

Mujeres, cáncer de mama y derecho a la salud en Venezuela

POR **ANDY DELGADO BLANCO**(*)

Sumario: I. Sumario: I. A manera de introducción.- II. Cáncer de mama.- III. Salud y derecho a la salud en Venezuela.- IV. Situación sanitaria en Venezuela.- V. Mujeres y cáncer de mama en Venezuela.- VI. Presupuestos de derecho y supuestos materiales.- VII. A manera de cierre.- VIII. Bibliografía.

Resumen: el propósito de este trabajo es analizar la realización del derecho a la salud de las mujeres que padecen cáncer de mama en Venezuela, a partir de lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Para cumplir con este objetivo, se realizó una exhaustiva revisión documental que abarcó investigaciones y reportes de organismos, nacionales e internacionales, sobre el cáncer de mama y la realidad del país. Los resultados evidencian que el Estado venezolano no está a la altura de su misión. La red pública de salud no cumple con la función que le ha sido asignada constitucionalmente. Miles de mujeres con cáncer de mama no reciben la atención oportuna y de calidad, a la que tienen derecho, en virtud de lo cual algunas de ellas acuden a establecimientos privados. Sin embargo, los elevados costos de estos centros resultan inaccesibles para la gran mayoría. Esto las lleva a una muerte que habría podido evitarse y constituye una violación al derecho a la vida, a la salud y a la no discriminación.

Palabras claves: mujeres - cáncer de mama - derecho a la salud - Venezuela

Femmes, cancer du sein et droit a la sante au Venezuela

Résumé: le propos de cette étude est d'analyser le respect du droit à la santé des femmes atteintes d'un cancer du sein au Venezuela, en se référant à la Constitution de la République Bolivarienne du Venezuela. Dans cet objectif, un ensemble documentaire exhaustif a été réalisé comprenant des recherches et des rapports d'organismes nationaux et internationaux sur le cancer du sein et la réalité de la situation dans le pays. L'analyse de ces documents met en évidence que l'Etat vénézuélien n'est pas à la hauteur de sa mission. Le réseau public de santé ne remplit en effet pas la

(*) Abogada. Jefa del Área Desarrollo y Salud del Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), Universidad Central de Venezuela. Doctora en Estudios del Desarrollo. Magister Scientiarum en Planificación del Desarrollo. Mención Política Social.

fonction qui lui est constitutionnellement assignée. Des milliers de femmes atteintes d'un cancer du sein ne reçoivent pas les soins spécifiques de qualité qu'elles sont en droit d'attendre. Certaines de ces femmes se tournent donc vers des cliniques privées. Mais les coûts élevés pratiqués dans ces établissements font qu'ils sont inaccessibles à la grande majorité. Cette situation entraîne des décès qui auraient pu être évités et constitue une violation du droit à la vie, à la santé et à la non-discrimination.

Mots clés: *femmes - cancer du sein - droit à la santé -Venezuela*

I. A manera de introducción

Este trabajo se propone analizar la realización del derecho a la salud de las mujeres que padecen cáncer de mama en Venezuela, a la luz de lo dispuesto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Con la evolución de las sociedades modernas han disminuido las enfermedades infecciosas y aumentado las no transmisibles. Esto está asociado a cambios en el estilo de vida y consumo de sustancias como el cigarrillo y el alcohol, entre otros factores. El cáncer es una de esas enfermedades cuya incidencia y mortalidad se ha incrementado, al punto de constituirse en una de las principales causas de muerte en el mundo.

Dentro de las patologías oncológicas, el cáncer de mama, además de los riesgos que conlleva la carga de la enfermedad, revela una gran desigualdad en salud y ha pasado a ser la segunda causa de muerte de las mujeres en el mundo. De allí la importancia de consolidar acciones dirigidas a mejorar la atención oportuna y de calidad, a través del fortalecimiento de servicios públicos de salud, que incluyan prevención, tamizaje, detección temprana, tratamiento y cuidados paliativos.

En Venezuela, la última Asamblea Constituyente del siglo XX, al discutir, redactar y promulgar la Constitución, estableció como premisas sociales la justicia social, la equidad e igualdad. Consagró la salud como un derecho fundamental, de carácter universal, ligado a la vida, que obliga al Estado a garantizar a sus ciudadanos calidad de vida, bienestar y acceso a servicios de salud, mediante un sistema de salud gratuito, universal, integral, equitativo y solidario.

En las páginas que siguen, más allá de ver la concepción institucional del derecho a la salud, el énfasis estará en el estado en que se encuentra esa garantía en el país y en las acciones llevadas a cabo por el Estado venezolano para hacer efectivo el derecho.

Para cumplir con el propósito que orienta esta investigación, la discusión planteada en las páginas siguientes se ha estructurado en cinco partes. En la primera,

se hará una breve reseña de lo que es el cáncer de mama y su incidencia en el mundo y la región; en segundo lugar, se revisará la concepción constitucional del derecho a la salud en Venezuela; luego, el estado de la garantía efectiva de ese derecho en el país, seguido de una descripción sobre la situación sanitaria general, para después examinar la de las mujeres que padecen cáncer de mama. Finalmente, se planteará una discusión sobre el cumplimiento de la norma constitucional, a través del análisis de los presupuestos de derecho y los supuestos materiales.

II. Cáncer de mama

Cáncer es el término genérico para designar a un grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. Los tumores malignos del cerebro, del pulmón, de la mama, la próstata, la piel y el colon son algunas de las enfermedades conocidas como cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen varias características biológicas comunes. Una característica definitoria es la proliferación de células anormales. El proceso de reproducción y reemplazo de células normalmente está bien controlado a lo largo de la vida por mecanismos biológicos básicos.

En el caso del cáncer, fracasan los mecanismos de control. Las células en la parte afectada del cuerpo crecen más allá de sus límites usuales, invaden los tejidos colindantes y pueden propagarse a otros órganos o tejidos más distantes como metástasis. Un tumor maligno se origina a partir de una célula alterada y prolifera inicialmente en el sitio primario. Después suele propagarse por diversas vías, como infiltración local en la vecindad del órgano de origen, el sistema linfático (los ganglios linfáticos) o los canales vasculares, y lleva a la metástasis, principal causa de muerte por enfermedades malignas.

El cáncer de mama es una patología que ataca principalmente a las mujeres, siendo el tipo de neoplasia más común en el mundo y la principal causa de muerte en este grupo poblacional. Los avances de la ciencia han permitido que su detección temprana contribuya a disminuir los riesgos.

La neoplasia mamaria es una proliferación celular incontrolada y persistente que surge en las células de revestimiento de los conductos o lóbulos del tejido glandular de la mama. Con el paso del tiempo, ese crecimiento celular puede progresar e invadir el tejido mamario circundante. Esa metástasis generalizada suele producir la muerte de la mujer que lo padece (OPS, s/f; OMS, 2021).

Entre los factores de riesgo del cáncer de mama se cuentan: pertenencia al género femenino, antecedentes familiares o personales de cáncer de mama, envejecimiento, obesidad, menarquia precoz o menopausia tardía, nuliparidad o paridad tardía, administración de estrógenos y dietas ricas en grasas saturadas, consumo de tabaco, ingesta perjudicial de alcohol, la raza, las alteraciones de los

genes humanos BRCA1 o BRCA2, un historial de exposición a radiación, y la terapia hormonal posterior a la menopausia (López *et al.*, 2016; OMS, 2021).

En 2020, en todo el mundo se diagnosticó cáncer de mama a 2,3 millones de mujeres, y 685.000 fallecieron por esa enfermedad; solo el 0,5% y el 1% de los casos de cáncer de mama afectan a varones. A fines del mismo año, 7,8 millones de mujeres a las que en los anteriores cinco años se les había diagnosticado cáncer de mama seguían con vida, lo que hace que este cáncer sea el de mayor prevalencia en el mundo (OMS, 2021).

Las probabilidades de muerte de una mujer con cáncer de mama dependerán del lugar del planeta en el que viva. Serán mayores si vive en un país de ingresos bajos o medianos frente a otra que viva en uno de ingresos elevados. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el mayor porcentaje de defunciones por esta enfermedad corresponde a África y Polinesia; así, la supervivencia al cáncer de mama a cinco años excede del 90% en los países de altos ingresos, mientras que en la India y Sudáfrica es del 66% y el 40%, respectivamente (OMS, 2021).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), casi una cuarta parte de los nuevos casos de cáncer de mama, que se reportaron en 2020, fueron en el continente americano, con más de 210.000 nuevos diagnósticos de cáncer de mama en América Latina y el Caribe, y casi 68.000 muertes. En la región, la cuarta del mundo con mayor incidencia de cáncer en la mujer (178,8 por cada 100.000), superada al doble o casi al doble por regiones como Oceanía (370), Norte América (332,5) y Europa (256), la proporción de mujeres afectadas por la enfermedad antes de los 50 años es del 32% frente al 19% de América del Norte. Al igual que en el resto del mundo, se trata del cáncer más común y la causa más frecuente de muerte, por cáncer, en las mujeres en las Américas (OPS, s/f; Funcamama, 2021; GCO, 2020).

Los especialistas coinciden en afirmar que la forma de mejorar esos porcentajes, aumentar las probabilidades de vida y disminuir las defunciones, es a través de una combinación de detección precoz y terapias eficaces, basadas en cirugía, radioterapia y farmacoterapia. Cuando la enfermedad se detecta de forma temprana y hay un tratamiento inmediato, las probabilidades de supervivencia superan el 90% (OMS, 2021; González *et al.*, 2018, López *et al.*, 2016).

La mamografía es, si no el único, el método de detección precoz más eficaz, y debe realizarse una vez al año a partir de los 35 años de edad (metropolitana, 2019). Frente a la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que la radioterapia y la cirugía pueden ser eficaces para frenar el avance en el pecho, los ganglios linfáticos y las áreas circundantes. En sus primeros estadios, la

radioterapia puede evitar que una mujer tenga que someterse a una mastectomía y, una vez realizada la intervención, su aplicación suele reducir al mínimo las posibilidades de recurrencia del cáncer, así como reducir la de fallecer como consecuencia de la enfermedad (OMS, 2021; PM, 2019).

La terapia sistémica (medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral o intravenosa), que incluye la endocrina (hormonal), la quimioterapia (farmacológica) y en algunos casos la biológica (anticuerpos) que puede administrarse antes (“neoadyuvantes”) o después (“adyuvantes”) de la cirugía, sirve para tratar y reducir el riesgo de diseminación del cáncer, en lo que se conoce como metástasis. Esos medicamentos que se administran por vía oral, durante 5 a 10 años, reducen la posibilidad de recurrencia de la enfermedad (OMS, 2021).

Hoy día está fuera de toda discusión la importancia que tiene el cumplimiento del ciclo de tratamiento completo para el cáncer de mama. Cuando la terapia se cumple en su totalidad, hay una mayor eficacia, frente a un tratamiento parcial, el cual será menos probable que culmine con un resultado positivo (OMS, 2021).

En el año 2021, la OMS presentó la Iniciativa Mundial contra el Cáncer de Mama, que busca reducir en un 2,5% anual la mortalidad mundial por esa enfermedad, a fin de evitar 2,5 millones de muertes a nivel mundial. De cumplirse ese objetivo, para 2040 se evitaría el 25% de las muertes por cáncer de mama entre las mujeres menores de 70 años. Esas metas solo podrán cumplirse a través de tres pilares: promoción de la detección precoz, el diagnóstico oportuno y gestión integral del cáncer de mama (OMS, 2021).

El diagnóstico rápido debe ir a la par del tratamiento efectivo del cáncer, lo que requiere cierto grado de atención especializada de la enfermedad mediante servicios centralizados en establecimientos de salud dedicados al cáncer. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2021), al usar el cáncer de mama como modelo, el tratamiento de esa enfermedad puede optimizarse y al mismo tiempo mejorar el de otras patologías oncológicas. El fortalecimiento de los sistemas de salud, que suministran tratamientos comprobadamente eficaces, es primordial para mejorar los resultados relativos al cáncer de mama.

Los objetivos primarios del tratamiento del cáncer son la curación, la prolongación de la vida y el mejoramiento de la calidad de vida. Por consiguiente, según la fuente que se viene citando un programa nacional de control del cáncer debe establecer normas encaminadas a integrar los recursos de tratamiento con programas para la detección temprana y proporcionar pautas terapéuticas para los tumores malignos más relevantes en el país. La mejor calidad de vida es de importancia capital para los pacientes con cáncer.

El alivio del dolor y los cuidados paliativos deben entonces ser considerados elementos integrales y esenciales de un programa nacional de control del cáncer, cualesquiera que sean las posibilidades de curación. Ya que estos servicios pueden prestarse en forma relativamente sencilla y económica, deben existir en cada país y se les debe asignar gran prioridad, especialmente en los países en desarrollo donde es probable que la curación de la mayoría de los pacientes con cáncer siga siendo algo inalcanzable en años venideros (OMS, 2021).

III. Salud y derecho a la salud en Venezuela

En diciembre de 1999, luego de un proceso constituyente convocado para re-fundar la República, se sancionó y promulgó un nuevo contrato social: la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. En este texto, el Estado venezolano se responsabilizó en la procura de la justicia social al consagrar de manera expresa e inédita, en la historia constitucional de Venezuela, el Estado social de derecho.

La salud pasó a ser considerada un derecho social fundamental de carácter universal: todas las personas tienen derecho a la protección de la salud. En el artículo 83 de la Constitución se asignó al Estado la obligación de garantizarla a través de políticas públicas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.

En la tarea de reestructurar y redefinir políticas y programas que contribuyeran a cumplir el compromiso social recién adquirido por el Estado venezolano, el entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social, hoy Ministerio del Poder Popular para la salud, órgano rector del sistema público de salud, diseñó un modelo de atención integral de salud dirigido a toda la población, cuyos objetivos centrales eran la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Las políticas de salud incorporaron nuevos actores y mecanismos de mediación entre el Estado y la sociedad. Entre los primeros se contó —al menos en una primera fase— el sector militar, la compañía estatal de petróleo venezolana (PDVSA); más tarde, la Misión médica cubana, las organizaciones comunitarias y políticas vinculadas al gobierno central.

Las fuentes de financiamiento a las políticas y programas de salud, entre otras, variaron desde la creación del llamado Fondo de Desarrollo Nacional SA, hasta la utilización de los recursos asignados directamente de PDVSA, el Fondo Nacional de Inversión Social, el Fondo Intergubernamental para la Descentralización, y la Banca Multilateral; lo que, entre otras consecuencias, impidió el control en la ejecución de dichos planes (Gómez y Alarcón, 2009).

En el año 2003, en el marco de la instrumentación de las denominadas misiones sociales, estructuras sobre las cuales se ha venido sustentando la política social venezolana desde entonces, se creó la Misión Barrio Adentro, ejecutada a través de estructuras paralelas a los esquemas institucionales conocidos hasta el momento. De acuerdo con el decreto presidencial que la formalizó, su objetivo central es “(...) la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de prestación de Atención Primaria de Salud (...)” (Gaceta Oficial N° 37.865; D’Elía y Cabezas, 2008; Convite y el Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud, 2007; Acuña y Osechas, 2006).

Para 2005, mientras se mantenía un discurso que señalaba como prioridad la continuidad de proyectos de salud y el fortalecimiento de las redes ambulatorias y hospitalarias, en los hechos, no se asignaron recursos financieros directos y su financiamiento dependía de las fuentes arriba indicadas (Acuña y Osechas, 2006).

Según el *Global Health Expenditure Database* de la OMS, para 2017 Venezuela invertía solo el 1,2% de su PIB en el sector salud frente a otros países de la región como Argentina (9,1%), Colombia (7,2%) y Uruguay (9,3%) (OMS, 2017).

En Venezuela la prestación de servicios de salud se realiza a través de entes privados y lo que se ha venido denominando sistema público de salud (1), caracterizado por una alta fragmentación de entes, recursos y sistemas de atención paralelos, independientes uno del otro y bajo la autoridad de órganos diferentes, cuyas competencias llegan a solaparse.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud regula la red de atención primaria, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) se ocupa de los trabajadores asegurados; la Misión Barrio Adentro, de una parte, de la atención primaria. También se incluyen aquí la Sanidad Militar dependiente del Ministerio del Poder Popular para la Defensa, el Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación. El Ministerio del Poder Popular para la Salud cuenta con aproximadamente 5089 establecimientos de salud; 4 793 son ambulatorios y 296 son hospitales. Aproximadamente 81% (3715) de las unidades de atención ambulatoria son rurales y 19% (890) urbanas. Tiene 213 hospitales (181 generales y 32 de especialidad) (FUNCAMAMA, 2021; CODS, 2021; OPS, 2004).

(1) El Área de Desarrollo y Salud del Cendes-UCV, del que forma parte la autora de este trabajo, sostiene que en Venezuela no se puede hablar de un sistema nacional de salud, ya que en realidad lo que existe es una multiplicidad de órganos y prestadores de servicios, públicos y privados, que se manejan de manera inconexa y fragmentada, sin la unicidad de criterios que debe existir para hablar de un sistema, en tanto un cuerpo orgánico y estructurado.

El IVSS ofrece atención preventiva y curativa a la salud, odontología, medicamentos, pruebas de laboratorio, radiología e imagenología, nefrología, diálisis y trasplante renal, rehabilitación y servicios de salud en el trabajo. Cuenta con 79 unidades de atención ambulatoria y 33 hospitales. Entre los años 2006 y 2015 este Instituto fue el garante del acceso universal y gratuito a fármacos oncológicos de alto costo; a través de su adquisición, control y distribución gratuita a pacientes del sector público y privado, mediante las farmacias de alto costo. De igual manera, era responsable de la aplicación de tratamiento, cirugía, radioterapia y exámenes complementarios (Oletta y Walter, 2018; Bonvecchio *et al.*, 2011; Acuña y Osechas, 2006).

El IPASME, por su parte, es responsable de 56 unidades de atención ambulatoria y el Ministerio del Poder Popular para la Defensa tiene a su cargo unos 13 hospitales; tres estarían a cargo de PDVSA (Bonvecchio *et al.*, 2011; Acuña y Osechas, 2006).

El sistema privado funciona de manera autónoma, con sus propios recursos. Está integrado por las clínicas y compañías aseguradoras de salud. Las primeras ofrecen atención desde lo más básico hasta lo más especializado, a cambio de pagos directos. De un total 344 hospitales, aproximadamente 315 corresponden a instituciones lucrativas y 29 a fundaciones de beneficencia con recursos propios (Bonvecchio *et al.*, 2011; CODS, 2021).

IV. Situación sanitaria en Venezuela

Estudios en la materia indican que, desde el primer tercio del siglo pasado, con el fin de la dictadura gomecista, la política de salud del país tuvo un carácter eminentemente preventivo, sustentado en la atención hospitalaria, cuya mayor expresión estuvo en las inversiones dirigidas a la construcción de hospitales y el saneamiento ambiental, que contribuyeron durante varias décadas a la mejora de las condiciones de vida de la población (Castellanos, 1982).

En la década de los ochenta, en medio de la crisis que azotaba a la región y de la que el país no escapó, se diseñaron y ejecutaron políticas de reforma del sector salud basadas en la recuperación de costos. El modelo de atención en salud se centró en las actividades sanitarias de carácter médico-curativo, mientras se dejaba de lado lo preventivo-colectivo; se recortaron las inversiones públicas en la materia y se fortaleció al sector privado. Ya en los noventa, el foco estuvo en la atención en los grupos más desasistidos y se instrumentaron subsidios a los sectores más pobres de la población, que convivían con medidas como el cobro directo e indirecto en los establecimientos públicos de salud (González, 2002; Molina, 1992).

La importancia dada a lo preventivo, durante algo más de cincuenta años, llevó a lo que Bonvecchio (2011) denomina un proceso de transición epidemiológica, caracterizado por la disminución de las enfermedades infecciosas, e incremento de las enfermedades no transmisibles y lesiones. Ese proceso comenzó a revertirse en la primera década del siglo XXI, cuando los reportes oficiales evidenciaron el resurgimiento de enfermedades que se creían desaparecidas, como dengue, paludismo e incluso, mal de Chagas.

En 2004, los casos de paludismo alcanzaron la segunda cifra más alta desde 1937. Para 2008, la Federación Médica de Venezuela señaló el riesgo que significaba la reducción de los programas de vacunación, que, entre otros aspectos, facilitaba la reaparición de los brotes epidémicos de enfermedades transmisibles que se estaban viendo en el país, los cuales eran controlables mediante vacunas. También alertó sobre el riesgo de aparición de otras enfermedades con grave impacto epidémico, como poliomielitis y difteria, erradicadas muchos años antes (FMV, 2008).

Para 2010, Venezuela ascendió al primer lugar en América en casos de dengue, los cuales aumentaron en un 85%, mientras que los de malaria en un 138%, en comparación con el mismo período del año anterior; en enero de 2016 la malaria había alcanzado una estadística histórica en 75 años: 136.402 casos contabilizados en 2015, lo que representa un aumento de 52,6% con respecto a 2014, cuando se registraron 89.365 casos (OVS, 2016; MPPS, 2014).

En materia de enfermedades no transmisibles, la OPS indicó, en 2004, que más del 80% de los pacientes con cáncer no recibían un adecuado tratamiento para el dolor ni se les administraban cuidados paliativos. Ya desde 2008, expertos, organizaciones y defensores de derechos humanos comenzaron a reportar fallas en el funcionamiento de los servicios de salud y desde 2013 interrupciones en la entrega de tratamientos para enfermedades crónicas y la suspensión de la radioterapia para enfermos con cáncer, déficit de especialistas para atenderlas, medios para el diagnóstico temprano, fallas en la atención a los pacientes, desabastecimiento e insuficiencia de insumos y medicamentos (D'Elía, 2014; Naranjo, 2014; Provea, 2013; Walter, 2009; González, 2008; FMV, 2008; OPS, 2004).

En 2015, más de 374 mil personas con condiciones de salud crónicas graves fueron afectadas. En 2016, las 58 farmacias del IVSS dejaron de hacer entrega de los medicamentos, y se dejaron de realizar los tratamientos oncológicos que requerían los pacientes, lo que les obligó a comprarlos en el mercado, hasta que las farmacias y casa especializadas agotaron sus inventarios, sin posibilidades de reposición por el marco regulatorio de importación y obtención de divisas; quienes podían costearlos, acudieron al mercado internacional. La misma situación

se presentó con los reactivos, exámenes complementarios e insumos en general (FUNCAMAMA, 2021).

En ese contexto, el gasto de bolsillo comenzó a aumentar de manera progresiva; de 34,7%, en 2011 se pasó a 63% en 2017, año en el que alrededor de 3.000.000 de venezolanos con condiciones crónicas de salud no tuvieron acceso a sus medicamentos ni tratamientos (CODS, 2021; OMS, 2017).

Según Oletta y Walter, para 2018 la capacidad instalada de los Servicios de Anatomía Patológica se redujo de un 50% para diagnósticos histopatológicos a ninguna posibilidad, en la de estudios inmunohistoquímicos. Según esta misma fuente, las intervenciones quirúrgicas oncológicas también se redujeron en un 50%.

Para el 2019, el promedio de desabastecimiento de insumos de emergencia fue del 49%, y la inoperatividad de algunos servicios (por ejemplo, de tomografía), alcanzó el 72%; el 78% de cuarenta hospitales monitoreados por la organización no gubernamental “Médicos por la salud” reportó fallas en el suministro de agua potable, el 68% en el de energía eléctrica y el 51% de los quirófanos estaban inoperativos (FUNCAMAMA, 2021; MPS, 2019; Oletta y Walter, 2018).

Para marzo del 2020, el 83,4% de la población venezolana estaba afectada en sus necesidades de salud; 7,9 millones tenían necesidades humanitarias extremas, el 24%, 8,9 millones de personas, padecían condiciones crónicas de salud como el cáncer. En los últimos 5 años fueron cerradas 22 unidades de radioterapia, en las que eran atendidos 31 tipos de cáncer, incluidos los de mayor incidencia: cáncer de mama y de cuello uterino. Medios de comunicación del país alertaron que la empresa encargada del mantenimiento de estos equipos dejó de prestar el servicio debido al incumplimiento de los pagos por parte del ente rector en salud (TC, 2021; HRW, 2021; FUNCAMAMA, 2021; HumVenezuela, 2020).

El deterioro de la infraestructura de los establecimientos de salud, la obsolescencia de los equipos e instrumentos, la falta de inversión acumulada, la migración forzada del personal sanitario en búsqueda de mejores condiciones, la intermitencia de la prestación de servicios públicos, entre otros factores, incidió en que el despistaje, diagnóstico y la clasificación de tumores se redujera en los hospitales de la red pública; establecimientos en los cuales el lapso de espera para obtener una cita para realizarse una tomografía es mayor a los tres meses, mientras que los que se ofrecen en establecimientos privados suponen un costo elevado que la mayoría de la población no puede sufragar.

La revisión documental realizada muestra que una sesión de quimioterapia ronda los 100 dólares, mientras que un ciclo ronda los 2000; las radioterapias, 2400. Exámenes especializados como resonancias cuestan 120 dólares, mientras

otros exámenes preoperatorios pueden llegar a los 130. Para hacer frente a un tratamiento para el cáncer una familia venezolana necesita como mínimo 2500 dólares (TC, 2021; HRW, 2021; FUNCAMAMA, 2021).

V. Mujeres y cáncer de mama en Venezuela

De acuerdo con el último Anuario de Mortalidad publicado, para el año 2014 el cáncer era la segunda causa de muerte del país y el de mama, la tercera. Ese año, murieron 12010 mujeres. Según estimaciones de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela, esa cantidad se incrementó un 11% en 2019, cuando murieron 13291 mujeres y, en términos de incidencia, el aumento fue de un 27%; esto significa que hubo 23 casos más por cada 10000 habitantes. El mayor número de fallecidas contaba entre 55 y 64 años y los casos nuevos se dieron en mujeres cuyas edades oscilaban entre 45 y 54 años (MPPS, 2016; SAV, 2019a; ANLCM, 2021).

Para 2020, entre 3000 y 3500 mujeres murieron de cáncer de mama en Venezuela. Hoy día, esta enfermedad ocupa la primera causa de incidencia y mortalidad de la mujer en Venezuela, con una tasa de 52.6 por 100.000 habitantes; 9 mujeres fallecen diariamente por cáncer de mama, lo que supera en más del 30% al promedio de todos los demás países sudamericanos. La mortalidad por cáncer de mama en la región es de 13,5, mientras que en Venezuela es de 18,7. En Venezuela la expectativa de sobrevivida de las mujeres con cáncer de mama metastásico sin tratamiento no supera los 3 años, cuando hace metástasis después de haber sido tratada; si la mujer fue diagnosticada y ya tenía metástasis, no supera en promedio los 18 meses de vida (SAV y HD; SAV, 2019a; SAV, 2019b; ANLCM, 2021; HRW, 2021; GCO, 2020).

Para tratar el cáncer de mama, una persona requiere de al menos 2000 dólares solo para el inicio del tratamiento y 10000 dólares para completarlo, además de 50 dólares para la mamografía. En 2019, el examen de inmunohistoquímica no era realizado en ningún establecimiento de salud público, su costo rondaba los 50 por marcador y se requieren mínimo 6, es decir, 300 dólares en total (AS, 2019; ED, 2021).

Una consulta con un especialista mastólogo y la punción con aguja fina y con aguja gruesa son 150 y 250 dólares, respectivamente. Una ecografía mamaria puede costar, cada una, alrededor de 45 dólares. Una cirugía básica mamaria ronda los 1.000 dólares, un esquema básico de radioterapia equivale a 2000 dólares, el ciclo de quimioterapia tiene un valor aproximado de 300 y normalmente se requieren 8 ciclos. Los exámenes de extensión promedian más de 1.000 dólares y el gammagrama óseo cuando se puede realizar equivale a 300 dólares (FUNCAMAMA, 2021).

El tratamiento de mantenimiento mensual es 150 dólares y se realiza mínimo por 5 años, prolongable a 10 años y en el caso de requerir cuidados paliativos son USD 500 mensuales. Más de 25 medicamentos necesarios para el tratamiento del cáncer de mama no están disponibles en las farmacias del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. El tamoxifeno, que está incluido en la lista de los denominados medicamentos esenciales de la OMS para el tratamiento del cáncer de mama, solo está disponible de manera irregular. Otros medicamentos, como la Capecitabina, pueden llegar a costar 120 USD por 120 pastillas, un dólar por cada unidad de pastilla (HRW, 2021; FUNCAMAMA, 2021).

De acuerdo con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos al menos 5668 venezolanas con este tipo de cáncer no estaban teniendo acceso a quimioterapias ni a otros tratamientos contra la enfermedad, lo que ha venido incidiendo en que muchas de ellas se realizaran mastectomías radicales “como un medio desesperado para salvar sus vidas” (CIDH, 2020).

El 3 de junio de 2019, varias organizaciones no gubernamentales acudieron a la Comisión Interamericana de derechos humanos para exponer el caso de 12 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Vista su petición, la Comisión solicitó al Estado venezolano la adopción de las medidas necesarias que posibilitaran el acceso a tratamiento médico adecuado, medicamentos y exámenes diagnósticos requeridos que permitieran evaluar regularmente la salud de las afectadas (CIDH, 2020).

El Estado venezolano no respondió a ninguno de los dos llamados de la Comisión y, mientras se esperaba por una decisión, dos de esas mujeres murieron y otra se fue del país para recibir tratamiento en el extranjero. Tres de ellas necesitan tamoxifeno, pero tuvieron que conseguirlo por su cuenta; el estado de salud de al menos cuatro de ellas, con metástasis, se ha deteriorado y otras han tenido que pagar por tratamiento privado antes de que sea demasiado tarde (HRW, 2021).

VI. Presupuestos de derecho y supuestos de hecho

Los derechos fundamentales forman parte de la esencia misma de los Estados y se reconocen de esta manera en sus Constituciones; los derechos sociales son el conjunto de normas mediante las cuales el Estado busca equilibrar o moderar las disparidades sociales, en términos redistributivos y asistenciales, mediante una serie de prestaciones que permitan la vida en sociedad y haciéndolos exigibles por parte de sus ciudadanos (Aguilar, 2010; Contreras, 1994; Alexy, 1993).

El constituyente venezolano de 1999 amalgamó el sentido que impregna los derechos fundamentales con el de los sociales y, de manera expresa, le otorgó a la salud carácter de derecho social fundamental, que debe ser garantizado tanto

como parte del de la vida. Se desprende del artículo 83 que el Estado debe crear oportunidades para garantizar a su población acceso a niveles mínimos de protección a la salud. La Constitución vigente no deja margen de duda sobre las formas a seguir para lograrlo: a través de políticas que permitan contar con servicios públicos de salud, que posibiliten el acceso universal y oportuno a la atención de salud (CRBV, 1999).

Abrir un hospital, dotarlo con recursos humanos y materiales de calidad, mantenerlo en funcionamiento, proveerle de servicios públicos trasciende el simple trámite del acto administrativo y se constituye en un acto trascendental ligado a la realización y mantenimiento de la vida humana, que puede constituirse en la diferencia entre la vida y la muerte de una persona.

En Venezuela se han venido dando, progresivamente, las condiciones para hablar de una crisis multidimensional y multifactorial, expresada en hiperinflación, bajos salarios, migraciones internas y externas, bajo producto territorial, intermitencias en la prestación de servicios públicos, escasez de combustible, que limita los desplazamientos, entre otros; ello ha llevado a organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales de derechos humanos a reconocer que el país vive “problema humanitario muy real” que abarca a más de siete millones de personas (ONU, 2019a; ONU, 2019b; Lowcock, 2019).

Desde 2017, cuando la inflación anual fue de 862,6%, el índice de precios experimentó variaciones que llegaron a superar el 100%; los datos indican que se trata de la inflación más alta del mundo. Para diciembre de 2021, una familia venezolana de cinco miembros, para cubrir sus necesidades básicas en alimentos, bienes y servicios esenciales, requería mensualmente de 289,24 salarios mínimos, 9,64 salarios mínimos mensuales, 67,49 bolívares diarios o 14,39 dólares diarios (BCV, 2022; BBC, 2022; Finanzas Digital, 2022; Cendas, 2021).

El salario mínimo mensual era, es, de siete bolívares; lo que al cambio puede variar entre 1 dólar con 71 centavos mensuales a 2,50 dólares. En el sector privado el salario mínimo puede llegar a alcanzar los 70 dólares. En un intento de paliar esta situación, el Gobierno nacional otorga algunos subsidios directos que varían entre 0.7 y 4 dólares. Ninguno de los tres ingresos permite pueda adquirir la canasta completa (HRW, 2021; BCV, 2022; BBC, 2022; Finanzas Digital, 2022 y ED, 2022).

Existe una opacidad en materia de información pública que impide una aproximación a la realidad a través de datos oficiales. Desde 2016, el Ejecutivo Nacional no ha mostrado las Memorias y cuentas —incluida la de salud— que por mandato constitucional debe presentar ante el Poder Legislativo y el país. Ya desde antes, incluso desde 2005, la información del Ministerio del Poder Popular para la Salud había venido mostrando intermitencias hasta su progresiva interrupción.

Se ha suspendido la publicación de anuarios de estadística, morbilidad y mortalidad; así como los boletines anuales informativos de natalidad, los epidemiológicos semanales, de mortalidad infantil semanales, mortalidad materna semanales y los de inmunizaciones semestrales; también los reportes epidemiológicos semanales del programa de eliminación de malaria; medios institucionales que servían al órgano rector de la salud en Venezuela para difundir las estadísticas de salud.

Esa opacidad o ausencia de información oficial obliga a acudir a fuentes emanados de organismos multilaterales de las Naciones Unidas, reportes de organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales y trabajos de especialistas en el tema, los cuales, en general, presentan datos, proyecciones y estimaciones; sin embargo, nada sustituye la obligación constitucional que tiene el Estado venezolano de orientar a su ciudadanía, profesionales de la salud e investigadores de contar con información oficial, técnica y confiable, para reconocer los factores de riesgo de las enfermedades y contribuir a la toma de decisiones sobre políticas sanitarias.

En el caso que ocupa esta investigación no ha sido posible contar con estadísticas oficiales confiables y actualizadas sobre el número de casos de cáncer de mama o muertes por esa enfermedad. Tampoco sobre los programas y servicios de salud con los que cuenta la red asistencial pública.

Entre las pocas estimaciones oficiales con las que se cuenta, vale la pena referirse a los datos poblacionales. Según el Instituto Nacional de Estadísticas, Venezuela tiene 33.360.238 habitantes, aunque la Encuesta de Condiciones de Vida de la población, un esfuerzo académico, a partir del fenómeno migratorio de los últimos años, la calcula en 28,7 millones; el 49,89% son mujeres, las cuales sufren con mayor énfasis la crisis que se abate sobre el país (INE, 2022; Encovi, 2021).

La situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres en el país aumenta cuando sufren una enfermedad, como el cáncer de mama; el riesgo asociado a la enfermedad se acrecienta exponencialmente, debido a las barreras para acceder a tratamientos médicos adecuados y oportunos; lo que constituye un daño irreparable y una violación al derecho fundamental a la salud y a la vida.

VII. A manera de cierre

Para cumplir con los preceptos constitucionales establecidos en la Constitución vigente, durante los primeros años del nuevo milenio, el gobierno venezolano diseñó políticas públicas cuyo sustrato era la atención primaria en salud; no obstante, pese a las aspiraciones, reformas institucionales e intenciones de buena voluntad nacidas bajo el amparo del nuevo contrato social, en la práctica

ha habido un significativo desfase entre el diseño y la ejecución de las políticas sanitarias, una duplicación de esfuerzos, actores y presupuestos, con objetivos y metas similares, así como una ausencia de información precisa y actualizada que permita tomar decisiones acertadas y corregir las erradas, dar respuesta a las necesidades y hacer efectivo el derecho a la salud.

La consecuencia directa de esa disociación entre norma y realidad ha sido el abandono, por parte del Estado venezolano, de su obligación de proveer un servicio social como la salud. Los reportes consultados para la realización de esta investigación muestran que la población, muy especialmente las personas con cáncer, no tienen acceso a servicios de salud suficientes en los que se les ofrezca atención oportuna, de calidad y adecuada.

La red pública de establecimientos de salud venezolana no cumple con la función que le ha sido asignada constitucionalmente. Ausencia de insumos, fallas en la disponibilidad de tratamientos oncológicos, drogas antineoplásicas, radioterapia, insumos quirúrgicos y de anatomía patológica son descriptores comunes de la situación de salud en Venezuela.

Ante las carencias de los servicios e interrupciones de los tratamientos en los establecimientos y centros públicos de salud, miles de mujeres con cáncer de mama se ven en la obligación de acudir a instituciones privadas. En medio de la crisis multidimensional y multifactorial que sufre el país, esto supone un costo elevado que la mayoría no puede costear, lo que les lleva a una muerte que habría podido evitarse y constituye una violación al derecho a la vida, a la salud y a la no discriminación.

Al no garantizar la atención sanitaria bajo unos parámetros mínimos que permitan la prevención de la salud, su cuidado, tratamiento y rehabilitación —cuando se ha perdido—, objeto primordial del derecho a la salud, el Estado venezolano incumple el acuerdo social plasmado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

VIII. Bibliografía

Acción Solidaria (AS) (2019). *Personas con cáncer de mama en Venezuela sortean la falta de equipos y tratamientos*. Recuperado de <https://accionsolidaria.info/personas-con-cancer-de-mama-en-venezuela-sortean-la-falta-de-equipos-y-tratamientos/> [Fecha de consulta: 05/02/2022].

Acuña, X. y Osechas, K. (2006). *Campaña informativa de apoyo general para pacientes femeninas con cáncer de mama*. Trabajo de grado para optar al título de Licenciada en Comunicación social. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. Facultad de Humanidades y Educación. Escuela de Comunicación Social.

Aguilar Cavallo, G. (2010). Derechos fundamentales-derechos humanos ¿Una distinción válida en el siglo XXI? *Boletín Mexicano de Derecho comparado*, año XLIII, núm. 127, (pp. 15-71). Recuperado de www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v43n127/v43n127a1.pdf [Fecha de consulta: 05/02/2022].

Alexy, R. (1993). *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.

Alianza Nacional de la Lucha contra el Cáncer de Mama (ANLCM) (2021). *Alianza Nacional de la Lucha contra el Cáncer de Mama defiende el derecho a la salud de todas las venezolanas*. Recuperado de <https://www.sociedadanticancerosa.org/actualidad/alianza-nacional-de-la-lucha-contra-el-cancer-de-mama-defiende-el-derecho-a-la-salud-de-todas-las-venezolanas> [Fecha de consulta: 05/02/2022].

BBC (2022). *Cómo salió Venezuela de la hiperinflación y qué significa para la golpeada economía del país*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina> [Fecha de consulta: 05/02/2022].

Banco Central de Venezuela (BCV) (2022). *Estadísticas*. Recuperado de <http://www.bcv.org.ve/estadisticas/consumidor> [Fecha de consulta: 05/02/2022].

Bonvecchio, A.; Becerril-Montekio, V.; Carriedo-Lutzenkirchen, A. y Landae-ta-Jiménez, M. (2011). Sistema de salud de Venezuela. *Salud pública de México*, vol. 53, suplemento 2 de 2011 (pp. 274-286). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?> [Fecha de consulta: 05/02/2022].

Castellanos, P. L. (1982). Notas sobre el Estado y la salud en Venezuela. *Cuadernos de la sociedad venezolana de planificación*, N° 156-158 (pp. 69 -152).

Centro de Documentación y Análisis para los trabajadores (Cendas) (2021). *Canasta Alimentaria de los Trabajadores*. Recuperado de http://cenda.org.ve/fotos_not/pdf/ [Fecha de consulta: 05/02/2022].

Centro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible para América Latina (CODS) e International Development Research Center (IDRC) (2021). *Perspectivas de la salud en Venezuela. Insumos para el debate de una agenda de investigación*. Recuperado de <https://cods.uniandes.edu.co/> [Fecha de consulta: 05/02/2022].

Comisión Interamericana de derechos humanos (CIDH) (2020). *Resolución 68/2020. Medida cautelar N° 545-19. 12 mujeres con cáncer de mama respecto de Venezuela*. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/> [Fecha de consulta: 05/02/2022].

Contreras P. F. J. (1994). *Derechos Sociales: Teoría e Ideología*. Madrid: Editorial Tecnos.

Convite y Observatorio Comunitario por el Derecho a la salud (2007). *Informe sobre el Derecho a la salud en Venezuela 2007. Situación del Derecho a la Atención Sanitaria*. Recuperado de www.venescopio.org.ve [Fecha de consulta: 05/02/2022].

D'Elía, J. (2014). Situación de la salud en Venezuela. *Revista SIC*, N° 769 (pp. 388-391). Recuperado de <http://www.ildis.org.ve/website/administrador> [Fecha de consulta: 05/02/2022].

D'Elia, Y. y Cabezas, L. (2008). *Las misiones sociales en Venezuela*. Recuperado de <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/caracas/05576.pdf>

Diario TalCual (TC) (2021). *Diariamente mueren en Venezuela nueve mujeres con cáncer de mama*. Recuperado de <https://talcualdigital.com/diariamente-mueren-en-venezuela-nueve-mujeres-con-cancer-de-mama/> [Fecha de consulta: 05/02/2022].

El Diario (ED) (2022). *Canasta alimentaria alcanzó los 370 dólares en diciembre de 2021*. Recuperado de <https://eldiario.com/2022/01/11/deportistas-rechazo-vacunas-covid-19/> [Fecha de consulta: 05/02/2022].

El Diario (ED) (2021). *Alertan el aumento de la mortalidad por cáncer de mama: "Se nos están muriendo las mujeres en Venezuela"*. Recuperado de <https://eldiario.com/2021/10/01/aumento-mortalidad-cancer-de-mama-venezuela/> [Fecha de consulta: 05/02/2022].

Federación Médica de Venezuela (FMV) (2008). *Diagnóstico del sector salud en Venezuela: estudios de las enfermedades emergentes y reemergentes*. Ponencia central presentada en la LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea, realizada en Punto Fijo - Edo Falcón del 27 al 31 de octubre de 2008. Recuperado de <http://www.ovsalud.org/doc/ponencia-central.pdf> [Fecha de consulta: 14/04/2016].

Finanzas Digital (2022). *Cendas- FVM: Canasta Alimentaria Familiar en diciembre de 2021 se ubicó en US\$ 431,71*. Recuperado de <https://finanzasdigital.com/2022/01/> [Fecha de consulta: 05/02/2022].

Funcamama (2021). *Cáncer y Mujer: 2021. Informe sobre la situación del cáncer de mama y de cuello uterino en Venezuela, octubre 2021*. Recuperado de <https://www.civilisac.org/informes/cancer-y-mujer-2021-informe-sobre-la-situacion-del-cancer-de-mama-y-de-cuello-uterino-en-venezuela> [Fecha de consulta: 04/02/2022].

González, M. (2008). *Las políticas de salud en Venezuela: Alternativas para su mejoramiento*. Recuperado de <http://www.ildis.org.ve/website/administrador> [Fecha de consulta: 15/04/2016].

González, M. (2000). Descifrando las reformas del sector salud. *Revista Sic*, N° 622 (pp. 84-86). Caracas: Fundación Centro Gumilla. Recuperado de http://64.227.108.231/PDF/SIC2000622_84-86.pdf [Fecha de consulta: 10/01/2015].

González, A.; Heredia, L. H. y Suárez. B. (2018). Mortalidad por cáncer de mama en la población femenina de riesgo (15 a 75 años) en las entidades federales distrito capital, miranda y Zulia. Venezuela. Período 1995-2011. *MedULA*, vol. 027, N° 1 (pp. 1-14). Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/45169/articulo2.pdf?>

Gómez Sánchez, I. y Alarcón Flores, L. (2009). Política social y construcción de ciudadanía en Venezuela. *Multiciencias*, vol. 9, N° 2 (pp. 167-175). Recuperado de www.revistas.luz.edu.ve/ [Fecha de consulta: 05/02/2022].

Human Rights Watch (HRW) (2021). *La crisis venezolana pone en peligro a pacientes con cáncer de mama*. Recuperado de <https://www.hrw.org/es/news/2021/12/02/la-crisis-venezolana-pone-en-peligro-pacientes-con-cancer-de-mama> [Fecha de consulta: 15/01/2022].

HumVenezuela (2020). *Informe de Seguimiento de HumVenezuela*. Recuperado de <https://humvenezuela.com> [Fecha de consulta: 11/03/2021].

López Añez, J. G.; López Añez, O. I. y López Bitriaga, A. C. (2016). Focos de atención en la prevención del cáncer de mama en Venezuela. *Comunidad y Salud*, 14 (2), jul.-dic. (pp. 72-77). Recuperado de <http://ve.scielo.org/scielo.php?> [Fecha de consulta: 13/12/2021].

Lowcock, M. (2019). *Asistencia humanitaria en Venezuela*. Recuperado de <https://www.aa.com.tr/es/> [Fecha de consulta: 15/03/2020].

Médicos por la salud (MPS) (2019). *Encuesta Nacional de Hospitales (ENH) 2019*. Recuperado de <https://www.encuestanacionaldehospitales.com/antiores> [Fecha de consulta: 12/03/2020].

Molina, J. E. (1992). El Proceso de consolidación de la hegemonía en Venezuela y sus consecuencias Políticas. *Cuestiones Políticas*, N° 9 (pp. 73-81). Venezuela: Centro de Investigaciones y Estudios Políticos y Administrativos. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. Universidad del Zulia.

Naciones Unidas (2019a). *En Venezuela, se deben separar los objetivos políticos de los humanitarios*. Recuperado de <http://onu.org.ve/en-venezuela-se-deben-separar-los-objetivos-politicos-de-los-humanitarios/> [Fecha de consulta: 12/03/2020].

Naciones Unidas. Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) (2019b). *Plan de respuesta humanitaria. Venezuela*. Recuperado de <https://www.examenonuvenezuela.com/respuesta-humanitaria/> [Fecha de consulta: 12/03/2020].

Naranjo, M. (2014). La política de salud en Venezuela durante el período 1999-2012. Aportes para su formulación e implementación. *Comunidad y salud*, vol. 12, Nº 2, jul.-dic. (pp. 80-86). Recuperado de <http://www.scielo.org.ve/scielo.php> [Fecha de consulta: 15/04/2016].

Observatorio venezolano de la salud (2016). *Enfermedades transmisibles, emergentes y re-emergentes*. Recuperado de <https://www.ovsalud.org/boletines/salud/enfermedades-transmisibles/> [Fecha de consulta: 12/03/2020].

Oletta, J. F. y C. Walter (2018). *¿Qué sucede con el Programa Nacional de Cáncer en Venezuela? Mención especial a la operatividad de los equipos de radioterapia y medicina nuclear, de la red pública de centros oncológicos (MPPS-IVSS)*. Recuperado de <https://www.ovsalud.org/wp-content/uploads/> [Fecha de consulta: 11/03/2020].

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). *Cáncer de mama*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> [Fecha de consulta: 15/12/2021].

Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Observatorio Mundial del Cáncer (GCO) (2020). *Estimated number of deaths in 2020, breast, females, all ages*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?> [Fecha de consulta: 15/12/2021].

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Global Health Expenditure Database. Recuperado de https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/ [Fecha de consulta: 15/12/2021].

Organización Panamericana de la salud (OPS) (S/f). *Cáncer de mama*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama> [Fecha de consulta: 15/12/2021].

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004). *Venezuela Situación general y tendencias*. Recuperado de http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_862.htm [Fecha de consulta: 15/12/2021].

Policlínica Metropolitana (PM) (2019). *Mes de la Sensibilización del Cáncer de Mama*. Recuperado de <https://policlinicametropolitana.org/informacion-de-salud/mes-de-la-sensibilizacion-del-cancer-de-mama/> [Fecha de consulta: 15/12/2021].

Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA) (2013). *Informe Anual 2013: Situación de los derechos humanos en Venezuela*. Recuperado de <http://www.derechos.org.ve/publicaciones/inanual/index.htm> [Fecha de consulta: 01/02/2022].

República Bolivariana de Venezuela, Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2022). *Población proyectada al 30/06/2022*. Recuperado de <http://www.ine.gov.ve/index.php?> [Fecha de consulta: 15/12/2021].

República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) (2016). *Memoria y Cuenta 2015*. Caracas.

República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la salud (MPPS) (2014). *Boletín epidemiológico*. Recuperado de http://www.bvs.gov.ve/boletin_epidemiologico/ [Fecha de consulta: 08/01/2016].

Sociedad Anticancerosa de Venezuela (SAV) y HomoData (HD) (2019). *Pronósticos de la mortalidad e incidencia de cáncer en Venezuela* año 2019. Recuperado de <https://www.cancervezuela.org/publicaciones/pronosticos-mortalidad-incidencia-cancer-venezuela-2019/> [Fecha de consulta: 15/12/2021].

Sociedad Anticancerosa de Venezuela (SAV) (2019a). *Pronósticos de la mortalidad e incidencia de cáncer en Venezuela, año 2019*. Recuperado de www.cancervezuela.org [Fecha de consulta: 15/12/2021].

Sociedad Anticancerosa de Venezuela (SAV) (2019b). *Boletín de los pronósticos de la mortalidad e incidencia del cáncer en Venezuela 2019*, 3ª edición. Recuperado de www.cancervezuela.org [Fecha de consulta: 15/12/2021].

Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida (Encovi) (2021). *Condiciones de vida de los venezolanos: entre emergencia humanitaria y pandemia*. Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello. Recuperado de <https://assets.website-files.com/> [Fecha de consulta: 10/01/2022].

Walter, C. (2009). A Strange Form of Declaring a Health Emergency: The Case of Venezuela. *Medical Journal World*, vol. 55 (pp. 157-159). Recuperado de <http://www.wma.net/en/30publications> [Fecha de consulta: 16/04/2016].

Legislación

Decreto Presidencial 2.745, del 14 de diciembre de 2003. República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial N° 37865, 26/01/2004.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, Gaceta Oficial N° 5453 Extraordinario, 24/03/1999.

Fecha de recepción: 11-02-2022

Fecha de aceptación: 07-10-2022