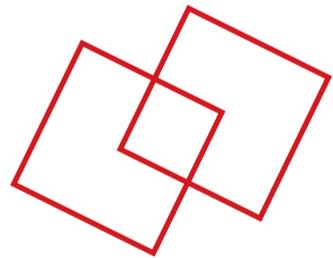


Informe Presentado por: Asociación Civil Acción Solidaria

Todo lo resuelvo a medias

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



Mural de testimonios

A estas personas nos debemos y dedicamos este informe

Por mi condición es difícil encontrar trabajo, por lo tanto, trabajo por mi cuenta y no me puedo costear mi tratamiento. En ocasiones he estado al borde de la muerte debido a que se me bajan las defensas / Que me puedan ayudar económicamente, ya que no tengo trabajo, vivo sola con mi mamá / Que mejoren los servicios del hospital, es decir, medicamentos para poder amortiguar la enfermedad, ya que lo que uno gana trabajando da para medio comer / Que los hospitales tengan más insumos, para poder ser atendidos y no comprar tantos medicamentos que no podemos costear y así poder realizar nuestras operaciones / Su mamá está en una condición muy severa de demencia, la señora manifestó estar muy preocupada pues siente que no está recibiendo la ayuda requerida / La señora manifestó que está a punto de perder su trabajo por estar cuidando a su papá / Que haya buena atención en los hospitales, ya que los sueldos no alcanzan para costear consultas privadas / La persona ha sido discriminada y tiene miedo de que su orientación sexual sea pública pues puede vivir discriminación por ello / La persona padece un edema cerebral en el cerebelo y debió trasladarse desde Portuguesa a Mérida. Ha perdido capacidad auditiva en el oído izquierdo a causa del edema / La persona está allí acompañando y cuidando a su nieto con asma. Tiene 22 años y está hospitalizado por su condición. Fue enviado desde Tovar porque el hospital no cuenta con insumos y su condición se agravó. Iba a ser trasladado en ambulancia pero no había gasolina para movilizarlo. Un vecino de su comunidad los trajo a Mérida / No cuenta con la certificación por discapacidad. Está muy mal económicamente, no le alcanza casi para nada / Aparte del cáncer de cuello uterino, le encontraron 3 quistes cerca del páncreas y necesita hacerse un examen en Caracas para poder operarse / Poder operarme lo más pronto posible ya que estoy con la hemoglobina muy baja y mucho sangramiento / La mayoría de los hospitales están en mal estado, algunos no cuentan ni con depósitos de agua para su funcionamiento / El hombre comenta que en casa rinde las inyecciones de insulina a una vez al día en vez de las dos dosis recomendadas por el médico / No tiene un diagnóstico acertado para su condición, debe hacerse otros estudios especializados que no están disponibles, como una resonancia con contraste, dijo haber tenido que vender una TV para pagarse la tomografía / La condición de salud del muchacho es bastante grave. Cuentan con los medicamentos, pero la mamá no cuenta con mucha ayuda de su familia para continuar con los cuidados de su hijo / Yo soy madre soltera y me vi al borde de la muerte por el aborto / La situación del país está muy difícil y lo que uno hace no alcanza para nada / Dios que me puedan ayudar con esta terrible enfermedad / La señora estaba alterada y preocupada por la situación de la cesárea y los malos tratos del personal. Se siente discriminada por vivir con VIH y tiene miedo de no poder tener a la bebé por esta situación / Mi primer bebé lo perdí porque llegué al hospital con un principio de aborto y no habían insumos para atenderme, por lo que no hubo manera de pararlo / Deseo que traigan nuevos equipos de diálisis para atender a todas las personas que tenemos esa condición y no tengamos que esperar tanto / El centro de salud queda lejos y hay dificultad con el transporte público / Algunas veces no puedo salir porque no tengo con quien dejar a los niños / Tuve que esperar que me trajeran en transporte particular, porque para donde vivo no pasa el transporte público y se me dificulta por mi estado de salud / Existe una sola sala de baños en la emergencia, para todos los usuarios / Hay una sola ambulancia, pero los pacientes deben cancelar en dólares cualquier traslado / Cobran 280 dólares por un traslado de un paciente, hasta Mérida. Porque no hay ambulancia / Los pisos y paredes de la emergencia, se ven las manchas de sangre / No hay servicio de ambulancia, los costos son muy altos para un traslado / La enfermera coloca el tratamiento y no está pendiente del paciente que está en la emergencia, sin saber la reacción del medicamento / Es la segunda vez que vengo, porque la vez pasada no había médico de guardia y no me dejaron entrar / Nos revisa el médico, no nos piden nada, pero tenemos que comprar todo el tratamiento y si no tenemos para el medicamento, es como si no fuéramos al médico / Las personas encargadas de la entrada al centro de salud, son un poco desconsideradas para pasar a los pacientes, no hay una silla para esperar afuera y eso es difícil para las personas que esperan en la emergencia / Vengo de Trujillo porque allá no hay médicos que

atiendan mi problema de salud / En el centro de salud del municipio queda relativamente lejos y para conseguir insumos para su fractura y contusiones por caída debió movilizarse a otro centro de salud a un municipio vecino para conseguir insumos y otros los compró / No poder llevar una vida que le permita hacerse cargo de su hija y conseguir un trabajo más formal / Tener dinero para realizar exámenes especializados, no hay un diagnóstico todavía / No tiene los recursos para medicamentos y alimentos / Los estudios que solicitan son muy costosos y la espera para operarse / El dolor constante que limita mis actividades / Que haya los equipos necesarios para realizar la quimioterapia, que no falten los especialistas (oncólogos) / Como es vigilante, el hecho de tener que caminar en la noche en su trabajo lo hace complicado, por el tema de su cáncer testicular. Y el tema económico pues no ha podido tomar sus medicamentos / Ella es de Trujillo, dice que quedarse allá es "*una condena de muerte*". Aquí dice que hay falta de personal, falta de algunos medicamentos, exámenes en laboratorios privados pues no todos están disponibles, falta de apoyo familiar / Vendí el carro, para poder comer y comprar tratamientos (para el cáncer) / El dinero para conseguir los insumos médicos, y el apoyo de la familia pues ya casi toda su familia está fuera de Venezuela / Es muy costoso y con una carga emocional muy fuerte en el entorno familiar y personal. La escasez de medicamentos, de buscar el dinero para comprarlos o buscar en fundaciones, instituciones y hospitales donde puedan donarlos es muy desgastante / El tiempo que invierte viniendo al hospital pues tiene un niño pequeño, y el dinero para comprar su tratamiento / Movilizarse al Hospital Universitario a diálisis, compra de algunos medicamentos e insumos, imposibilidad de hacer el trasplante de riñón / Que se encuentren los medicamentos en el centro de salud público, ya que son muy costosos y a veces no hay recursos y no se puede cumplir tratamiento / No hay exámenes de carga viral, no conoce su carga. También estigmas y trato despectivo dentro de algunos servicios y el propio programa Regional de VIH / En este momento está tratando de gestionar su cesárea, pero, el personal médico se niega a hacer la operación sin el kit pre-operatorio de VIH, ha recibido malos tratos por ello y considera que la están "*peloteando*". Está intentando que el programa regional intervenga. Dentro de las dificultades como usuaria del programa cuenta que debe movilizarse desde San Juan para buscar el tratamiento y que no se ha hecho exámenes de control en el sistema público pues no hay disponibilidad / Debe movilizarse por lo menos dos horas para buscar sus medicamentos. Ha tenido dificultades en meses anteriores para venir por falta de gasolina. Debe madrugar para venir y que no pierda el viaje / Me queda muy lejos el centro de salud. En el municipio no hay atención para pacientes que viven con VIH y no quiere compartir su estado serológico por miedo a que sea revelado en su comunidad y tenga problemas o viva estigmas por su condición crónica / Quiero saber dónde puedo acudir y me puedan ayudar para mejorar mi salud / Ver a su madre cuando le dan ataques de nervios y darse cuenta que ya no se puede valer por sí misma y no disponer de más tiempo para trabajar y recibir más ingresos / Es una persona con Síndrome de Down con múltiples condiciones de salud. En el caso de la cardiopatía, deben probar las dosis pues en ocasiones los efectos secundarios pueden descompensar el estado de salud del paciente o afectar otras condiciones de salud. También estar en bastante comunicación con los médicos pero en ocasiones es complicado / Ejercer el rol de cuidador es desgastante para él. No cuenta con recursos económicos para gestionar medicinas y alimentación y está afectando sus planes de vida / Los medicamentos son muy caros, el sueldo solo alcanza para comprar algunos alimentos / Enfrentar la tristeza y desesperación, además de tener familiares lejos que no ayudan en el cuidado / Ver como ha cambiado su familiar a raíz del cáncer / Dice que es una enfermedad muy costosa. Conseguir dinero y donaciones para gestionar su quimioterapia y operaciones es muy desgastante. Debieron mudarse a Mérida él, su esposa y su hija para poder gestionar mejor el proceso porque estando en su pueblo es imposible de recibir una atención adecuada.



Todo lo resuelvo a medias

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

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

Redacción del informe: Anamar
Córdova, Jennifer Jardim, Juan
Manuel Rodrigues y María Betania
Salazar.

Edición del informe: Juan Manuel
Rodrigues y Natasha Saturno

Investigadores y activistas colaboradores:

Anamar Córdova
Juan Manuel Rodrigues
Jennifer Jardim
María Bethania Salazar D.
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: Córdova A., Jardim J., Rodrigues J., Salazar M. & Saturno. N (Marzo 2024). Todo lo resuelvo a medias: Informe sobre necesidades humanitarias y vulneraciones del derecho a la salud en el estado Mérida. De Acción Solidaria, disponible en: www.accionsolidaria.info.

Caracas, Venezuela

Marzo 2024

Tabla de contenido

Tabla de contenido	6
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
Preferencias en la ayuda humanitaria	21
Sección II:	23
Condiciones Crónicas de Salud	23
Controles médicos de personas con condiciones crónicas de salud	26
Prioridades en la ayuda humanitaria	27
Sección III:	29
Grupos en situación de vulnerabilidad	29
Mujeres	29
Comunidad LGBTIQ+	31
Personas adultas mayores	32
Sección IV:	36
El Rol de las personas cuidadoras	36
Personas cuidadoras LGBTIQ+	40
Conclusiones	42
Recomendaciones	44
Recomendaciones al Estado venezolano	44
Recomendaciones a mecanismos internacionales de protección de DDHH	45

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 22 de enero y el 23 de febrero del 2024, se encuestaron 813 personas que se encontraban dentro o a los alrededores de centros públicos de salud en el estado Mérida. A lo largo de la encuesta, se buscó levantar información cuantitativa y cualitativa que nos permita arrojar luces sobre la situación y, adicionalmente, explorar las historias y experiencias de los merideños como personas usuarias del sistema público de salud.

Un patrón recurrente que resuena en la voz colectiva del estado Mérida 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 servicios de ambulancia funcionales, falta de medicamentos y de insumos médicos. Estas fallas repercuten de forma directa en los bolsillos de las personas, que deben comprar lo que falta para ser atendidas. Poco más de la mitad de las personas encuestadas (54%) señaló que dependen económicamente de otras personas y el ingreso promedio mensual es de apenas \$112.

Las soluciones que emplean las personas que interactúan con los servicios de salud públicos en el estado Mérida 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 Mérida, 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 Mérida, 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

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>

claves para que se mantengan los mecanismos pertinentes de escrutinio y supervisión a estos derechos.

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

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

Metodología

A continuación, presentamos cuáles son los criterios sobre los 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 Mérida, entre el 22 de enero y el 23 de febrero del 2024, cuyo objetivo es recolectar información cuantitativa y cualitativa sobre necesidades humanitarias y vulneraciones al derecho a la salud de personas que interactúan con el sistema público de salud. En el período indicado, se encuestaron a 813 personas que se encontraban dentro o en los alrededores de centros asistenciales públicos de salud tipo I, tipo II y tipo IV.

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

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

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

El cuestionario

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

Sección A. Información General

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

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

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

Sección C. Condiciones crónicas de salud

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

Sección D. El rol de cuidador o cuidadora

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

Diseño de la muestra

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

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

De esta manera, se llegó a la conclusión de que para el estado Mérida 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 sobre 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 Mérida es de apenas \$112 mensuales, en un país donde la Canasta Alimentaria Familiar (CAF) para noviembre de 2023 se ubicaba en \$522⁶ mensuales. Lamentablemente, casi 9 de cada 10 personas encuestadas (85%) sobreviven con ingresos por debajo de los \$200 mensuales, con poco más de la mitad de los encuestados con ingresos inferiores a los \$100. Estas cifras representan la precaria situación económica de la población encuestada en el estado Mérida. Es por esto que, 6 de cada 10 personas señaló que sus ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades de salud.
8. Ahora, de las 813 personas encuestadas en el estado Mérida, 532 señalaron que se encontraban en los centros de salud públicos como usuarias primarias, es decir, 65% de las personas encuestadas estaban ahí para recibir y/o buscar atención médica y/o medicamentos para atender sus propias necesidades. En este sentido, estas personas evaluaron la infraestructura y 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 solicitarles que evaluaran las condiciones de los centros hospitalarios a los que acuden, destacaron tres grandes necesidades de salud: servicios de ambulancia, disponibilidad de medicamentos y disponibilidad de insumos médicos. Al respecto, 70% de las personas consideró “Deficiente” o “Muy deficiente” la disponibilidad de servicios de ambulancia, 66% de las personas consideró lo mismo para la disponibilidad de medicamentos y 57% para la disponibilidad de insumos médicos.
10. Estos datos son coherentes con otros recabados. Así, de los usuarios primarios encuestados, 74% indicó que le han solicitado algún insumo médico o medicamento, para poder recibir atención.
11. Ahora bien, otras áreas también mostraron una fuerte afectación: 74% señaló las precarias condiciones de los servicios de laboratorio (Muy deficiente y/o deficiente), que representa una vulneración del estándar de calidad y disponibilidad del derecho humanos a la salud, y casi 70% indicó las graves condiciones de operatividad de los laboratorios en dichos centros de salud (Muy deficiente y/o Deficiente).
12. Por el contrario, la valoración hacia el trabajo del personal de salud (médicos y enfermería), sigue siendo muy positiva entre las personas encuestadas. Casi 9 de cada 10 personas encuestadas valoraron de forma positiva (Muy bien y/o Bien). Este dato es una muestra del compromiso y resiliencia del personal de salud que, a pesar de trabajar con capacidades muy limitadas, sigue tratando de ofrecer un buen servicio.
13. No obstante, casi un tercio de las personas encuestadas indicó que hubo turnos en los centros de salud donde no había disponible ningún personal de salud (médico y/o enfermeras), y en los casos de las personas que han acudido a las emergencias en el último año, 18% indicó que fue atendido por personal de enfermería, pero tuvo que esperar la llegada del médico especialista. Estos datos nos confirman que existe un déficit de trabajadores de salud, que probablemente hayan abandonado los puestos de trabajos por las precarias condiciones en las que labora.
14. Ahora, sobre la disponibilidad de insumos y medicamentos, lamentablemente, 75% de las personas consultadas señaló que les solicitaron procurarse sus insumos médicos y 87% debió llevar algún

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/>

medicamento. Todo ello para recibir atención médica, revelando el desabastecimiento crónico e imperante desde hace años.

15. Entre los insumos más solicitados destacan desde los más básicos como guantes, alcohol, agua oxigenada y gel para manos, pasando por insumos para tratamientos endovenosos (como jeringas, solución salina y solución 0.9). La situación es tal, que destaca un número importante de personas que indicaron que les eran solicitados los llamados kits quirúrgicos (bisturí, anclas quirúrgicas o kit de laparotomía).
16. Asimismo, destaca por igual la solicitud de fármacos para la atención quirúrgica como la anestesia y antibióticos. Estos datos dan cuenta de la grave ausencia de insumos y medicinas para la atención oportuna e inmediata de los eventos de salud de las personas usuarias del sistema público de salud. Asimismo, esta situación recae sobre los bolsillos de las personas, quienes deben asumir el costo para la adquisición de estos bienes, y así poder recibir atención médica. Volviéndose una situación muy complicada cuando el ingreso promedio mensual es de \$112.
17. Los datos expuestos, exponen la afectación de los estándares del derecho humano a la salud: disponibilidad de bienes y servicios de salud, calidad, así como también los estándares de accesibilidad y aceptabilidad.
18. En este mismo orden de ideas, 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 es elevado, \$218, lo que equivale a casi el doble de los ingresos promedios mensuales. Hubo casos donde personas indicaron que les fueron solicitados hasta \$3000, muy probablemente para cubrir algún procedimiento quirúrgico.
19. Estos actos, contrarios a la ética médica, resultan obviamente una vulneración al estándar de aceptabilidad. Sin embargo, hay que admitir que la misma situación del sistema público de salud propicia este tipo de actos irregulares.
20. Por otra parte, y relacionado con la disponibilidad de servicios de laboratorio en los centros de salud, 87% de las personas consultadas tuvo que realizarse algún examen médico fuera del centro de salud. De estas, 68% indicó que este servicio no se encontraba operativo.
21. Quienes indicaron que tuvieron que realizarse exámenes fuera del centro de salud, gastaron en promedio \$64. Algunos de estos estudios constituyen requisitos indispensables para la prosecución de la atención y/o tratamiento médico, e incluso para llegar a un diagnóstico. No obstante, esta práctica se vuelve verdaderamente inasequible al compararla con el ingreso promedio. Un porcentaje muy elevado de personas deben acudir al sector privado para poder realizarse exámenes médicos, invirtiendo en ellos más de la mitad de los ingresos promedios.
22. Estas cifras exponen la situación de inoperancia y no disponibilidad de los servicios de laboratorio en el sistema público de salud. Entre las causas destacan la falta de reactivos o equipos para realizar pruebas, así como la falta o ausencia de personal especializado para realizar los estudios. Es importante destacar que, la evaluación hematológica, es esencial para el acertado abordaje médico en el tratamiento de cualquier condición de salud, sea crónica o no.
23. Estos hallazgos concuerdan con el contexto de crisis e información de otras organizaciones de la sociedad civil. Por ejemplo, la Federación de Colegios de Bioanalistas de Venezuela, en diciembre

de 2023, denunció que 84% de los laboratorios en los centros de salud públicos del país no funcionan por diversos motivos, como la falta de reactivos para poder realizar las pruebas⁷.

24. En el caso de personas a la espera de alguna cirugía, 23% alegó que tuvieron que esperar para poder realizarse estos procedimientos. En el rango de espera, resalta un 46% que ha debido aguardar más de tres meses.

25. De todos los casos recogidos, destacamos el de 4 personas: 2 mujeres embarazadas a la espera de su cesárea, de las cuales, una tiene VIH y comentó que le solicitaron el llamado kit de bioseguridad (el cual es ilegal solicitar en Venezuela), 1 mujer con cáncer de mama y 1 hombre con insuficiencia renal a la espera de un trasplante de riñón.

26. Como se observa en las cifras y los casos destacados anteriormente, las personas a espera de ser operadas no han podido conseguir todos los insumos que les piden para el procedimiento, o están esperando para que se libere un cupo en los quirófanos del sistema público de salud.

27. Por otra parte, sobre la disponibilidad y calidad de los servicios de traslados y ambulancias, 70% de las personas usuarias consultadas consideran que es deficiente o muy deficiente. Varios usuarios aportaron que la disponibilidad de servicios es escasa y que, incluso, en lugares donde hay alguna unidad disponible, cobran en dólares para poder realizar el traslado. Todo esto representa una vulneración al estándar de accesibilidad física y además, de la aceptabilidad del derecho humano a la salud.

28. Ahora, sobre las dificultades que se les presentan para asistir a los centros de salud, 54% de las personas encuestadas manifestó que no tenía ninguna dificultad para llegar. No obstante, 28% indicó que el centro de salud quedaba muy lejos y 16% alegó que el funcionamiento no adecuado del transporte público significaba un problema para llegar hasta los centros de salud. Aunque el porcentaje pudiera ser visto como menor, no deja de reflejar, igualmente, una afectación al estándar de accesibilidad física en la región.

Sobre los servicios de emergencia

29. Al consultarles a los usuarios primarios del sistema de salud público⁸ sobre si habrían utilizado los servicios de emergencia en el último año, 39% indicó que sí. Los motivos de emergencia más comunes fueron: emergencias traumatológicas (por diversos motivos, incluidos accidentes de tránsito y accidentes en trabajo u hogar), cardiovasculares y situaciones asociadas a síndromes respiratorios.

30. 59% de las personas que usaron la emergencia indicó que al llegar no fueron atendidas de manera inmediata. Esta cifra refleja que existe un problema en los servicios de emergencia donde las personas no son atendidas de forma inmediata, bien sea porque no hay personal suficiente o por falta de insumos o medicinas. Lo cierto es que, 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. En este mismo sentido, al ser consultadas sobre la disponibilidad de insumos médicos y medicinas para la atención de sus eventos de salud, 83% de las personas alegó que la emergencia

⁷ Barboza, L. (Diciembre 4, 2023). El 84% de servicios de laboratorio en centros de salud públicas no funciona. La mañana Digital. Disponible en <https://humvenezuela.com/el-84-de-servicios-de-laboratorio-en-centros-de-salud-publica-no-funcionan-via-la-manana-digital/>

⁸ Los usuarios primarios son las 532 personas que se encuentran en el centro asistencial público para satisfacer necesidades de salud personales, de acuerdo con lo que se detalla en el párrafo 8.

del centro público no contaba con ellos. Estos datos se confirman por medio del hecho que 82% de las personas que usaron los servicios de emergencia se les solicitó insumos médicos o medicamentos para completar la atención.

32. 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 Mérida.
33. 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 en la salud de las personas, quienes deben esperar y conseguir los insumos para poder ser atendidas.
34. 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 mejorar la atención de la población que requiera de estos servicios.
35. En 2022, la Encuesta Nacional de Hospitales mostraba que la posibilidad de no encontrar un medicamento básico en el área de emergencia estaba cercana al 50%. De igual manera, advertían que para los insumos médicos en el pabellón de emergencia, ese porcentaje aumentaba a 70%⁹. 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

36. 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 el servicio o lugar al que acuden los encuestados cuando requieren algún medicamento o tratamiento médico.
37. En este sentido, 31% indicó que la última vez que requirió tratamiento médico acudió a un centro de salud privado o a una farmacia privada para obtenerlo. Este dato contrasta con el siguiente: 57% de las personas usuarias encuestadas que requieren tratamiento médico, acuden al centro público de salud. Estos datos ponen de manifiesto la dependencia que tienen las personas encuestadas del sistema público de salud y revela el esfuerzo que hace un tercio de las personas por procurarse su tratamiento en el sector privado.
38. Con respecto a dificultades en el acceso a tratamiento médico, 41% de los usuarios primarios de centros de salud públicos indicó tener alguna dificultad para poder ir a retirar o procurar el medicamento (en centros privados y públicos), bien sea porque el sitio de retiro queda muy lejos (más de 30 minutos) o por dificultades en el transporte público.
39. Estos datos evidencian que existe un problema de accesibilidad física, no solamente para buscar atención médica, sino también para acceder a tratamiento médico.
40. Al analizar el gasto promedio en medicinas, las personas usuarias gastan \$49 por mes, para adquirirlas. Esta cifra constituye casi 44% del ingreso promedio mensual de las personas

⁹ 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/>

encuestadas, un porcentaje altísimo, que revela la magnitud del gasto de bolsillo de las personas usuarias primarias encuestadas.

41. Si analizamos esta cifra de gasto en medicinas, y le agregamos el gasto promedio de realizarse exámenes fuera del centro de salud indicada en el párrafo 21 de este informe (\$64), la cifra supera los ingresos promedios de las personas encuestadas, lo que se traduce en un gasto de bolsillo catastrófico.
42. Ahora bien, todas estas cifras son gastos solamente en el área de salud, hay que considerar igualmente otros gastos prioritarios. Como ejemplo, 46% del total de personas encuestadas manifiestan que sus ingresos solamente alcanzan para cubrir gastos de alimentos y de salud. Estas cifras se ajustan a las preferencias de gastos de las personas. En este sentido, las tres primeras prioridades son: alimentos (99%), salud (79%) y servicios básicos (41%).
43. La Canasta Alimentaria Familiar (CAF) para noviembre de 2023 se ubicaba en \$522¹⁰, es decir, casi 5 veces más el ingreso promedio mensual de las personas que interactúan con servicios públicos en el estado Mérida.
44. 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%. En definitiva, las personas gastan cada vez más comprando los mismos alimentos, una situación que deja menos dinero disponible para otros gastos, tomando en cuenta que la alimentación se encuentra como la primera prioridad para las personas en el estado Mérida.
45. 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 o hacerse sus exámenes médicos para atender cualquier situación de salud.
46. Para profundizar más en este tipo de información, indagamos sobre diversos comportamientos relacionados con el acceso y consumo de tratamiento y otros bienes y servicios de salud con las personas encuestadas. Así, casi la mitad de las personas encuestadas (48%) indicó que se ha privado de comprar comida para poder comprar medicinas y, prácticamente, 9 de cada 10 han optado por comprar alimentos más económicos (86%).
47. Como se ha evidenciado, uno de los grandes problemas que afectan a las personas usuarias del sistema público de salud en el estado Mérida, es el económico. Otro dato que complementa esta idea, y que revela la grave situación económica de las personas en este estado, es que casi 7 de cada 10 (67%) ha pedido 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.
48. Adicionalmente, 2 de cada 10 personas encuestadas ha organizado alguna actividad de recaudación o ha vendido bienes para poder costear gastos de eventos de salud.
49. Como se expuso anteriormente, las personas tienen tres prioridades de gasto claras: alimentación, salud y servicios básicos. En otras palabras, las personas encuestadas revelan que sus ingresos se van destinados a pagar alimentos y medicinas o eventos de salud, pero estos datos evidencian

¹⁰ 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/>

que, con sus ingresos, no pueden ni siquiera costear completamente una de las principales necesidades.

50. Si aplicamos nuevamente un estándar de derecho, la afectación al estándar de asequibilidad es muy clara. Ante un evento de salud, las personas se encuentran desamparadas, debiendo recurrir a varias estrategias para poder costear estas situaciones y, en muchos casos, es posible que ni siquiera logren hacerlo, dejándolas en peor posición económica. Todo esto tiene un impacto notable en la vida de las personas y, por supuesto, de su grupo familiar.

Preferencias en la ayuda humanitaria

51. De manera novedosa se incluyó en el instrumento de encuesta un espacio para pedirle a las personas que establecieran sus prioridades a la hora de recibir ayuda humanitaria. Los resultados muestran que 85% de las personas encuestadas coloca, entre sus tres prioridades la recepción de medicamentos para atender sus condiciones de salud.

52. Posteriormente, 48% de las personas consultadas señaló entre sus tres prioridades recibir ayuda humanitaria, el pago de exámenes de laboratorio y, en tercer lugar, 46% manifestó requerir el pago de consultas médicas de control.

53. Este dato es llamativo y podría explicarse porque, en promedio, el 67% de las personas que seleccionaron estas opciones como una de las tres principales prioridades para acceder a la ayuda humanitaria, tienen alguna condición crónica de salud. Esto no es algo menor, y es la representación de que el mismo colapso del sistema público de salud limita la posibilidad de las personas con condiciones crónicas de salud a obtener tratamiento, realizarse exámenes de laboratorio y acudir a consultas médicas de control. Tres acciones esenciales para el tratamiento de cualquier condición de salud.

54. Esta priorización reafirma que la asequibilidad a bienes y servicios de salud de las personas encuestadas en el estado Mérida es uno de los principales problemas, puesto que ubican entre sus principales prioridades el pago de exámenes de laboratorio y el pago de consultas médicas. Todo esto debido a la poca disponibilidad de estos servicios, y el elevado costo que representa acudir al sector privado.

55. En definitiva, la entrega de comidas para dietas especiales y el pago de emergencias médicas son las dos formas de ayuda humanitaria que se encuentran entre las menos prioritarias para las personas que interactúan con los servicios de salud públicos en el estado Mérida. 71% 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 eventos de salud, e igualmente 36% de las personas califican con 7, 8 o 9 el pago de emergencias médicas.

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

56. 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*”¹¹ que llevan a una persona a tener enfermedades o trastornos de larga duración y progresión lenta.
57. 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 condiciones¹².
58. 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. Es por eso que una gestión adecuada de políticas públicas de prevención, diagnóstico temprano y atención es fundamental para garantizar a la población su derecho humano a la salud.
59. En los contextos de crisis, como las Emergencias Humanitarias Complejas (EHC), las personas con este tipo de condiciones frecuentemente se encuentran en grupos altamente vulnerables, ya que el colapso del sistema público de salud repercute en el acceso regular a atención médica y medicamentos, dificultando el control de la condición y aumentando el riesgo de complicaciones. Además, estas condiciones acarrearán gastos de bolsillo, pero las tensiones económicas del país afectan de forma directa la capacidad de las personas para gestionar sus recursos y atenderse adecuadamente.
60. 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)¹³.
61. 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 indígenas¹⁴.
62. 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

¹¹ 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>

¹² Ídem.

¹³ 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

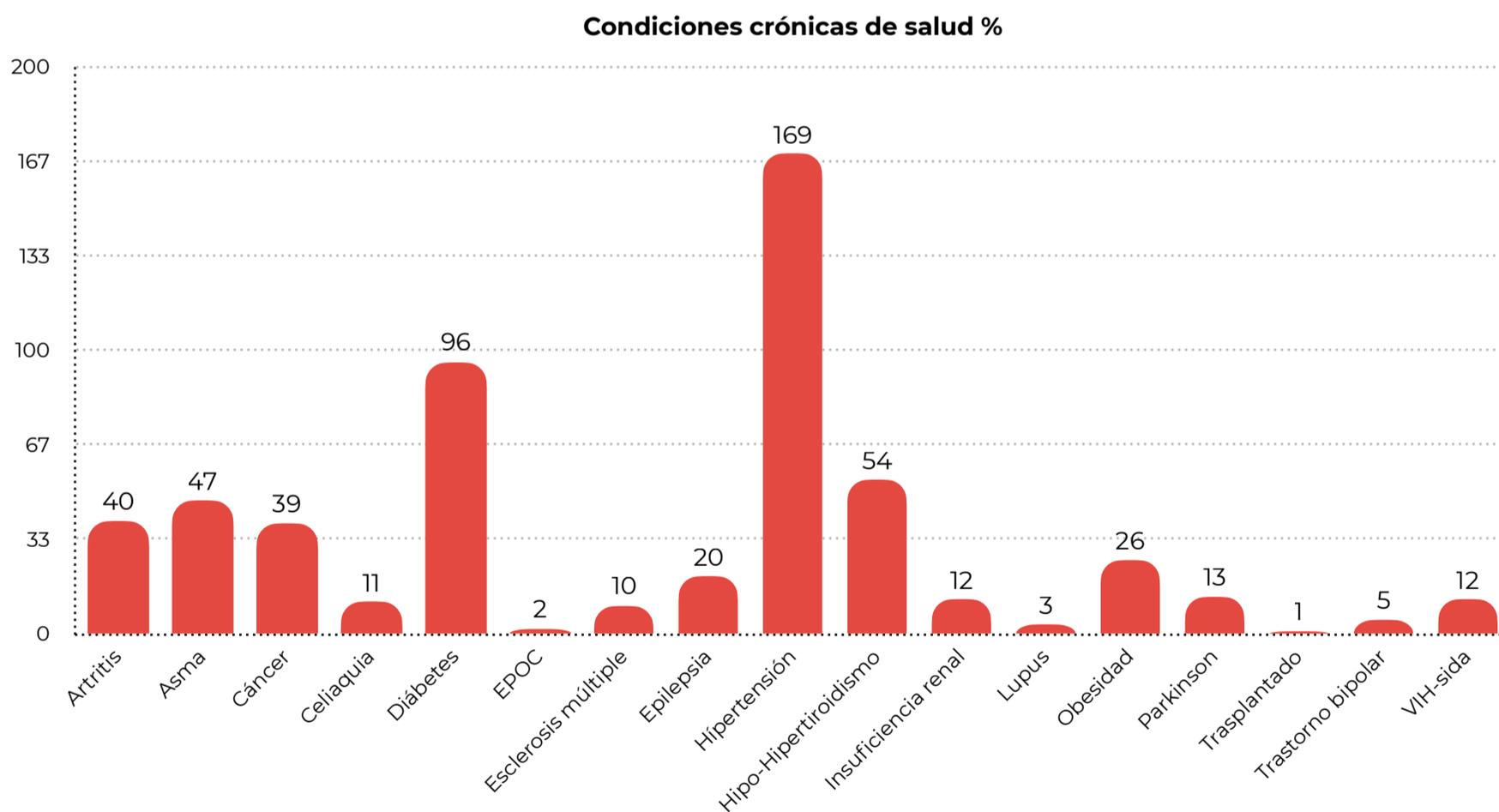
¹⁴ Ídem

información oficial y que para diciembre de 2023 apenas alcanzó el 48% de los fondos solicitados¹⁵.

63. 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, de mejor manera, 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:

64. De las 813 personas encuestadas, 56% indicó que tienen una condición crónica de salud, es decir, más de la mitad de la muestra total. Esta cifra elevada se explica porque la encuesta se llevó a cabo en centros de salud públicos y/o en sus alrededores, dirigida a 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.

65. Las condiciones de salud con mayor prevalencia son: hipertensión, diabetes e hiper/hipotiroidismo. De la muestra total, 37% de las personas reveló tener hipertensión, 21% diabetes y 12% hiper/hipotiroidismo. En promedio, una persona con alguna de estas condiciones crónicas de salud debe destinar \$26 mensuales para comprar su tratamiento ya que, en líneas generales, el ingreso promedio total de este grupo es de \$107.



66. Los medicamentos más tomados por las personas con hipertensión son Losartán y Candesartan con medicamentos diuréticos como la hidroclorotiazida y otros como la atorvastatina. A su vez, manifiestan que el gasto mensual puede llegar hasta \$80, aunque en promedio gastan \$19 en

¹⁵ FTS (Noviembre 30, 2023). Coordinated plans. Financial Tracking Service (FTS), 02 de diciembre de 2023, disponible en: <https://fts.unocha.org/plans/overview/2023>

tratamientos compuestos, lo que equivale al 17% del ingreso promedio de las personas encuestadas. El rango de edad de las personas con esta condición de salud es de 57 años.

67. En el caso de las personas con diabetes, 21% señaló tener diabetes tipo I, 77% indicó tener diabetes tipo II y una persona reportó tener diabetes MODY, un tipo de diabetes común entre personas jóvenes. Las medicinas más comunes que indicaron tomar para tratar esta condición son Metformina, Insulina y Glibenclamida. El gasto mensual en el que incurren las personas con diabetes para adquirir sus medicamentos puede superar los \$100, aunque el promedio se sitúa en \$36, lo que equivale al 32% de su ingreso promedio por mes. La gran mayoría de este grupo (91%) asegura disponibilidad de su tratamiento en farmacias privadas aunque un 27% afirma tomar su tratamiento de manera parcial o cuando puede debido a los costos.
68. También, encontramos que 5 de cada 100 personas de la muestra total (5%) tienen cáncer, siendo los de próstata (18%), de mama (15%) y de colón (10%) los más frecuentes. De este grupo, 69% indicó que el cáncer estaba en remisión.
69. En este sentido, los desafíos más frecuentes reportados por las personas con cáncer son: en primer lugar, el acceso a los medicamentos y tratamientos, ya sea por los altos costos o por falta de disponibilidad. En segundo lugar, las largas distancias que deben transitar para llegar a los centros de salud, ya sea dentro del estado o en rutas extraurbanas. Y por último, la carga emocional de aceptar la enfermedad, lidiar con las emociones y poder luchar para vencer el cáncer, muchas veces en solitario sin el apoyo de familiares o amigos.
70. También encontramos que 1 de cada 100 personas (1%) tienen insuficiencia renal, y 58% de ellas requiere dializarse. La gran mayoría de este grupo (86%) lo hace en centros públicos de salud y 14% en centros privados. Al preguntarles si cumplen con sus ciclos completos de diálisis, lamentablemente, el 29% mencionó que no cumplen con sus ciclos completos debido a las reiteradas fallas de los centros de diálisis¹⁶.
71. El medicamento más empleado para atender esta condición de salud es furosemida en conjunto con hidroclorotiazida. El gasto promedio mensual que requiere una persona con esta condición es de \$63, lo que equivale al 56% de los ingresos promedios de la población encuestada. Esta cifra no sólo refleja la dificultad para atenderse, sino que también deja en evidencia los retos económicos que debe enfrentar una persona tras recibir un diagnóstico de este tipo, dependiendo, casi exclusivamente, del sistema público en la mayoría de los casos.
72. Entre los desafíos más frecuentes que mencionan las personas con insuficiencia renal, 32% mostró preocupación por la disponibilidad y costos de los medicamentos, 18% reportó falta de atención y personal médico y 14% señaló notoriamente las dificultades para el traslado a los centros de diálisis, especialmente con las dificultades para transporte público y encontrar gasolina en Mérida. 4% indicó preocupación por los servicios básicos, especialmente los cortes eléctricos. El mismo porcentaje se registra en cuanto a la posibilidad de trasplante de riñón.

¹⁶ L. 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/>

73. 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 2021¹⁷, 2022¹⁸ y 2023¹⁹.

Controles médicos de personas con condiciones crónicas de salud

74. Para conocer y entender mejor cómo las personas con condiciones crónicas de salud se cuidan y cuáles son las dificultades a las que se enfrentan, les pedimos a las personas encuestadas que respondieran 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:

75. 74% de las personas con condiciones crónicas de salud indicó que sí asisten a su control médico anual en el sistema público de salud. Ahora, 45% de las personas que señalaron que no asisten a consulta anual (20%), indicaron que la razón principal fue porque los servicios estaban inoperativos.

76. Lo anterior puede explicar que 18% 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 (5%) 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.

77. Sobre los exámenes médicos de control anual, y en armonía con el contexto y la información levantada a lo largo de la encuesta, apenas 5 de cada 10 personas (52%) se hacen los exámenes en el sistema público de salud, el otro 48% señaló que no se los hacen. Al preguntar por la razón principal, 36% señaló que los servicios se encuentran inoperativos.

78. Por lo anterior, 62% de las personas con condiciones crónicas realiza sus exámenes en el sector privado de salud y, similar a los controles médicos, un grupo de 9% se apoya en organizaciones de la sociedad civil.

79. 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 casi 2 de cada 10 señalaron que no habían recibido atención médica (17%). De este grupo, casi la mitad (48%) señaló que no recibió atención porque no le hizo falta o no la buscó, en contraposición del 33% que subrayó los altos costos como una de las causas por las cuales no recibió atención.

80. Respecto del tratamiento, 76% 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:

- 32% de las personas mencionó que se toma sus medicamentos de forma parcial debido a los costos,
- 19% simplemente no los puede tomar porque no tiene suficiente dinero para pagarlos, y 5% toma únicamente remedios naturales,

¹⁷ Acción Solidaria (2021). Salud en emergencia: el caso de Venezuela, disponible en: <https://accionsolidaria.info/project/salud-en-emergencia-el-caso-de-venezuela-2/>

¹⁸ Acción Solidaria (2022). Salud en emergencia: el caso de Venezuela 2022, disponible en: <https://accionsolidaria.info/project/salud-en-emergencia-el-caso-de-venezuela/>

¹⁹ Acción Solidaria (2023). Venezuela: Salud en emergencia, disponible en: <https://accionsolidaria.info/project/salud-en-emergencia/>

- 30% aplica medidas para rendir el tratamiento sin consultar con el médico; por ejemplo, tomar una pastilla un día sí, un día no,
 - 51% combina el tratamiento con remedios naturales,
 - 60% señaló que puede tomar el tratamiento porque terceros, como familiares y/o amistades, le ayudan,
 - Casi 3 de cada 10 personas (26%) toma su tratamiento porque terceros, como familiares y/o amistades se lo envían desde el exterior.
81. 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 Mérida 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.
82. 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 e hiper/hipotiroidismo) deben invertir fijo alrededor de \$15 mensuales, y anualmente deben cubrir sus exámenes médicos en el sector privado.
83. Además, 60% de las personas con condiciones crónicas encuestadas, de una u otra manera, buscan apoyo en terceros para completar su tratamiento; dependen de alguien más para cumplir con las dosis recomendadas por el médico. Una persona reportó compartir su tratamiento con un familiar que toma el mismo medicamento. Así mismo, llama la atención que más de la mitad de la población encuestada (51%) combina su tratamiento con remedios naturales, como alternativa para atender su condición de salud.

Prioridades en la ayuda humanitaria

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

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

88. Los grupos en situación de vulnerabilidad son personas que enfrentan mayores desafíos y posibilidades de sufrir discriminación, así como obstáculos para el acceso a servicios esenciales como educación, empleo, salud, entre otros. Esta desigualdad se debe a factores sociales, culturales y económicos que son históricos, y, que todavía hoy en día se hacen presentes.
89. 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 pueden haber muchas más clasificaciones.
90. 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.
91. Por las razones esbozadas y a pesar de que no incluimos una sección específica para levantar información sobre grupos en situación de vulnerabilidad, consideramos fundamental utilizar la información general levantada en la primera sección para hacer un cruce de datos que nos permitiera identificar información sobre estos grupos. Por razones que obedecen más a restricciones de tiempo para nuestra capacidad de análisis que a un criterio de prioridad, seleccionamos tres grupos vulnerables: mujeres, comunidad LGBTIQ+ y adultos mayores. A continuación, mostramos los hallazgos de cada uno:

Mujeres

92. De la muestra de 813 personas, 407 se identificaron como mujeres (50% del total), de las cuales 187 (23%) indicaron tener algún tipo de prevalencia de discapacidad y sólo 15 de ellas manifestaron contar con el carnet del CONAPDIS²⁰.
93. Asimismo, y entrando en las situaciones que constituyen una brecha de género, podemos observar lo que se refiere al acceso al trabajo. Mientras 79% de los hombres manifestaron contar con un empleo remunerado, sólo 58% de las mujeres encuestadas se encuentran trabajando. De hecho, con respecto a las personas que desempeñan labores del hogar o labores domésticas, de 81 personas que manifestaron atender este trabajo no remunerado, solo 1 es hombre, es decir, 99% son mujeres.
94. 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 barreras de acceso a bienes y servicios de salud.
95. El ingreso promedio entre ambos grupos también evidencia brechas importantes: mientras que el de los hombres es de \$128, superando los ingresos de la muestra global (\$112), el de las mujeres

²⁰ El CONAPDIS es el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad que emite un carnet o certificación de que la persona tiene discapacidad.

es de \$96; es decir, existe una brecha de \$32. Asimismo, son más las mujeres que manifestaron depender de un tercero (68%) en comparación con los hombres encuestados (42%).

96. En la pregunta sobre si los ingresos que perciben son suficientes para cubrir ciertos rubros, nuevamente se identificó una brecha entre hombres y mujeres: 58% de los hombres señalaron que sus ingresos son suficientes para cubrir las necesidades alimentarias, frente 54% de las mujeres. 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.
97. 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 (\$112) apenas cubre el 22% de la canasta alimentaria familiar. La hipótesis es que las respuestas van dirigidas a señalar que cubren el hambre, pero no los requerimientos mínimos de una dieta balanceada y nutricional. Es probable que consuman dietas altas en carbohidratos procesados como pasta, harinas y arroz, que son más económicos que otros productos. Por otro lado, existe la posibilidad de que 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.
98. 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, largas esperas para cirugías, solicitudes de dinero para consultas médicas, entre otros, son muy similares, aunque es de notar que cualquier variación siempre es en detrimento de las mujeres.
99. Sin embargo, se encontró una brecha muy relevante, vinculada a la denuncia de malos tratos en los centros de salud públicos. 65% mujeres manifestó haber recibido malos tratos por parte de médicos y/o personal de enfermería, frente a 35% de hombres que indicaron pasar por la misma situación.
100. Sobre el gasto mensual en medicamentos, encontramos que tanto hombres como mujeres gastan en promedio \$49. 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 ligeramente más proclives a: privarse de comida que los hombres (32% mujeres frente a 31% hombres), pedir prestado a terceros con más facilidad (29% de las mujeres frente a 26% de los hombres), organizar más eventos para recolectar fondos (14% mujeres frente a 12% hombres) y buscar más ayuda en donaciones por parte de organizaciones de la sociedad civil (20% mujeres frente a 17% hombres) o donaciones de terceros (24% mujeres y 19% hombres). Se encontró que los hombres recurren más a la venta de bienes como estrategia de supervivencia (15% de los hombres frente a 12% de mujeres).
101. Lo anterior, nuevamente, resalta los estereotipos de género y es coherente 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.
102. Por otra parte, 76% de las mujeres consultadas señalaron tener alguna condición crónica de salud (38% de la muestra total) frente a 73% de los hombres. De estas, se evidenció un mayor

número de casos de mujeres con hipertensión (29%), diabetes (15%) e hipo/hipertiroidismo (11%), lo cual concuerda con los resultados obtenidos en la muestra global.

103. Finalmente, es menester señalar que además de las anteriores, se evidenció una importante incidencia de mujeres con artritis (9%), asma (7%) y cáncer (7%). Un hallazgo relevante es que el 20% del total de casos de cáncer registrados corresponden a cáncer de mama en mujeres. Estos tipos de cáncer exigen 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 fallecen diariamente por este tipo de cáncer²¹.

Comunidad LGBTIQ+

104. De la muestra de 813 personas, 58 se identificaron como parte de la comunidad LGBTIQ+, lo que representa el 7% del total de las personas encuestadas. Este porcentaje se encuentra acorde con estudios globales sobre población LGBTIQ+, que hablan de alrededor de 9%²² de la población mundial.

105. Para esta población, el promedio de ingresos es considerablemente superior al del resto de la muestra (\$142 mensuales frente a \$112 de la muestra general). Esto se explica probablemente por qué el 83% de las personas encuestadas que se identifican como LGBTIQ+ son menores de 46 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 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 tema²³ y con los mismos resultados de este estudio, donde sólo 4 personas mayores de 60 años se identifican como parte de la comunidad LGBTIQ+.

106. El promedio de gasto en medicamentos es de \$48 mensuales, apenas \$1 por debajo del promedio de la muestra global (\$49). A pesar de que la mayoría de las personas LGBTIQ+ son más jóvenes, invierten 34% de sus ingresos mensuales en tratamiento médico. Esto puede deberse a que el 50% de las personas LGBTIQ+ que interactúan con servicios de salud públicos de la muestra señalaron tener alguna condición crónica de salud, donde prevalecen VIH (24%), diabetes (17%) y asma (14%).

107. Por otra parte, las 3 prioridades de gastos son similares a las de la muestra general: alimentación (97%), salud (76%) y vivienda (26%). Sin embargo, los encuestados señalaron que sus ingresos son suficientes solamente para cubrir alimentación (68% de los casos), transporte (31%) y salud (solamente 41%). Es decir, a pesar de que para el 76% de las personas LGBTIQ+ la salud es una de sus 3 prioridades, solamente el 41% indicó poder cubrirla. Además, 6 de cada 10 personas (62%) de la comunidad LGBTIQ+ indicaron que dependen económicamente de otra persona.

108. De las personas que se identifican como parte de la comunidad LGBTIQ+ de la muestra, el 69% 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, 83% señaló que tuvo que realizarse exámenes médicos fuera del centro de salud y 80%

²¹ 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>

²² [1] 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>

²³ Ídem.

indicó que tuvo que llevar insumos médicos y medicamentos para poder ser atendido. Lo anterior se explica por el contexto de crisis y coincide con la situación general reportada por los usuarios de los servicios de salud públicos en el estado de Mérida.

109. Sobre estrategias de supervivencia empleadas por esta población para acceder a bienes y servicios de salud, el 93% señaló comprar alimentos más económicos y el 90% ha tenido que pedir prestado a familiares y/o amigos. Después un 60% indicó que se ha privado de comprar comida, y un 33% han buscado donaciones en organizaciones sin fines de lucro.
110. 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, 39% de las LGBTIQ+ señaló que sí, siendo la orientación sexual e identidad de género las razones más frecuente (63% de las respuestas) y más de la mitad (44%) señaló su condición de salud como una causa para la discriminación. Al comparar con la muestra global, encontramos que solamente el 5% de los usuarios primarios indicaron haber sentido discriminación; es decir, una persona LGBTIQ+ tiene 8 veces más 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 e identidad de género.
111. 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.
112. Además, llama la atención que, de las personas que informaron sentirse discriminadas y señalaron su condición de salud como la causa (47%), el VIH/sida fue la única condición de salud que el 86% de los usuarios mencionó tener en común. En otras palabras, de 15 personas de la comunidad LGBTIQ+ víctimas de algún tipo de discriminación, 7 han sido discriminadas por condiciones de salud y de estas 6 por la condición de VIH. Por lo tanto, es lógico concluir que el estigma y la discriminación asociados con el VIH siguen profundamente arraigados en el personal de salud. De hecho, del total de personas LGBTIQ+ que indicaron tener VIH y estaban interactuando con el sistema público de salud, 83% afirmó haber experimentado trato discriminatorio.
113. Con respecto al VIH, vale la pena destacar que, de la muestra global, menos del 2% indicó tener VIH, y más de la mitad de este grupo (58%) son personas LGBTIQ+, lo cual, subraya la importancia que esta población tiene para orientar las políticas públicas de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento relacionadas con esta condición de salud.

Personas adultas mayores

114. De la muestra de 813 personas, 163 son mayores de 60 años, y, a efectos de este estudio, son consideradas adultas mayores. Esto representa el 20% del total de personas encuestadas, de las cuales 53% son mujeres y 47% son hombres. Solamente 4 adultos mayores se identificaron como parte de la comunidad LGBTIQ+, probablemente debido a los estigmas sociales arraigados en generaciones mayores alrededor de los temas sobre orientación sexual, identidad y expresión de género. Solamente una persona respondió “no sabe / no responde”.
115. La mayoría de las personas adultas mayores no trabaja (71%), principalmente porque están jubilada/pensionada (52% de este grupo). Sin embargo, casi 3 de cada 10 personas adultas mayores se mantienen activas en la fuerza laboral (29%), trabajando principalmente como

empleadas a tiempo parcial o completo (12%). De los 163 adultos mayores encuestados, 7 subsisten exclusivamente con los bonos / ayudas del gobierno (4%). Para el resto, sus fuentes de ingreso provienen de otras áreas: honorarios (17%), pensiones / jubilaciones (37%) y remesas del exterior (22%).

116. Lo anterior, explica la razón por la cual este es el grupo vulnerable con peores ingresos promedio, recibiendo apenas \$86 mensuales frente a los \$112 de la muestra total. Es decir, la brecha es de \$26 mensuales, una suma particularmente relevante en contextos de precariedad y crisis como la venezolana.
117. Además, como es de esperarse, los adultos mayores tienen el mayor gasto promedio mensual en medicamentos para atender su salud, ubicándose en \$53 mensuales; es decir, \$4 por encima de la muestra global (\$49). Esto cobra mayor sentido si se observa que 51% de los adultos mayores tiene alguna prevalencia de discapacidad. De hecho, 1 de cada 10 tiene certificado de discapacidad del CONAPDIS. Además, 85% tiene alguna condición crónica de salud, de las cuales las más frecuentes son: hipertensión (47%), diabetes (19%) y artritis (12%).
118. Por lo tanto, no es de extrañar que, con los ingresos más precarios, la mayor incidencia de condiciones crónicas de salud y de prevalencia de discapacidad, sean las personas adultas mayores el grupo que más depende económicamente de otras personas, con un 80% de respuestas afirmativas. Respecto de otros grupos vulnerables, 68% de las mujeres y 62% de las personas LGBTIQ+ respondieron que dependen de terceras personas.
119. Lamentablemente, aunque para el 98% de las personas adultas mayores los gastos en alimentación son una prioridad, solamente 57% puede cubrirlos. Algo similar sucede en salud: este es el grupo que más considera los gastos en salud como una prioridad (88%) y, sin embargo, apenas 33% puede cubrirlos.
120. 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 que, el 86% de las personas adultas mayores se encontraban en el hospital o ambulatorio para atender necesidades de salud particulares (usuarias primarias).
121. Al igual que la muestra global y otros grupos vulnerables, se les solicitó llevar insumos médicos o medicamentos (71%) y realizarse exámenes médicos fuera del centro de salud (88%), con la diferencia de que los adultos mayores deben enfrentar estos gastos extras en condiciones más precarias.
122. Por lo anterior, son el grupo que más emplea estrategias de supervivencia para acceder a bienes y servicios de salud: 86% de adultos mayores compra alimentos más económicos, 63% pide prestado a familiares y/o amigos y 53% 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: 26% se apoya en donaciones de organizaciones de sociedad civil y 44% busca donaciones en otros terceros.
123. Sin duda alguna, las personas adultas mayores son el grupo vulnerable que enfrenta las peores condiciones del colapso del sistema sanitario público 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. Aunque también es evidente la sensación de abandono y soledad: *“La persona tiene un solo familiar que le acompaña, pero pasa mucho tiempo solo”, “Quisiera tener una ayuda económica para exámenes y medicamentos ya que no estoy trabajando y los hospitales no tienen medicamentos”, “El señor está muy delicado, y los*

hijos se turnan para poder cuidarlo. Hay días en los que ya ninguno puede estar con él en el hospital”, “Las personas mayores nos sentimos y estamos solos esperando porque mejore la situación y nos puedan dar medicamentos a bajos costos”, “Me gustaría que me ayuden con los medicamentos, ya que mis hijos no pueden con todos los gastos y realizar exámenes con especialistas”, “No contamos con medicamentos en los hospitales, el dinero que envía mi hija no nos alcanza, me siento muy mal de salud y aún así debo cuidarle los hijos porque ella se fue a trabajar y me siento agotada. Si alguien nos puede ayudar con medicamentos o comida, Dios les bendiga”.

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

124. El contexto de la Emergencia Humanitaria Compleja (EHC) es muy difícil de sortear para la mayoría de la población venezolana y a lo largo del informe hemos visto cómo afecta de forma desproporcionada a quienes requieren asistencia en salud, particularmente a quienes tienen condiciones crónicas y a poblaciones en situación de vulnerabilidad como las mujeres, comunidad LGBTQ+ y personas adultas mayores.
125. 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 en particular: quienes asumen la responsabilidad de ser cuidadoras de otras.
126. Una persona cuidadora, según la escuela de medicina de la Universidad de Johns Hopkins, es una persona que *“atiende las necesidades o inquietudes de una persona con limitaciones a corto o largo plazo, debido a una enfermedad, lesión o discapacidad”*²⁴. Es decir, es una persona que asume la responsabilidad y el rol, ya sea compartido o de forma exclusiva, de brindar apoyo y atención a otra persona que no puede hacerlo por sí misma.
127. Esta responsabilidad puede significar tareas de movilidad, higiene personal, consultas médicas, medicamentos, así como cargas emocionales, financieras y de tiempo. El compromiso y las implicaciones que tienen estas labores son muchas y generalmente no son valoradas adecuadamente por el entorno social, familiar o círculo de amistades.
128. En promedio, una persona cuidadora invierte más de 24 horas a la semana en labores de cuidado de su ser querido²⁵, 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 personal²⁶.
129. 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, terapia²⁷, 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

²⁴ Johns Hopkins Medicine (s/f). What is a caregiver? Johns Hopkins Medicines, 30 de noviembre de 2023, disponible en: <https://www.hopkinsmedicine.org/about/community-health/johns-hopkins-bayview/services/called-to-care/what-is-a-caregiver>

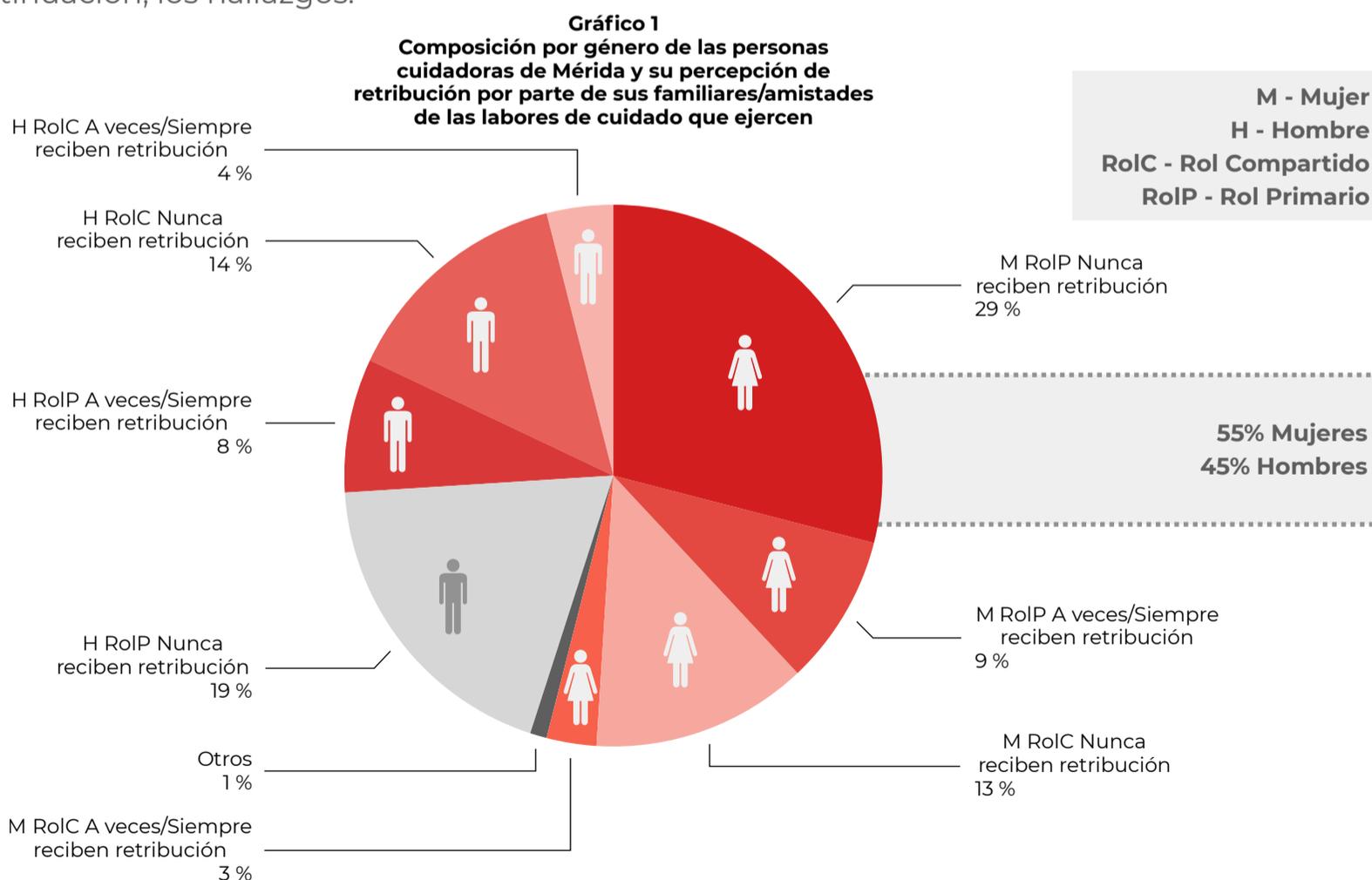
²⁵ AARP y National Alliance for Caregivers (Mayo, 2020). Caregiving in the US. National Alliance for Caregiving, disponible en: https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2020/08/AARP1316_ExecSum_CaregivingintheUS_508.pdf

²⁶ 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>

²⁷ 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.

130. Adicionalmente, el rol de cuidado es universal: en todas partes del mundo las personas envejecen, se enferman, tienen accidentes u otras situaciones que pueden hacer que dependan 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.
131. 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 la necesidad de cuidados, sí colocan a quienes las tienen en mayor riesgo de necesitarlos en el futuro. Por ejemplo, una persona hipertensa tiene mayores probabilidades de sufrir un Accidente Cerebro-Vascular (ACV) que la deje con secuelas que limiten su cotidianidad y, por lo tanto, requiera del cuidado de otras.
132. 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.
133. 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 Mérida sobre la responsabilidad de cuidar a otras y las implicaciones que tiene en el contexto de la emergencia. A continuación, los hallazgos:



Nota: se preguntó si la persona cuidadora consideraba que recibía retribución (económica o no) por parte de sus familiares o amigos. Las respuestas se clasifican en: Nunca, A veces, Siempre.

134. En el estado Mérida, 4 de cada 10 personas encuestadas (41%) ejerce labores de cuidado de terceros, ya sea como una labor compartida o como una labor exclusiva. Del total de este grupo, 55% son mujeres y 45% son hombres, lo que evidencia una brecha de género de 10 puntos porcentuales, reforzando los estereotipos y roles de género que dictan que son las mujeres quienes asumen principalmente las labores de cuidado. 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*”²⁸ (2022) de la Alianza ConEllas se hace un recuento claro de este impacto diferenciado.
135. Al preguntar a las personas cuidadoras si reciben algún tipo de retribución de sus familiares y/o amigos, ya sea económica o no²⁹ por ejercer la labor de cuidado, 76% señaló que “*Nunca*” reciben compensación alguna, mientras que el 21% indicó que “*A veces*” y solamente el 3% indicó que “*Siempre*” reciben retribución por su labor de cuidado de terceros.
136. En el caso de las personas cuidadoras que “*Siempre*” o “*A veces*” reconocieron recibir algún tipo de retribución, no sorprende que 58% señalará que la retribución es únicamente social, es decir, halagos, buenos comentarios o apoyos de tipo no pecuniario. Las retribuciones, únicamente, económicas alcanzaron el 28%, y quienes recibían ambas un 13%. Es decir, 23% de las personas cuidadoras reciben algún tipo de retribución y, cuando la reciben, casi siempre es de tipo social.
137. Lo anterior cobra sentido cuando se compara con que 33% 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, 28% 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 15% de las personas cuidadoras indicó que no pide ayuda a familiares y/o amistades a pesar de que la necesitan.
138. Además, la falta de reconocimiento por este tipo de labores, más las exigencias de las labores de cuidado van en 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 emocionales³⁰, así como aumenta su sensación de aislamiento y soledad.
139. 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 cuidados³¹, solamente el 23% de las encuestadas señaló que ha perdido oportunidades económicas, como trabajos, por ejercer este rol. Esto podría explicarse a

²⁸ Alianza ConEllas (2022). *Ser Mujer en Venezuela: Diagnóstico comunitario y propuestas para la acción humanitaria*, disponible en: <https://accionsolidaria.info/project/ser-mujer-en-venezuela/>

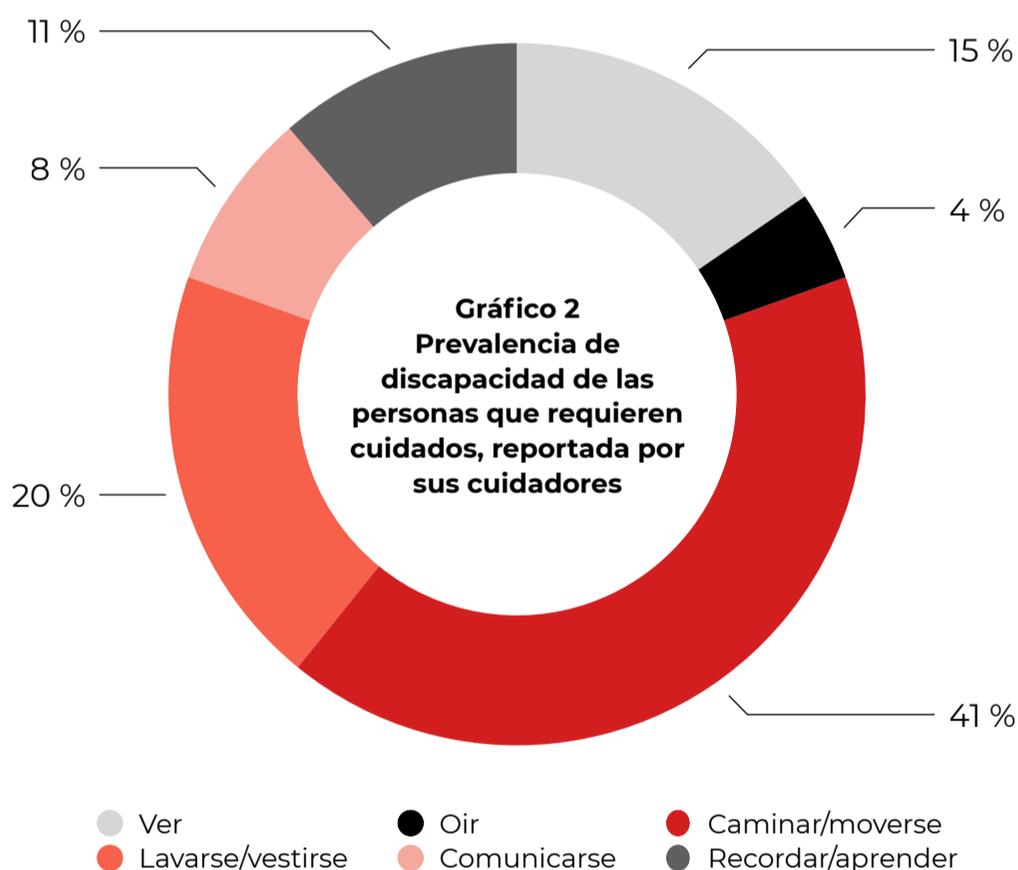
²⁹ Como el reconocimiento social, halagos, buenos comentarios, o apoyos de otro tipo no pecuniarios.

³⁰ 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/>

³¹ 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>

raíz de que las personas cuidadoras no relacionan estas pérdidas de oportunidades con las labores de cuidado.

140. Sobre estos particulares, vale mencionar los testimonios recogidos por los encuestadores de dos personas cuidadoras: *“Ver a su madre cuando le dan ataques de nervios y darse cuenta que ya no se puede valer por sí misma y no disponer de más tiempo para trabajar y recibir más ingresos”, “Ejercer el rol de cuidador es desgastante para él. No cuenta con recursos económicos para gestionar medicinas y alimentación y está afectando sus planes de vida”*.
141. Por otra parte, la hipertensión y la diabetes fueron las dos condiciones de salud que más tienen las personas que están siendo cuidadas (de acuerdo a sus cuidadoras). El 37% de las personas sufre de hipertensión y el 26% sufre de diabetes. Sin embargo, no parecen ser la razón por la cual requieren este tipo de atención sino que están más relacionadas con la edad avanzada o con incidentes relacionados a estas condiciones de base, como sucede con la hipertensión y los ACV, que pueden generar cierto tipo de discapacidad.
142. De hecho, al preguntar a las personas cuidadoras sobre la prevalencia de discapacidad de las personas que requieren cuidados, se encontró que 62% tienen alguna prevalencia de discapacidad, repartidos de la siguiente manera:



Pregunta realizada a las personas cuidadoras: ¿Cuál discapacidad tiene su familiar actualmente?

143. En este sentido, es evidente que un porcentaje importante de las personas cuidadas requieren de apoyo de sus cuidadores para labores cotidianas como caminar, moverse, lavarse, vestirse e incluso ver.
144. Sorprendentemente, encontramos que el 15% de las personas bajo cuidado sufren de cáncer, y más de la mitad de este grupo (52%) son cáncer activos, mientras que los demás se encuentran en remisión. Este grupo es particularmente vulnerable, dada las características del tipo de cáncer y los tratamientos que requieren. Las personas cuidadoras mencionaron tener que gastar en

promedio \$390 mensuales en el tratamiento de sus seres queridos y la dificultad para trasladarse a los centros donde se prestan estos servicios médicos especializados.

145. Algunos testimonios de estos desafíos son: “Los principales [desafíos] son movilizarse constantemente, buscar dinero para los gastos asociados a la enfermedad y a los cuidados”, “Los altos costos de los medicamentos y los exámenes”, “Pedir dinero para medicamentos y transporte para llevarlo a terapias en Mérida. Dejarlo horas en casa sólo, para ir a trabajar y reunir para los medicamentos”, “Conseguir dinero y donaciones para gestionar quimioterapia y operaciones es muy desgastante. Debieron mudarse a Mérida él, su esposa y su hija para poder gestionar mejor el proceso porque estando en su pueblo es imposible de recibir una atención adecuada”.
146. Por otra parte, 1 de cada 10 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 el traslado de sus seres queridos a las consultas médicas, por la poca disponibilidad de especialistas para estas condiciones de salud, así como la dificultad para conseguir y pagar los medicamentos. Por ejemplo: para el tratamiento de Alzheimer en promedio requieren \$48 mensuales y algunos testimonios señalan hasta \$160, y para el tratamiento de Demencia son \$19 mensuales en promedio y en algunos casos puede llegar a los \$50, sin contar exámenes, consultas médicas y gastos cotidianos.
147. Algunos testimonios de estos desafíos son: “Trasladar a su abuela desde Lagunillas para sus consultas y exámenes. En Lagunillas no hay especialistas para tratar el Alzheimer y las condiciones del centro de salud son muy limitadas y precarias”, “Difícil tener que cuidar todo el tiempo, porque a veces hay que buscar dinero para los gastos”, “La parte económica ya que no tengo trabajo fijo y estoy al cuidado ya que no se vale por su propia cuenta”, “Necesito ayuda por favor, para poder cumplir con los tratamientos ya que se empeora la salud de mi madre y no tengo cómo salir adelante”.

Personas cuidadoras LGBTIQ+

148. Así como las mujeres asumen de forma desproporcionada los roles de cuidadoras, otro grupo de población destacado en el estudio son las personas LGBTIQ+ que se desempeñan como cuidadoras. De todos los encuestados que se identificaron como parte de esta comunidad, el 36% señaló que realizan labores de cuidado, ya sea de forma exclusiva (57%) o como rol compartido (43%).
149. De este grupo de personas cuidadoras, 48% indicó que sienten que sus familiares y/o amigos consideran que cuidar a su familiar es una obligación y 24% señaló sentirse agobiado y/o cansado por las responsabilidades de ser persona cuidadora. También, hubo un 19% que señaló haber perdido oportunidades económicas, como trabajos, por ejercer el rol de cuidador.
150. Por otro lado, 57% indicó que nunca reciben retribución por estas labores. Sin embargo, resulta curioso que más de la mitad (43%) de las personas cuidadoras LGBTIQ+ señalaron que a veces reciben retribución por ejercer estas labores. Esta respuesta es considerablemente superior a la media (24%), 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.

151. Al revisar el porcentaje de personas cuidadoras por su identidad de género, encontramos que el 53% de las personas cuidadoras LGBTIQ+ se identifican como hombres y 47% como mujeres. Esto se contrapone con el porcentaje de la muestra general, donde 55% son mujeres y 45% 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.

Conclusiones

152. La mayoría de la población depende del sistema sanitario público para atender cualquier situación o evento de salud en el estado Mérida, 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 Mérida, es desproporcionado. Contando con un ingreso promedio mensual de apenas \$112, deben invertir en la compra de insumos médicos y medicamentos cada vez que van a un hospital. Además, casi el 60% (57%) 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 67% de sus ingresos.
154. El estudio revela tres grandes necesidades humanitarias que son prioritarias y que deben ser atendidas en los centros asistenciales públicos: disponibilidad de servicios de ambulancia, disponibilidad de medicamentos y disponibilidad de insumos médicos. No obstante, el tema de transporte público y movilización para los centros asistenciales públicos en el estado Mérida, se presentaron como una preocupación recurrente a lo largo del estudio.
155. Quienes interactúan con servicios de salud públicos en el estado Mérida señalaron como preferencias a la hora de recibir ayuda humanitaria: el acceso a medicamentos, el pago de exámenes de laboratorios y pago de consultas médicas. En comparación, indicaron que recibir alimentos para dietas especiales o pagos de emergencias 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 para atender a las personas.
157. Un porcentaje importante de las personas con condiciones crónicas de salud encuestadas en el estado Mérida 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. Es alarmante que casi 20% de las personas con condiciones crónicas indicó que no puede tomar tratamiento, porque no puede pagarlo.
158. La hipertensión, el hipo/hipertiroidismo y la diabetes son las condiciones de salud crónicas de mayor prevalencia entre las personas encuestadas en el estado Mérida, y deben invertir en promedio \$26 mensuales para comprar las medicinas que requieren, lo que genera una carga económica importante en relación con su ingreso promedio mensual.
159. 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.

160. Las brechas de género continúan presentes en el estudio: más hombres tienen trabajos remunerados (79%) que mujeres (58%) y, respecto de los ingresos, la brecha es de \$32, es decir, por cada \$100 que gana un hombre, una mujer gana \$68. En general, las mujeres tuvieron peores experiencias interactuando con los servicios de salud públicos en el estado Mérida 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.
161. Las personas LGBTIQ+ que son usuarias primarias de servicios de salud públicos continúan siendo una población altamente vulnerable en razón de su orientación sexual e identidad de género, ya que tienen 8 veces más probabilidades de sufrir tratos discriminatorios que la población general.
162. 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 (80%), el que tiene peor ingreso promedio mensual (\$86) y, además, el que más invierte en medicamentos mensualmente (\$53); 85% sufren de condiciones crónicas de salud.
163. En el estado Mérida, 4 de cada 10 personas encuestadas (41%) ejerce labores de cuidado de terceros, y 55% 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

164. Tomando como base el contenido del informe, Acción Solidaria considera importante que el Estado venezolano adopte las siguientes medidas:
165. 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;
166. Garantizar en la red de centros asistenciales que componen el sistema sanitario público: los insumos médicos básicos, la lista de medicamentos esenciales que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), equipos médicos, agua, electricidad, transporte y personal de salud calificado y debidamente remunerado, así como el suministro de tratamientos a todas las personas, priorizando la atención de personas en situación de vulnerabilidad (población LGBTIQ+, personas con condiciones crónicas de salud, mujeres, personas adultas mayores);
167. Retomar la publicación periódica de estadísticas sanitarias y epidemiológicas, que no se encuentran actualizadas desde 2016, asegurando el acceso público a esta información;
168. 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;
169. 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;
170. 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;
171. 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);
172. 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);
173. 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

174. En el mismo sentido, desde Acción Solidaria se hace un llamado a que los mecanismos internacionales de protección de derechos humanos y los Estados:
175. Mantengan un escrutinio y supervisión constante en materia de DDHH sobre el Estado venezolano, tomando en consideración el contexto y las vulneraciones a los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, especialmente, el derecho humano a la salud;
176. 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;
177. 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;
178. Soliciten al Estado venezolano que distribuya información actualizada, veraz y oficial sobre la situación del derecho a la salud en Venezuela;
179. 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;
180. 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 Mérida.

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