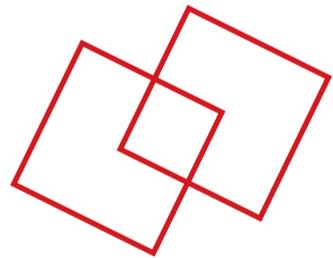


Informe Presentado por: Asociación Civil Acción Solidaria

Todo lo resuelvo a medias

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



Mural de testimonios

A estas personas nos debemos y dedicamos este informe

Al pasar de los años mi enfermedad se agudizó, me he caído a consecuencia y los pies se me han deformado, llevo dos operaciones de rodilla debido a las caídas, ya tengo 20 días hospitalizada, me siento un poco mejor; voy a necesitar una silla de ruedas, ya no podré caminar / O hago la dieta o compro el medicamento / No puedo costear los medicamentos, ni las consultas especializadas / No tener los recursos económicos para costear los gastos médicos y los gastos diarios, como comida y aseo personal, mientras estoy hospitalizada / Mantenerme de pie y buscar la manera de conseguir el dinero ya que es muy difícil de conseguir y es caro / Seguir adelante y luchando, tomar las cosas con calma pero con la situación del país a veces es duro / La fuerza para afrontar las adversidades y todo lo que conlleva la enfermedad / Pensar en positivo al momento de verme sin mi seno y la manera de conseguir el dinero para mis radioterapia y quimioterapia / Seguir luchando con mi enfermedad y conseguir el dinero para comprar mi tratamiento / Que haya más medicamentos, para no pasar tanta necesidad / No pido ayuda porque no es lo mismo que yo esté pendiente de mi esposa a que esté otra persona / No puedo dejar a mi nuera sola, mi hijo medio ayuda y no puede venir / Que mejoren los servicios y en los hospitales, que no revendan los insumos médicos más caros, y que a la hora de la emergencia haya personal suficiente / Por mucho que se trabaje es muy difícil cuando está alguien en un hospital, todo es muy costoso / Por mi condición de diabetes no puedo adquirir lo que puedo comer, si no para lo que me alcance / Que es difícil encontrar los medicamentos necesarios / Que la situación del país está fuerte, y que aquí en el hospital no hay nada / Me gustaría recibir ayuda médica para mí y mi familia y que nos ayuden con los medicamentos y una bolsa de comida / El tratamiento es a medias, mi hija es quien me ayuda / El tratamiento es sumamente costoso y es casi imposible ir al médico / Sufrir alguna enfermedad es muy difícil aquí / Cumplo con mi tratamiento gracias a tener familia fuera del país / Es importante que el mundo sepa que Venezuela está en crisis humanitaria / Le pido mucho a Dios que alguien me ayude cuando no consigo los medicamentos / Estar embarazada es complicado con esta situación del país / A veces quisiera morir porque no puedo pagar mi examen y mi medicamento, mis hijos me tiene que ayudar a pagar todo / Es fuerte tener un familiar recluido en el hospital, piden mucho, y la plata no alcanza / Aquí en el hospital piden de todo, de donde yo vivo en el campo no hay ni siquiera un consultorio ni ambulancia nos toca pedir la cola, a veces con mi dolor entré a emergencias, es fuerte cuando uno no gana dinero y no puede comprar los medicamentos / Aquí nos atienden pero debemos comprar todo y una emergencia no va a esperar / En el hospital no hay nada, los servicios no sirven porque no hay todo lo que piden / Yo trato de venir solo cuando es una emergencia, porque por ser mayor me da miedo contaminarme de alguna bacteria o enfermedad / Camino mucho para conseguir las medicinas más económicas / Por favor que no haya tanta necesidad en los centros de salud, Venezuela necesita ayuda humanitaria, con medicinas e insumos ¡Los médicos trabajan con las uñas! / Las personas de la tercera edad somos los que necesitamos mucha ayuda sobre todo con medicamentos / La situación del país vuelve loco a los venezolanos, porque hay que buscar dinero donde no lo hay / Ya uno no se puede enfermar porque la situación del país está fuerte / Seguir luchando con mi enfermedad y conseguir el dinero para comprar mi tratamiento / Por lo caro que está todo o cumplo bien el tratamiento o tengo para comer / Tener que lidiar con la indiferencia de las personas por tener VIH, debo mantenerme fuerte para poder seguir luchando / Aprender a vivir con las enfermedades y buscar ayuda psicológica ¡Un día a la vez! / No conseguir un trasplante es algo en que pienso y me deprimó, es muy complicado no poder hacer mi vida con normalidad / No pensar en la muerte es un desafío para mí, ya que teniendo esta enfermedad es más probable que muera joven / Quiero superar mi enfermedad y curarme / Conseguir los donantes de sangre ya que en el banco de sangre del hospital no cuentan con este recurso / Que las personas tengan más humanidad / Más información sobre el VIH para que no haya discriminación / Me alimento con lo poco que tengo.



Todo lo resuelvo a medias

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

Coordinación del informe: A.C.
Acción Solidaria | Natasha Saturno

Redacción del informe: Naiguel
Baspe, 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/
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: Baspe N., 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 Lara. De Acción Solidaria, disponible en: www.accionsolidaria.info.

Caracas, Venezuela

Marzo 2024

Tabla de contenido

Tabla de contenido	5
Resumen ejecutivo	7
Introducción	8
Metodología	10
Levantamiento de información	10
El cuestionario	10
<i>Sección A. Información General</i>	10
<i>Sección B. Atención médica y medicamentos en general</i>	10
<i>Sección C. Condiciones crónicas de salud</i>	11
<i>Sección D. El rol de cuidador o cuidadora</i>	11
Diseño de la muestra	11
Análisis basado en estándares del derecho humano a la salud	11
Sección I:	15
Funcionamiento del sistema público de salud	15
Sobre los servicios de emergencia	18
Sobre el acceso a tratamiento médico y las prioridades del presupuesto familiar	19
Prioridades en la ayuda humanitaria	21
Sección II:	24
Condiciones Crónicas de Salud	24
Controles médicos de personas con condiciones crónicas de salud	26
Prioridades en la ayuda humanitaria	28
Sección III:	30
Grupos en situación de vulnerabilidad	30
Mujeres	30
Comunidad LGBTIQ+	32
Adultos mayores	34
Sección IV:	37
El Rol de las personas cuidadoras	37
Personas cuidadoras LGBTIQ+	40
Conclusiones	41
Recomendaciones	43
Recomendaciones al Estado venezolano	43
Recomendaciones a mecanismos internacionales de protección de DDHH	44

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 señalar las necesidades humanitarias más imperantes en esta área, así como las vulneraciones al derecho humano a la salud.

Entre el 21 de agosto y el 8 de octubre del 2023, se encuestaron 812 personas que se encontraban dentro o a los alrededores de centros públicos de salud en el estado Lara. 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 larenses como personas usuarias del sistema público de salud.

Un patrón recurrente que resuena en la voz colectiva del estado Lara es “todo lo resuelvo a medias”, esta expresión encapsula la frustración que se experimenta al intentar solucionar o atender sus problemas de salud o los de sus seres queridos. Es un reflejo del funcionamiento actual de los centros asistenciales públicos, donde hay algunos médicos, pero no hay medicinas, donde hay cierta infraestructura, pero no hay servicios de laboratorio.

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. Casi la mitad de las personas encuestadas (46%) señaló que dependen económicamente de otras personas y el ingreso promedio mensual es de apenas \$120.

Las soluciones que emplean las personas que interactúan con los servicios de salud públicos en el estado Lara al final 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 los 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 7.710.887¹ 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.

¹ 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 con 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 que realizamos la recolección 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 Lara, entre el 21 de agosto y el 8 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 812 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 debían 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 Washington²).

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 y servicios sanitarios, conductas o hechos que haya vivido dentro de los centros públicos de salud,

² 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

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 de que para el estado Lara 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 la situación generalizada de las necesidades de salud del estado.

Para más detalles sobre la composición del diseño muestral se pueden revisar el **Anexo 1** y el **Anexo 2** de este informe que desarrollan 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”³.*

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,

³ 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 país⁴, 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)⁵. 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:

⁴ 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>

⁵ 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 Lara es de apenas \$120 mensuales, en un país donde la Canasta Alimentaria Familiar (CAF) para noviembre de 2023 se ubicaba en \$522⁶ mensuales. Lamentablemente, 8 de cada 10 personas encuestadas sobreviven con ingresos por debajo de los \$200 mensuales. Estos datos revelan la precaria situación económica de la población encuestada en el estado Lara, no es de extrañar que la mitad de las personas (51%) señaló que sus ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades de salud.
8. Ahora, de las 812 personas encuestadas en el estado Lara, 652 señalaron que se encontraban en los centros de salud públicos como usuarias primarias, es decir, 80% 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: funcionamiento de servicios de laboratorios, disponibilidad de medicamentos y abastecimiento de insumos médicos. Al respecto, 83% de las personas consideró “Deficiente” o “Muy deficiente” la disponibilidad de insumos médicos, 82% consideró lo mismo para los medicamentos y 81% para el servicio de laboratorio.
10. Adicionalmente, otras áreas se mostraron fuertemente afectadas: 66% señaló el deterioro de los equipos médicos (Muy deficiente y/o deficiente), lo que vulnera el estándar de calidad del derecho humano a la salud, y más de la mitad (56%) indicó que los baños estaban igualmente en precarias condiciones (Muy deficiente y/o deficiente).
11. Por el contrario, 8 de cada 10 personas encuestadas valoraron de forma positiva (Muy bien, bien y/o regular) al personal de salud, tanto médico como de enfermería, lo que es un testimonio de 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, 32% 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, 29% 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 trabajos por las precarias condiciones en las que laboran.
13. Ahora, sobre la disponibilidad de insumos y medicamentos, lamentablemente, 86% 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.
14. Entre los insumos más solicitados destacan insumos para tratamientos endovenosos e intramusculares (jeringas, macrogoteros, yelcos, solución salina, solución 0.9 y dextrosa), así como

⁶ 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/>

los llamados “kits del paciente” constituidos por material descartable, de barrera (guantes), bioseguridad y suturas. Y, por el alto porcentaje de emergencias traumatológicas, los materiales para inmovilizaciones no están disponibles en los centros de salud, por lo que las solicitudes van desde yesos y guatas, hasta férulas, placas, alambres y tornillos.

15. Por otro lado, destacan las solicitudes de medicamentos asociados a tratar el dolor (antiinflamatorios y calmantes), también los antihipertensivos y los tratamientos esteroides y broncodilatadores para el asma y dificultad respiratoria (salbutamol, budesocort, airon, entre otros).
16. Los datos obtenidos sostienen la grave ausencia de insumos médicos y medicinas para la atención oportuna e inmediata de los eventos de salud de las personas que interactúan con el servicio de salud público en el estado Lara, lo que representa un deterioro a la capacidad de atención del sistema de salud. A su vez, es menester destacar que esto ocasiona un gasto de bolsillo importante para las personas, quienes deben asumir la carga económica de su propia atención, afectando directamente su presupuesto, cuando el promedio mensual de ingreso es de apenas \$120.
17. 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.
18. En este mismo orden de ideas, y como reflejo del estado de deterioro del sistema de salud, el 6% 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 \$88, lo que equivale al 73% del ingreso promedio mensual. 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.
19. Por otra parte, sobre la disponibilidad de servicios de laboratorio en los centros de salud, 92% de las personas consultadas tuvo que realizarse exámenes médicos fuera del centro de salud. De ellas, 80% comentó que este servicio no se encontraba operativo en el centro asistencial y 20% alegó que el centro no lo ofrece.
20. Quienes tuvieron que realizarse exámenes fuera del hospital, gastaron en promedio \$59. 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 Lara deben hacerse exámenes en servicios privados, invirtiendo en ellos la mitad de sus ingresos promedio.
21. 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, para eventos de salud y condiciones crónicas de salud, el monitoreo de valores hematológicos es esencial para el acertado abordaje médico y el bienestar de las personas usuarias.
22. Los hallazgos se condicen con el contexto de la crisis e información de otras organizaciones de sociedad civil. Por ejemplo, la Federación Médica Venezolana, en marzo de 2023, denunció que el 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 calidad⁷.

23. Al ser consultadas sobre el tiempo de espera para cirugías programadas, 22% alegó haber tenido que esperar para estos procedimientos. En el rango de espera destaca un 31% que ha debido aguardar más de 3 meses. Entre las causas frecuentes encontramos la solicitud de insumos médicos, kit del paciente o la no disponibilidad de quirófanos por inoperatividad.
24. Sobre la disponibilidad y calidad de los servicios de traslados y ambulancias, 74% de las personas consultadas considera que es muy deficiente. Incluso aportan que la disponibilidad de este servicio es escasa en la región, lo que en caso de emergencia representa una vulneración al estándar de accesibilidad física del derecho humano a la salud.
25. En el estado Lara, la población se ve en casos en la necesidad de trasladarse hasta la capital para poder tener acceso integral a servicios de atención en salud que no están disponibles en su localidad. También debemos destacar que las personas con VIH en el estado Lara deben trasladarse hasta Barquisimeto para poder retirar el tratamiento antirretroviral, ya que la dirección de salud para toda la población del estado está ubicada en la capital.
26. Al ser consultadas sobre las dificultades que se les presentan para asistir a los centros de salud, 47% de las personas consultadas alegó que el centro de salud les queda muy lejos; no obstante, debemos resaltar que 31% alegó el funcionamiento no adecuado del transporte público, el costo de los pasajes o las fallas para surtir de combustible, lo que genera un problema de accesibilidad física en la región.
27. La menor distancia en horas de una localidad y/o comunidad a la capital por medio de transporte público para recibir ciertos servicios de salud es de 1 hora, lo que sumado a la falta de disponibilidad de servicios de ambulancias puede traer consecuencias importantes y definitivas para la salud de quien los requiera.

Sobre los servicios de emergencia

28. Al consultarles a los usuarios primarios del sistema sanitario público⁸ sobre si habían utilizado los servicios de emergencia en el último año, 51% indicó que sí⁹. Los motivos de visita a la emergencia más comunes fueron: accidentes de tránsito, emergencias traumatológicas, eventos de salud cardiológicos, asma/dificultad respiratoria y eventos ginecológicos y obstétricos.
29. Al respecto, 1 de cada 4 personas 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.
30. 57% de las personas que usaron la emergencia indicó que al llegar no fueron atendidas (evaluadas) de manera inmediata. Entre las causas alegadas se encuentran el colapso de este servicio o la falta de insumos para abordar emergencias de salud. De hecho, casi la misma

⁷ 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/>

⁸ Los usuarios primarios son las 652 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.

⁹ De las 652, el 51% había utilizado la emergencia en el último año, es decir, 333 personas.

cantidad de personas (56%) señaló que tuvieron que esperar más de 30 minutos para ser evaluadas. Dependiendo del tipo de emergencia, 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.

31. Las emergencias cardiovasculares destacan como uno de los puntos más frecuentes de atención, que merece ser evaluado como una necesidad humanitaria. Entender su relación con la población con hipertensión es fundamental para elaborar políticas y proyectos que se dirijan a prevenir o atender estos casos. En efecto, en gran parte de los casos, las crisis hipertensivas se deben a la falta de diagnóstico, control y ausencia de la medicación recomendada, así como de medidas de prevención para desarrollar la condición .
32. Con vista en lo anterior, al ser consultadas sobre la disponibilidad de insumos médicos y medicinas para la atención de su evento de salud, 89% de las personas alegó que la emergencia del centro público de salud no contaba con ellos.
33. Aunque estos datos puedan 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 Lara.
34. Sobre los anteriores hallazgos, también debemos destacar que condicionar la atención inmediata o sostenida de una emergencia de salud por no contar con insumos y medicinas, 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.
35. 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.
36. 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%¹⁰. Si relacionamos los hallazgos de nuestro estudio con la Encuesta Nacional de Hospitales, podemos observar que los porcentajes son similares.

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

37. 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.
38. En este sentido, casi 51% indicó que la última vez que requirió tratamiento médico acudieron a un centro de salud privado o a una farmacia privada para obtenerlo. Dicho de otra forma, 5 de cada 10 personas que interactúan con el sistema público de salud en el estado Lara compran sus medicinas en el sector privado.

¹⁰ 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. Este dato por si 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, lo cual sería perfectamente normal. Pero si se analiza desde la óptica de la crisis humanitaria en Venezuela, es un reto más debido, principalmente, a que solo una parte de los ingresos precarios de las personas está destinada a cubrir gastos de salud.
40. Por su parte, casi 32% de las personas encuestadas que requieren tratamiento médico acudieron a un centro de salud público del estado Lara. Si comparamos este dato con el de personas que acuden al sector privado para procurar tratamiento médico, pareciera entonces que el sector público de salud no representa una alternativa para obtener tratamiento médico.
41. Con respecto a dificultades en el acceso a tratamiento médico, casi el 70% de los usuarios primarios de centro 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 39% de las personas encuestadas o por dificultades con el transporte público, con el 31%.
42. 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.
43. Sobre el gasto promedio en medicinas, las personas usuarias gastan \$30 por mes, para adquirirlas. Esta cifra constituye el 25% del ingreso promedio mensual en el estado. En otras palabras, las personas tienen que utilizar un cuarto de sus ingresos promedios para comprar medicinas
44. Todas estas cifras son gastos solamente en el área de la salud, debemos considerar igualmente los otros gastos prioritarios. Como ejemplo, 46% de las personas encuestadas manifiestan que sus ingresos solamente alcanzan para comprar alimentos y gastos de salud. Esta cifra se ajusta con las preferencias de gastos de las personas. En este sentido, las tres primeras prioridades son: alimentos (99%), salud (73%) y gas (31%).
45. La Canasta Alimentaria Familiar (CAF) para noviembre de 2023 se ubicaba en \$522¹¹, es decir, más de cuatro veces el ingreso promedio mensual de las personas que interactúan con servicios de salud públicos en el estado Lara.
46. 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%¹². 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 Lara.
47. 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.
48. 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

¹¹ 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/>

¹² 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/>

personas encuestadas. Así, poco más de un tercio de ellas (33%) indicó que se ha privado de comprar comida para poder comprar medicinas y 8 de cada 10 han optado por comprar alimentos más económicos (83%).

49. Como muestra de lo anterior, resaltamos un testimonio de una persona con diabetes encuestada, la cual señalaba que su mayor preocupación es que para su condición de salud *“no puedo adquirir lo que puedo comer, sino para lo que me alcance”*. Una frase que fielmente refleja el título del informe: *“todo lo resuelvo a medias”*.
50. Otro dato que complementa los ya expuestos, y que revela la grave situación económica de las personas en el estado, es que casi 6 de cada 10 (59%) de las personas encuestadas han pedido dinero prestado a familiares y/o amigos para poder acceder a bienes y servicios de salud. Asimismo, casi 3 de cada 10 personas encuestadas (29%) han solicitado medicinas en organizaciones sin fines de lucro.
51. Como se evidenció anteriormente, las personas tienen tres prioridades de gasto claras: alimentación, salud y gas doméstico. 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.
52. 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.

Prioridades en la ayuda humanitaria

53. 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 87% de las encuestadas coloca entre sus 3 prioridades la recepción de medicamentos para atender sus condiciones de salud.
54. Posteriormente, 64% de las personas consultadas señaló entre sus 3 prioridades de recibir ayuda humanitaria el pago de sus consultas médicas de control y, en tercer lugar, 52% manifestó requerir el pago de sus exámenes de laboratorio.
55. Sobre lo anterior llama la atención que 6 de cada 10 personas indicaran como prioridad el pago de consultas de control. Pareciera que el mismo colapso del sistema público de salud limita la posibilidad de las personas de ir a estas consultas, ya sea por alta demanda de estos servicios y poca asignación de citas, o porque deben recurrir al sistema privado de salud donde una consulta con un especialista puede rondar fácilmente entre \$20 - \$40.
56. Contrario a lo esperado, y habiendo documentado las importantes fallas de insumos médicos (88% de las personas señalaron que les pidieron comprarlos), solo 1 de cada 4 personas colocó como una de sus tres grandes prioridades recibir estos bienes.
57. En definitiva, las comidas para dietas especiales y la entrega de insumos médicos son las dos formas de ayuda humanitaria que se encuentran entre las menos prioritarias para las personas que interactúan con servicios de salud públicos en el estado Lara. 74% calificó con 7, 8 o 9 (de una escala de 1 al 9, siendo 1 el de mayor prioridad) la preferencia de recibir alimentos para cumplir con

dietas especiales para atender los eventos de salud, e igualmente la mitad (50%) de las personas califican con 7, 8 o 9 la recepción de insumos médicos.

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

58. 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”¹³ que llevan a una persona a tener enfermedades o trastornos de larga duración y progresión lenta.
59. 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 condiciones¹⁴.
60. 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.
61. 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 acarrear 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.
62. 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)¹⁵.
63. 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 indígenas¹⁶.
64. 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

¹³ 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>

¹⁴ Ídem

¹⁵ 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

¹⁶ Ídem.

información oficial y que para diciembre de 2023 apenas alcanzó el 48% de los fondos solicitados¹⁷.

65. 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:
66. De todas las 812 personas encuestadas, sorpresivamente el 81% 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.
67. Las condiciones de salud con mayor prevalencia son: hipertensión, diabetes y asma. De la muestra total, 41% de las personas reveló tener hipertensión, 19% asma y 17% diabetes.
68. Respecto de las personas con asma, el estudio mostró que los medicamentos que más utilizan para atender su condición de salud son salbutamol (albuterol) y budesonida. Para poder comprarlos, las personas gastan entre \$5 y \$50 al mes, aunque el promedio es \$15. Además, en el análisis con el grupo focal de encuestadores, se vio que las personas desarrollan deficiencias respiratorias producto de la quema de basura y cocción de alimentos a leña, debido a las deficiencias de los servicios públicos en la región.
69. En el caso de las personas con diabetes, 51% señaló tener diabetes tipo I y 49% diabetes tipo II. Las medicinas más comunes que indicaron tomar para tratar esta condición son Metformina, Insulina y Sitagliptina. El gasto mensual que hacen las personas con diabetes en sus medicamentos puede llegar hasta \$120, aunque el promedio se sitúa en \$18.
70. Los medicamentos más tomados por las personas con hipertensión son Losartan y Captopril. A su vez, manifiestan que el gasto mensual puede llegar hasta \$88, aunque en promedio gastan \$12 en tratamientos compuestos.
71. Entre las dificultades que manifiestan las personas encuestadas se encuentran la demanda de consultas a los servicios de cardiología, así como los estudios complementarios para el diagnóstico y seguimiento de las condiciones crónicas de salud. A su vez, los tratamientos médicos muchas veces son compuestos, es decir, requieren 2 o 3 medicinas para atenderse adecuadamente, por lo cual la ingesta de sus medicamentos representa un gasto relevante para las personas encuestadas.
72. También, encontramos que 2 de cada 100 personas tienen cáncer, siendo los de mama (40%) y de cuello uterino (27%) los más frecuentes. Ambos tipos de cáncer se presentan fundamentalmente en mujeres, esto se corrobora al hacer el cruce de resultados con el sexo biológico de las personas encuestadas. Efectivamente, encontramos que el 87% de las personas con cáncer son mujeres. Lamentablemente, estos tipos de cáncer representaron la pérdida de más de 94.000 años de vida de mujeres sólo en 2023, de acuerdo con las cifras del Boletín Rosa de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela¹⁸.

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

¹⁸ Villalta. D, Sajo-Castelli. A.M, Araya. L.E, Ovalles. P. J. (2023). Boletín Mes Rosa. Sociedad Anticancerosa de Venezuela. Caracas. Disponible en: <https://www.cancervenezuela.org>

73. En este sentido, 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.
74. También encontramos que 4 de cada 100 personas tienen insuficiencia renal, y 74% de ellas requiere dializarse. La gran mayoría de este grupo (81%) lo hace en centros públicos de salud y el 11% en centros privados. Al preguntar sobre si cumplen con sus ciclos completos de diálisis, lamentablemente, un 8% mencionó que no cumplen con sus ciclos completos debido a las reiteradas fallas de los centros de diálisis¹⁹. Los medicamentos más empleados para atender esta condición de salud son: eritropoyetina, candesartan, hierro y citrato de potasio.
75. Entre los desafíos más frecuentes que mencionan las personas con insuficiencia renal, 57% mostró preocupación por la disponibilidad y costos de los medicamentos y exámenes médicos, 51% señaló notoriamente las dificultades para el traslado a los centros de diálisis, especialmente con las dificultades para transporte público y encontrar gasolina en el estado. Además, 20% de las personas indicaron preocupaciones relacionadas con su salud mental, 20% encontrar y cumplir con los alimentos necesarios para su dieta especial y, por último, 11% indicó preocupación por la posibilidad de hacerse un trasplante.
76. 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 2021²⁰, 2022²¹ y 2023²².

Controles médicos de personas con condiciones crónicas de salud

77. 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 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:
78. 54% de las personas con condiciones crónicas de salud indicó que sí asisten a su control médico anual en el sistema público de salud. Ahora, 46% de las personas que señalaron que no asisten a consulta anual, indicaron que la razón principal fue que los servicios de consultas médicas no se encontraban operativos en el sistema público de salud (60%).
79. Lo anterior puede explicar por qué 32% de las personas prefieren asistir a consultas médicas en el sector privado, a pesar de que eso genera un gasto económico más importante. Un grupo más pequeño, pero significativo (18%) se apoya en organizaciones de sociedad civil, que muchas veces tienen estos servicios a precios más solidarios o incluso sin costo, para cubrir sus controles médicos anuales.

¹⁹L. D. (Marzo 9, 2023). ¿En qué condiciones están los servicios de atención a los pacientes renales en Venezuela?. Enero 8 de 2024, de El Diario, disponible en: <https://eldiario.com/2023/03/09/condiciones-de-servicios-de-atencion-a-pacientes-renales-en-venezuela/>

²⁰ Acción Solidaria (2021). Salud en emergencia: el caso de Venezuela, disponible en: <https://accionsolidaria.info/project/salud-en-emergencia-el-caso-de-venezuela-2/>

²¹ Acción Solidaria (2022). Salud en emergencia: el caso de Venezuela 2022, disponible en: <https://accionsolidaria.info/project/salud-en-emergencia-el-caso-de-venezuela/>

²² Acción Solidaria (2023). Venezuela: Salud en emergencia, disponible en: <https://accionsolidaria.info/project/salud-en-emergencia/>

80. Sobre los exámenes médicos de control anual, y en armonía con el contexto y con la información levantada a lo largo de la encuesta, apenas 2 de cada 10 personas (21%) se hacen los exámenes en el sistema público de salud, el otro 79% señaló que no se los hacen. Al preguntar la razón principal, 85% señaló que los servicios se encuentran inoperativos.
81. Por lo anterior, 56% de las personas con condiciones crónicas realiza sus exámenes en el sector privado de salud e, igual que con los controles médicos, un grupo más pequeño, pero también significativo (14%) se apoya en organizaciones de la sociedad civil.
82. Se les 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 y 3 de cada 10 nos señalaron que no había recibido atención médica (34%). De este grupo, casi la mitad (47%) explicó que la razón principal son los altos costos y 38% indicó que no lo buscó o no le hacía falta.
83. Respecto del tratamiento, 78% de las personas con condiciones crónicas manifestaron tomarlo en las dosis e indicaciones recomendadas por el médico; sin embargo, al preguntarles sobre medidas de supervivencia para cumplir con las dosis e indicaciones médicas de sus tratamientos, encontramos que:
- 22% de las personas mencionó que se toma sus medicamentos de forma parcial debido a los costos,
 - 8% simplemente no los puede tomar porque no tiene suficiente dinero para pagarlos, y 2% toma únicamente remedios naturales,
 - 18% aplica medidas para rendir el tratamiento sin consultar con el médico; por ejemplo, tomar una pastilla un día sí, un día no,
 - 30% combina el tratamiento con remedios naturales,
 - 37% señaló que puede tomar el tratamiento porque terceros, como familiares y/o amistades, le ayudan,
 - 1 de cada 10 personas toma su tratamiento porque terceros, como familiares y/o amistades se lo envían desde el exterior.
84. De un análisis del perfil de este grupo vulnerable, podemos decir que las personas con condiciones crónicas de salud que interactúan con servicios de salud públicos en el estado Lara parecieran estar conscientes de la importancia de realizarse sus controles y exámenes médicos anuales para hacer seguimiento a su condición de salud. Y en la gran mayoría de los casos, logran hacerlo. Asisten a sus consultas en el sistema público (a pesar de las fallas y de la falta de personal) y los exámenes médicos se los realizan en el sector privado por falta operatividad de estos servicios en los centros asistenciales públicos.
85. Sin embargo, destaca que todos, de una manera u otra, llevan una carga importante, no solamente de salud sino económica. Anteriormente, vimos que al menos para las tres condiciones más comunes (hipertensión, diabetes y asma) deben invertir fijo alrededor de \$15 mensuales, y anualmente deben cubrir sus exámenes médicos en el sector privado.
86. Además, 71% de las personas con condiciones crónicas encuestadas de una u otra manera buscan apoyo en terceros para completar su tratamiento, o se apoyan en medidas para rendir los medicamentos o sustituirlos/complementarlos con remedios naturales. Solamente 29% indicó que puede tomar los medicamentos en las dosis e indicaciones médicas sin necesidad de recurrir a otras opciones.

Prioridades en la ayuda humanitaria

87. Al igual que en la sección anterior, les pedimos a las personas con condiciones crónicas de salud que nos señalaran sus prioridades en caso de poder recibir ayuda humanitaria. Los resultados muestran que 9 de cada 10 establece entre sus 3 prioridades, al igual que en la sección anterior, la recepción de medicamentos para sus condiciones crónicas de salud.
88. De igual manera, 68% señaló entre sus 3 prioridades recibir ayuda humanitaria el pago de sus consultas médicas de control y, en tercer lugar, 51% manifestó el pago de los exámenes de laboratorio.
89. Vale la pena destacar que 1 de cada 4 personas preferiría poder elegir qué ayuda humanitaria recibir, entre tener apoyo con el pago de exámenes médicos especializados (26%) y posibles emergencias médicas (28%).
90. 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 en el estado Lara. 69% calificó con 7, 8 o 9 (de una escala de 1 al 9, siendo 1 el de mayor prioridad) la preferencia de recibir alimentos para dietas y más de la mitad (54%) calificó con 7, 8 o 9, la recepción de insumos médicos.

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

91. Las poblaciones en situación de vulnerabilidad son grupos de 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.
92. 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.
93. 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.
94. 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 clave sobre esos 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 por cada uno:

Mujeres

95. De la muestra de 812 personas, 426 se identificaron como mujeres (53% del total), de las cuales 140 (33%) indicaron tener algún tipo de prevalencia de discapacidad y sólo 12 de ellas manifestaron contar con el carnet del CONAPDIS²³.
96. Asimismo, y entrando en las situaciones que constituyen una brecha de género, podemos observar lo que se refiere al acceso al trabajo. Mientras 82% de los hombres manifestaron contar con un empleo remunerado, sólo 59% de las mujeres encuestadas se encuentran trabajando. De hecho, con respecto a las personas que desempeñan labores del hogar o labores domésticas, de 98 personas que manifestaron atender este trabajo no remunerado, solo 1 es hombre, es decir, 99% son mujeres.
97. 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.
98. El ingreso promedio entre ambos grupos también evidencia brechas importantes: mientras el de los hombres es de \$128, superando los ingresos de la muestra global (\$120), el de las mujeres es de

²³ El CONAPDIS es el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad que emite un carnet o certificación de que la persona tiene discapacidad.

\$111. Asimismo, son más las mujeres que manifestaron depender de un tercero (59% de respuestas afirmativas).

99. En la pregunta sobre si los ingresos que perciben son suficientes para cubrir ciertos rubros, fue importante, una vez más, la brecha encontrada entre hombres y mujeres: 80% de los hombres señalaron que sus ingresos son suficientes para cubrir las necesidades alimentarias, frente a 68% de las mujeres; es decir, una brecha significativa de 12 puntos porcentuales. Esto podría deberse a que las mujeres suelen estar al cuidado de terceros como niños, niñas y adolescentes, o de adultos mayores, por lo que priorizan las necesidades de alimentación de las personas a quienes cuidan sobre las suyas propias.
100. Llama la atención que tantas personas (tanto hombres como mujeres) indiquen que sus ingresos son suficientes para cubrir las necesidades de alimentación, tomando en cuenta que el ingreso promedio (\$120) apenas cubre el 23% de la canasta 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.
101. Por otra parte, encontramos que en la interacción con el sistema público de salud hay un porcentaje mayor de mujeres que se encontraban en el centro asistencial acompañando a otras personas (36% de las mujeres frente a 29% de los hombres). Lo que avala nuestra tesis anterior sobre la predominancia del rol maternal y de cuidadoras de otras personas, que coloca en mayor precariedad al grupo de las mujeres frente al de los hombres. Sobre este particular se profundizará en la próxima sección del informe.
102. En general, no hay diferencias importantes sobre los eventos en los centros asistenciales entre las mujeres y los hombres que interactúan como personas usuarias primarias de los servicios de salud públicos. Es decir, los porcentajes de necesidad de insumos médicos, malos tratos del personal de salud, largas esperas para cirugías, solicitudes de dinero para consultas médicas, entre otros, son muy similares, varían apenas entre 2 a 5 puntos porcentuales, aunque es de notar que esa variación siempre es en detrimento de las mujeres. La única excepción es en los casos de discriminación, donde los hombres salen más afectados con 12% frente a 7% de las mujeres; sin embargo, esto está más relacionado con la orientación sexual de los hombres que con su género, como se podrá ver en la subsección siguiente.
103. Sobre el gasto mensual en medicamentos, encontramos que tanto hombres como mujeres gastan en promedio \$30; sin embargo, al pedirles que señalaran las estrategias de supervivencia que emplean para acceder a bienes y servicios de salud, el estudio arrojó que las mujeres son más proclives a privarse de comida que los hombres (36% mujeres frente a 30% hombres), que suelen pedir prestado a terceros con más facilidad (62% de las mujeres frente a 54% de los hombres), organizan más eventos para recolectar fondos (19% mujeres frente a 14% hombres) y buscan más ayuda de donaciones de organizaciones de la sociedad civil (32% mujeres frente a 24% hombres) o donaciones de terceros (24% mujeres y 19% hombres).
104. Lo anterior resalta nuevamente los estereotipos de género y se condice con otros hallazgos del estudio, como el tema de alimentación, donde menos mujeres indicaron que sus ingresos fueron suficientes para cubrir necesidades alimenticias. Además, privarse de comida es una de las estrategias más comunes que emplean para poder acceder a bienes y servicios de salud. Sin

embargo, es importante hacer notar que las mujeres también tienen mejores redes de apoyo que los hombres y están, en general, mucho más dispuestas a buscar ayuda si la necesitan.

105. Por otra parte, un hallazgo importante ya señalado anteriormente es que, de las personas con cáncer, 87% son mujeres, liderando el cáncer de mama y de cuello uterino la lista. Estos tipos de cáncer son exigentes de atención urgente de la salud pública en Venezuela: para 2020 se estimaba que 1 de cada 10 venezolanas iba a desarrollar cáncer de mama y que, lamentablemente, 9 fallecían diariamente por este tipo de cáncer²⁴.

Comunidad LGBTIQ+

106. De la muestra de 812 personas, 67 se identificaron como parte de la comunidad LGBTIQ+, lo que representa el 8% del total de las encuestadas. Este porcentaje se encuentra acorde con estudios globales sobre población LGBTIQ+, que hablan de alrededor de 9%²⁵ de la población mundial.

107. Para esta población, el promedio de ingresos es considerablemente superior al del resto de la muestra (\$158 mensuales frente a \$120 de la muestra general). Esto se explica probablemente por qué 85% de las personas encuestadas que se identifican como LGBTIQ+ son menores de 45 años y, por lo tanto, más jóvenes y activas económicamente. También es importante mencionar que es frecuente que personas más jóvenes sientan más libertad que las de generaciones mayores para identificarse como parte de la comunidad LGBTIQ+, porque han ido rompiendo con tabúes y estereotipos. Este hallazgo es coherente con estudios globales sobre el tema²⁶ y con los mismos resultados de este estudio, donde ninguna persona mayor de 60 años se identificó como parte de la comunidad LGBTIQ+. Solamente hubo un 4% de respuestas que indicaron no sabe / no responde.

108. El promedio de gasto en medicamentos es de \$27 mensuales, apenas \$3 por debajo del promedio de la muestra global (\$30). A pesar de que la mayoría de las personas LGBTIQ+ son más jóvenes, invierten 17% de sus ingresos mensuales en tratamiento médico. Esto puede deberse a que el 85% de las personas LGBTIQ+ que interactúan con servicios de salud públicos de la muestra señalaron tener alguna condición crónica de salud, donde prevalecen hipertensión (30%), asma (27%) y VIH (21%).

109. Por otra parte, las 3 prioridades de gastos son similares a las de la muestra general: alimentación (99%), salud (63%) y vivienda (40%). Sin embargo, los encuestados señalaron que sus ingresos son suficientes solamente para cubrir alimentación (87% de los casos), transporte (48%) y salud (solamente 36%). Es decir, a pesar de que para el 63% de las personas LGBTIQ+ la salud es una de sus 3 prioridades, solamente el 36% indicó poder cubrirla. Además, casi 4 de cada 10 personas (39%) LGBTIQ+ indicaron que dependen económicamente de otra persona.

110. De las personas LGBTIQ+ de la muestra, el 72% se encontraba en el centro asistencial público como usuaria primaria. Al pedirles que respondieran sobre eventos acaecidos en los centros asistenciales mientras hacían uso de los servicios, 92% señaló que tuvo que realizarse exámenes médicos fuera del centro de salud y 90% indicó que tuvo que llevar insumos médicos y medicamentos para poder ser atendido. Lo anterior se explica del mismo contexto de crisis y

²⁴ Funcamama (Octubre 2021). 2021: Cáncer y Mujer. Diciembre 28, 2023, de Funcamama, Pág. 20 y 21, disponible en: <https://www.funcamama.org/wp-content/uploads/2021/10/Informe-OCTUBRE-2021.pdf>

²⁵ Ipsos (2023). LGBT+ Pride 2023 - A 30-Country Ipsos Global Advisor Survey. Diciembre 18, 2023, de Ipsos, disponible en: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-05/Ipsos%20LGBT%2B%20Pride%202023%20Global%20Survey%20Report%20-%20rev.pdf>

²⁶ Ídem

armoniza con la situación general señalada por los usuarios de servicios de salud públicos en el estado Lara.

111. Sobre estrategias de supervivencia empleadas por esta población para acceder a bienes y servicios de salud, el 92% señaló comprar alimentos más económicos y el 71% ha tenido que pedir prestado a familiares y/o amigos, después un 31% indicó que se ha privado de comprar comida y/o han buscado donaciones en organizaciones sin fines de lucro.
112. Llama alarmantemente la atención que casi 3 de cada 10 personas LGBTIQ+ (29%) señalaron haber recibido malos tratos del personal de enfermería, 93% de los cuales fueron malos tratos verbales. Al comparar con la muestra global de usuarios primarios, 11% señaló haber recibido malos tratos de personal de enfermería, es decir, una persona LGBTIQ+ tiene tres veces más probabilidades de recibir malos tratos en el uso de los servicios públicos por parte de este personal, que la población general.
113. También, debemos destacar que 1 de cada 10 personas (10%) LGBTIQ+ también mencionó haber recibido malos tratos del personal médico (80% fueron verbales y 20% verbales y físicos). Al comparar con la muestra general de usuarios primarios, encontramos que las personas LGBTIQ+ son dos veces más propensas a recibir malos tratos del personal médico que la población general (apenas 5% de la muestra global señaló haber recibido malos tratos de este personal).
114. Adicionalmente, pedimos a las personas usuarias primarias que respondieran si en el uso de los servicios de salud públicos se sintieron discriminadas. De forma preocupante, 35% de las LGBTIQ+ señaló que sí, siendo la orientación sexual la forma más frecuente (65% de las respuestas) y más de la mitad (53%) señaló su condición de salud como una causa para la discriminación. Al comparar con la muestra global, encontramos que solamente el 10% de los usuarios primarios indicaron haber sentido discriminación; es decir, una persona LGBTIQ+ tiene 25% más de probabilidades de sufrir discriminación en el uso de los servicios de salud públicos. La razón principal, de acuerdo con la respuesta de las personas encuestadas, es su orientación sexual.
115. 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.
116. Además, llama la atención, que de las personas que señalaron sentirse discriminadas e indicaron su condición de salud como la causa (53%), el VIH/sida fue la única condición de salud que el 100% de los usuarios señaló tener en común, por lo que es lógico concluir que el estigma y la discriminación resultante en razón de tener VIH continúan estando fuertemente arraigados en el personal de salud. De hecho, de todas las personas LGBTIQ+ que indicaron tener VIH y se encontraban interactuando con el sistema público de salud, 82% respondió haber recibido un trato discriminatorio.
117. Con respecto al VIH, vale la pena destacar que, de la muestra global, 2% señaló ser personas con VIH y, de ese grupo, 82% son personas LGBTIQ+, lo cual alerta de que esta población continúa siendo clave para orientar las políticas públicas de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento relacionadas con esta condición de salud.

Adultos mayores

118. De la muestra de 812 personas, 138 son mayores de 60 años, y, a efectos de este estudio, son consideradas adultas mayores. Esto representa el 17% del total de personas encuestadas, de las cuales 55% son mujeres y 45% son hombres. Como se mencionó en la sección anterior, ningún adulto mayor se identificó como parte de la comunidad LGBTQ+, probablemente debido a los estigmas sociales arraigados en generaciones mayores alrededor de los temas sobre orientación sexual, identidad y expresión de género. Solamente el 4% respondió “no sabe / no responde”.
119. La mayoría de las personas adultas mayores no trabaja (69%), o se encuentra jubilada/pensionada (44% de este grupo). Sin embargo, 3 de cada 10 se mantienen activas en la fuerza laboral (31%), trabajando principalmente como empleadas en medios turnos o completos (16% del grupo de personas adultas mayores). Sus fuentes de ingreso provienen principalmente de bonos / ayudas del gobierno (84%), pensiones / jubilaciones (63%) y remesas del exterior (27%).
120. Lo anterior, explica la razón por la cual este es el grupo vulnerable con peores ingresos promedio, recibiendo apenas \$80 mensuales frente a los \$120 de la muestra total. Es decir, la brecha es de \$40 mensuales, una suma particularmente relevante en contextos de precariedad y crisis como la venezolana.
121. Además, como es esperable, los adultos mayores tienen el mayor gasto promedio mensual en medicamentos para atender su salud, ubicándose en \$31 mensuales, es decir, \$11 por encima de la muestra global (\$20). Esto cobra mayor sentido si se observa que 57% de los adultos mayores tiene alguna prevalencia de discapacidad; de hecho, 1 de cada 10 tiene certificado de discapacidad del CONAPDIS. Además, 96% tiene alguna condición crónica de salud, de las cuales las más frecuentes son: hipertensión (65%), asma (24%), diabetes (21%) y artritis (15%).
122. No es de extrañar entonces que, con los ingresos más precarios, la mayor incidencia de condiciones crónicas de salud y de prevalencia de discapacidad, las personas adultas mayores sean el grupo que más depende económicamente de otras personas, con un 66% de respuestas afirmativas. Respecto de otros grupos vulnerables, 59% de las mujeres y 39% de las personas LGBTQ+ respondieron depender de terceras personas.
123. Lamentablemente, aunque para 99% de las personas adultas mayores los gastos en alimentación son una prioridad, pero solamente 66% puede cubrirlos. Algo similar sucede en salud: este es el grupo que más considera los gastos en salud como una prioridad (79%) y, sin embargo, apenas 39% puede cubrirlos.
124. 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, 90% de las personas adultas mayores se encontraban en el hospital o ambulatorio para atender necesidades de salud particulares (usuarias primarias).
125. Al igual que la muestra global y otros grupos vulnerables, se les solicitó llevar insumos médicos o medicamentos (86%) y realizarse exámenes médicos fuera del centro de salud (92%), con la diferencia de que los adultos mayores deben enfrentar estos gastos extras en condiciones más precarias.
126. Por lo anterior, son el grupo que más emplea estrategias de supervivencia para acceder a bienes y servicios de salud: 85% de adultos mayores compra alimentos más económicos, 61% pide prestado a familiares y/o amigos y 44% se priva de comprar alimentos, para poder pagar las consultas médicas, comprar los medicamentos y hacerse los exámenes que necesitan. Además,

son el grupo que más se moviliza a buscar ayuda: 32% se apoya en donaciones de organizaciones de sociedad civil y 25% busca donaciones en otros terceros.

127. 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. Señalan que pueden afrontar la precariedad gracias al apoyo de hijos e hijas y otros familiares y/o amigos: *“Los hijos me mandan quince y último mi ayudita”, “Mis hijos que están fuera del país me han ayudado” y “Mis hijos están fuera del país y me ayudan”*.

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

128. 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 LGBTIQ+ y adultos mayores.
129. 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.
130. Una persona cuidadora, según la escuela de medicina de Jhons 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”²⁷. 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.
131. 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 familiar o círculo de amistades.
132. En promedio, una persona cuidadora invierte más de 24 horas a la semana en labores de cuidado de su ser querido²⁸, 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 personal²⁹.
133. 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, terapia³⁰, 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

²⁷ Jhons Hopkins Medicine (s/f). What is a caregiver? Jhon 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>

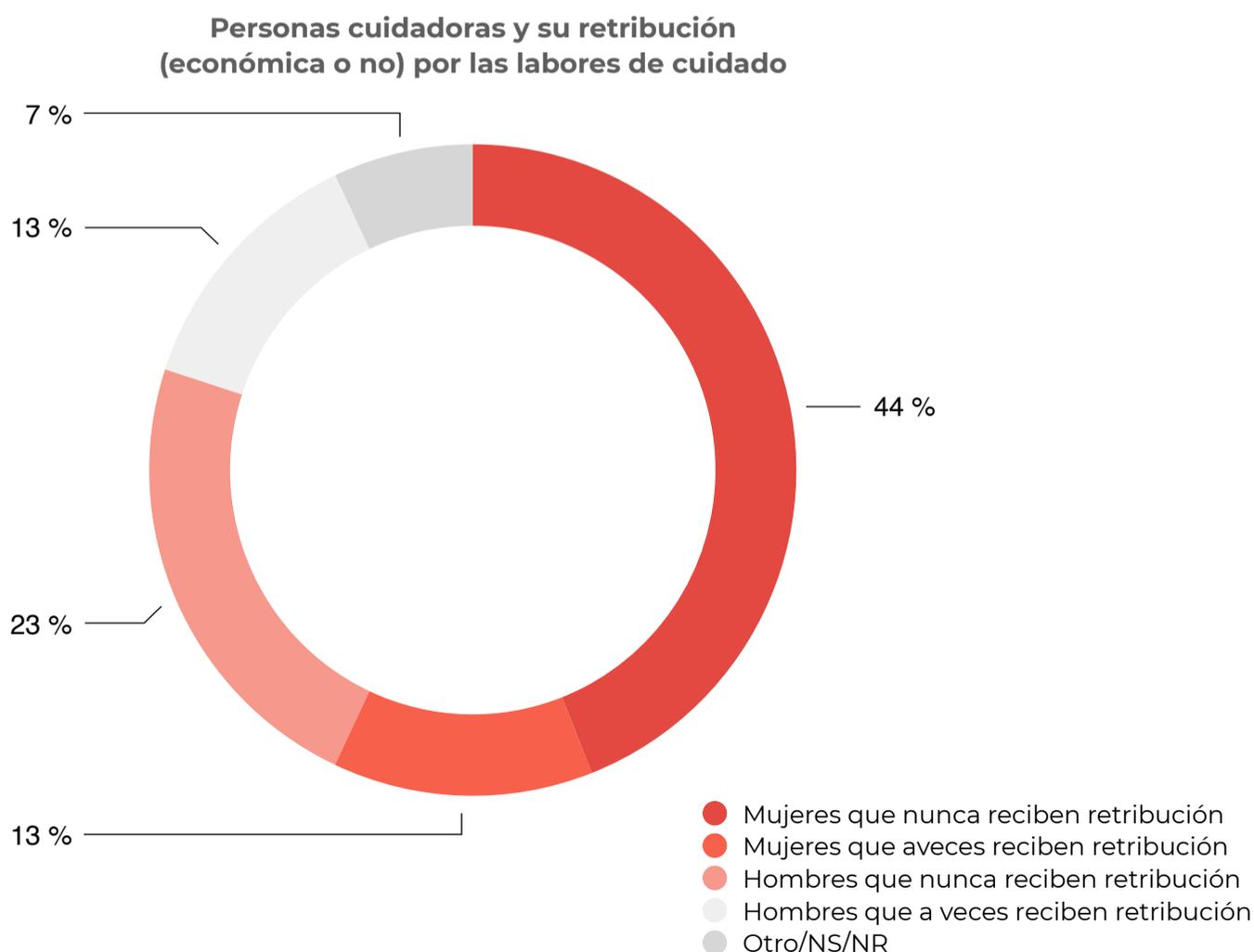
²⁸ AARP y National Alliance for Caregivers (Mayo, 2020). Caregiving in the US. National Alliance for Caregiving, disponible en: https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2020/08/AARP1316_ExecSum_CaregivingintheUS_508.pdf

²⁹ Pen 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>

³⁰ 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.

134. 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.
135. 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 hacer un Accidente Cerebro-Vascular (ACV) que la deje con secuelas que limiten su cotidianidad y, por lo tanto, requiera del cuidado de otras.
136. 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.
137. 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 Lara sobre la responsabilidad de cuidar a otras y las implicaciones que tiene en el contexto de la emergencia. A continuación, los hallazgos:



138. En el estado Lara, 4 de cada 10 personas encuestadas (41%) ejerce labores de cuidado de terceras, ya sea como una labor compartida o como una labor exclusiva, y 61% 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. 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”³¹ (2022) de la Alianza ConEllas se hace un recuento claro de este impacto diferenciado.
139. En el caso de las personas cuidadoras que “Siempre” o “A veces” reconocieron recibir algún tipo de retribución, no sorprende que 42% señala que la retribución es únicamente social, es decir, halagos, buenos comentarios o apoyos de tipo no pecuniario. Las retribuciones únicamente económicas alcanzaron el 22%, y quienes recibían ambas un 36%. Es decir, 3 de cada 10 personas cuidadoras reciben algún tipo de retribución y, cuando la reciben, casi siempre es de tipo social.
140. Lo anterior cobra sentido cuando se compara con que 35% 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, 17% 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 28% de las personas cuidadoras indicó que no pide ayuda a familiares y/o amistades a pesar de que la necesitan.
141. Lamentablemente, la falta de reconocimiento por este tipo de labores suma al detrimento de la salud mental de las personas cuidadoras: 37% de ellas señalaron sentirse agobiadas y/o cansadas 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 emocionales³², así como aumenta su sensación de aislamiento y soledad.
142. 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 cuidados³³, solamente 16% 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.
143. Por otra parte, la hipertensión y la diabetes fueron las dos condiciones de salud que más sufren las personas que están siendo cuidadas (de acuerdo a sus cuidadoras); sin embargo, no parecen ser la razón por la cual requieren este tipo de atención sino estar más relacionada con la edad avanzada o con incidentes relacionados, como la hipertensión y los ACV, que pueden generar cierto tipo de discapacidad.

³¹ Alianza ConEllas (2022). Ser Mujer en Venezuela, disponible en: <https://accionesolidaria.info/project/ser-mujer-en-venezuela/>

³² 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/>

³³ 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>

- 144.1 de cada 4 personas que son cuidadas sufre Alzheimer y/o demencia senil, una de las condiciones de salud más desafiantes para quienes ejercen estos roles. En los testimonios recabados en las encuestas, las personas cuidadoras señalan como grandes desafíos los aspectos emocionales, especialmente cuando su ser querido no las reconoce, ir viendo el deterioro de su psiquis, así como su situación económica: en promedio deben invertir \$23 mensuales en el tratamiento de sus seres queridos, sin contar exámenes, consultas médicas y gastos cotidianos.
145. Algunos testimonios de estos desafíos son: *“Los días que no me reconoce no quiere tomar los medicamentos”, “Emocionalmente nos pone mal cuando mi mamá no quiere que nos acerquemos a ella”, “Es doloroso ver que mi mamá tiene días que no me recuerda”, “Tener la paciencia y con todo el amor volver a repetirle las cosas siempre que se le olvidan”, “Poder tener el dinero para los medicamentos”, “No tener una buena cama, y no tenemos dinero para los medicamentos”.*

Personas cuidadoras LGBTIQ+

146. Así como las mujeres asumen de forma desproporcionada los roles de cuidadoras, otro grupo de población salió a relucir en el estudio: las personas LGBTIQ+ cuidadoras. De todas las personas encuestadas que se identificaron de esta comunidad, 48% señaló realizar labores de cuidado, es decir, casi la mitad, ya sea de forma exclusiva (53%) o como rol compartido (47%).
147. De este grupo de personas cuidadoras, 69% indicó que sienten que sus familiares y/o amigos consideran que cuidar a su familiar es una obligación y 75% señaló sentirse agobiado y/o cansado por las responsabilidades de ser persona cuidadora.
148. 44% indicó que nunca reciben retribución por estas labores. Sin embargo, resulta curioso que más de la mitad (56%) de las personas cuidadoras LGBTIQ+ señalaron que a veces reciben retribución por ejercer estas labores. Esta respuesta es considerablemente superior a la media (33%), por lo que pareciera que a pesar de que las personas LGBTIQ+ cuidadoras asumen más responsabilidades de cuidado, al menos son mejor reconocidas que otros grupos de cuidadores.
149. Para complementar la idea anterior, de ese 56% que señaló que a veces es retribuido por este trabajo, en 89% de los casos la retribución tenía tanto un componente social (halagos y buenos comentarios), como uno económico (de dinero por la labor de cuidado), frente al 58% de retribuciones únicamente económicas y de ambas (económicas y sociales) de la media general.
150. Al revisar el porcentaje de personas cuidadoras por su identidad de género, encontramos que 63% de las personas cuidadoras LGBTIQ+ se identifican como hombres y 37% como mujeres. Esto se contrapone con el porcentaje de la muestra general, donde 61% son mujeres y 39% son hombres. Esto podría estar relacionado con que las personas LGBTIQ+ suelen romper con estereotipos y constructos sociales vinculados al género, y eso les permite a los hombres asumir roles más empáticos, solidarios y de cuidado de otras personas.
151. Con respecto a lo anterior, se trató de indagar si esta mayor retribución (especialmente económica) por las labores de cuidado podría deberse precisamente a que son más los hombres ejerciendo estas responsabilidades. Es decir, queríamos probar la hipótesis de que los hombres (incluso siendo personas LGBTIQ+) podrían estar mejor retribuidos por estos trabajos por las estructuras patriarcales. Sin embargo, al hacer los cruces correspondientes, no encontramos ninguna evidencia de que esta pueda ser la razón: más estudios especializados deben llevarse a cabo para entender por qué esta población pareciera estar mejor retribuida que otras.

Conclusiones

152. La mayoría de la población depende del sistema sanitario público para atender cualquier situación o evento de salud en el estado Lara, 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.
153. El gasto de bolsillo en salud que deben hacer las personas que interactúan con el servicio de salud público en el estado Lara, es desproporcionado. Contando con un ingreso promedio mensual de apenas \$120, deben invertir en la compra de insumos médicos y medicamentos cada vez que van a un hospital. Además, casi la mitad (49%) 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 13% de sus ingresos.
154. 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, el aseo de las instalaciones y especialmente la disponibilidad y aseo de los baños fueron muy mal calificados por las personas encuestadas en el estado Lara.
155. Quienes interactúan con servicios de salud públicos en el estado Lara señalaron como preferencias a la hora de recibir ayuda humanitaria: el acceso a medicamentos y apoyo con consultas médicas y exámenes de laboratorio. En comparación, indicaron que recibir alimentos para dietas especiales o recibir insumos médicos no son una prioridad.
156. 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.
157. La deficiencia de los servicios públicos y falta de combustible generan un impacto visible en la salud de las personas encuestadas. Se evidencia cómo las alternativas utilizadas en ausencia de la regularidad del servicio de gas en los hogares han generado problemas de salud respiratorios en la población, elevando así las condiciones de salud y emergencias médicas producto de estas. A su vez, la falta de combustible imposibilita los traslados a centros especializados para su atención.
158. La gran mayoría de las personas con condiciones crónicas de salud encuestadas en el estado Lara emplean diferentes estrategias para cumplir con su tratamiento médico mensual, entre las que destacan: buscar apoyo en terceras personas u organizaciones, complementar con remedios naturales y tomar una pastilla un día sí, un día no.
159. La hipertensión, la diabetes y el asma son las condiciones de salud crónicas de mayor prevalencia entre las personas encuestadas en el estado Lara, y deben invertir en promedio \$15 mensuales para comprar las medicinas que requieren, lo que genera una carga económica importante en relación con su ingreso promedio mensual.
160. Las personas con cáncer y con condicionales renales son las que están en situación de mayor vulnerabilidad y de riesgo de vulneración de sus derechos a la integridad física y a la vida, debido a las múltiples deficiencias del sistema sanitario público. Se hace imperativo tener disponibles

servicios de inmunología, quimioterapia, radioterapia y diálisis que brinden calidad de atención y coadyuven a una evolución exitosa del diagnóstico. Además, llama la atención que casi 9 de cada 10 personas con cáncer son mujeres, siendo los más comunes el de mamas y de cuello uterino.

161. Las brechas de género continúan presentes en el estudio: más hombres tienen trabajos remunerados (82%) que mujeres (59%) y, respecto de los ingresos, la brecha es de \$13, es decir, por cada \$100 que gana un hombre, una mujer gana \$87. En general, las mujeres tuvieron peores experiencias interactuando con los servicios de salud públicos en el estado Lara y son más proclives a privarse de comida que los hombres, aunque piden ayuda con más facilidad de familiares, amistades y organizaciones de sociedad civil.
162. Las personas LGBTIQ+ que son usuarias primarias de servicios de salud públicos continúan siendo una población altamente vulnerable en razón de su orientación sexual, recibiendo 25% más de tratos discriminatorios que la población general. Además, son tres veces más propensas a recibir malos tratos del personal de enfermería y dos veces más propensas a recibir malos tratos del personal médico. Esto deja en evidencia la falta de sensibilización del personal de enfermería y médico en temas de diversidad y como limita el acceso a servicios de salud de calidad de este grupo, vulnerando su derecho humano a la salud en el estándar de aceptabilidad.
163. 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%), el que tiene peor ingreso promedio mensual (\$80) y, además, el que más invierte en medicamentos mensualmente (\$31); 96% sufren de condiciones crónicas de salud.
164. En el estado Lara, 4 de cada 10 personas encuestadas (41%) ejerce labores de cuidado de terceros, y 61% 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

165. Tomando como base el contenido del informe, Acción Solidaria considera importante que el Estado venezolano adopte las siguientes medidas:
166. 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;
167. 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 grupos vulnerables (personas con condiciones crónicas de salud, mujeres, personas adultas mayores);
168. Retomar la publicación periódica de estadísticas sanitarias y epidemiológicas, que no se encuentran actualizadas desde 2016, asegurando el acceso público a esta información;
169. 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;
170. 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;
171. 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;
172. 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);
173. 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);
174. 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

175. En el mismo sentido, desde Acción Solidaria se hace un llamado a que los mecanismos internacionales de protección de derechos humanos y los Estados:
176. Mantengan un escretunia 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;
177. 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;
178. 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;
179. Soliciten al Estado venezolano que distribuya información actualizada, veraz y oficial sobre la situación del derecho a la salud en Venezuela;
180. 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;
181. 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 Lara.

A.C. Acción Solidaria
Unidad de Exigibilidad e Incidencia de DDHH
Quinta Los Olivos, Bello Monte,
Caracas – Venezuela
www.accionsolidaria.info