



ESPACIO ABIERTO

Cuaderno Venezolano de Sociología



Volumen 33

Nº 2

abril-junio 2024

2

Auspiciada por la International Sociological Association (ISA)
y la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS).
Revista oficial de la Asociación Venezolana de Sociología (AVS)

El Plan Quirúrgico Nacional en Venezuela. Una mirada desde el Enfoque de Derechos

Andy Delgado Blanco

Resumen

El propósito de esta investigación es analizar la ejecución del Plan Quirúrgico Nacional, en Venezuela, tomando como marco conceptual el Enfoque de los Derechos Humanos. Para cumplir con este objetivo se examinaron documentos emanados del gobierno nacional, expertos en el tema, entes multilaterales de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales. La revisión documental realizada evidencia que el Plan Quirúrgico Nacional, en vigencia desde 2017, se ha enfocado en criterios cuantitativos como número de pacientes operados y no en aspectos sustantivos que garanticen la salud y dignidad de las personas vulnerables que requieren este servicio y le eviten riesgos innecesarios. La carencia de información sobre los criterios que se usaron para programar las cirugías y los recursos utilizados; así como la ausencia de mecanismos claros tanto de seguimiento y control como de participación ciudadana en la toma de decisiones, transparencia y rendición de cuentas son elementos que indican un incumplimiento de las predicas internacionales sobre la necesidad de políticas y programas sanitarios cuyo centro sea la dignidad de la persona humana.

Palabras clave: Plan Quirúrgico Nacional; Enfoque de Derechos Humanos; Derecho a la salud; mora quirúrgica, situación sanitaria venezolana; Venezuela.

The National Surgical Plan in Venezuela. A look from the Rights Approach

Abstract

The purpose of this research is to analyze the execution of the National Surgical Plan in Venezuela, taking the Human Rights Approach as a conceptual framework. In order to achieve this objective, documents emanating from the national government, experts on the subject, multilateral agencies of the United Nations and national and international non-governmental organizations were examined. The documentary review carried out shows that the National Surgical Plan, in force since 2017, has focused on quantitative criteria such as the number of patients operated on and not on substantive aspects that guarantee the health and dignity of vulnerable people who require this service and avoid risks unnecessary. The lack of information about the criteria that were used to schedule the surgeries and the resources used; as well as the absence of clear mechanisms for both monitoring and control and citizen participation in decision-making, transparency and accountability are indicative elements of a failure to comply with international preaching about the need for health policies and programs whose center is dignity. of the human person.

Keywords: National Surgical Plan; Human Rights Approach; Right to health; surgical default; venezuelan health situation; Venezuela.

A manera de introducción.

El acceso universal a servicios de salud de calidad, en el momento oportuno, es el *desiderátum* del derecho humano a la salud. No obstante, grandes contingentes poblacionales, sobre todo los que están en condiciones de mayor vulnerabilidad, enfrentan obstáculos y dificultades para disfrutar de prestaciones básicas en salud. Situación que se agrava cuando se trata de procedimientos y tratamientos con cierto grado de complejidad, independientemente de la necesidad que se tenga de ellos.

Corresponde al Estado planificar, dirigir y garantizar esas prestaciones, a través de políticas públicas, programas y servicios sanitarios que garanticen mínimos aceptables; en este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales con el fin de facilitar y promover la realización y universalidad del derecho a la salud, en la Observación General N° 14 fijó como elementos esenciales para evaluar su cumplimiento los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La universalidad se refiere a que la prestación abarque a todas las personas independientemente del género, edad o condición social. La calidad significa que el servicio ofrecido es apropiado y cuenta con personal altamente calificado; la disponibilidad, que se reciba cuando se necesite sin causar sufrimientos extras al paciente; la accesibilidad que los bienes y servicios sean suficientes y estén al alcance de la población (ONU, 2000).

Factores como el aumento de la población y su envejecimiento inciden en que mayores cuotas poblacionales acudan a los servicios públicos de salud, los cuales cuentan con

recursos limitados para atender esa demanda, siempre en aumento. Estas limitaciones dan lugar a la fijación de cuotas de acceso temporales o listas de espera para recibir servicios, tratamientos y procedimientos médicos.

Las listas de espera son una realidad en los servicios de salud públicos de países de altos, medianos y bajos ingresos, sobre todo cuando se trata de procedimientos quirúrgicos. Estudios en la materia, citados a lo largo de este trabajo, demuestran que los menos favorecidos económicamente tienden a esperar más que los que cuentan con seguros privados o mayores ingresos. Esta situación socava la legitimidad de los sistemas sanitarios, al perjudicar a los que menos oportunidades tienen.

La forma en la que se hace la lista, los criterios utilizados, las oportunidades de acceso, los intervinientes en la toma de decisiones y la transparencia con que se hace esta última, marcan la diferencia en términos de la realización efectiva del derecho a la salud. En todo caso, las pautas seguidas deben sustentarse en evidencias científicas y cánones médicos basados en inclusión, progresividad y equidad, que mitiguen las desigualdades y las vulnerabilidades existentes.

A partir de lo arriba indicado, este trabajo se propone dar una mirada a la ejecución del Plan Quirúrgico Nacional, en Venezuela, tomando como marco conceptual de referencia, el Enfoque de los Derechos Humanos. Para cumplir con ese propósito el análisis se ha estructurado en tres secciones, a saber: en la primera parte, se revisa el estado de la cuestión en torno a los tiempos que usualmente una persona aguarda cuando busca, formalmente, atención médico-quirúrgica, así como las diferencias entre las listas de espera y la mora quirúrgica; en segundo lugar, se hace un sucinto recorrido por la situación sanitaria venezolana, para luego revisar el mecanismo de respuesta instrumentado por el Estado venezolano para paliar la mora quirúrgica existente en el país, y, finalmente, se contrasta el Plan Quirúrgico Nacional con los postulados básicos del Enfoque de los derechos humanos.

Una significativa limitante para cumplir con el propósito de este trabajo es la opacidad reinante en materia de información pública que impide no solo una aproximación a la realidad sanitaria a través de datos oficiales, precisos y confiables, sino también la posibilidad de diseñar políticas y programas que contribuyan a mejorar esa situación. En 2005, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) comenzó a mostrar intermitencias informativas en el área de su competencia. Ya en el año 2014 suspendió la publicación de los anuarios de morbilidad y mortalidad y de los boletines anuales informativos de natalidad; desde 2016 no publica su Memoria y cuenta y para 2017 dejó de publicar las estadísticas epidemiológicas.

Para tratar de compensar las dificultades derivadas de la carencia e imprecisión de las fuentes oficiales se utilizaron datos y estimaciones provenientes de reportes y publicaciones de organismos multilaterales de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales y de especialistas en el tema.

Listas de espera y mora quirúrgica

Con el aumento de la población también se han incrementado las demandas de acceso a servicios públicos que garanticen calidad de vida, bienestar y progreso. Para satisfacer esos requerimientos los Estados han tenido que ampliar sus ofertas sociales, tecnológicas, económicas y culturales y transformarlas en oportunidades reales.

En materia sanitaria las exigencias incluyen promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación cuando sea necesario. Esto requiere de políticas públicas eficaces, que en lo cuantitativo se miden en programas y servicios sanitarios, debidamente dotados con recursos materiales y humanos (equipos, camas, insumos y personal asistencial) y en lo cualitativo, por la calidad y aceptabilidad de la atención brindada.

Factores como el envejecimiento poblacional, la innovación tecnológica aplicada al diagnóstico y la terapéutica médica han incidido en una cada vez mayor demanda de atención hospitalaria, que supera la capacidad de respuesta y los recursos del sector sanitario. Esto se traduce en un aumento de los plazos para responder, con lo cual las personas deben aguardar un mayor tiempo para recibir tratamiento a su afección, sobre todo cuando ameritan hospitalización o una intervención quirúrgica.

El tiempo que la persona aguarda se inicia en el momento en que busca, formal e institucionalmente, atención a través de una consulta, examen diagnóstico o cirugía y finaliza cuando recibe tratamiento. Esa espera que suele ser variable, tiene una relación directa con una oferta insuficiente o limitada, contribuye a aumentar los costos del sistema y el riesgo de complicaciones, al prolongar o empeorar la enfermedad y, consecuentemente, retrasar la recuperación del paciente (Monge et al, 2014; Bastias et al, 2020; Moya, 2020).

En materia quirúrgica la espera se organiza siempre que se trate de procedimientos ambulatorios o casos electivos, que no pongan en riesgo a los pacientes y se resuelvan de manera efectiva y segura. Estas operaciones electivas surgen en Reino Unido y Estados Unidos, a mediados del siglo pasado, para atender de forma subsidiaria patologías que requerían intervenciones de baja complejidad, con procedimientos mínimamente invasivos, en modo alguno intensivos, cuyo pronóstico y progreso permitía darle el alta al paciente poco tiempo después de la cirugía, debido a los cuidados breves requeridos (OCDE, 2021, Perurena, 2005, Baratas, 2010; Bachelet y Goyenechea, 2018).

La planificación e este tipo de procedimientos electivos requiere de equipos quirúrgicos (cirujanos, anestesista, instrumentistas, entre otros), tecnología apropiada e insumos. Hoy día se resuelven de esta manera colelitiasis, hernias inguinales, nódulos mamarios, histerectomías, fibromatosis uterina, esterilización, salpingectomía, cataratas, y ortopedia.

Los protocolos quirúrgicos reconocidos internacionalmente indican que, para cualquier operación, los pacientes deben ser evaluados previamente, prepararse sus historias médicas, las cuales han de quedar en los respectivos servicios y que debe contarse con los recursos necesarios antes de proceder a la intervención y, luego, hacer el respectivo seguimiento post operatorio.

La variabilidad de los lapsos de espera, entre 30 y 90 días, puede llegar a ser inequitativamente relativa y, cuando se sobrepasan, se habla de mora quirúrgica. En países europeos como Inglaterra e Irlanda, la mayor demora se produce en las cirugías ortopédicas; en Dinamarca solo 8% de la demanda supera los 90 días; en España, para diciembre de 2021, el porcentaje de los que esperaban más de seis meses para ser llamados era del 20,3% (706.640 personas), en especialidades como traumatología, oftalmología, cirugía general, urología y ginecología. Esos lapsos tienden aumentar en América Latina. Así, en Costa Rica, esos lapsos van de 200 a 500 días; en Chile, para 2017, ese promedio era de 479 días y se encontraban en lista 248.843 personas; en Honduras, para 2019, había 6 000 cirugías en espera (Bedregal et al, 2017; Guifarro y Montenegro, 2019; Castellanos,

2019; Martínez et al, 2019; Moya, 2020; OCDE, 2021; Torija, 2022).

Los criterios y estrategias para gestionar los lapsos dependen de cada sistema de salud y, en general, su objetivo es disminuir el tamaño de las listas y los tiempos de espera. En algunos casos se han aumentado capacidades, reformulado registros a partir de criterios explícitos, que aseguren calidad, equidad y eficiencia de la infraestructura, los equipos y recursos materiales y humanos; se organizaron sistemas de información en red o se revisaron los existentes, para detectar nudos críticos y mejorarlos. También se ha acudido a la figura de los subsidios a pacientes para que fuesen atendidos en el sector privado o en los sistemas sanitarios de otros países (Julio et al, 2016; Monge-Navarro et al, 2014; Bastias et al, 2020).

Las listas de espera quirúrgica no son exclusivas de ningún sistema sanitario, trátese del país que fuere, sino que son el resultado de un exceso de demanda de servicios frente a una oferta insuficiente, lo que trae como resultado demoras que, en ningún caso deben superar tiempos específicos, según las patologías, para evitar riesgos en la salud de los pacientes. La adecuada gestión de esas listas, entre otros factores, es un indicador de la salud de los sistemas sanitarios. Cada unidad quirúrgica debería estar en capacidad de establecer la lista de pacientes que tiene en espera y, dependiendo de la complejidad de la cirugía, esta debería ser atendida, conforme a criterios médicos en los que no falte la equidad.

Según el Banco Mundial unos 2 000 millones de personas no tienen acceso a servicios quirúrgicos básicos en caso de lesiones, complicaciones obstétricas, emergencias abdominales, cataratas y anomalías congénitas, entre otros. En los países de ingreso bajo y mediano el acceso universal a estos procedimientos podría evitar alrededor del 6 % y 7 % de todas las muertes (BM, 2015).

Diversos estudios coinciden en señalar tres riesgos significativos derivados de la prolongación de los tiempos de espera: deterioro de la salud de los pacientes, prolongación de su sufrimiento y erosión de la legitimidad del sistema. Esta última obedece, tanto a la exclusión derivada de la limitación del acceso de las personas a los servicios públicos de salud, como a la conversión de la dilación de la atención en un problema de salud pública (Monge et al, 2014; OCDE, 2021).

Situación sanitaria en Venezuela

Venezuela padece una crisis multidimensional y multifactorial continuada que se expresa en diferentes ámbitos (fiscal, económico, político y social) y repercute en áreas complejas como lo sanitario y lo nutricional, por solo citar dos de ellas.

De la magnitud de la crisis dan cuenta diferentes indicadores negativos (macroeconómicos, fiscales y sociales) como: caída de la producción petrolera, hiperinflación, bajos salarios, reducción del producto territorial, contracción económica, ausencia de inversión pública en sectores prioritarios, dolarización de los precios; altas tasas de criminalidad y pobreza, intermitencias en la prestación de servicios públicos, inseguridad alimentaria, migraciones internas y externas, violación de derechos humanos, escasez de alimentos y de combustible que limita los desplazamientos.

Las consecuencias de los desequilibrios señalados trascienden las fronteras venezolanas hasta llegar a los países vecinos, que han tenido que lidiar con una migración

forzada, de más de siete millones de venezolanos, lo que ha comprometido sus recursos y capacidad de respuesta. Derivado de lo anterior, en 2019, organismos del Sistema de Naciones Unidas denominaron lo que estaba ocurriendo como una crisis humanitaria. Para comienzos de 2023 la Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) había recibido sesenta y cinco millones de dólares para asistencia humanitaria. Durante los dos primeros meses de ese año esa respuesta llegó a 365 000 personas (51 % mujeres y 49 % hombres), en 278 municipios y 24 estados del país, siendo el sector salud el que cuenta con más personas atendidas (320 000) (Lowcock, 2019, ONU, 2019^a; ONU, 2019b, OCHA, 2023).

En materia sanitaria esa crisis se expresa en una baja inversión, insuficiente gasto *per cápita*, abandono de programas y servicios de salud, deterioro de la infraestructura de los establecimientos sanitarios, obsolescencia de los equipos e instrumentos, escasez de camas hospitalarias, intermitencia de la prestación de servicios públicos, interrupción de servicios esenciales, aumento en la incidencia de enfermedades, altas tasas de mortalidad materno-infantil, bajas coberturas vacunales, aumento de la deuda quirúrgica, además de exiguas remuneraciones que causan el éxodo del personal sanitario y, por ende, un déficit de personal.

Según la última Memoria y cuenta presentada al país, en 2015, por el MPPS, en 2014 solo hubo 253 245 intervenciones quirúrgicas, 694 operaciones diarias (58% emergencias); de ellas, 3 553 correspondieron a traumatología, neurología y cirugía maxilofacial (Cardona, 2016; MPPS, 2016).

El gobierno venezolano ha venido sosteniendo que la crisis sanitaria—y en general la humanitaria - se debe a las “más de 930 medidas coercitivas unilaterales” que se le han impuesto al país (DP, 2023). Esta denominación engloba el conjunto de restricciones y sanciones impuestas, por el Departamento del Tesoro de Estados Unidos, a personas individuales y colectivas de Venezuela. Las primeras datan de 2008 cuando se ordenó la congelación de cuentas y bienes personales a algunas figuras (o a sus familiares) vinculada al gobierno, quienes presuntamente se hallaban incursas en actividades ilícitas vinculadas al narcotráfico (OFAC, 2008).

Las segundas se dieron en agosto de 2017 y abril de 2019, cuando el gobierno de los Estados Unidos (EE UU) dictó otras medidas, esta vez de carácter financiero y comercial. Conforme a estas, las personas norteamericanas, naturales y jurídicas, que realizaren cualquier tipo de intercambio comercial internacional con la estatal de petróleos venezolana y sus filiales serían sancionadas. Este grupo de regulaciones afectó directamente el flujo comercial del país con los EE UU y, según explico el Departamento de Estado, obedecieron a la suspensión de los poderes constitucionales de la Asamblea Nacional, por parte del Tribunal Supremo de Justicia venezolano y la posterior convocatoria de una Asamblea Nacional Constituyente, luego de que la oposición venezolana ganara las elecciones legislativas en 2015 (Aldekoa, 2019; Bahar, D., Bustos, S. Morales, J., y Santos, M., 2019; Oliveros, 2020; Rodríguez, 2020; Anova, 2021).

Escapa al propósito de este trabajo entrar a dilucidar si la crisis sanitaria en el país es consecuencia de las medidas impuestas al gobierno venezolano. No obstante, fuentes en la materia señalan que esta es de larga data, como lo habría reconocido el entonces presidente de la República, en 2009 (HCHF, 2009).

Entre 2014 y 2022, los centros de salud públicos perdieron 71% de su personal

médico y 78% de enfermería; 95% de su planta física presentaba significativos deterioros y 68% de ellos tenía problemas de saneamiento por fallas continuas de agua, mientras que 23% sufría interrupciones eléctricas frecuentes. Las camas operativas de hospitalización se habían reducido en 63,1%, mientras que las correspondientes a las Unidades de Cuidados Intensivos, en 84,8%; 89% de los bancos de sangre y 90% de los laboratorios presentaron dificultades de operatividad. Para 2014, la deuda quirúrgica alcanzaba las 300.000 cirugías pendientes en los 241 hospitales, tipo I, II, III y IV que conforman la red hospitalaria nacional dependiente del MPPS. En marzo de 2022, 96% de los exámenes requeridos a los pacientes no se hizo (ENH, 2022, TV, s/f; Hum Venezuela 2022; HRW, 2023).

Para el primer trimestre de 2023, 8 400 personas enfermas tenían dificultades para recibir atención médica, y más de nueve millones requerían medicamentos e insumos de salud. La actividad quirúrgica habría disminuido un 70,8% y, en general, los hospitales públicos presentaban una severa escasez de insumos básicos o quirúrgicos (85%), con equipos médicos dañados o inoperativos (83%) y salas de cirugía o pabellones inoperativos (74,5%); mientras que, cerca del 100% de los equipos de imagenología no funcionaban. Hacia mediados de ese año, el promedio de los quirófanos operativos en el país era de 4, frente a los 10 y 15 que se consideran aceptables; el desabastecimiento en esta área fue de 74 %, a lo que había que agregar las fallas en el suministro de servicios básicos como agua y luz que limitan su normal funcionamiento. En el Hospital Clínico Universitario de Caracas, un hospital tipo IV, de referencia nacional, con capacidad para 1 200 camas, el tomógrafo y el resonador magnético no estaban en uso, debido a fallas del aire acondicionado y, el electrocardiograma fue comprado mediante una colecta entre trabajadores del centro. (HRW, 2023; ENH,2023, a y b).

El Plan Quirúrgico Nacional.

La repuesta estatal para reducir la deuda quirúrgica ha pasado por varias etapas. En una primera se crearon micro misiones hospitalarias y se instrumentaron turnos extra de trabajo de los equipos quirúrgicos; mientras en paralelo se nombró un Estado Mayor de Salud, al frente del cual estuvo la ministra del sector. En ese marco se planificó reparar once hospitales de referencia nacional, que equivalían al 4% de la totalidad de los existentes en el país.

Para el 22 de mayo de 2017 el Gobierno Nacional anunció la creación del Plan Quirúrgico Nacional, para atender las necesidades en la materia, estimadas en 450 000 operaciones. De acuerdo con lo anunciado, el Plan tendría una duración de dos meses, lapso en el que serían operados 100 000 pacientes, en 90 hospitales públicos. Esto representaría 22% del déficit acumulado desde 2005 hasta esa fecha. Las cirugías contempladas incluyeron las denominadas de baja, mediana y alta complejidad. Entre las primeras se consideraron hernias inguinales, umbilicales, supra umbilicales, varicocele, lipomas, verrugas, nevus, eventración, esterilizaciones; en las segundas, hidrocele testicular, fimosis, adherencia balanoprepucial, amígdalas, adenoides, frenillo. En el tercer grupo se planificaron casos de traumatología, colecistectomía, histerectomía, oncología y neurocirugía (Mppdpsgg, 2017. EE, 2017, MPPCI, 2017).

Los pacientes fueron seleccionados a través de la data del Carnet de la Patria¹ y

1 El Carnet de la Patria es una herramienta creada por el gobierno nacional, en enero de 2017, para identificar a las personas que reciben ayudas sociales del Estado, bien sea directa a través de beneficios

de forma complementaria se realizó un censo, casa por casa, en todas las entidades del país. Para esta tarea se contó con el apoyo de los Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP), grupo básico de salud, Partido Socialista Unido de Venezuela (PSUV), direcciones regionales de salud, vicepresidencia de la mujer del Partido Socialista Unido de Venezuela. Integrantes de estos grupos iban a diferentes sectores y seleccionaban los pacientes (MPPS, 2017).

Poco menos de un mes después del anuncio del inicio del Plan Quirúrgico Nacional, el 17 de junio de 2017, el entonces ministro del Poder Popular para la Salud dio cuenta de los resultados del censo quirúrgico. 88 000 colaboradores habían visitado 30 300 viviendas y habían captado 69 438 pacientes. De la cantidad indicada, 8 100 se habían hecho los exámenes preoperatorios y 2 320 ya habían sido operados, con su respectivo chequeo postoperatorio. En ese mismo acto el ministro fijó como meta para el 15 de julio: 100 000 personas intervenidas, en todo el territorio nacional, 14 630 de ellas, en el Distrito Capital. Para ese momento, Aragua era la entidad con más personas captadas e intervenidas, con 3 180 cirugías. En enero de 2018, el MPPS anunció que 21 129 personas habían operadas (MPPS, 2017; Yvke Mundial, 2017).

Las jornadas realizadas en el Hospital Dr. José Ignacio Baldó, conocido como El Algodonal, ubicado al Oeste de la capital de la República, merecieron una especial consideración por parte del titular del despacho de salud. Se informó que, en un lapso de cinco meses, se habían realizado 300 intervenciones quirúrgicas y, luego en un solo día, el sábado 10 de junio, 343 cirugías. Las cifras dadas hacían suponer que diariamente se habían realizado 1 001 intervenciones y que para el resto del año habrían de hacerse 223 347 operaciones; no obstante, expertos en la materia señalaron la inviabilidad de esta propuesta, dada la situación en la que se encontraba la red pública de salud, sin insumos y limitados recursos humanos (EE, 2017; MPPS, 2017).

Si bien el gobierno nacional anunció que el Plan duraría solo dos meses, este ha continuado tanto en la capital de la República como en varios estados del país. Para ello se ha utilizado la aplicación tecnológica VenAPP² o la denominada línea 58, a través de las cuales las personas pueden solicitar ser intervenidas quirúrgicamente. Una vez conocida su situación de salud, se les da una cita para ser examinadas y evaluadas, luego de lo se procede a la cirugía.

Para finales de julio de 2023, el Hospital Domingo Luciani, ubicado en el este de Caracas y adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, anunció en sus redes, unas jornadas a realizarse entre el 26 y el 30 de julio para atender hernias, vesículas, histerectomías, prolapsos y esterilizaciones. Meses después, en septiembre, el gobierno nacional anunció que en el lapso comprendido entre el 16 de octubre y el 1 de diciembre,

económicos o indirectamente, con un subsidio a la gasolina.

- 2 La aplicación VenApp fue diseñada por el Gobierno Nacional para que la ciudadanía pueda formular denuncias y solicitudes relativas al funcionamiento de los servicios públicos (agua, electricidad, “incidencias registradas en hospitales, ambulatorios, instituciones educativas, huecos en las calles, semáforos dañados y cualquier requerimiento de servicios públicos que afecten el buen vivir de cualquier comunidad”). De acuerdo con la información oficial el interesado envía un mensaje a través de su teléfono celular, para lo cual debe llenar un formulario en el que indique: tipo de reporte, fecha exacta del inicio del problema, lugar, fotos o documentos que la situación. Una vez completado el formulario, el usuario podrá descargarlo en formato PDF y guardarlo para usos posteriores. Disponible en: <http://www.mppef.gob.ve/venapp-una-aplicacion-soberana-del-gobierno-bolivariano-al-servicio-del-pueblo-para-mejorar-los-servicios-publicos/#:~:text=los%20servicios%20p%C3%BAblicos-,VenApp%3A%20Una%20apli>

se ejecutaría el II Plan Nacional médico quirúrgico para las Fuerzas Armadas Nacionales y el pueblo en general, con más de 14 especialidades (cirugías cardiovasculares, oncológicas, neurológicas, oftalmológicas y traumatológicas).

Según lo indicado en las redes sociales gubernamentales esas jornadas, precedidas por llamados públicos dirigidos a la captación de pacientes interesados en ser operados, debieron realizarse en los estacionamientos de los hospitales militares ubicados en los estados Táchira, Zulia, Bolívar, Aragua, Falcón, Lara Nueva Esparta y Anzoátegui y en el Distrito Capital. Poco se sabe de los resultados que dan cuenta de estos procedimientos, más allá de que en el Estado Bolívar fueron atendidos 5 500 integrantes de las Fuerzas Armadas Nacionales Bolivarianas, de las milicias, la reserva activa, y de la población de la entidad; sin que se haya podido tener acceso a otros datos (MPPS, 2023).

El Plan Quirúrgico Nacional a la luz del Enfoque de derechos.

El Enfoque de los Derechos humanos es una perspectiva normativa y metodológica que tiene por norte el desarrollo humano y se centra en la persona en tanto titular de derechos, exigibles ante la sociedad. La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas ha definido este Enfoque como un *“marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos”* (OCNUDH, 2006: 15).

Este Enfoque se ha ido consolidando a través de algunos hitos que vale la pena mencionar:

- Declaración del Derecho al Desarrollo de 1986 que coloca al ser humano como centro del proceso y por tanto participante activo y beneficiario del derecho al desarrollo.

- Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de 1993, realizada en Viena, en cuya Declaración y Plan de acción se reafirma la universalidad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos y se establece la obligación de hacer planes de derechos humanos y construir indicadores para monitorearlos.

- Cumbre sobre Desarrollo Social de Copenhague, en 1995, en la que se hizo hincapié en la necesidad de sumar esfuerzos, más allá de la cooperación y asistencia internacional, para la promoción y respeto de los Derechos humanos.

- Informe presentado en 1997, por el entonces Secretario General de las NNUU, Kofi Annan: La Renovación de las Naciones Unidas: un programa de Reforma (A/51/95014) en el que se presentó un conjunto de medidas orientadas a convertir los derechos humanos, los principios y valores que de ellos se desprenden en el epicentro de las políticas y programas del sistema.

- Cumbre del Milenio, realizada en Nueva York, en el año 2000, que afianzó los vínculos entre derechos humanos y desarrollo.

- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en 2015. Esta iniciativa traduce los Derechos humanos en objetivos y metas de carácter integrado para hacer realizables los derechos, para todas las personas, lo que abarca las esferas económica, social y ambiental.

Los Estados que integran el sistema internacional de protección de los Derechos

Humanos-Venezuela entre ellos- se han comprometido a respetar, proteger y cumplir esos derechos, en todas las áreas en que intervengan, para así lograr el desarrollo. En la búsqueda de cumplir con este objetivo se requiere que los problemas se aborden con políticas públicas cuyo diseño y ejecución se base en los estándares internacionales que se han ido construyendo, bajo los auspicios de las Naciones Unidas.

Bajo el paraguas del Enfoque de los Derechos humanos toda política pública ha de estar dirigida a cumplir con las obligaciones derivadas de los compromisos asumidos por los Estados para la garantía y cumplimiento de estos derechos. Esto pasa por establecer mecanismos específicos que por una parte, permitan a las personas desarrollar sus capacidades, en tanto titulares de derechos y no beneficiarios; y, por la otra, que el Estado pase a ser titular de obligaciones y no, proveedor de servicios.

Hoy día el diseño y la ejecución de las políticas públicas obliga a los Estados a cumplir con determinados presupuestos básicos: identificar las causas estructurales del problema, los grupos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, los derechos que les están siendo violados, las brechas que impiden el cumplimiento de esos derechos, y, no menos significativo, la construcción de indicadores basados en los derechos humanos para medir los avances de las políticas (SDDHHCIPerú, 2013).

El Enfoque de derechos requiere que los cursos de acción pública trasciendan las buenas intenciones y establezcan medidas que generen un mayor impacto y sostenibilidad, en la reducción de las inequidades sociales, las prácticas discriminatorias y las desigualdades, de modo que las personas tengan las mismas oportunidades. De allí que, la construcción y ejecución de las políticas públicas debe orientarse a través de cuatro principios básicos, transversales a toda acción: igualdad y no discriminación, progresividad y no regresividad, participación ciudadana en la toma de decisiones, transparencia y rendición de cuentas. Bajo el primero de estos lineamientos, las políticas han de identificar a las personas y grupos en situación de vulnerabilidad y, luego establecer “*estrategias, resultados, actividades, acciones afirmativas o medidas de protección especial*” dirigidas a disminuir la brecha que perpetúa la desigualdad en el cumplimiento de sus derechos y que, por ende, terminan reproduciendo la discriminación y la desigualdad (PNUD, 2005).

El principio de progresividad y no regresividad busca identificar, de forma inequívoca y siguiendo un orden jerárquico, los derechos a proteger con esa política y a asegurar los recursos que aseguren el cumplimiento de sus objetivos. El principio de participación parte de que aquellos a quienes se dirige la política han de involucrarse en su diseño y ejecución, en términos de objetivos y resultados. De allí la centralidad que tiene la identificación de los actores clave, en términos de obligaciones y derechos, grupos en condiciones de vulnerabilidad y otros actores como organizaciones de la sociedad civil. El principio de rendición de cuentas busca que se fijen las responsabilidades derivadas de las obligaciones estatales, los mecanismos y canales de acceso a información sobre las decisiones estatales y la reparación y resarcimiento por violaciones a los derechos involucrados.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, desde su Preámbulo, reconoce, de manera explícita, “*la garantía universal e indivisible de los derechos humanos*”, como pilar en sus relaciones con los ciudadanos. La preeminencia de estos derechos es considerada un valor superior de su ordenamiento jurídico (Art.2), al punto que los tratados, pactos y convenciones en la materia, suscritos y ratificados por la República, tienen jerarquía constitucional y prevalecen en el orden interno.

A lo largo del texto constitucional se garantizan la progresividad, no discriminación, participación ciudadana en la toma de decisiones, así como la transparencia y rendición de cuentas por parte de los entes públicos; con lo cual se evidencia que el espíritu y propósito del constituyente fue adscribirse a los postulados del Enfoque de los derechos humanos, ya en boga para el momento de su discusión y promulgación. Pese a las disposiciones constitucionales y los pactos suscritos por el Estado venezolano cuando se revisan los planes de desarrollo formulados desde 1999 se observa que, en general, los Derechos humanos no se expresan de manera concreta en los objetivos y metas de las políticas en ellos definidas.

El Enfoque de derechos aplicado en salud requiere que el Estado ponga a disposición de los titulares de derechos mecanismos institucionales que hagan efectivos y exigibles sus derechos, así como las prestaciones que le están asociadas. En Venezuela la fragmentación de los programas y servicios sanitarios incide negativamente en los criterios que prevalecen al priorizar en la prevención, atención y tratamiento de las enfermedades, con lo cual las personas y sus derechos dejan de estar en el centro. En el caso objeto de estudio, se evidencia que la deuda quirúrgica es admitida por el Estado venezolano cuando pone en marcha el Plan Quirúrgico Nacional; no obstante, no hay información pública sobre los criterios que sustentan su diseño y ejecución.

Se desconoce la existencia de mecanismos confiables, reconocidos internacionalmente, que suministren información sobre las personas y grupos en situación de vulnerabilidad, que pudieran requerir tratamientos quirúrgicos, para disminuir la brecha de desigualdad existente. Se carece de evidencia sobre la existencia de comisiones técnicas hospitalarias que evalúen la conformación de listas de espera y, más allá, que den cuenta de los resultados de las intervenciones realizadas, que, en algunos casos, están siendo ejecutadas por personal ajeno al hospital.

De igual manera, no hay información de que se hayan asegurado los recursos para el cumplimiento de los objetivos, sin condicionar el funcionamiento normal de los hospitales en los que se realizan las intervenciones. Lo que pudiera incidir negativamente en la capacidad de respuesta y aumento de las listas quirúrgicas de espera.

Los llamados públicos a asistir a las jornadas del Plan Quirúrgico Nacional, arriba referidos, permiten inferir que un equipo médico-quirúrgico se presenta con insumos al cierre de la semana, se habilita el área quirúrgica y allí termina el acto, sin que se tenga información sobre el seguimiento del paciente y, por ende, de la incidencia de complicaciones intra y postoperatorias o de muertes.

A manera de cierre

Un aspecto central en la toma de decisiones en cualquier materia, y muy especialmente en lo sanitario, es contar con información precisa y de calidad, para poder gestionar, de manera eficaz, eficiente, con criterios de equidad, los recursos y brindar acceso oportuno a servicios de salud.

La poca información concreta que se tiene sobre los elementos centrales del Plan Quirúrgico Nacional y la forma como se ha venido instrumentando en el país, para paliar la deuda quirúrgica existente, pareciera indicar, por una parte, que no se está cumpliendo con los protocolos reconocidos en la materia y, por la otra, que aumenta la brecha entre quienes tienen recursos económicos para ser atendidos en centros privados y los que deben acudir a los públicos.

Hasta donde se tienen conocimiento, más allá de lo reportado por algunas organizaciones no gubernamentales, citadas en las páginas precedentes, en el contexto hospitalario venezolano no se ha hecho un diagnóstico oficial sobre los recursos de infraestructura, diagnóstico, terapéuticos y humanos con los que se cuenta para atender a la demanda de servicios quirúrgicos. Tampoco de los posibles cuellos de botella que pudieran estar afectando la capacidad de respuesta de esos servicios. No existe una base de datos o registro de lista de espera hospitalaria, como lo demuestra la puesta en marcha de las aplicaciones tecnológica reseñadas o los avisos de jornadas quirúrgicas, los fines de semana.

Como consecuencia de lo anterior, se desconoce el tiempo que tarda un paciente en ser intervenido, ni cuáles son las especialidades con mayor concentración que así lo requieren, no hay padrón alguno de las intervenciones realizadas, ni en los centros donde se realiza la cirugía quedan las historias clínicas como soporte.

El énfasis del Plan Quirúrgico Nacional pareciera estar en lo cuantitativo y no en lo cualitativo. Se informa sobre la cantidad de pacientes operados, sin detenerse en el tiempo que esa persona esperó, en las complicaciones derivadas de esa espera, en la gestión de los materiales e insumos médicos quirúrgicos, en los criterios que se usaron para programar esa intervención o en quién fue preterido por no tener acceso a las redes sociales que sirven de vehículo informativo.

El Plan Quirúrgico Nacional fue diseñado en 2017, para ser ejecutado en dos meses; no obstante, más de seis años después, en 2024, sigue vigente, sin que pareciera que está llegando a su fin. Esa prolongación en el tiempo sirve de indicador de fallas recurrentes en el entramado sanitario venezolano. Más allá de eso, denota un incumplimiento a las predicas internacionales, en materia de Derechos humanos que postulan la necesidad de políticas y programas sanitarias en las que la persona humana y su dignidad estén en el centro del sistema.

Todo lo anterior socava la legitimidad de los servicios sanitarios venezolanos, al perjudicar a los que menos oportunidades tienen y se constituye en una exclusión continuada en el tiempo, al limitar el acceso de las personas a servicios de salud oportunos y de calidad.

Referencias

ALDEKOA, J. (2019). "Are the Sanctions Causing Venezuela's Deterioration?". **Observatorio de coyuntura económica**. Universidad Francisco Marroquín. Disponible en: <https://trends.ufm.edu/en/article/sanctions-causing-venezuelas-deterioration/>

BACHELET, V., y M. GOYENECHEA. (2018). "Resumen de evidencia sobre tiempos de espera para cirugías electivas para apoyar la toma de decisiones. **Políticas de salud**. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1254294/pb_tiempos-de-espera-para-cirugias-electivas.pdf

BAHAR, D., BUSTOS, S. Morales, J., y SANTOS, M. (2019). **Impact of the 2017 sanctions on Venezuela: Revisiting the evidence**. Brookings Institution. Disponible en: <https://www.brookings.edu/research/revisiting-the-evidence-impact-of-the-2017-sanctions-on-venezuela/>. Consultado el 11 de enero de 2020.

BARATAS DE LAS HERAS, M. (2010). **La cirugía ambulatoria en un hospital público del grupo 5: aspectos organizativos, económicos y de gestión de lista de espera quirúrgica**. Memoria para optar al grado de doctor. Universidad complutense de

Madrid. Facultad de medicina. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/9820/1/T31482.pdf>. Consultado el 3 de febrero de 2023.

BASTÍAS, G., BEDREGAL, P., FERRER ORTIZ, J. C., FULGUEIRAS, M., KLAPP BELMAR, M., & TELLO ESCOBAR, C. (2020). “Propuestas para desconfinar la espera en la salud pública”. **Temas de la agenda pública**, Centro de Políticas Públicas UC. año 15. N 132 / noviembre 2020. Disponible en: <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/50182>. Consultado el 2 de marzo de 2023.

BEDREGAL, P.; FERRER, J. C.; FIGUEROA, B.; TÉLLEZ, Á.; TELLO, C.; VERA, J. y C. ZURO. 2017. “La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro”. **Temas de la agenda pública**. Año 12 / No 102 / diciembre. Centro de políticas públicas. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2017/12/propuestas_listas_espera.pdf. Consultado el 2 de marzo de 2023.

CARDONA, L. (2016). “La discontinuidad administrativa atenta contra la salud del venezolano”, en: **Debates IESA**. Volumen XXI . Número 1. enero-marzo. Disponible en: <http://www.debatesiesa.com/la-discontinuidad-administrativa-atenta-contrala-salud-del-venezolano/> Consultado el 12 de mayo de 2023.

CASTELLANOS, J. (2019). **Lamentable que el CMH violente los derechos humanos y aumente la mora quirúrgica**. Declaraciones para el diario El Mundo. 24 de mayo. Disponible en: <https://elmundo.hn/julieta-castellanos-lamentable-que-el-cmh-violente-los-derechos-humanos-y-aumente-la-mora-quirurgica/> Consultado el 15 de mayo de 2023.

CHÁVEZ FRÍAS, H. (HCHF). (2009). **Declaraciones formuladas en Consejo de Ministros ampliado realizado en el estado Guárico**. .Disponible en: <http://www.eluniversal.com/2009/09/24/pol>. Consultado el 16 de abril de 2015.

GUIFARRO, J. y D MONTENEGRO. (2019). “Modelo Matemático de programación de cirugías para un hospital público en Tegucigalpa, Honduras”. **17th LACCEI International Multi-Conference for Engineering, Education, and Technology: “Industry, Innovation, And Infrastructure for Sustainable Cities and Communities”**, 24-26 July 2019, Jamaica. Disponible en: https://laccei.org/LACCEI2019-MontegoBay/student_papers/SP256.pdf. Consultado el 1 de abril de 2023.

JULIO, C.; WOLFF, P.; M. V. YARZA. (2016). “Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia”. **Rev Med Chile** 2016; 144: 787-794. Rev. méd. Chile vol.144 no.6 Santiago jun. 2016. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600014

LOWCOCK, M. (2019). **Asistencia humanitaria en Venezuela**. Disponible en: <https://www.aa.com.tr/es/mundo/experto-de-onu-afirma-que-en-venezuela-se-deben-separar-objetivos-pol%C3%ADticos-y-humanitarios/1448473>. Consultado el 20 de julio de 2023.

MARTÍNEZ BARAHONA, L. D.; MEDINA CHÁVEZ, V. E. y G. PEÑA CABÚS. (2019). “Cirugía Reconstructiva en misiones médicas. Experiencia en Honduras”. **Cir. plást. iberolatinoam.**-Vol. 45 - N° 1 Enero - Marzo 2019 / Pag. 91-98. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v45n1/1989-2055-cpil-45-01-0091.pdf>. Consultado el 10 de agosto de 2023.

MONGE-NAVARRO, A.; MURILLO-SANCHO, G.; CALDERÓN-CÉSPEDES, A.; VEGA- ARAYA, A. y A. AGUILAR-CUBILLO. (2014). “Listas de espera”, en: **Acta Médica**

Costarricense, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Vol. 56 (2) abril-junio, 2014. Consultado el 15 de agosto de 2023.

MOYA CISNEROS, C. A.. (2020). “La mercantilización y lista de espera, de la salud en Costa Rica”, en: **Revista Especializada en Estudios Culturales y Humanísticos**. núm. 17. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/227/2271334011/html/>. Consultado el 15 de agosto de 2023.

OLIVEROS, L. (2020). **Efecto de las Sanciones Financieras y Petroleras sobre Venezuela. Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA)**. Disponible en: <https://www.wola.org/wp-content/uploads/2020/10/Oliveros-Resumen-FINAL.pdf>. Consultado el 13 de marzo de 2023.

PERURENA, J. (2005). **Desmitificando la mora quirúrgica**. Disponible en: <https://www.prensa.com/imprensa/opinion/Desmitificando-mora-> Consultado el 1 de marzo de 2023.

RODRÍGUEZ, F. (2020). **The Impact of U.S. Sanctions on Oil Production and the Humanitarian Emergency in Venezuela**. Disponible en: <https://www.wola.org/events/sanctions-venezuela-oil-humanitarian-emergency/>. Consultado el 13 de junio de 2023.

TORIJA, Beatriz. (2022). **Atasco en la sanidad pública: más de 7000 000 personas, en lista de espera para una cirugía**. Disponible en: https://www.65ymas.com/sociedad/atasco-en-sanidadca-mas-700000-personas-en-lista-espera-cirurgia_40241_102.html. Consultado el 14 de mayo de 2023.

Documentos Oficiales e institucionales

ANOVA. (2021). “Impacto de las Sanciones Financieras Internacionales contra Venezuela: Nueva Evidencia”. **Anova policy research**. Año 3, Número 1, enero. Disponible en: <https://thinkanova.org/wp-content/uploads/2021/02/Anova-Policy-Brief-Sanciones.pdf>

BANCO MUNDIAL (BM). (2015). **La cirugía podría salvar millones de vidas en los países en desarrollo**. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/03/26/surgery-could-save-millions-of-lives-in-developing-countries>

DEFENSORÍA DEL PUEBLO (DP). (2023). **Defensor del Pueblo: Medidas coercitivas unilaterales constituyen crímenes de lesa humanidad contra el pueblo venezolano**. 6 de septiembre de 2023. Disponibles en: <http://www.defensoria.gob.ve/index.php/2023/09/06/defensor-del-pueblo-medidas-coercitivas-unilaterales-constituyen-crmenes-de-lesa-humanidad-contra-el-pueblo-venezolano/>. Consultado el 6 de septiembre de 2023.

EL ESTÍMULO (EE). (2017). **Plan quirúrgico exprés del gobierno intenta maquillar la crisis**. 15 de junio, 2017. Disponible en: <https://elestimulo.com/salud-el-estimulo/2017-06-15/se-necesitan-2-200-medicos-para-el-plan-quirurgico-de-min-salud/>. Consultado el 6 de septiembre de 2023.

ENCUESTA NACIONAL DE HOSPITALES (ENH). (2023^a). **Acceso a servicios públicos: aguayluz**. Boletín VII. Julio. Disponible en: www.encuestanacionaldehospitales.com. Consultado el 10 de agosto de 2023.

ENCUESTA NACIONAL DE HOSPITALES (ENH). (2023^b). **Camas y quirófanos operativos y personal de emergencia**. Boletín VIII. Agosto. Disponible en: www.encuestanacionaldehospitales.com

encuestanacionaldehospitales.com. Consultado el 10 de agosto de 2023.

ENCUESTA NACIONAL DE HOSPITALES (ENH). (2022). **Informe anual 2022 encuesta nacional de hospitales**. Disponible en: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Spanish_Web_draft6.pdf. Consultado el 10 de agosto de 2023.

HUMAN RIGHTS WATCH. (HRW) (2023). **Informe mundial 2023. Venezuela. Eventos de 2022**. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/world-report/2023/country-chapters/Venezuela>. Consultado el 11 de septiembre de 2023.

HUM VENEZUELA. (2022). **Informe de seguimiento a los impactos de la Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela tras el confinamiento por la pandemia de COVID**. Actualización a Marzo 2022 y evolución comparada con Marzo 2020 y Junio 2021. Disponible en: <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2022/09/HumVenezuela-Informe-Marzo-2022.pdf>. Consultado el 3 de abril de 2023

NACIONES UNIDAS. OFICINA DE NACIONES UNIDAS PARA LA COORDINACIÓN DE ASUNTOS HUMANITARIOS (OCHA). 2023. **Informe de situación enero-febrero 2023**. Disponible en: <https://reports.unocha.org/es/country/venezuela-bolivarian-republic-of/>. Consultado el 11 de marzo de 2023.

NACIONES UNIDAS (2019a) **En Venezuela, se deben separar los objetivos políticos de los humanitarios**. Disponible en: <http://onu.org.ve/en-venezuela-se-deben-separar-los-objetivos-politicos-de-los-humanitarios/>. Consultado el 15 de marzo de 2020.

NACIONES UNIDAS. OFICINA DE NACIONES UNIDAS PARA LA COORDINACIÓN DE ASUNTOS HUMANITARIOS (OCHA). (2019b). **Plan de respuesta humanitaria. Venezuela**. Disponible en: <https://www.examenonuvenezuela.com/respuesta-humanitaria/plan-de-respuesta-humanitaria-para-venezuela-2019-es-fundamental-centrar-la-atencion-en-satisfacer-las-necesidades-de-los-venezolanos>. Consultado el 15 de marzo de 2020.

NACIONES UNIDAS. PNUD (2005) **Los derechos humanos en el PNUD** Nota práctica. Nueva York, PNUD. Disponible en: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Spanish_Web_draft6.pdf. Consultado el 15 de marzo de 2020.

NACIONES UNIDAS. 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. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General 14**. Recuperado de: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos>. Consultado el 15 de marzo de 2020.

OCDE. (2021). **Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE**. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2021_fea50730-fr#:~:text=L'esp%C3%A9rance%20de%20vie%20est,OCDE%2C%202021%5B10%5D). Consultado el 10 de abril de 2023.

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (OCHCHR) .2006.2008. **Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo**. Disponible en: <https://unsdg...org/sites/default/files/4.4-OHCHR-Preguntas-fruquentes-FAQ-sp-1.pdf>. Consultado el 15 de marzo de 2020.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. MINISTERIO DEL PODER

POPULAR DEL DESPACHO DE LA PRESIDENCIA Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN DE GOBIERNO (MPPDPSGG). (2017). Plan Quirúrgico Nacional ha atendido a más de 23 mil venezolanos. Prensa Mppdpsgg/13.6.17.- Disponible en: http://presidencia.gob.ve/Site/Web/Principal/paginas/classMostrarEvento3.php?id_evento=5509. Consultado el 16 de septiembre de 2023.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN (MPPCI). (2017). Plan Quirúrgico Nacional beneficia a más de 23 mil personas. 13-6-2017. Disponible en: <http://www.minci.gob.ve/plan-quirurgico-nacional-ha-beneficiado-mas-23-mil-personas/>. Consultado el 13 de junio de 2023.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (MPPS). (2023). II Plan Médico Quirúrgico para la FANB atendió a más de 5 mil 500 personas en Bolívar. Octubre. Disponible en: <http://mpps.gob.ve/ii-plan-medico-quirurgico-para-la-fanb-atendio-a-mas-de-5-mil-500-personas-en-bolivar/>. Consultado el 13 de octubre de 2023.

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). (2017). Nota de prensa. <http://www.fmba.gob.ve/index.php/2017/05/23/gobierno-bolivariano-inicia-plan-quirurgico-nacional/>

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. (1999). **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**. Caracas, Gaceta Oficial N° 5.453. Extraordinario. 24 de marzo de 1999.

SUBGRUPO DE DEMOCRACIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN EL PERÚ (SDDHHCIPERÚ). (2013). **Formulación de Políticas Públicas y Proyectos de Desarrollo Aplicando el Enfoque Basado en Derechos Humanos**. Disponible en: https://bibliotecadigital.aecid.es/bibliodig/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1026562. Consultado el 13 de junio de 2023.

TRANSPARENCIA VENEZUELA (TV). (2022). **Crisis sanitaria, hospitales muestran abandono y pérdidas**. Disponible en: <https://transparenciave.org/crisis-sanitaria-hospitales-muestran-abandono-y-perdidas/>. Consultado el 13 de junio de 2023.

U.S. DEPARTMENT OF THE TREASURY'S OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL (OFAC). 2008. **Treasury Targets Venezuelan Government Officials Supporting the FARC**. September 12, 2008. HP-1132. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20101121115335/http://www.treas.gov/press/releases/hp1132.htm>. Consultado el 13 de junio de 2023.

YVKE MUNDIAL. (2017). Plan Quirúrgico Nacional estima intervenir 100 mil personas este 15-J. Informó el ministro Luis López. 13 de junio de 2017. Disponible en: <https://yaracuy.gob.ve/web/noticias/more/15182-Plan-Quirrgico-Nacional-estima-intervenir-100-mil-personas-este-15J> Consultado el 13 de junio de 2023.