



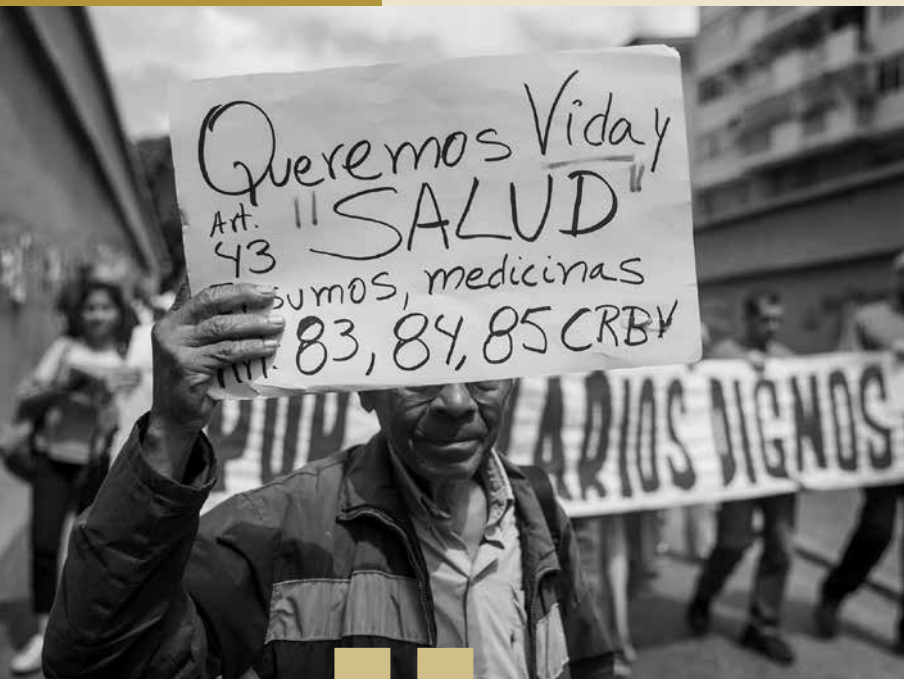
Una crisis que se expande y se exporta

La salud del venezolano antes de emigrar

Rina Mazuera-Arias*, Jesús Gerardo Díaz**, Neida Albornoz-Arias***

Se trata de asistir a un drama en todo rigor: la salud, como derecho humano, en una Venezuela que expulsa a sus habitantes producto de una crisis humanitaria compleja donde la gente emigra, bien para obtener la atención médica necesaria que no consiguen en su país, o como condición necesaria para

el mejoramiento de su calidad de vida en general; sea cual sea el caso, con cargo a los servicios sociales de las naciones receptoras, configurando una situación crítica que, más allá de profundizarse a nivel local, traspasa fronteras



EFE / MIGUEL GUTIÉRREZ

ablar de un derecho subjetivo, fundamental, constitucional, humano..., cualquiera que este sea, de su promoción y defensa, exige siempre la referencia a un contexto, a un lugar y tiempo determinados, y ello con múltiples propósitos; por una parte, que tales coordenadas ofrezcan contenidos al derecho mismo: su núcleo esencial, sus límites, sus concreciones más estrictas y los derroteros de sus proyecciones; en segundo término, los parámetros de su exigibilidad, que demandan estudiar los niveles de conciencia en torno a la necesidad, utilidad y conveniencia de este, por no significar su propio reconocimiento como tal derecho¹.

En el caso concreto de los derechos humanos, en cuanto conquistas de las personas frente al poder del Estado, ellos históricamente son el resultado de luchas que se desarrollaron con intensidad a partir de las revoluciones al final de la Edad Moderna², si bien con raíces en ideas más antiguas, y que tomaron carta de naturaleza universal, al menos por lo que al mundo occidental se refiere³, como consecuencia directa de los desastres de la Segunda Guerra Mundial, en cuyo decurso se vivió la devastación de porciones enteras de la humanidad, al dejarse de respetar, por los regímenes de turno, esas facultades superiores que asisten a cada persona por su sola condición de humano⁴.

Hecha la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se hizo preciso (al menos ello se entendió así en la práctica) la adopción de nuevos instrumentos internacionales para procurar la exigibilidad de estos, más porque hubieren dudas respecto de ellos, (habidas eventualmente), debido a distinciones derivadas de su carácter y contenido, que luego encontraron rápido refuerzo en las corrientes ideológicas imperantes a la sazón: de un lado los derechos civiles y políticos, derechos de libertad, con una amplia cobertura en el occidente liberal y capitalista; en tanto los derechos económicos, sociales y culturales, derechos de la solidaridad, hicieron mejor encaje en los países tras el telón de acero, aquellos de la órbita socialista. Durante esta discusión va a tener entrada Vasak, que tomará la tarea, sobre sus hombros, de clasificar los derechos por generaciones, no aludiendo jerarquías o importancia entre ellos, sino en orden a su aparición: así, por ejemplo, los derechos de primera generación serán los civiles y políticos, en tanto que los de segunda generación serán los económicos, sociales y culturales.

En cualquier caso, no sería sino hasta la caída de la Unión Soviética y la consecuente superación de la Guerra Fría, que también en el campo normativo internacional se asumió con mucha fuerza la idea de la interdependencia de los derechos humanos: que cada derecho individualmente considerado, requiere de la satisfacción de los otros derechos presentes en el sistema, para que encuentre de esa manera un contexto favorable a su plena satisfacción⁵.

Pues bien, lo hasta aquí dicho pareciera sugerir que, superados los escollos derivados de las grandes concepciones preteridas, se hace posible que todos los derechos reciban un mismo y adecuado tratamiento; siendo que una conclusión tal no encontraría la posibilidad de ser considerada del todo cierta, se mantendrán las distinciones en muchos ordenamientos jurídicos; así se hablará de normas operativas y normas programáticas⁶ a nivel constitucional; o dado el caso, de derechos fundamentales, para reforzar la idea de su exigibilidad judicial, frente a normas que reconocen derechos, pero tratadas como lineamientos a las autoridades administrativas y legislativas, para que ofrezcan en su oportunidad el desarrollo que estimen más conveniente⁷. En ambos casos, los dere-

...la salud es ya reconocida ampliamente como un derecho humano, fundamental, no simple expresión de un deseo, máxime si ello ocurre en un Estado social y democrático de derecho, en esa forma de organización de la comunidad política que, sometién dose al imperio de la ley, construida esta desde el respeto a la soberanía popular, asume la satisfacción de la procura existencial de sus habitantes...

chos económicos, sociales y culturales son los que sufren tal consideración.

Y es que las líneas que continúan pretenden desarrollar un derecho de segunda generación –la salud– en un contexto altamente desafiante: una Venezuela que en la actualidad expulsa a todo el mundo⁸ (en particular a su vecindario), a millones de sus habitantes producto de una crisis humanitaria compleja⁹, y que encuentra en este derecho diversas manifestaciones; bien que la gente emigra para obtener la atención de su salud, en búsqueda de tratamientos accesibles, atención especializada, condiciones amigables que favorezcan la recuperación; bien que siéndole impuesta la migración como condición necesaria para el mejoramiento de su calidad de vida general, la enfermedad diagnosticada o no en Venezuela, le acompaña, con riesgo a la salud (en algunas situaciones con compromiso de vida) y, en cualquier caso, con cargo a los servicios sociales de las naciones receptoras.

Preocupados por la crisis migratoria venezolana, se han venido realizando varias investigaciones entre el Servicio Jesuita a Refugiados, la Universidad Católica del Táchira, el Centro Gumilla, la Universidad Simón Bolívar (Cúcuta, Colombia), con el apoyo de Migración Colombia. La última se refirió a las características de salud y alimentación del venezolano que emigra por el Táchira hacia Colombia, levantándose datos en el puesto migratorio de La Parada, en Villa del Rosario, en el departamento Norte de Santander, entre el 11 y el 21 de febrero de 2019, lográndose una muestra de 4 mil 066 venezolanos que emigraron de manera regular. En el presente artículo presentamos parte de esos datos, en particular los de salud¹⁰.

Se trata, de entrada, de asistir a un drama en todo rigor, puesto que se está en presencia de flujos humanos de gran intensidad, originados por desastres causados por la mano del hombre, que colocan al Estado de origen en interdicción, por el grave incumplimiento de sus obligaciones para con sus habitantes; también al Estado receptor, en tanto vienen sus sistemas prestacionales, en algunos casos ya débiles por su demanda propia y la carencia de medios suficientes, a verse saturados y en riesgo de colapso por la corriente migratoria; y, claro está, en la peor situación posible, por ausencia de recursos pro-

prios o ante la hostilidad del destino al que se arriba¹¹, al propio migrante, quien habiendo tenido que partir de su país, se ve expuesto a las consecuencias, muchas veces catastróficas, de la enfermedad que le acompaña.

EL DERECHO A LA SALUD EN VENEZUELA

Una primera aproximación a la noción de salud, es la de ausencia de toda enfermedad¹². El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua señala por su parte, en sus dos primeras acepciones que ella es:

“1. f. Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

2. f. Conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.”¹³ Y así, sigue colocándose el acento en el bienestar corporal, no solo físico, sino psicológico, manera de comprensión que se ha extendido entre la comunidad científica, en donde hablar de profesionales de la salud es referirse a médicos, enfermeras, bioanalistas, psiquiatras...

Esto que se dice, dejaría insuficiente la idea, pues el concepto siendo contingente, ha ido variando para receptor ya no solo el bienestar físico o psicológico de los interesados, sino también desde el punto de vista social (tal es el caso de la definición construida por la Organización Mundial de la Salud); sin que, en ningún caso, pueda asociarse la idea, ya en clave de facultad subjetiva, a una suerte de derecho a estar sano¹⁴, dependiente de muchos factores ajenos al garante¹⁵; pero tampoco, ya en el otro extremo, llegar a considerársele como un objetivo casi quimérico¹⁶.

Si bien pareciera que no existe uniformidad en la consideración a su concepción última y definitiva, piénsese rápidamente en el enfoque que afirma que la salud es ya reconocida ampliamente como un derecho humano, fundamental, no simple expresión de un deseo, máxime si ello ocurre en un Estado social y democrático de derecho¹⁷, en esa forma de organización de la comunidad política que, sometién dose al imperio de la ley, construida esta desde el respeto a la soberanía popular¹⁸, asume la satisfacción de la procura existencial de sus habitantes en tanto respuesta a la cuestión social, mediante el despliegue de sus recursos y potencialidades, expresado ello regularmente por vía de la prestación de servicios públicos.

A nivel jurídico, en Venezuela, la salud ha sido consagrada en el texto constitucional en el artículo 83. De la norma en comento se desprende la vinculación estrecha, profunda, entre la vida y la salud, en clara alusión a la interdependencia mencionada supra, lo que permite acercar la noción de salud que gravita en Venezuela, a la posición de reconocer existente en el sistema el concepto de vida digna...

A todo evento, lo que sí queda claro a nivel de su naturaleza, según se va haciendo reconocible por la legislación interna de los países y, lo propio, en los tratados internacionales, es que: “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.”¹⁹ Y que a su interior existen contenidos de todo tipo, que van desde factores determinantes, como acceso al agua potable; pasando por libertades, como la de no poder ser sometido contra su voluntad a procedimientos médicos; y, concluyendo en derechos, como el de acceder a medicamentos esenciales²⁰.

De la misma forma, la atención a la salud tiende a variar dependiendo de los requerimientos del paciente y de la disponibilidad de recursos, públicos y/o privados comprometidos en el proceso; por lo que puede hablarse de un sistema de salud estructurado en diferentes niveles y sistemas: de allí que pueda decirse en propiedad que existe atención primaria o atención especializada, medicina preventiva o curativa, procedimientos de emergencia o procedimientos electivos, salud pública o salud privada²¹...

Del derecho a la salud, bien puede señalarse que sus contenidos esenciales gravitan en torno a cuatro conceptos básicos: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad, de donde se sigue que se exijan establecimientos, bienes y servicios en cantidad suficiente para atender las necesidades; con acceso, sin discriminación ilegítima, en la vecindad geográfica que les permita a los usuarios servirse de ellos, mediante las erogaciones adecuadas a las realidades socioeconómicas de los solicitantes, y sirviéndose ellos con conciencia clara, en función de la transparencia de la información que del servicio se maneja; adicionalmente, las prestaciones de salud deberán ser adecuadas en el tiempo, los lugares y las personas intervinientes, en un contexto de respeto a la cultura de los receptores, pero sin desatender el cumplimiento de los parámetros más altos en el servicio²². En todo caso, tratándose del núcleo esencial del derecho, las variaciones derivadas de los contextos económicos, sociales o culturales, no deberían en ningún caso llegar al punto de comprometerlo²³, pues caso contrario, lo ponen en riesgo de desaparecer o desdibujar.

A mayor abundamiento, desde coordenadas europeas, el contenido esencial

del derecho, ya bajo la denominación de protección a la salud, se manifestaría en:

...tres ámbitos diferentes: derecho a la protección de la salud individual y colectiva en sentido estricto; derecho a la asistencia sanitaria; y derecho a decidir en el ámbito de los tratamientos médicos. En estas tres esferas el papel del Estado como garante de la salud sería bien distinto, y así, si bien en el primer caso tendría un deber fundamentalmente de hacer (promover políticas públicas que fomenten la salud individual y colectiva y que pre-vengan enfermedades), en el segundo, su obligación sería de dar (prestar asistencia sanitaria), y en el tercero, una obligación de no hacer (respetar las decisiones del paciente en el ámbito de su salud, el principio de autonomía de la voluntad que consagra la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).²⁴

A nivel jurídico, en Venezuela, la salud ha sido consagrada en el texto constitucional en el artículo 83. De la norma en comento se desprende la vinculación estrecha, profunda, entre la vida y la salud, en clara alusión a la interdependencia mencionada supra, lo que permite acercar la noción de salud que gravita en Venezuela, a la posición de reconocer existente en el sistema el concepto de vida digna, en donde la vida se va enriqueciendo con multiplicidad de contenidos, en este caso la salud, lo que facilitaría ulteriores tareas de integración del Derecho, cumplidas por la dogmática constitucional. Más aún, el derecho a la salud:

...está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.²⁵

Más aún, y ya tratándose del sistema de salud, las normas fundamentales consagran que este es regentado por el Es-



CARLOS GARCIA RAWLINS

Edificaciones a medio construir como el Cardiológico Infantil en Caracas, el cierre de ambulatorios en las zonas rurales y cada vez más en las zonas urbanas, conspira gravemente contra la salud del venezolano. Aunado a lo anterior, episodios como el de aguas servidas corriendo por el suelo en maternidades, la ausencia de plantas que garantizan el fluido eléctrico en medio de las interrupciones del servicio y la falla de los ascensores en los hospitales resultan ser un continuum.

tado, si bien pudiera ser directamente administrado por la autoridad a cargo de lo público o gestionado por privados, propiciando la participación de cada uno de los integrantes, no solo como derecho, sino en cuanto deber, y se encontrará integrado al de la seguridad social puesto que al final de lo que se trata es de la elevación de la calidad de vida de las personas a partir de contar con condiciones que le permitan desarrollarse integralmente, ofreciéndole cobertura en situaciones contingentes como orfandad, viudedad, enfermedades catastróficas, extendiendo las prestaciones en salud hasta la rehabilitación de calidad, si fuere el caso, fundándose en principios como la universalidad, la integración social, la equidad o la integralidad²⁶.

Por ello, al final, bien puede decirse que:

...el concepto de salud se sitúa mucho más allá del territorio biológico y natural, tiene implícito una conceptualización sanitaria, una nueva dinámica, una responsabilidad social, una apropiación de recursos físicos, económicos y humanos, es decir, un acuerdo social acerca de cuáles son los recursos que el Estado y la sociedad deben destinar al propósito de garantizar a los ciudadanos unas condiciones de salud, y como resultado unas condiciones de vida digna.²⁷

LA UTOPIA DE LA SALUD EN VENEZUELA

Si debiese ejemplificarse la distancia que existe entre las previsiones de la

Constitución y la ley, lo dispuesto y deseado por el legislador, y la realidad de su ejecución, en otros términos, el trayecto que media entre vigencia y eficacia, un buen ejemplo lo reporta la salud en Venezuela. No es gratuito el título de utopía para signar el apartado, en cuanto anhelo legítimo de los habitantes del país, si bien cada vez más se acerca a una quimera en la práctica, en sus diversas manifestaciones: así las cosas, si se hiciese la referencia a las instalaciones sanitarias, las medicinas y la atención especializada, resulta evidente de la realidad circundante que cada renglón se encuentra en situación de franco deterioro.

De las instalaciones sanitarias, la insuficiencia de ellas por el crecimiento poblacional y la falta de inversión para la construcción de nuevas y adecuadas unidades, así como la falta de mantenimiento de las existentes, han evidenciado de forma casi grotesca el colapso del sistema hospitalario. Edificaciones a medio construir como el Cardiológico Infantil en Caracas, el cierre de ambulatorios en las zonas rurales y cada vez más en las zonas urbanas, conspira gravemente contra la salud del venezolano. Aunado a lo anterior, episodios como el de aguas servidas corriendo por el suelo en maternidades, la ausencia de plantas que garanticen el fluido eléctrico en medio de las interrupciones del servicio y la falla de los ascensores en los hospitales resultan ser un *continuum*.

Si de las medicinas se tratase, se han producido cierres de laboratorios farmacéuticos, en otros casos, aun subsistiendo la empresa, se han cerrado líneas de producción, ante la conjunción de inexistencia de materias primas en el país, las restricciones para el acceso a dólares. Súmese a ello el que la medicina sea de elaboración externa y por las razones antedichas de imposible o muy difícil adquisición. Si se da cuenta del cierre de farmacias por incapacidad de asumir la gestión de costos laborales y administrativos, la situación es de restricción mayor en el uso de medicamentos.

A nivel de la gestión pública del tema y de la atención especializada, la ausencia de sanitarios competentes a cargo de la elaboración y ejecución de políticas públicas ha activado la recurrencia de enfermedades desaparecidas o controladas, al extremo de hacerse necesaria la intervención de organismos multilaterales para tratar de controlar la emer-

Sin embargo, ningún Estado puede justificar el incumplimiento de sus obligaciones por falta de recursos. Los Estados deben garantizar el derecho a la salud en la mayor medida posible con arreglo a los recursos disponibles, incluso cuando éstos sean escasos.



GRUPO LA REPÚBLICA

gencia²⁸. La deserción de personal médico –sanitario, principalmente con formación altamente técnica, debido a las exiguas remuneraciones percibidas en Venezuela–, y la alta demanda para este tipo de personal en condiciones más competitivas en el exterior, ha señalado la fuerte migración de este, con un impacto notable en la salud de los nacionales.

De todo lo antes mencionado distintos actores internos²⁹ e internacionales³⁰ han dado debida cuenta; no obstante, al día de hoy, el Estado justifica su inacción por la ausencia de recursos para la ejecución de las políticas públicas de atención a la salud, derivadas tales limi-ta-

ciones de la así llamada *guerra económica*. No obstante, conviene re-cordar que:

Cuando se examina el disfrute efectivo de ese derecho en un Estado determinado siempre se tienen en cuenta la disponibilidad de recursos en ese momento y el contexto de desarrollo. Sin embargo, ningún Estado puede justificar el incumplimiento de sus obligaciones por falta de recursos. Los Estados deben garantizar el derecho a la salud en la mayor medida posible con arreglo a los recursos disponibles, incluso cuando éstos sean escasos.³¹

Cuadro 1. Enfermedades padecidas por los venezolanos antes de emigrar (%)

Enfermedades padecidas	Hombre	Mujer	Total
Gripe	28,3	33,0	31,3
Otra	18,8	26,1	23,4
Asma	16,9	18,0	17,6
Diabetes	10,3	6,0	7,6
Bronquitis	6,3	4,7	5,3
Dengue	7,0	3,2	4,6
Hepatitis A	2,9	2,4	2,6
Insuficiencia Renal	2,6	2,1	2,3
Hepatitis B	2,2	1,5	1,8
Rubeola	0,7	1,3	1,1
Varicela	1,5	0,6	0,9
Sarampión	1,1	0,4	0,7
Paludismo	0,7	0,4	0,5
Cáncer	0,4	0,2	0,3
Fiebre amarilla	0,4	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia. Datos del Servicio Jesuita de Refugiados, Centro Gumilla y Universidad Católica del Táchira.

En el mismo sentido, puede darse cuenta a través del estudio realizado, que el 60 % de los emigrantes venezolanos no pudo realizarse los exámenes médicos por no tener el dinero suficiente para poderlos pagar; en tanto un 29,6 % no lo hizo, al no conseguir equipos en funcionamiento para poder llevarlos adelante.

ENFERMEDADES DEL MIGRANTE VENEZOLANO

Al caracterizar al migrante venezolano como portador de una enfermedad, se tiene que de los 4 mil 066 venezolanos encuestados que emigraron, el 14,8 % tiene una enfermedad o problema de salud, siendo el porcentaje mayor en las mujeres (17,5 %) en comparación con los hombres (11,5 %).

Con referencia a la edad de los migrantes con salud comprometida de alguna manera, lógicamente el grupo etario de 60 años y más, es el que exhibe mayor afectación con el 46,8 %, luego le sigue el de 50 a 59 años con el 35 %, finalmente, los jóvenes entre 18 y 29 años son los más sanos. Los datos son compatibles con los comportamientos usualmente esperados para estas distinciones fundadas en la edad, si bien, en la medida en que la crisis humanitaria compleja tiende a profundizarse, la afectación de la salud en los diversos registros etarios variará más negativamente, pues las deficiencias en la atención primaria, en la medicina preventiva, así como el deterioro de las condiciones de salubridad y aún de la propia alimentación, permitirán el retomar enfermedades ya desaparecidas de los registros epidemiológicos, o el comprometer desde ya, el futuro de los sujetos.

En ese sentido, los emigrantes encuestados manifiestan haber padecido en el último año ciertas enfermedades, principalmente relacionadas con el aparato respiratorio, tales como gripe, asma, bronquitis, alergias; enfermedades que pueden estar relacionadas con los problemas de contaminación y falta de salubridad en el país, v.g., deficiencias o fallas definitivas del servicio de recolección del aseo público urbano o domiciliario, que ha llevado a muchos venezolanos a quemar la basura, lo que implica más riesgo por la producción de gases tóxicos. Las enfermedades padecidas pueden observarse en el cuadro 1.

En el mismo orden y dirección, se puede dar cuenta que los venezolanos

al enfermarse, se consiguen con problemas adicionales, pero estrechamente vinculados al tema central, que les dificulta recuperar su buen estado de salud, entre estos problemas se pueden mencionar como comunes: la ausencia de personal de atención sanitario especializado y en cantidad suficiente; la falta de equipos o reactivos para realizarse exámenes médicos y determinadas pruebas de laboratorio; la escasez de medicamentos o la falta de dinero suficiente para adquirirlos; todos problemas que forman parte de la crisis en materia de salud que, tal como se ha referido *in extenso supra*, se vive en Venezuela.

Vale destacar que en el caso de los emigrantes venezolanos encuestados que tuvieron ciertas enfermedades, se les ordenaron exámenes médicos como radiografías (7 %), ecografías (6,4 %), resonancia magnética (2 %) y pruebas de laboratorio (23,7 %). Entre ellos, el grupo etario de 30 a 39 años es al que más exámenes médicos le han ordenado, siguiendo el de 18 a 29 años, siendo entonces la población joven la que se ha visto enfrentar, en mayor porcentaje, los problemas indicados, lo cual puede deberse entre otras razones a una mayor conciencia de la necesidad de conservarse sano o, en su caso, al requerimiento autoimpuesto de encarar el proceso migratorio contando con una revisión médica previa, a reserva de lo que sus recursos les posibilitan. Sobre lo último señalado, téngase en cuenta que de la totalidad de los que ameritaban exámenes médicos, 17,2 % no pudo realizárselos, como puede observarse en el cuadro 2.

En el mismo sentido, puede darse cuenta a través del estudio realizado, que el 60 % de los emigrantes venezolanos no pudo realizarse los exámenes médicos por no tener el dinero suficiente para poderlos pagar; en tanto un 29,6 % no lo hizo, al no conseguir equipos en funcionamiento para poder llevarlos adelante. Como se indica en el

Cuadro 2. Emigrantes que no pudieron realizarse exámenes médicos

	¿Pudo realizarse el examen?					
	Sí		No		Total	
Sexo	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hombre	612	82,8	127	17,2	739	100,0
Mujer	699	82,0	153	18,0	852	100,0
Total	1.311	82,4	280	17,6	1.591	100,0

Fuente: elaboración propia. Datos del Servicio Jesuita de Refugiados, Centro Gumilla y Universidad Católica del Táchira.

A lo dicho súmese la imposibilidad de adquirir las medicinas en el mercado, ante la incapacidad económica relativa derivada de los ingresos insuficientes, como consecuencia de las bajas remuneraciones presentes en el campo laboral y que, por ende, agotan los presupuestos personales y familiares.

cuadro 3, tanto los hombres como las mujeres tienen los mismos problemas, enfatizándose así una situación de penuria de los pacientes, en el primero de los casos nombrados, como del sistema de atención sanitaria, para el segundo de los supuestos en desarrollo.

Otro de los grandes problemas que existen en Venezuela, a la fecha, en materia de salud, es poder acceder a las medicinas requeridas para adelantar los tratamientos recetados. Si bien no los 4 mil 066 venezolanos que emigraron manifestaron haber presentado un problema de salud, todos necesitaron en un momento, en el último año antes de emigrar, alguna medicina; solo el 30,5 % del total pudo tener acceso a las medicinas necesitadas, no existiendo diferencias entre hombres y mujeres para ello. Por su lado no pudo consumir las medicinas el 43 % por ser muy costosas y no tener el dinero suficiente en orden a su adquisición. Como se observa en el cuadro 4, el grupo etario de 60 años y más, es el más afectado por no tener el dinero suficiente para comprar las medicinas.

De los datos se sigue la demostración de las graves insuficiencias en la existencia del *stock* de medicamentos a nivel nacional; las así llamadas “fallas” en la provisión de medios farmacéuticos trasciende la vitrina de los medios de comunicación, como una nota entre tantas, para convertirse en realidad palpable con compromiso de la vida digna de las personas afectadas de su salud.

A lo dicho súmese la imposibilidad de adquirir las medicinas en el mercado, ante la incapacidad económica relativa derivada de los ingresos insuficientes, como consecuencia de las bajas remuneraciones presentes en el campo laboral y que, por ende, agotan los presupuestos personales y familiares. Mayores dificultades en ese sentido demuestran los pacientes pertenecientes a la tercera edad, dado que sufren las consecuencias de una disminución ostensible de recursos, ante su retiro del campo de trabajo y el disfrute de unas exiguas pensiones, por una parte; y por la otra, el aumento de los costes por el renglón de adquisición de medicinas, habida cuen-

Cuadro 3. Las razones de no realizarse el examen médico (%)

Sexo	Razones			Total
	Muy costosos	Estaban dañados los equipos	Otra razón	
Hombre	59,8	29,1	11,0	100,0
Mujer	60,1	30,1	9,8	100,0
Total	60,0	29,6	10,4	100,0

Fuente: elaboración propia. Datos del Servicio Jesuita de Refugiados, Centro Gumilla y Universidad Católica del Táchira.

Cuadro 4. Razones por las cuales no ha tenido acceso a medicinas (%)

Grupos de edad	Muy costosos	No se consiguen	Otra razón	Ns/Nr	Total
18 a 29 años	43,4	37,6	18,7	0,3	100,0
30 a 39 años	41,8	34,0	23,5	0,7	100,0
40 a 49 años	42,6	37,4	19,5	0,5	100,0
50 a 59 años	51,0	35,7	12,6	0,7	100,0
60 y mas	30,0	56,7	10,0	3,3	100,0
Total	43,0	36,6	19,9	0,5	100,0

Fuente: elaboración propia. Datos del Servicio Jesuita de Refugiados, Centro Gumilla y Universidad Católica del Táchira.

Cuadro 5. Grupo etario y enfermedades graves (%)

Grupos de edad	Enfermedades padecidas			Total
	Cáncer	Diabetes	Insuficiencia renal	
18 a 29 años	0,0	18,2	29,4	20,3
30 a 39 años	0,0	18,2	47,1	24,3
40 a 49 años	100,0	29,1	23,5	29,7
50 a 59 años	0,0	21,8	0,0	16,2
60 y más	0,0	12,7	0,0	9,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia. Datos del Servicio Jesuita de Refugiados, Centro Gumilla y Universidad Católica del Táchira.

Estos enfermos buscan atención médica en su mayoría en los hospitales (45,9 %) y seguidamente en clínicas privadas (18,9 %), números que se explicarían por la situación económica, más que por la calidad de la prestación del servicio.

ta de la presencia de patologías propias de la edad y comunes a todos, aunadas a las enfermedades que vengán a sufrir-se particularmente.

UNA ATENCIÓN ESPECIAL A ENFERMEDADES GRAVES

Dentro de las enfermedades indicadas por los venezolanos que emigraron existen algunas que requieren atención especial por la gravedad de las mismas, pues demandan tratamientos especiales, el consumo de medicamentos costosos y está en juego la vida del paciente. Son pocos los encuestados que manifestaron tener un problema de salud y sufren enfermedades como el cáncer, la insuficiencia renal o la diabetes. No obstante, refieren problemas para cuidar su salud y someterse al tratamiento requerido, lo que debe ser un grave llamado de atención para todos. Asimismo, conviene tener presente que la información en este tipo de situaciones puede presentarse de manera opaca, pues los números pudiesen mostrar una realidad parcial, ante el temor de los entrevistados de mostrarse “inelegibles” para la migración, por suponer grave carga para el Estado receptor; y si bien los en-

trevistadores no constituyen una autoridad con competencia migratoria, y haberse guardado todas las formas propias de una encuesta de este tipo, enfatizando confidencialidad y propósito, el comportamiento humano en situaciones vulnerables puede quedar presidido por el miedo que, aunque infundado, puede movilizar las respuestas.

En cualquier caso, de estas tres enfermedades, 55 venezolanos sufren diabetes, diecisiete venezolanos insuficiencia renal y dos cáncer. Si observamos por grupo etario, los más afectados son los de 40 a 49 años, por estar allí incluidos quienes señalan padecer de cáncer. Ver cuadro 5.

Estos enfermos buscan atención médica en su mayoría en los hospitales (45,9 %) y seguidamente en clínicas privadas (18,9 %), números que se explicarían por la situación económica, más que por la calidad de la prestación del servicio. Al 63,5 % le han ordenado exámenes médicos como pruebas de laboratorio (33,8 %), ecografías (17,6 %), radiografías (9,5 %) y resonancias magnéticas (2,7 %). El 40,4 % de a quienes les ordenaron exámenes médicos, no pudieron realizárselos; de ellos el 52,6 % por no tener el dinero suficiente para





REUTERS / MARCO BELLO

No puede hablarse de un derecho a la salud cuando no es posible recibir tratamiento médico, no hay medicinas o las mismas no son accesibles, o el Estado no garantiza las mismas, empeorándose la situación del enfermo, quedando las normas solo en la letra.

poderlos pagar, pues los mismos eran muy costosos, y el 47,4 % por no conseguir equipos en funcionamiento, los mismos estaban dañados. Todo esto demuestra la gravedad de la crisis en materia de salud en el país, según se viene diciendo.

Así, el 100 % de los enfermos de cáncer no pudo realizarse los exámenes por ser muy costosos; en el caso de los enfermos de diabetes, el 54,5 % por ser estos muy costosos y el restante 45,5 % por estar dañados los equipos; finalmente, en el caso de los enfermos de insuficiencia renal el 33,3 % por ser los exámenes muy costosos, en tanto el 66,7 % porque los equipos no funcionaban.

Otro problema que tienen estos pacientes es poder acceder a las medicinas; el 100 % de los enfermos de cáncer no pudo acceder a las medicinas por ser muy costosas; el 76,4 % de los enfermos de diabetes tampoco accedió al tratamiento médico: 33,3 % por ser muy costoso y el 66,6 % porque no se consigue en el mercado; por lo que toca a la insuficiencia renal, el 70,6 % de los que padecen insuficiencia renal no accedió a las medicinas, un 41,7 % por su alto costo y el 58,3 % por no conseguirse disponibles en el medio farmacéutico nacional.

Apenas el 18,9% de esta categoría de enfermos disponía de una póliza de seguro, situación que agrava su cuadro médico pues, si bien, verificado como ha sido el siniestro, una economía como la venezolana, sumida en un proceso

hiperinflacionario, produce que los límites de las coberturas aseguradas produzcan situaciones hasta de insuficiencia para comprar las medicinas, y con mayor razón para tratamientos más complejos, especializados y costosos, como lo son los quirúrgicos; resulta mejor tenerlo disponible, pues permite que la patología en cuestión no sea excluida en caso de renovaciones de la póliza y, ante el mejoramiento de la situación económica del país, pueda contarse con nuevas opciones de atención. Igualmente, queda abierta la posibilidad de contratación de pólizas con coberturas a realizarse en el exterior, lo que de manera eventual beneficiaría el proceso de migración de los venezolanos.

CONSIDERACIONES FINALES

A modo de colofón, la gravísima situación de Venezuela en materia de salud, es causa y efecto de los procesos migratorios, se requiere pues de la acción urgente para superar el cuadro de emergencia que se vive, y recuperar estándares de vida que permitan a cada uno de los habitantes de esta tierra alcanzar su desarrollo integral y vivir con dignidad.

No puede hablarse de un derecho a la salud cuando no es posible recibir tratamiento médico, no hay medicinas o las mismas no son accesibles, o el Estado no garantiza las mismas, empeorándose la situación del enfermo, quedando las normas solo en la letra. Todos los venezolanos tienen derecho a la salud, los que emigran buscan mejorar esas condiciones en el país de acogida, pero los que quedan no tienen manera de, por sí mismos, lograr una mejora. Solo les queda rezar para no enfermarse.

*Doctora en Derecho. Decana de Investigación y Posgrado de la UCAT.

** Doctorando en Derecho. Secretario de la UCAT.

*** Doctora en Ciencias Sociales y Jurídicas. Docente de la UCAT.

NOTAS

- 1 Entra también en juego en este campo todo lo relativo a la llamada progresividad de los derechos, principio contenido en los sistemas constitucionales modernos que, aplicado en el ámbito de los derechos humanos, demanda, al menos por lo que al derecho concreto concierne, la expansión constante de las facultades *ad intra*, con el objeto de cobijar nuevas situaciones producto del desarrollo social o, para el supuesto de situaciones antiguas, las nuevas sensibilidades permiten reconocerlas como objetos legítimamente protegibles. En Venezuela, tal principio figura en el elenco del artículo 19 de la Constitución. *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela con Enmienda Número 01*. (2009). *Gaceta Oficial* de la República Bolivariana de Venezuela número 5.908 (extraordinaria). Febrero 19 de 2009.
- 2 En particular la Revolución Americana y Francesa, siendo en la primera presupuestos reclamados por los revolucionarios para adelantar la actividad propiamente emancipadora; en tanto que los segundos se mostraron como medios de defensa frente a la omnipotencia del monarca.
- 3 Y es que, si bien se habla de la universalidad de los derechos humanos, ellos no se encuentran reconocidos, al menos de manera uniforme y vinculante en todos los países, piénsese en ese sentido en la Declaración del Cairo. Europa Laica. (2018). *Declaración del Cairo sobre Derechos Humanos en el islam*. Disponible: <https://laicismo.org/declaracion-de-el-cairo-sobre-derechos-humanos-en-el-islam/> Consulta: mayo 04 de 2019.
- 4 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (1996 – 2019): ¿Qué son los Derechos Humanos? Disponible: <https://www.ohchr.org/sp/issues/pages/whatarehumanrights.aspx> Consulta: mayo 04 de 2019.
- 5 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (1996 – 2019): *Declaración y Programa de Acción de Viena* Disponible: https://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf Consulta: mayo 04 de 2019.
- 6 Las primeras exigibles de inmediato, las segundas en diferido.
- 7 Caso, con matices, del ordenamiento jurídico de Colombia y el del Reino de España.
- 8 Consideración aparte será la del tipo de migrante de que se trata; una fórmula es la del refugiado de facto, pero abstracción hecha de ella, lo cierto es la necesidad sentida de partir para tratar de encontrar un mejor futuro.
- 9 Universidad del País Vasco (2005-2006): *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Definición de Emergencia Compleja. Disponible: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/85> Consulta: mayo 02 de 2019.
- 10 Universidad del País Vasco (2005-2006): *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Definición de Emergencia Compleja. Disponible: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/85> Consulta: mayo 02 de 2019.
- 11 Y es que no siempre va a ser bien recibido: "Su disfrute del derecho a la salud a menudo está limitado por el mero hecho de ser migrantes, además de otros factores como la discriminación, el idioma y las barreras culturales, o su situación legal. Aunque afrontan problemas específicos por su condición y situación concretas (los migrantes indocumentados o ilegales y los migrantes que permanecen en detención corren más riesgo) 20, muchos migrantes tropezarán con obstáculos similares para disfrutar de sus derechos humanos, incluido el derecho a la salud." Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos – Organización Mundial de la Salud (1996 – 2019): *El*



AP / ARIANA CUBILLOS

Derecho a la Salud. Folleto Informativo número 31. p. 6. Disponible: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf> Consulta: mayo 04 de 2019.

- 12 Para una exposición *in extenso* sobre las nociones próximas a esta corriente Vid. VÉLEZ ARANGO, A. (2007): "Nuevas Dimensiones del Concepto de Salud: El Derecho a la Salud en el Estado Social de Derecho". En: *Hacia la Promoción de la Salud*, Vol. 12, Enero – Diciembre 2007. p. 64 y ss. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf> Consulta: mayo 03 de 2019.
- 13 Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la Lengua Española*. Edición del Tricentenario. Definición de Salud. Disponible: <https://dle.rae.es/?id=X7MRZku> Consulta: mayo 02 de 2019.
- 14 "El derecho a la salud hace más bien referencia al derecho a disfrutar de un conjunto de bienes, instalaciones, servicios y condiciones que son necesarios para su realización. Por ello, describirlo como el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental es más exacto que como un derecho incondicional a estar sano." Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos – Organización Mundial de la Salud. Op. Cit. p. 6.
- 15 Como la predisposición biológica a ciertas patologías, o, como recuerda también Pemán Gavín, al hecho que el titular del derecho se exponga a estilos de vida riesgosos o insanos. Pemán Gavín *Apud*. BOMBILLAR SÁENZ, F. y PÉREZ MIRAS, A. (2015): "El derecho a la protección de la salud desde una perspectiva multinivel y de Derecho Comparado" En: *Revista Europea de Derechos Fundamentales*. Número 25. Primer Semestre 2015. p. 300. Disponible: <http://journals.sfu.ca/redf/index.php/redf/article/viewFile/58/53> Consulta: mayo 03 de 2019.
- 16 "El hecho de que la salud deba ser un objetivo programático tangible no significa que no se deriven de él obligaciones inmediatas para los Estados. En efecto, éstos deben hacer todo lo posible, dentro de los límites de los recursos disponibles, para hacer efectivo el derecho a la salud, y adoptar medidas en ese sentido sin demora. A pesar de las limitaciones de recursos, algunas obligaciones tienen un efecto inmediato, por ejemplo garantizar el derecho a la salud sin discriminación alguna y elaborar leyes y planes de acción específicos u otras medidas análogas a efectos de la

- plena realización de este derecho, como con cualquier otro derecho humano. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos – Organización Mundial de la Salud. Op. Cit. p. 6.
- 17 GAÑAN ECHAVARRÍA, J. (2013): “De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia”. En: *Monitor Estratégico – Superintendencia Nacional de Salud*. Número 3. Enero – Junio 2013. p. 9. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf> Consulta: mayo 04 de 2019. Forma de consagración del Estado en Venezuela, conforme al artículo 2 de la Constitución de la República.
 - 18 Respeto que pasaría, entre otros aspectos, por considerar la inversión en salud como medio eficiente para asegurar condiciones para la participación ciudadana, puesto que los ciudadanos con salud precaria no harían vida política o social relevante. Daniels y Sabin, *Apud*. BOMBILLAR SÁENZ, F. y PÉREZ MIRAS, A. Op. Cit. p. 302.
 - 19 Organización de Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000): *Cuestiones Sustantivas que se Plantean en la Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14*. Disponible: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf> Consulta: mayo 03 de 2019.
 - 20 Cfr. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos – Organización Mundial de la Salud. Op. Cit. p. 3 y ss.
 - 21 Las clasificaciones serán tantas como los criterios que se exhiban, si bien lo interesante al enumerarlas es el resaltar el carácter multiforme del fenómeno bajo estudio, su complejidad e impactos.
 - 22 Organización de Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Op. Cit. p. 3-4.
 - 23 LAMPREA MONTEALEGRE, E. (S.F.): *El núcleo esencial del derecho a la salud*. p. 354. Disponible: <http://www.redcriteria.org/wp-content/uploads/2017/10/nucleo-derecho-salud-cons-dem.pdf> Consulta: mayo 03 de 2019.
 - 24 BOMBILLAR SÁENZ, F. y PÉREZ MIRAS, A. Op. Cit. p. 300.
 - 25 Organización de Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Op. Cit. p. 2.
 - 26 La regulación *in extenso* en el plano constitucional figura orgánicamente a partir del artículo 83 y los subsiguientes, ofreciendo un alto (y hasta excesivo) grado de detalle.
 - 27 VÉLEZ ARANGO, A. Op. Cit. p. 66.
 - 28 Ejemplo de ello es la atención a comunidades indígenas en el Amazonas, en donde la Organización Panamericana de la Salud ha debido intervenir activamente. Organización Panamericana de la Salud – Venezuela (2019): *Más de 40 comunidades indígenas fueron atendidas en Amazonas con el apoyo de la OPS*. Disponible: https://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=515:mas-de-40-comunidades-indigenas-fueron-atendidas-en-amazonas-con-el-apoyo-de-la-ops&Itemid=0 Consulta: mayo 09 de 2019.
 - 29 La Federación Médica Venezolana, los Colegios de Médicos regionales, el gremio de enfermería, ... todos a su tiempo han advertido de la situación que discurre y que no tiene su origen en la actualidad, de la que solo es un reflejo poderoso de causas pasadas, sirva recordar el caso Federación Médica Venezolana, resuelto por la Sala Constitucional en la década pasada.
 - 30 Human Rights Watch, este año ya ofreció una relación pormenorizada de los problemas nacionales: Voz de América (2019): *HRW: ONU debería liderar respuesta a gran escala por emergencia humanitaria en Venezuela*. Disponible: <https://www.voanoticias.com/a/human-rights-watch-informe-venezuela-salud-estado-/4860069.html> Consulta: mayo 09 de 2019. A ello puede unirse los informes de la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la evaluación general que de tales derechos se hiciera al país, con apartados referidos a Venezuela. Vg. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (1996-2019). *Violaciones de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela: una espiral descendente que no parece tener fin*. Disponible: <https://www.voanoticias.com/a/human-rights-watch-informe-venezuela-salud-estado-/4860069.html> Consulta: mayo 09 de 2019.
 - 31 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos – Organización Mundial de la Salud. Op. Cit. p. 7.