de las personas cuidadoras respondió que sus familiares y/o amistades les hacen sentir que es su obligación ejercer las labores de cuidado del familiar o ser querido. Lamentablemente, sigue siendo muy frecuente que el cuidado de otras personas sea una expectativa de la sociedad debido a normas culturales profundamente arraigadas, así como el valor social otorgado a la familia y la comunidad y los roles y estereotipos de género. Incluso, 11% de personas cuidadoras respondió que perciben que la persona a la que cuidan les hace sentir que es su obligación hacerlo. Lo anterior también puede explicar que 17% indicó que no pide ayuda a familiares y/o amistades a pesar de que la necesitan.
146. Además, las labores de cuidado pueden ser tan exigentes que van en detrimento de la salud mental de las personas cuidadoras, así: 40% de este grupo indicó sentirse agobiado y/o cansado por la responsabilidad. Esto es coherente con estudios que han encontrado que las personas cuidadoras tienen tasas más altas de síntomas depresivos, ansiedad, estrés y dificultades emocionales<sup>32</sup>, así como aumenta su sensación de aislamiento y soledad.
147. Ahora, sobre la afectación económica, a pesar de que está documentado que ejercer labores de cuidado puede generar pérdida de ingresos y oportunidades laborales, así como hacer que las personas cuidadoras reduzcan o suspendan las horas de trabajo remunerado, o jubilarse anticipadamente para prestar cuidados<sup>33</sup>, solamente 17% de las encuestadas señaló que ha perdido oportunidades económicas como trabajos por ejercer este rol. Esto podría explicarse con que las personas cuidadoras no relacionan estas pérdidas de oportunidades con las labores de cuidado.
148. No sorpresivamente, 80% de las personas cuidadoras señaló que la persona que cuida presenta alguna prevalencia de discapacidad, entre las más comunes se encuentran: la dificultad para caminar o moverse y la imposibilidad para realizar tareas como lavarse o vestirse.
149. Asimismo, 94% de los cuidadores, indicó que la persona bajo su cuidado tiene alguna condición de salud. En este sentido, las condiciones crónicas más comunes registradas fueron: EPOC, diabetes, epilepsia y VIH.
150. Conforme a lo anterior, 75% de la muestra indicó la existencia conjunta de alguna prevalencia de discapacidad y una condición de salud. Esto implica que existe una población importante que presenta comorbilidades que pueden o no estar vinculadas a una condición de salud de base.

## **Dobles vulnerabilidades: mujeres y adultos mayores cuidadores**

151. Las labores de cuidado pueden poner a prueba hasta a las personas más resilientes, y no podemos obviar situaciones donde la afectación es doble o incluso triple, como es el caso de

<sup>32</sup> Committee on Family Caregiving for Older Adults; Board on Health Care Services; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Schulz R, Eden J, editors. Families Caring for an Aging America. Washington (DC): National Academies Press (US); (Noviembre 8, 2016) Family Caregiving Roles and Impacts. National Library of Medicine (NLM), 30 de noviembre de 2023, disponible en: Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396398/>

<sup>33</sup> Fawn A. Cothran y Patrice A. Heinz (Julio, 2022). The economic effects of family caregiving on women. TIAA Institute y National Alliance for Caregiving, disponible en: <https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2023/08/tiaa-institute-nac-the-economic-effects-of-family-caregiving-on-women-wvoee-cothran-july-2022-0.pdf>

cuidadores que pertenecen a grupos vulnerables. En el caso de Carabobo identificamos dos grupos cuya afectación es de este tipo: mujeres y personas adultas mayores.

152. Del total de mujeres encuestadas, 35% manifestó encontrarse en el centro de salud pública por otra persona. De este grupo, casi 7 de cada 10 (65%) advirtieron que no presentaban ninguna condición de salud ni eran usuarias del centro, estaban allí por otra persona.
153. De este grupo, 8 de cada 10 (84%) ejerce el rol de cuidadora ya sea primaria o como rol compartido. Siendo más específicos, 2 de cada 10 (22%) mujeres cuidadoras, lo ejercer de forma exclusiva, es decir, es un rol primario, mientras que solamente el 7% de los hombres que ejercer un rol de cuidador, lo hace de forma exclusiva.
154. Ahora bien, cuando se analiza las retribuciones que reciben estas 23 mujeres cuidadoras primarias, solamente 16 mujeres que son cuidadoras primarias manifestaron recibir algún tipo de retribución: 3 sólo sociales, 4 sólo económicas y 7 ambas. Al consultarles si consideraban que la misma era una actividad era considerada una obligación asignada por su familia o la persona que cuida el 35% advirtió que sí.
155. Lamentablemente, las mujeres cuidadoras no sólo se enfrentan a las normas culturales profundamente arraigadas en la sociedad venezolana sobre el rol de cuidador, sino que, adicionalmente se enfrentan a roles y estereotipos de género en los cuales se asume que son ellas quienes deben asumir esta labor por ser mujeres. Por lo que el porcentaje de mujeres que vemos que se siente obligada a ejercer este rol es mayor que en otros grupos.
156. Otro grupo vulnerable, que evidenció tener un número importante de personas que ejercen roles de cuidador son las adultas y adultos mayores, que a efecto de este estudio serán entendidos como adultos mayores las mujeres y hombres a partir de los 60 años.
157. En el contexto de la Emergencia Humanitaria Compleja (EHC), Venezuela ha generado una ola de migración forzada que ha generado cambios en la estructura familiar que tradicionalmente regían a la población, por lo que los abuelos (y especialmente, las abuelas) han tenido que asumir el cuidado de sus familiares y mayormente de sus nietos<sup>34</sup>. Ello también se ha evidenciado en las labores de cuidado de personas con discapacidad o condiciones crónicas.
158. Al enfocarnos en las personas cuidadoras de la tercera edad evidenciamos que el 25% (36 personas) visitaban el hospital o centro de salud público únicamente por otra persona. De estos, 30% manifestaron ser cuidadores, ya sea un rol compartido o exclusivo. Reiterando la existencia de roles y estereotipos de género, casi la totalidad de los adultos mayores que ejercen labores de cuidados son mujeres (adultas mayores), tan sólo 2 hombres ejercen el rol de cuidador, en ambos casos de forma compartida.
159. Respecto al número de retribuciones obtenidas por las labores de cuidado, la gran mayoría (55%) de las personas adultas mayores manifiesta recibir algún tipo remuneración ya sea social, monetaria o ambas. Respecto al motivo por el cual ejercen labores de cuidado a su familiar, la totalidad indicó que la persona bajo su cuidado presentaba alguna condición crónica y 36% indicó además prevalencia de discapacidad, principalmente asociada a discapacidad motora evidenciando también la existencia de comorbilidades.

---

<sup>34</sup> Zambrano, R. M. (2019, diciembre 1). "Volver a ser mamá siendo abuela" le toca a 51% de los que cuidan hijos de migrantes. Efecto Cocuyo. <https://efectococuyo.com/la-humanidad/volver-a-ser-mama-siendo-abuela-le-toca-a-51-de-los-que-cuidan-hijos-de-migrantes/>

## Conclusiones

---

160. La mayoría de la población depende del sistema sanitario público para atender cualquier situación o evento de salud en el estado Carabobo, sea o no una emergencia. Sin embargo, todos los estándares que componen el derecho humano a la salud (disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad) están siendo vulnerados. Los datos revelan un colapso del sistema y muestran un escenario de precariedad para el goce de este derecho.
161. El gasto de bolsillo en salud que deben hacer las personas que interactúan con el servicio de salud público en el estado Carabobo, es desproporcionado. Contando con un ingreso promedio mensual de apenas \$126, deben invertir en la compra de insumos médicos y medicamentos cada vez que van a un hospital. Además, 40% de sus ingresos mensuales deben gastarlos en estudios de laboratorio y exámenes especializados por inoperatividad de estos servicios en la salud pública, y, en el caso de personas con condiciones crónicas de salud, deben invertir el 12% de sus ingresos.
162. El estudio revela tres grandes necesidades humanitarias que son prioritarias y que deben ser atendidas en los centros asistenciales públicos: el funcionamiento de los servicios de laboratorio, la disponibilidad de medicamentos y el abastecimiento de insumos médicos. No obstante, los servicios públicos de suministro como agua y electricidad, así como la disponibilidad y el aseo de las instalaciones y de los baños fueron muy mal calificados por las personas encuestadas en el estado Carabobo.
163. Quienes interactúan con servicios de salud públicos en el estado Carabobo señalaron como preferencias a la hora de recibir ayuda humanitaria: el acceso a medicamentos, apoyo con exámenes de laboratorio y con exámenes médicos especializados. En comparación, indicaron que recibir alimentos para dietas especiales o recibir insumos médicos no son una prioridad.
164. A pesar de las dificultades, el personal de salud, tanto médico como de enfermería, continúa trabajando con mística y ética para atender a la población. Sin embargo, la falta de este personal se evidenció en la encuesta, con turnos sin personal de salud disponible para atender a las personas.
165. Las personas encuestadas en el estado Carabobo tienen tres prioridades de gasto claras: alimentación, salud y servicios básicos, sus ingresos están destinados a pagar alimentos y medicinas o eventos de salud, pero el estudio revela que con el ingreso promedio no pueden ni siquiera cubrir uno de los rubros señalados.
166. La hipertensión, la diabetes y el asma son las condiciones de salud crónicas de mayor prevalencia entre las personas encuestadas en el estado Carabobo, y deben invertir en promedio \$24 mensuales para comprar las medicinas que requieren, lo que genera una carga económica importante en relación con su ingreso promedio mensual. El VIH también tuvo una prevalencia muy importante, revelando un problema de salud pública en el estado que debe ser atendido.
167. Las brechas de género continúan presentes en el estudio: más hombres tienen trabajos remunerados (52%) que mujeres (43%) y, respecto de los ingresos, la brecha es de 16%, es decir, por cada \$100 que gana un hombre, una mujer gana \$84.
168. El ingreso promedio de las personas LGTBIQ+ encuestadas es más bajo que el de la media global y que de los otros grupos vulnerables estudiados (mujeres y adultos mayores) con un ingreso promedio de apenas \$93 mensual. Lo que les impide tener mejores condiciones para poder

acceder a bienes y servicios de salud, de acuerdo al estudio, casi la totalidad vive con alguna condición crónica de salud. Además, el estudio reveló que son el grupo vulnerable más estigmatizado y discriminado en el contexto hospitalario.

169. Los adultos mayores son el grupo vulnerable estudiado que enfrenta el colapso del sistema sanitario público en condiciones de mayor precariedad, además de ser quienes más lo necesitan. Es el grupo que más depende económicamente de otras personas (66%) y el que más invierte en medicamentos mensualmente (\$43); 90% sufren de condiciones crónicas de salud.
170. En el estado Carabobo, 2 de cada 10 personas (20%) ejerce labores de cuidado de terceros, y 63% de ese grupo son mujeres, lo que confirma el estereotipo y rol de género de que es la mujer quien asume las labores de cuidado de otras personas, teniendo un impacto diferenciado y agravado para ellas. Esto acentúa la desigualdad de género y las coloca en situaciones de mayor vulnerabilidad.

# Recomendaciones

---

## Recomendaciones al Estado venezolano

171. Tomando como base el contenido del informe, Acción Solidaria considera importante que el Estado venezolano adopte las siguientes medidas:
172. Declarar la competencia del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas establecida en el punto 1 del artículo 11 del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, para que el Comité pueda realizar un procedimiento de investigación sobre las violaciones al derecho humano a la salud de la población venezolana;
173. Garantizar en la red de centros asistenciales que componen el sistema sanitario público: los insumos médicos básicos, la lista de medicamentos esenciales que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), equipos médicos, agua, electricidad, transporte y personal de salud calificado y debidamente remunerado, así como el suministro de tratamientos a todas las personas, priorizando la atención de personas en situación de vulnerabilidad (población LGBTIQ+, personas con condiciones crónicas de salud, mujeres, personas adultas mayores);
174. Retomar la publicación periódica de estadísticas sanitarias y epidemiológicas, que no se encuentran actualizadas desde 2016, asegurando el acceso público a esta información;
175. Incluir en la nueva agenda legislativa la aprobación de la Ley del Sistema Público Nacional de Salud, de carácter universal y descentralizado, conforme a las disposiciones programáticas de los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela;
176. Tomar las medidas necesarias y con la debida urgencia para proteger a las personas con condiciones de salud crónicas, haciendo especial énfasis en aquellas que han sido diagnosticadas con: cáncer, condición renal crónica y VIH, incluyendo aquellas medidas tendientes a reactivar de forma inmediata el acceso a tratamientos para dichas condiciones crónicas de salud, así como el equipamiento adecuado del sistema sanitario público, para que ofrezca servicios médicos y bienes de salud en cantidad y calidad suficientes para su atención;
177. Dedicar el máximo de los recursos disponibles, incluyendo los de la cooperación internacional, a la recuperación del sistema sanitario público y los programas de prevención y atención a grupos vulnerables y a personas con condiciones crónicas de salud, especialmente, personas con hipertensión, diabetes y asma, tomando en cuenta las vulnerabilidades superpuestas;
178. Continuar e incrementar el trabajo de cooperación técnica con las agencias especializadas de la ONU, y aumentar las capacidades de los actores humanitarios en el país para atender las consecuencias generadas por la Emergencia Humanitaria Compleja (EHC);
179. Cumplir con las medidas cautelares dictadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en los casos de salud, especialmente, las de la Maternidad Concepción Palacios (MC150-19), el Hospital JM de los Ríos (1039-17), 14 personas con hemofilia (MC566-19 y MC309-17), 43 personas con VIH/sida (MC145-18) y 12 mujeres con cáncer de mamas (MC68-20);
180. Llevar a cabo programas dirigidos a la capacitación y sensibilización del personal de salud sobre temas relacionados con la identidad de género y orientación sexual, para combatir el estigma y la discriminación contra las personas LGBTIQ+.



## Recomendaciones a mecanismos internacionales de protección de DDHH

181. En el mismo sentido, desde Acción Solidaria se hace un llamado a que los mecanismos internacionales de protección de derechos humanos y los Estados:
182. Mantengan un escrutinio y supervisión constante en materia de DDHH sobre el Estado venezolano, tomando en consideración el contexto y las vulneraciones a los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, especialmente, el derecho humano a la salud;
183. Tomen en cuenta en sus labores el enfoque de género, edad y de diversidad, es decir, un enfoque interseccional, que permita destacar las carencias superpuestas para grupos en situación de vulnerabilidad;
184. Emitan recomendaciones específicas dirigidas a que el Estado venezolano garantice el acceso a la salud a favor de todas las personas, especialmente de aquellas que se encuentran en situaciones de particular vulnerabilidad;
185. Soliciten al Estado venezolano que distribuya información actualizada, veraz y oficial sobre la situación del derecho a la salud en Venezuela;
186. Insistan en que el Estado Venezolano cumpla con lo acordado en el memorando firmado con la Alta Comisionada Michelle Bachelet en 2019, respecto de la visita de mecanismos internacionales de protección de derechos humanos, particularmente de la Relatoría sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la ONU;
187. Exhorten al Estado venezolano a aceptar la competencia prevista en el punto 1 del artículo 11 del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, para que se inicie un procedimiento de investigación en el país sobre el cumplimiento de las obligaciones internacionales del Estado venezolano respecto del derecho a la salud.





© Copyright 2020 - Acción Solidaria

**Todo lo resuelvo a medias**

Informe sobre necesidades humanitarias y vulneraciones del derecho a la salud en el estado Carabobo.

---

A.C. Acción Solidaria  
Unidad de Exigibilidad e Incidencia de DDHH  
Quinta Los Olivos, Bello Monte,  
Caracas – Venezuela  
[www.accionsolidaria.info](http://www.accionsolidaria.info)