

ppi 201502ZU4645

Publicación científica en formato digital

ISSN-Versión Impresa 0798-1406 / ISSN-Versión on line 2542-3185

Depósito legal pp 197402ZU34

# CUESTIONES POLÍTICAS

Instituto de Estudios Políticos y Derecho Público "Dr. Humberto J. La Roche"  
de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad del Zulia  
Maracaibo, Venezuela



Vol.40

N° 74

2022

# Los trasplantados en Venezuela. Un caso de vulneración de derechos humanos

DOI: <https://doi.org/10.46398/cuestpol.4074.33>

*Andy Delgado Blanco* \*

## Resumen

El propósito de este trabajo es examinar la situación en la que se encuentran las personas que requieren un trasplante de órganos, tejidos y células o han sido trasplantadas, en Venezuela, a los efectos de saber si sus derechos humanos están siendo vulnerados. Para cumplir con este objetivo se hizo una revisión exhaustiva de las declaraciones, tratados y pactos Internacionales más significativos en materia de Derechos Humanos y del derecho interno venezolano. Adicionalmente, se revisaron documentos emanados de las Naciones Unidas y de organizaciones no gubernamentales venezolanas que permitieron una aproximación a la realidad. Los resultados muestran que el Estado venezolano viola sistemáticamente el derecho a la vida y la salud de quienes necesitan un trasplante o han sido trasplantados.

**Palabras clave:** Trasplante de órganos; tejidos y células; derechos humanos; derecho a la salud; Venezuela.

---

\* Docente investigadora y jefe del Área Desarrollo y Salud del Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela (UCV). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1528-1285>

## The transplanted in Venezuela. A case of violation of human rights

### Abstract

The purpose of this paper is to examine the situation of people who require a transplant of organs, tissues and cells or who have been transplanted, in Venezuela, in order to know if their human rights are being violated. To achieve this objective, a comprehensive review was carried out of the most significant international declarations, treaties and covenants in the field of human rights and Venezuelan domestic law. *Furthermore documents* emanating from the United Nations and Venezuelan non-governmental organizations *were checked* to provide objective evidence of reality. The results show that the Venezuelan State systematically violates the right to the health and to the life, of those who need a transplant or have been transplanted.

**Keywords:** Transplantation organ; tissue and cell transplantation; human rights, right to the health; Venezuela.

### A manera de introito

Este trabajo se propone examinar la situación en la que se encuentran las personas que requieren un trasplante de órganos, tejidos y células o han sido trasplantadas, en Venezuela, a los efectos de saber si sus derechos humanos están siendo vulnerados.

En la medida en que la sociedad ha evolucionado las esperanzas de prolongar la vida han ido aumentando de forma progresiva; de igual manera, la visión de la salud, requisito básico para la vida, ha ido mutando hasta romper con el paradigma biologicista. Hoy día, toda conceptualización de la salud compromete a la sociedad de manera integral al conjugar conceptos como mínimos vitales, bienestar, calidad, justicia, equidad, libertad, responsabilidad, derechos y oportunidades.

Proteger la vida y la salud de las personas pasa por garantizarles acceso oportuno a servicios públicos sanitarios de calidad y oportunidades sociales e institucionales, a lo largo de su ciclo de vida y en los diferentes grados de complejidad, que se desprenden de las contingencias (enfermedad, discapacidad, invalidez, maternidad) que acontecen, desde el nacimiento hasta la muerte, y que hacen la diferencia entre conservarse saludable, recuperar la salud o morir.

La pérdida de la salud puede sobrevenir por diferentes causas, derivadas de situaciones límites que comprometen la vida de la persona o su calidad.

Una, entre tantas, ocurre cuando hay falla o insuficiencia irreversible en un órgano. En estos casos se requiere de políticas públicas, estrategias, estudios anatómicos, investigaciones, protocolos y tratamientos cuyas implicaciones y consecuencias trascienden lo sanitario y se adentran en el ámbito jurídico, filosófico, sociológico e incluso ético y religioso teniendo siempre como norte el respeto de la dignidad humana, de donantes y receptores.

La extracción, trasplante o implantación de órganos y tejidos trasciende aspectos técnicos o médicos e involucra la garantía de derechos inalienables como la vida, integridad física y psíquica, salud, libertad y dignidad humana; de allí la necesidad de involucrar a la sociedad en general, y muy especialmente, al Estado, para velar porque esos tratamientos terapéuticos se realicen en óptimas condiciones de respeto a la persona.

Cuando los trasplantes quirúrgicos de órganos, tejidos y células humanas, de donantes fallecidos o vivos a personas enfermas, son la única alternativa de tratamiento que tiene una persona para recuperar su salud, corresponde al Estado, a través de un sistema sanitario público, ser el garante de algunos aspectos básicos, como: a) procedimientos y tratamientos necesarios de alta calidad, seguros, eficaces y oportunos, para que no se ponga en riesgo de infecciones graves o muerte ni al donante ni al receptor, con personal suficiente, con una elevada formación técnica y humana; b) disponibilidad de los medicamentos que garanticen la continuidad de la vida; c) marco legal que regule los diferentes eventos del proceso; d) cuidados de por vida hasta el término natural de ésta a donantes y receptores, por razones derivadas o relacionadas con el trasplante, teniendo siempre como norte la dignidad humana.

Cuando una persona ve amenazada su vida porque no tiene acceso a un trasplante, o habiendo sido trasplantado, no recibe los medicamentos que garanticen que su organismo no rechazará el órgano, lo que en realidad se le niega, más allá del de la salud, es el derecho a la vida; lo que constituye una grave violación a sus derechos humanos. La salud es una condición habilitante para el ejercicio de derechos como la vida, la libertad, igualdad e integridad física, por lo resulta imprescindible contar con un sistema público que provea servicios sociales que contribuyan a su logro.

Desde mediados del siglo pasado el avance en materia de trasplantes quirúrgicos de órganos humanos de donantes fallecidos o vivos a personas enfermas o moribundas se han venido realizando con notable éxito, en el mundo, en la medida en que se superaron diferentes escollos. América Latina y, muy particularmente, Venezuela se incorporaron con éxito a la realización de estas prácticas terapéuticas desde los años sesenta.

En la actualidad, en medio de la crisis humanitaria que padece el país, la realización de esta terapéutica se ha visto restringida al mínimo y numerosas personas trasplantadas no tienen acceso a los medicamentos y tratamientos que ameritan, lo que ha causado una gran pérdida de vidas humanas.

Para cumplir con el objetivo *ut supra* propuesto, el análisis a realizar se ha estructurado en tres partes; en la primera, se expone la relación entre los trasplantes de órganos y los derechos humanos; luego se revisa la situación sanitaria venezolana, para de seguidas exponer los avances y retrocesos de los trasplantes en Venezuela.

Cabe destacar que la falta de disponibilidad de estadísticas gubernamentales impide aproximarse al tema, a través de fuentes oficiales. Para superar este obstáculo se han utilizado documentos emanados de organismos del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones gubernamentales, nacionales e internacionales, ampliamente reconocidas.

## 1. Trasplantes de órganos y derechos humanos

La donación, extracción y trasplante de órganos es un complejo proceso terapéutico, al que se acude cuando no hay alternativas para salvar la vida de la persona afectada o mejorar sustancialmente su calidad de vida. *Grosso modo* consiste en implantar un órgano (riñón, hígado, pulmones, páncreas, córnea, corazón, hueso, tubo digestivo, intestino) o tejido (médula ósea, células endocrinas, córneas, huesos y piel) extraído del cuerpo de un donante a otra persona, para salvar su vida, recuperarse de una enfermedad grave o de una discapacidad con el objetivo de sustituir la función del órgano afectado.

La Organización Mundial de la Salud define los trasplantes como la transferencia (injerto) de células, tejidos u órganos humanos de un donante a un receptor con el objetivo de restaurar la función en el cuerpo. Puede darse en quienes están sometidos a tratamientos como la diálisis o padecen de enfermedades terminales; también, de una persona fallecida o una viva, caso en el cual se dona fluido, tejido renovable, células o un órgano, en su totalidad, caso de un riñón o una parte susceptible de regenerarse, el hígado, por ejemplo (Who, 2009; Portillo, 2019).

El desarrollo de los trasplantes quirúrgicos de órganos humanos, de donantes fallecidos o vivos a personas enfermas o moribundas, está unido al siglo XX. De ello dan cuenta tanto los fracasos iniciales, derivados de los rechazos de los sistemas inmunológicos; como sus esperanzadores éxitos, producto del hallazgo de medios adecuados para reducir el peligro de esos rechazos.

Las pioneras investigaciones de Alexis Carrel en anastomosis vascular, que le llevarían a ganar el Nobel de Medicina en 1912, le abrieron un lugar en la historia por sus trabajos de sutura vascular, trasplante de vasos sanguíneos y de órganos. Más tarde, introduciría, con Mathew-Jaboulay, técnicas en cirugía vascular imprescindibles para el avance del trasplante de órganos; en 1933 vendría el primer trasplante renal de cadáver, realizado

en Ucrania, por Voronoy, quien demostró que era posible sustituir órganos (Incortrd, s/f).

Los avances en materia de trasplantes alcanzaron su clímax luego de la Segunda Guerra Mundial. El 24 de diciembre de 1952, en el Hospital Necker de París, tuvo lugar el primer trasplante de riñón entre familiares consanguíneos; el 23 de diciembre de 1954, en el hospital Peter Bent- 12 - Brigham de Boston, los doctores Murray, Merrill y Harrison lograron el primer trasplante renal con éxito total al trasplantar a un paciente, un riñón procedente de su gemelo idéntico, sin que hubiera rechazo. En 1958, también en Boston, se realizó por primera vez un trasplante, utilizando medicamentos inmunosupresores, lo que evitó el rechazo; en 1959 se hizo el primer trasplante exitoso de riñón entre gemelos fraternos (Incortrd, s/f).

En la década de los sesenta continuaron los progresos. En 1960 se trasplantó con éxito un hígado entre hermanos, no gemelos; en 1962 se trasplantó por vez primera, y con satisfacción, un riñón de cadáver; en marzo de 1963, en Denver, Colorado, el Dr. Thomas Starlz hizo el primer trasplante hepático; luego, en 1967, también en Colorado, tuvo lugar el primer trasplante con supervivencia prolongada a una niña de un año y medio de edad. En 1963, en Jackson, Mississippi, D. Hardy hizo el primer trasplante clínico de pulmón; en diciembre de 1966, en la Universidad de Minnesota, se hizo el primer trasplante de páncreas de la historia. Más tarde, Lillehei y Kelly trasplantaron un riñón y un páncreas, a una paciente diabética en diálisis, consiguiendo función de ambos órganos. (Rachen, 2021; Portillo, 2019; Brena, 2002; PM, s/f).

Los trasplantes de otros órganos no se hicieron esperar. En 1967, en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, Cristian Barnard hizo el primer trasplante cardíaco. En 1968, se llevó a cabo el primer trasplante de médula ósea y, en 1971, el de ovarios; más tarde, en 1977, el de testículos. En el presente siglo, el de útero hasta llegar a los trasplantes de rostro (Rachen, 2021; Portillo, 2019; Brena, 2002; PM, s/f).

América Latina se incorporó a esos adelantos terapéuticos en 1957, cuando se realizó el primer trasplante renal en Argentina. Seguirían México, en 1963; Brasil, en 1964; Perú y Colombia, en 1966. Para 1968 se hicieron trasplantes de corazón en Chile, Brasil, Argentina y Venezuela; de hígado, páncreas e intestino en Brasil. En la actualidad, en casi todos los países de la región se hacen trasplantes de riñón, hígado, páncreas, pulmón e incluso de corazón. El de intestino ha sido practicado en Brasil, Argentina y México (Duro, 2004).

La obtención de órganos y tejidos y su posterior inserción o injerto en una persona implica aspectos logísticos, jurídicos y políticos. En lo logístico el sistema sanitario ha de cumplir con protocolos médicos, que incluyan técnicas quirúrgicas y clasificación de tejidos, seguimiento y tratamiento post

trasplantes, a receptor y donante; hasta llegar a la garantía de la existencia y adquisición de los medicamentos inmunodepresivos, asignación y administración de recursos financieros (adecuados y suficientes) y humanos (con conocimientos, capacidades y sensibilidad).

En lo jurídico ha de contarse con una legislación que establezca principios, derechos y obligaciones de todas las partes involucradas. Entre otros aspectos se incluyen la regulación de la expresión del consentimiento y las formalidades que ha de tener el registro de donantes y receptores. En lo político, el sistema debe garantizar un acceso equitativo, justo y apropiado a la atención médica, oportuna y de calidad, que se necesita.

La donación, extracción y trasplante de un órgano para salvar una vida, o devolverle la salud a un ser humano está intrínsecamente vinculada al respeto de su dignidad. Tanto donante como receptor son personas y su cuidado trasciende una visión instrumental del cuerpo u órgano a trasplantar. Esa dignidad es la razón y marco rector que orienta los principios que orientan los derechos humanos, desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los pactos internacionales de derechos, convenciones, cartas, protocolos, observaciones generales, resoluciones, recomendaciones, lineamientos, planes de acción y otras iniciativas emanadas del sistema de protección de los derechos humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

La Declaración de los Derechos del Hombre, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, deja claro en su artículo 1 que todos los seres humanos han de gozar de todas las libertades y derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales sin discriminación alguna. El derecho humano por antonomasia es el derecho a la vida, que no se limita a la idea de exorcizar el peligro de muerte, sino que abarca la posibilidad concreta de que una persona pueda recuperar y mejorar sus condiciones de salud, en lo físico y lo psíquico. De allí el sentido que tiene un trasplante para una persona cuyas funciones vitales se encuentran amenazadas o perturbadas (ONU, 1848; Bermúdez, 2018).

El derecho a la vida no puede entenderse sin el de la salud y la integridad física. La definición de salud ha ido variando hasta concitar acuerdos mínimos, sobre una concepción, que apela al mayor bienestar posible del que pueda gozar la persona. Esto es así, porque las libertades y posibilidades con las que puede contar un ser humano, en general, como ha señalado Amartya Sen, dependen de los logros en salud: “No podemos hacer muchas cosas si estamos discapacitados o incesantemente abrumados por la enfermedad y son muy pocas cosas las que podemos hacer si no estamos vivos” (Sen, 2002:306).

Así como el concepto de salud ha venido mutando, el del derecho que la garantiza también lo ha hecho, para alcanzar un contenido mínimo esencial

y un mayor alcance en cuanto a las obligaciones de los Estados, como se establece en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) y la Observación General N° 14, formulada en el año 2000, por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Esta última lo define “como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.

El artículo 12 del PIDESC tiene un significativo alcance. De un lado, establece el compromiso y obligación de los Estados partes para prevenir y tratar las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas. Del otro, les insta a crear condiciones que aseguren asistencia y servicio médico a todos, en caso de enfermedad (ONU, 1966).

Con la firma y ratificación del tratado, los Estados partes se obligaron a desarrollar un sistema de protección a la salud, que brinde a las personas la igualdad de oportunidades para su disfrute. Así como el adoptar medidas complementarias que van desde el reconocimiento jurídico del derecho, pasando por la formulación de políticas públicas, hasta llegar a la aplicación de programas en la materia (ONU, 1966).

La Observación General N° 14 alude a la efectiva realización del derecho a la salud, a través de una atención oportuna y apropiada. Para hacerlo propone dos mecanismos complementarios, en aras de garantizar la atención. En primer lugar, la creación de condiciones para reducir los casos de enfermedad y, en segundo término, instituye la asistencia médica cuando hubiere lugar (ONU, 2000).

En las América, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana de Derechos Humanos y el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), entre otros, han hecho suyos los principios de derechos humanos universales, otorgando primacía al derecho a la vida, la integridad física, la salud. También ha fijado criterios de progresividad y de no regresividad que respeten la libertad, igualdad y dignidad de la persona humana.

El contenido del derecho a la salud fue establecido en el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador). Comprende la atención primaria de la salud universal, total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole. Todo ello con el fin de lograr, la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo, que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables

En materia de derechos sociales, y la salud es uno de ellos, los instrumentos jurídicos, doctrina y jurisprudencia internacional han dividido las obligaciones del Estado en positivas y negativas. Las positivas o prestacionales son entendidas como la instrumentación las acciones necesarias para que las personas accedan a los derechos, a través de legislación, políticas públicas y programas.

Las obligaciones negativas se dividen a su vez en respeto y protección. La obligación de respetar implica que el Estado ha de abstenerse de efectuar actos, que puedan menoscabar un derecho. La obligación de proteger pasa por evitar que terceros vulneren los derechos, imponiendo sanciones a quienes atenten contra estos o estableciendo mecanismos judiciales adecuados, para exigir su respeto.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos es el ente competente para conocer sobre la interpretación y aplicación de las disposiciones de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Este tribunal ha reconocido que el derecho a la vida comprende no solo el derecho a no ser privado de ella arbitrariamente, “sino también el derecho a que no se le impida el acceso a condiciones que le garanticen una existencia digna” (CorteIDH, 2015).

Para cumplir con su obligación de garantizar el derecho a la vida, los Estados miembros de la comunidad de naciones tienen una doble obligación. Por una parte deben abstenerse de privar de la vida a una persona (deber de respeto); por la otra, deben tomar todas las medidas necesarias para proteger y preservar el derecho a la vida, de los ataques de terceros (deber de protección). En este sentido la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha determinado la que la afectación a la salud tiene un impacto en su derecho a la vida, y, en diferentes sentencias ha ordenado a los Estado brindar asistencia médica gratuita e incluso psicológica (CorteIDH, 2015).

En 2005, en el *Caso* comunidad indígena Yakye Axa vs. Paraguay la Corte consideró que el Estado tiene el deber de adoptar medidas positivas orientadas a la satisfacción de una vida digna, en especial cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad y riesgo cuya atención se vuelve prioritaria. En esta sentencia la corte señaló que un Estado es responsable por la falta de accesibilidad física y geográfica de establecimientos de salud, para los miembros de la comunidad. Ha determinado, igualmente, la responsabilidad de las autoridades judiciales por las falencias y la demora en el proceso, al no garantizar a una víctima la reparación que le hubiera permitido acceder al tratamiento médico necesario para su problema de salud (Corte IDH, 2005 y 2013).

La sociedad, y particularmente, los Estados deben crear facilidades, bienes, servicios y condiciones que hagan posible prolongar la vida, mejorar su calidad y recuperar la salud de las personas, cuando esta se ha perdido.

También deben impedir que sus agentes, o particulares, atenten contra el derecho. Cuando se producen violaciones del derecho, deben instrumentar mecanismos dirigidos a obtener las reparaciones inmediatas y subsanar el daño u omisión. En materia de salud, sostiene Sen (2002), pocas cosas revisten de tanta importancia como la provisión de servicios médicos y asistencia sanitaria.

El trasplante de órganos es una vía terapéutica que tienen pacientes con insuficiencias orgánicas, para recuperar la salud y alcanzar el bienestar (Bermúdez, 2018). Debido a su complejidad se requiere de políticas públicas, programas e instrumentos jurídicos dirigidos a garantizar que, esa opción terapéutica obedece a las exigencias del caso y se realiza en óptimas condiciones de respeto a la persona, donante y receptor. También, debe proveer de establecimientos de salud adecuados, con personal, técnico y profesional, altamente capacitado; así como de los equipos, instrumental e insumos médicos necesarios.

Conforme señala Sánchez Caro (1994), en el caso de los trasplantes, el derecho a la vida adquiere tres ámbitos. El primero abarca al donante, ya que la extracción ha de ser compatible con su vida y no disminuir gravemente su capacidad funcional; el segundo, incluye la donación post-mortem, que no debe ser, *per se*, el factor que decida cuándo una persona ha fallecido. El tercero tiene que ver con el receptor, su derecho a la vida o integridad física es lo que garantiza la realización del trasplante y que no haya rechazo en el tiempo.

La Organización Mundial de la Salud, al dictar los Principios rectores sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos, puso de relieve “la importancia de adoptar las medidas jurídicas y logísticas necesarias para crear programas de donantes fallecidos, donde no existan”. De igual manera, señaló “que los programas existentes sean lo más eficaces y eficientes posible”, en función de que se trata de una práctica que alarga y mejora la calidad de “cientos de miles de vidas” (WHO, 2010, Principio rector 3).

En 2005, los Estados que integran a Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes, firmaron la Declaración de Mar del Plata. Allí se comprometieron a: a) proporcionar a sus ciudadanos servicios de trasplante de calidad, con criterios de universalidad, accesibilidad y equidad; b) crear en su derecho interno, tanto normas regulatorias consensuadas y aceptadas por organismos Internacionales que regulen la donación y trasplante de órganos y tejidos, como un organismo oficial nacional que coordine la actividad de obtención, donación y trasplante de órganos o tejidos; y c) establecer un registro nacional con la lista de personas en espera, registro de donantes y registro de trasplantes (RCIDT, 2005).

Los derechos de las personas pueden ser vulnerados o amenazados por la acción u omisión del Estado, cuando no crea condiciones ni medidas

positivas para mejorar el sistema de salud pública, toma medidas regresivas o excluye de manera deliberada de ciertos grupos del acceso a los servicios de salud.

Los estudios sugieren que las personas de pocos recursos y sin protección social, en salud, que requieren un trasplante o ya han sido trasplantadas, suelen enfrentar una merma de sus ingresos, debido a los costes de las terapias y medicamentos; todo lo cual incide en que dejen los tratamientos, abandonen los protocolos, no asistan a controles *médicos* e incluso no puedan asumir los costos de su alimentación (Mercado-Martínez et al, 2014).

El tener derecho a un tratamiento médico confiere a una persona la titularidad de una expectativa y crea en la sociedad, la obligación correlativa de activar los mecanismos para proporcionarle ese tratamiento. Cada vez que una persona requiere un trasplante y se le niega esa posibilidad; o cuando habiendo sido trasplantado, no tiene a su disposición los medicamentos, para evitar el rechazo del órgano, hay una negación del derecho a la salud.

También hay violación del derecho a la vida y a la no discriminación, porque estas personas mueren al no poder asumir los costos derivados de esa enfermedad o condición. Todo lo cual constituye una vulneración de sus derechos humanos, que deben ser garantizados de manera efectiva por los Estados.

El Estado venezolano forma parte de la comunidad de naciones firmantes de los principales pactos e instrumentos internacionales, en materia de derechos humanos, de allí que valga la pena revisar la forma en que cumple con esas obligaciones, en materia de trasplantes.

## **2. Situación sanitaria venezolana**

A partir de 1935, con el auge de la explotación petrolera y la decadencia de la agricultura exportadora, se empezó a desarrollar en Venezuela una red de servicios públicos y obras de infraestructura. Los diversos gobiernos enfatizaron en una política de distribución popular de la renta, con el objetivo de mejorar el capital humano del país y crear un mercado nacional con un alto poder de compra (Baptista y Mommer, 1987).

En esa construcción de progreso social se le atribuyó a la salud un rol esencial. A partir de 1943 y hasta finales de la década de los 60 se adoptó una concepción integral de la sanidad, se privilegió lo preventivo y el saneamiento ambiental. Se construyeron grandes hospitales generales, se desarrollaron programas de puericultura, atención prenatal, lucha antivenérea, antituberculosa, antileprosa y otras (Lacruz, 2006; Méndez C., 1992; Cartaya y D'Elia, 1991; España, 1989; Kornblith y Maingon, 1985; Castellanos, 1982).

Durante esos primeros años se logró una mejoría de los indicadores de salud, en especial, los de mortalidad infantil, neonatal y materna; se alcanzó una cobertura promedio de vacunaciones mayor del 90%; se erradicaron enfermedades como la malaria, la difteria, la poliomielitis y, en general, hubo un aumento en la expectativa de vida (Velásquez et al, 2019).

Para los ochenta, con más del 80% de su población en el área urbana y con signos explícitos de agotamiento del modelo de desarrollo, al atenuarse el excedente rentístico, la acción social del Estado empezó a declinar hasta derivar en una grave crisis social y política. En ese contexto, bajo promesas de una transformacional social que abarcara a todos los venezolanos, en 1999, se firmó un nuevo pacto social y se promulgó otra Constitución.

Venezuela es, en términos de la Constitución de la República de Venezuela, un Estado democrático y social de Derecho y de Justicia, cuyo ordenamiento jurídico está regido por valores como la igualdad, la justicia, la solidaridad, la responsabilidad social y la preminencia de los derechos humanos.

Los tratados, pactos y convenciones en materia de derechos humanos, que hayan sido suscritos y ratificados por la República, tienen jerarquía constitucional, prevalecen en el orden interno y son de aplicación inmediata y directa por los poderes públicos (arts. 2 y 23). Una vez que un tratado internacional sobre derechos humanos es ratificado pasa a formar parte del acervo legislativo del país, lo que amplía el espectro de garantía de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Entre los derechos sociales, la salud tiene carácter fundamental y es obligación del Estado garantizarla, de forma universal, como parte del derecho a la vida. Para darle sentido a esa garantía debe promover y desarrollar políticas públicas, orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, a través de un sistema público nacional de salud.

El contenido del derecho a la salud, en Venezuela, abarca la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, su tratamiento oportuno y rehabilitación, cuando fuere el caso. Se desprende del artículo 83 de la Constitución vigente que se trata de un derecho universal, dirigido a todas las personas, tengan bienes de fortuna o no. Es responsabilidad del Estado satisfacer ese objetivo y proveer los medios para lograrlo.

Una vez promulgada la Constitución del 1999 las autoridades instrumentaron un Modelo de Atención Integral de Salud, para fortalecer la red ambulatoria, encargada de la atención primaria en salud, la cual se fue debilitando progresivamente hasta limitarse a lo médico-curativo.

Hoy día, el país, con una población que oscila entre 28,7 y 33 360 238 millones de habitantes (INE, 2022; Encovi, 2021) padece una crisis que

conjuga múltiples dimensiones (política, económica, social y humanitaria) y factores: inestabilidad política, conflictos sociales, indicadores económicos y fiscales negativos, desplazamiento interno y externo de la población, escasez de alimentos, desmantelamiento de su infraestructura, deficiencias de servicios públicos, altas tasas de criminalidad, pobreza y servicios sanitarios deficientes, entre otros.

Entre 2018 y 2019 diversos órganos de las Naciones Unidas dieron cuenta de la situación que se vive en Venezuela. El primero de ellos fue un informe de la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos en el que se señalaban las violaciones de los derechos humanos del Estado venezolano y se dejó al descubierto el grave impacto de la crisis económica y social instalada en el país, en materia de derecho a la alimentación y a la salud (ONU, 2018).

Tres meses después el Consejo de Derechos Humanos de Naciones, previa solicitud de los países miembros del Grupo de Lima y con el voto favorable del 49% de los integrantes del Consejo de Derechos Humanos, adoptó una resolución en la que se exhortó al gobierno venezolano a aceptar la asistencia humanitaria, para hacerle frente a la escasez de alimentos, medicamentos y suministros médicos, entre otras carencias señaladas (ONU, 2019; ONU, 2018).

Producto de la solicitud hecha en la Resolución arriba citada, la Alta Comisionada de los Derechos Humanos abrió una investigación y presentó un informe. Allí señaló que los ingresos de la población son “dramáticamente bajos e insuficientes para garantizar un nivel de vida adecuado” (ACNUDH, 2018).

Para diciembre de 2021, una familia venezolana de cinco miembros requería mensualmente de 289,24 salarios mínimos para cubrir sus necesidades básicas en alimentos, bienes y servicios esenciales. El Salario Mínimo Mensual era de 1 dólar con 71 centavos mensuales, lo que equivalía a 0,057 centavos de dólar diarios, aproximadamente. El precio de la canasta alimentaria, que corresponde a 60 productos de consumo básico, equivalía a 232 dólares con 80 centavos, con lo que su adquisición presentaba un déficit del 99,27%. Los exiguos ingresos además de impedir la adquisición de bienes y servicios de primer orden impactan negativamente en la obtención de medicamentos e insumos sanitarios (Cendas, 2021).

Pese a los resultados exitosos que se dieron en el campo de la salud durante buena parte del siglo XX, en la actualidad, organizaciones no gubernamentales, expertos y agencias internacionales han venido reportando las limitaciones existentes en el país para el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Se ha denunciado “una falta generalizada” de disponibilidad de acceso a fármacos y tratamientos esenciales, deterioro de infraestructura y equipos en hospitales, clínicas y maternidades; falta de

factores subyacentes determinantes de la salud y “fallas en el suministro de servicios públicos como agua y luz” (ACNUDH, 2019:5).

La desmejora del sistema público de salud, las bajas remuneraciones y más allá, la crisis multidimensional y multifactorial que sufre el país, han incidido en una migración forzada, interna y externa, de personal sanitario calificado, en búsqueda de mejores condiciones de vida. Para el segundo semestre de 2021, según declaración del presidente de la Federación Médica venezolana, al menos 30 000 profesionales de salud habían emigrado, 53%, eran médicos de hospitales, y 50% trabajaban en clínicas y centros de salud privados. Hasta diciembre de 2020 este éxodo superaba el 60% en el caso del personal de bioanálisis y enfermería (El impulso, 2019, ScL, 2020; Swissinfo, 2021).

Al déficit de personal sanitario se le agregan las pérdidas de vidas de personal sanitario ocurridas, entre 2020 y 2021, en el marco de la pandemia de covid-19. Según las fuentes consultadas, esas muertes alcanzan los 549 sanitarios (143 médicos y 29 enfermeros en los primeros seis meses), cifra que resulta muy alta cuando se compara con los datos oficiales de muertos por covid-19 en el país: 2 428 (El impulso, 2019, ScL, 2020; Swissinfo, 2021).

Las limitaciones y carencias arriba referidas han incidido en un retroceso de las condiciones sanitarias. Esto se expresa en la reaparición de enfermedades como la difteria y el sarampión, que han derivado en epidemias, debido al descenso de las coberturas de vacunación; el incremento de enfermedades erradicadas como la malaria y la tuberculosis, asociada a la pobreza, y; el aumento de la morbilidad y mortalidad de los pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes, por la falta de medicamentos cardiovasculares e insulina, entre otros (Codevida, 2018).

Una coalición de organizaciones no gubernamentales informó, en 2018, sobre las dificultades que tenían los pacientes diagnosticados con cáncer para conseguir sus tratamientos de quimioterapia, medicamentos biológicos y terapias. El cierre de la mayoría de los centros oncológicos públicos y la eliminación, desde 2016, de las listas de compras, por parte del gobierno venezolano, de los medicamentos para pacientes que padecen cáncer, VIH, trasplantes, hemofilia, lupus, problemas reumáticos, Parkinson, inflamación intestinal, esclerosis múltiple e hipertensión pulmonar, entre otras afecciones graves, explica que los médicos no puedan ofrecer esperanza de sobrevivencia a estos pacientes (Codevida, 2018).

### **3. Florecimiento y ocaso de los trasplantes en Venezuela**

Venezuela no se quedó atrás ante los avances médicos y tecnocientíficos ligados a los trasplantes de órganos; hacia finales de los sesenta se inició en el país esta terapéutica. De acuerdo con los registros llevados por Fundahígado (2018) en 1967, se realizó en el Hospital Universitario de Maracaibo, al occidente del país, el primer trasplante de riñón con donante cadavérico, por parte del Dr. Bernardo Rodríguez Iturbe; en 1968, en el Hospital Universitario de Caracas se trasplantó el primer riñón con donante vivo. En 1987, en Valencia, se realizó un trasplante de médula ósea y, en 1989, también en Maracaibo, se inició el programa de trasplantes cardíacos.

Siguiendo con la fuente que se viene citando, en 1992 se iniciaron los trasplantes de hígado en Caracas, en el Hospital Vargas; en febrero de 1990, el Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo de Caracas comenzó el programa de trasplantes de riñón. Para el año siguiente, el Hospital Universitario Dr. J. M. Casal Ramos, ubicado en el estado Portuguesa, incorporó su servicio de Nefrología, a la actividad de trasplantes. En 2005, se realizó el primer trasplante pediátrico de hígado con donante vivo, en un centro privado, la Clínica Metropolitana de Caracas.

Los esfuerzos institucionales en materia de donación y trasplantes de órganos incluyeron lo legislativo. En 1972 se promulgó una ley para regular el proceso de trasplantes, derogada veinte años después, el 3 de diciembre de 1992, por la Ley sobre Trasplantes de Órganos y materiales anatómicos en seres humanos; la cual, buscaba adaptarse a las tendencias jurídicas y éticas del momento.

Desde 2012 se encuentra en vigencia la Ley sobre Donación y trasplantes de órganos, tejidos y células en seres humanos. En este cuerpo legislativo. Además de establecerse la donación presunta, se define al trasplante como: “La sustitución, con fines terapéuticos, de órganos, tejidos, derivados o materiales anatómicos por otros, provenientes de un ser humano donante, vivo o muerto” (Art. 3, numeral 18).

En 2001, el Estado venezolano delegó la procura y obtención de órganos en la Organización Nacional de Trasplantes de Venezuela (ONTV). Una fundación privada que venía impulsando la procura de órganos y tejidos para trasplantes; reservándose para sí, la supervisión y financiamiento del sistema de procura de órganos y tejidos (Cardoza y Mora, 2013).

En 2003 funcionaban en el país ocho centros de Trasplante públicos. Cuatro en Caracas, en los hospitales: Universitario de Caracas, Miguel Pérez Carreño, J.M. de los Ríos (de niños), Carlos J. Arvelo (militar). El resto estaba en ciudades del interior del país: Valencia; Acarigua-Araure, Mérida y Maracaibo. La actividad de trasplantes en centros privados se limitaba a cinco, cuatro en Caracas (Policlínica Metropolitana, Clínica Santa Sofía,

Instituto Médico la Floresta y Clínica Ávila) y uno en el estado Carabobo, en el Instituto Docente de Urología (Calvanese et al, 2007).

Desde el año 2000 y hasta julio de 2014 se realizaron 4 170 trasplantes, de donantes fallecidos, en Venezuela. De ellos, 2 257 fueron renales. Entre 2004 y 2007, de los 350 pacientes que se encontraban en lista de espera para un riñón, solamente 195 lograron ser trasplantados; 90, con donaciones de cadáver y 105 de donantes vivos. En el año 2011 hubo un promedio de 10,4 personas trasplantadas; en 2012, fueron 134, de donantes fallecidos, a través de 41 hospitales, en todo el país y 107 entre personas vivas. Para 2013 habían 3120 personas esperando algún órgano o tejido, discriminadas de la siguiente manera: 1500 pacientes en lista de espera por riñón, 1500 por cornea, 50 por hígado, 70 por medula ósea (Calvanese et al, 2007; Cardoza y Mora, 2013).

En 2014, el Ministerio del Poder Popular para la Salud creó la Fundación Venezolana de Donaciones y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células para que asumiera las atribuciones que tenía la ONTV. Desde ese momento y hasta 2017 solo realizaron 130 trasplantes renales con este tipo de donantes. Este último año el gobierno suspendió el programa de donante cadáver en todo el país y limitó los trasplantes, solo a los de vivos (AS, 2020).

Entre 2007 y 2016, gracias a un convenio entre una fundación de la empresa petrolera estatal y algunos hospitales extranjeros, ubicados en Italia y España, algunos pacientes venezolanos viajaron a Europa a recibir un trasplante de médula. Con la caída de la producción petrolera y la disminución de los ingresos de la renta petrolera, este programa fue declinando progresivamente hasta su suspensión en 2015. Momento en el cual dejó una deuda de más de 11 millones de euros. En 2019, el Gobierno venezolano atribuyó esta paralización a las sanciones internacionales y la toma de activos de la petrolera en el extranjero por parte del entonces presidente de la Asamblea Nacional, Juan Guaidó (TV, 2020).

Entre 2017 y 2019 murieron cerca de 5.000 pacientes renales al no poder continuar con sus tratamientos, debido a la falta de inmunosupresores como Rapamune y Prednisona. En 2018 ocurrieron 121 rechazos de órganos y la Sociedad Venezolana de Nefrología alertó que, durante el primer trimestre de 2019, hubo 10 rechazos (Crónica uno, 2019; Rotondaro, 2019).

Un porcentaje elevado de los decesos, arriba mencionados, correspondió a pacientes pediátricos. Entre mediados de 2017 y hasta los primeros seis meses de 2021, de sesenta y tres niños que esperaban un trasplante en el Hospital J.M. de los Ríos, en Caracas, fallecieron treinta y cinco. De los veinticinco que dependían de esos trasplantes, quince lo necesitaban con urgencia (Codevida, 2018; TV, 2020).

Durante los primeros seis meses de 2019, en el servicio de Hematología de ese mismo hospital murieron 6 niños que esperaban por trasplante de

médula; para septiembre de ese año, en Nefrología, fallecieron otros 9 pacientes. Entre el 21 de abril y el 1º de mayo de 2021, fallecieron cinco pacientes infantiles con fallas renales que esperaban ser trasplantados (TV, 2020).

La Unidad de Hemodiálisis, que se encuentra ubicada en la Sala de Nefrología, del J.M. de los Ríos la única unidad del país que presta servicio para niños que pesan menos de 10 kilos, solo cuenta con quince máquinas; debido a fallas mecánicas y falta de mantenimiento solo funcionan 10 de ellas, lo que afecta el número de horas y días que los niños deben recibir en la hemodiálisis (TV, 2020).

En febrero de 2018, luego del fallecimiento de 12 niños, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos dictó medidas cautelares para el servicio de Nefrología del J.M. de los Ríos; el 21 de agosto de 2019, esas recomendaciones fueron extendidas a 13 servicios más. Para el 30 de abril de 2020, treinta y ocho niños, sin donantes no compatibles, esperaban por la oportunidad de salir del país a realizarse el trasplante de médula ósea, mediante el programa de apoyo de organizaciones internacionales (TV, 2020; CIDH, 2018 y 2019).

El 31 de junio de 2021 un grupo de doce 12 niños y adolescentes, pacientes de diferentes patologías, acompañados por diversas organizaciones de la sociedad civil, relataron su situación ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en el marco del 180 Período de Sesiones Virtuales. Insistieron en la necesidad de reactivar el Programa de Procura de Órganos y Trasplantes en Venezuela. Algo más de un mes después, el 4 de agosto, Niurka Camacho, una adolescente de 15 años, paciente renal en diálisis en el J. M. de los Ríos, quien había tomado la palabra, ese día, ante la Comisión, falleció por insuficiencia renal crónica, sin haber tenido la oportunidad de hacerse una replantación (Tal Cual, 2021; El Diario 2021; Redhnnna, 2021).

Ante este hecho, un día después de su muerte, la Comisión urgió al Estado venezolano a reactivar los programas de donación y trasplante de órganos, para garantizar la vida de la población infantil afectada, haciendo uso de la cooperación internacional y todos los recursos necesarios para ello (Tal Cual, 2021; El Diario 2021).

Para 2020, se estimaba que, al menos 960 personas esperaban ser trasplantadas; de ellos, 150 eran niños y adolescentes. También había niños con cáncer en espera para un trasplante de médula ósea. De acuerdo con organizaciones no gubernamentales alrededor de 3 000 personas trasplantadas no reciben medicamentos inmunosupresores y no tienen acceso a reactivos para el apropiado control de su salud, bien por desabastecimiento o fallas en su distribución, lo que tiene consecuencias negativas en la sobrevivencia del injerto, la calidad de vida de las personas trasplantadas (TV, 2020; ONTV et al, 2018).

En la actualidad solo se hacen trasplantes en tres establecimientos sanitarios. Dos privados, la Clínica Santa Sofía y la Policlínica Metropolitana; y, uno, público, el Hospital Militar Carlos Arvelo, todos ubicados en Caracas. En los dos primeros, el trasplante puede costar casi 90 000 dólares; en el último por ser una institución pública de salud el procedimiento no tiene costo alguno; sin embargo, el paciente debe pagar todos los exámenes médicos, comprar los medicamentos e insumos e incluso los inmunosupresores para evitar un rechazo temprano del órgano (PF, 2021; AS, 2020).

### **A manera de cierre**

El marco internacional que regula los derechos humanos coincide en señalar que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción alguna, en cuanto a raza, religión, ideología política o condición económica o social.

El derecho a la salud requiere de oportunidades de acceso universal y oportuno a establecimientos sanitarios de calidad. Obligación que recae de manera central en los Estados, los cuales son responsables de garantizar el derecho, a través de políticas, programas y servicios adecuados.

El Estado venezolano cuenta con un ordenamiento interno de avanzada en materia de derechos humanos y es signatario de los principales instrumentos y pactos internacionales en la materia. Conforme a su orden constitucional, el derecho a la salud es el derecho social por antonomasia, por lo que debe garantizarlo mediante la adopción de medidas positivas, suficientes y oportunas.

Una manera de atender los mandatos expresos en la Constitución de 1999, en materia sanitaria, es mediante la creación de condiciones que aseguren el acceso a la asistencia sanitaria ante un evento que comprometa la vida, la salud y el bienestar de la persona. La falla de un órgano y su remplazo por otro sano constituye uno de esos sucesos.

El daño irreversible de algún órgano o tejido es un problema de salud pública en Venezuela; no obstante, el Estado no ha adoptado medidas suficientes ni oportunas, para hacerles frente y mejorar la calidad de vida de los pacientes, que requieren un trasplante o han sido trasplantados.

En las últimas décadas, el país ha venido asistiendo al desmoronamiento del sistema de salud, que se construyó, de manera progresiva, a partir del segundo tercio del siglo XX.

Las precarias condiciones de infraestructura y servicios básicos como agua y electricidad, en los centros hospitalarios; el desabastecimiento de

medicamentos, la carencia de recursos materiales y humanos, han incidido negativamente en los programas de donación y trasplantes de órganos, como se evidencia de la suspensión del programa de donaciones de cadáver.

En materia de trasplantes el Estado venezolano no garantiza: a) procedimientos y tratamientos necesarios de alta calidad, seguros, eficaces y oportunos, para que no se ponga en riesgo de infecciones graves o muerte ni al donante ni al receptor; b) acceso a medicamentos que garanticen la continuidad de la vida, como los inmunosupresores necesarios para evitar el rechazo a los órganos; c) abastecimiento de los insumos necesarios; d) programas y servicios sanitarios suficientes, con personal calificado; y, d) cuidados de por vida, hasta el término natural de ésta, a donantes y receptores, por razones derivadas o relacionadas con el trasplante.

Esa ausencia de respuestas efectivas se expresa en la exclusión de un gran número de la población del acceso a los servicios de salud, básicos y especializados. Esto constituye una regresión a sus derechos ciudadanos, una flagrante violación de derechos humanos como la vida, la salud y la integridad; y en su conjunto, significativas pérdidas de vidas humanas.

### Referencias Bibliográficas

- ACCIÓN SOLIDARIA (AS). 2020. Nota de prensa. 18 de junio de 2020. Disponible en: <https://accionesolidaria.info/articulo08/Consulel>. Consultado el 16 de enero de 2022.
- BAPTISTA, Asdrúbal y Bernard MOMMER. 1987. El petróleo en el pensamiento económico venezolano: Un ensayo. Ediciones IESA. Caracas, Venezuela.
- BERMÚDEZ-CASTAÑEDA, Ángela Marcela. 2018. “Análisis jurídico a la Ley 1805 de 2016 en materia de donación y trasplante de órganos en Colombia” En: Trabajo de Grado. Universidad Católica de Colombia. Facultad de Derecho. Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/22649>. Fecha de consulta: el 16/01/2022.
- BRENA SESMA, Ingrid. 2002. “Reflexiones jurídicas en torno a los sujetos que intervienen en un trasplante de órganos” En: Boletín Mexicano de Derecho Comparado. No 105. Septiembre-diciembre.1-9. Disponible en *línea*. En: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/article>. Fecha de consulta: 21/11/ 2021.
- CALVANESE, Nicolina; SÁNCHEZ, Ligia; REDONDO, Ana; MILANÉS, Carmen; TORRES, Oly; SALAS, Rosas y Pedro RIVAS. 2007. Factores psicosociales de la donación de órganos para trasplantes en Venezuela,

- en: *Psicología 242 y Salud*, Vol. 17, Núm. 2: 241-249, julio-diciembre. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/703>. Fecha de consulta: 21/11/2021.
- CARDOZA, Franyelín y Eyamir MORA. 2013. Estrategia comunicacional para informar sobre donación y trasplante de órganos en la Zona metropolitana de Caracas. Caso Organización Nacional de Trasplantes. Trabajo especial de grado para optar al título de Licenciada en comunicación social. Escuela de comunicación social. Universidad Católica Andrés Bello.
- CARTAYA, Vanesa y Yolanda D'ELIA. 1991. *Pobreza en Venezuela: realidad y políticas*. Cesap- Cisor. Caracas; Venezuela.
- CASTELLANOS, Pedro L. 1982. Notas sobre el Estado y la salud en Venezuela”, en: 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*. Disponible en Línea. En: [http://cenda.org.ve/fotos\\_not/pdf/CENDA.%20RESUMEN%20EJECUTIVO.%20CAT%20AGOSTO%202021WEB.pdf](http://cenda.org.ve/fotos_not/pdf/CENDA.%20RESUMEN%20EJECUTIVO.%20CAT%20AGOSTO%202021WEB.pdf). Fecha de consulta: 05/02/2022.
- COALICIÓN DE ORGANIZACIONES POR EL DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA (CODEVIDA). 2018. Informe sobre la situación del derecho a la salud de la población venezolana en el marco de una Emergencia Humanitaria Compleja. Disponible en Línea. En: <http://www.codevida.org/codevida/wp-content/uploads/Informe-Derecho-a-la-Salud-en-la-EHC-Venezuela-Codevida-Provea-septiembre-2018.pdf>. Fecha de consulta: 12/12/2021.
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH). 2018. Medida cautelar No. 1039-17 Niños y niñas pacientes del área de Nefrología del Hospital José Manuel de los Ríos respecto de Venezuela. 21 de febrero de 2018. Disponible en Línea. En: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2018/8-18MC1039-17-VE.pdf>. Fecha de consulta: 10/12/2021.
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH). 2019. Medida Cautelar No. 1039-17. Niños, niñas y adolescentes pacientes en trece servicios del Hospital José Manuel de los Ríos respecto de Venezuela (Ampliación). 21 de agosto de 2019. Disponible en línea. En: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2019/43-19MC1039-17-VE-Ampliacion.pdf>. Fecha de consulta: 10/12/ 2021.

- CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CORTEIDH). 2015. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Disponible en Línea. En: <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos>. Fecha de consulta: 10/12/2021.
- CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CORTE IDH). 2013. Caso Suárez Peralta vs. Ecuador. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Disponible en línea. En: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_261\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_261_esp.pdf). Fecha de consulta: 10/12/2021.
- CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CORTEIDH). 2005. Caso comunidad indígena Yakye Axa vs. Paraguay. Sentencia de 17 de junio de 2005. Disponible en: [https://www.corteidh.or.cr/CF/jurisprudencia2/ficha\\_tecnica.cfm?nId](https://www.corteidh.or.cr/CF/jurisprudencia2/ficha_tecnica.cfm?nId). Fecha de consulta: el 10/12/2021.
- CRÓNICA UNO. 2019. No hay trasplantes, pero tampoco las terapias sustitutivas. Disponible en línea. En: <https://cronica.uno/no-hay-trasplantes-pero-tampoco-las-terapias-sustitutivas-y-ii/>. Fecha de consulta: 10/12/2021.
- DURO GARCIA, Valter. 2004. Situación de los trasplantes en América Latina, en: Revista digital El Hospital. Disponible en línea. En: <https://www.elhospital.com/temas/situacion-de-los-trasplantes-en-america-latina+8030014>. Fecha de consulta: 15/01/2022.
- EL DIARIO. 2021. Reactivar los trasplantes en Venezuela: el clamor de la CIDH ante la crisis humanitaria que enfrenta el país (5-8-2021). Disponible en línea. En: <https://eldiario.com/2021/08/05/reactivar-trasplantes-venezuela-cidh/>. Fecha de consulta: 15/01/2022.
- EL IMPULSO. 2019. FMV: Más de 30.000 médicos se han ido de Venezuela. 12 septiembre de 2019. Disponible en línea. En: <https://www.elimpulso.com/2019/09/12/>. Fecha de consulta: 12/12/2021.
- ESPAÑA, Luis Pedro. 1989. Democracia y renta petrolera. Caracas. Universidad Católica Andrés bello. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales.
- FUNDAHÍGADO. 2018. 51 AÑOS DE HISTORIA. DISPONIBLE EN LÍNEA. EN: <HTTPS://WWW.FUNDAHIGADO.ORG/VE/NOTICIAS/2018/09/51-ANOS-DE-HISTORIA/>. FECHA DE CONSULTA: 15/01/2022.
- KORNBLITH, Miriam; Thais MAINGON. 1985. Estado y Gasto Público en Venezuela. 1936-1980. Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

- LACRUZ, Tito. 2006. Del antes al ahora: Balances de la política social en Venezuela, en: Maingon, Thais (Coord.) Balance y perspectivas de la política social en Venezuela. Caracas. ILDIS. Cendes. UNFPA. pp. 111-184.
- MÉNDEZ CEGARRA, Absalón. 1992. Estado, Política Social y Trabajo Social en la Venezuela Actual. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Unidad de Publicaciones. Caracas, Venezuela.
- MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco Javier; Hernández-Ibarra, Eduardo; ASCENCIO-MERA, Carlos D.; DÍAZ-MEDINA, Blanca A; PADILLA-ALTAMIRA, Cesar; KIERANS, Ciara. 2014. Viviendo con trasplante renal, sin protección social en salud: ¿Qué dicen los enfermos sobre las dificultades económicas que enfrentan y sus efectos?, en: Artigo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(10):2092-2100, out. Disponible en línea. En: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PzwGJKFvgTQdNXJhttY93CM/abstract/?lang=es>. Fecha de consulta: 15/12/2021.
- NACIONES UNIDAS. 2019. Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (ACNUDH). 2019. Venezuela: Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela, 4 Julio 2019. Disponible en línea. En: <https://www.refworld.org/es/docid/5d1e31224.html>. Fecha de consulta: 15/10/2021.
- NACIONES UNIDAS. 2018. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). 2018. Informe: Violaciones de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela: una espiral descendente que no parece tener fin. Disponible en línea. En: [https://www.ohchr.org/Documents/Countries/VE/VenezuelaReport2018\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Countries/VE/VenezuelaReport2018_SP.pdf). Fecha de consulta: 15/10/2021.
- NACIONES UNIDAS. Consejo de Derechos Humanos. 2018. Resolución Promoción y protección de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela. Disponible en línea. En: <https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/promoci-n-y-protecci-n-de-los-derechos-humanos-en-la-republica>. Fecha de consulta: 15/10/2021.
- 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. Disponible en línea.

En: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos>. Fecha de consulta: 15/10/2022.

NACIONES UNIDAS. 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC). Disponible en línea. En: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>. Fecha de consulta: 15/10/ 2021.

NACIONES UNIDAS. 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en línea. En: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human->. Fecha de consulta: 15/11/2021.

NACIONES UNIDAS. 1988. Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador). Disponible en línea. En: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>. Fecha de consulta: 15/10/2021.

ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES (ONTV). 2019. Comunicado público ante la situación de la actividad de donación y trasplante en Venezuela. Disponible en línea. En: Disponible en línea. En: <https://www.derechos.org.ve/actualidad/organizacion-nacio-nal-de-trasplante-de-venezuela>. Fecha de consulta: 15/10/2021.

PFEIFFER, María Luisa. 2006. El trasplante de órganos: valores y derechos humanos, en: *Persona y Bioética* Vol. 10. N° 2, 8-25. Julio-diciembre Disponible en línea. En: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So12331222006000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So12331222006000200002). Fecha de consulta: 15/02/2022.

POLICLÍNICA METROPOLITANA (PM). s/f. Trasplante - Lo fundamental - Concepto y datos históricos, en: *Revista electrónica saludemia*. Disponible en línea. En: <https://www.saludemia.com/trasplantes/ques-un-trasplante-de-organos-definicion-historia>. Fecha de consulta: 15/12/2021.

PREPARAFAMILIA (PF). 2021. 12 adolescentes y jóvenes venezolanos relataron el impacto de la suspensión del programa de órganos ante la CIDH. Disponible en línea. En: <https://preparafamilia.org/2021/06/30/12-adolescentes-y-jovenes-venezolanos-relataron-el-impacto-de-la-suspension-del-programa-de-organos-ante-la-cidh/>. Fecha de consulta: 15/12/2021.

- PORTILLO, Silvia Margarita. 2019. “Consideraciones Bioéticas para el trasplante de órganos” En: Rev. cienc. forenses Honduras. Vol. 5, No. 1, pp. 30-34.
- RACHEN, Nohemí. 2021. Historia y definición de conceptos sobre trasplante, donación y tráfico de órganos. Tesis para optar al título de Master en Derecho Procesal Penal. Universidad militar nueva granada. Facultad de derecho. Bogotá. Disponible en línea. En: <https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/9394>. Fecha de consulta: 15/02/2022.
- REDPOR LOS DERECHOS HUMANOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (REDHNN). 2021. Niños, niñas y adolescentes exigen la reactivación de trasplantes de órganos en Venezuela. Disponible en **línea**. En: <https://www.redhna.org/noticias/ninos-ninas-y-adolescentes-exigen-la-reactivacion-de-trasplantes-de-organos-en-venezuela>. Fecha de consulta: 15/10/2021.
- RED/CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y TRASPLANTES (RCIDT). 2005. Declaración de Mar del Plata. Disponible en línea. En: <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/IberoamericaNEWSLETTER07.pdf>. Fecha de consulta: 15/10/2021.
- REPÚBLICA DOMINICANA. Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante. S/F Aspectos históricos sobre la donación y el trasplante de órganos y tejidos. Disponible en línea. En: <https://incortrd.com/sobre-nosotros/datos-historicos/>. Fecha de consulta: 15/09/2021.
- REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). 2022 Población proyectada al 30/06/2022. Disponible en línea. En: [http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com\\_content&view=category&id=98&Itemid](http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=98&Itemid). Fecha de consulta: 15/01/2022.
- ROTONDARO, Carlos. 2019. Declaraciones. Efecto Cocuyo. Publicación digital. 18/03/2019 Disponible en línea. En: <https://efectococuyo.com/salud/casi-5-mil-pacientes-renales-han-fallecido-desde-2017-confirma-expresidente-del-ivss/>. Fecha de consulta: 15/10/2021.
- SALUD CON LUPA (ScL). 2020. Venezuela pierde a sus pocos médicos y enfermeras intensivistas. 14 de marzo de 2020. Disponible en línea. En: <https://saludconlupa.com/series/la-segunda-ola/venezuela-pierde-a-sus-pocos-mdicos-y-enfermeras-intensivistas/>. Fecha de consulta: 10/10/2021.
- SÁNCHEZ CARO, J. 1994. Aspectos jurídicos de interés en relación con los trasplantes de órganos, en: *Nefrología*. Vol. XIV. Suplemento 1, pp. 64-69. Disponible en línea. En: <https://revistanefrologia.com/es->

aspectos-juridicos-interes-relacion-con-el-trasplante-organos-articulo-XO21169959402229X. Fecha de consulta: 14/10/2021.

SEN, Amartya. 2002. “¿Por qué la equidad en salud?” En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. N°11, No.5-6. pp. 302-309.

SWISSINFO. 2021. Sin sanitarios, el riesgo que acecha Venezuela. 19 de marzo de 2021. Disponible en línea. En: <https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-venezuela--previsi%C3%B3n--sin-sanitarios---el-riesgo-que-acecha-venezuela/46631838>. Fecha de consulta: 10/10/2021.

TAL CUAL. 2021. Al menos 10 niños del hospital JM han muerto a la espera de trasplantes en 2021. Disponible en línea. En: <https://talcualdigital.com/al-menos-10-ninos-del-hospital-jm-han-muerto-a-la-espera-de-trasplantes-en-2021/>. Fecha de consulta: 14/12/2021.

TRANSPARENCIA VENEZUELA (TV). 2020. “Corrupción en el sistema de salud público de Venezuela en el contexto de la pandemia del COVID-19” En: Informe de audiencia presentado a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el marco del 177º periodo de sesiones. 7 de octubre de 2020. Disponible en línea. En: <https://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2020/10/Informe-salud-corrupcion-Venezuela-version-final-rev2.pdf>. Fecha de consulta:10/12/2021.

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO. 2021. Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida (ENCOVI). Condiciones de vida de los venezolanos: entre emergencia humanitaria y pandemia. Disponible en línea. En: <https://assets.website-files.com>. Fecha de consulta: 25/02/2021.

VELÁZQUEZ, Gladys; PADRÓN-NIEVES, Maritza; PIÑA, Elizabeth; LANDAETA, Nézer de; LIZARRAGA, Isis; SILVA, Pedro; LOMBARDI, María Antonia. 2019. “Caso Venezuela: Reflexiones desde la bioética” En: *Revista Latinoamericana de Bioética*. Vol. 19, No. 2, pp. 75-92.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2010. Principios rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos. Aprobados por la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud, de mayo de 2010, en su resolución WHA63.22. Disponible en línea. En: [https://www.who.int/transplantation/Guiding\\_PrinciplesTransplantation\\_WHA63.22sp.pdf](https://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22sp.pdf). Disponible en línea. En: 12/12/2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2017. Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. Geneva, November. Disponible en línea. En: <https://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf?ua=1>. Fecha de consulta: 12/08/2021.



UNIVERSIDAD  
DEL ZULIA

---

# CUESTIONES POLÍTICAS

Vol.40 N° 74

*Esta revista fue editada en formato digital y publicada en octubre de 2022, por el **Fondo Editorial Serbiluz**, Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela*

[www.luz.edu.ve](http://www.luz.edu.ve)  
[www.serbi.luz.edu.ve](http://www.serbi.luz.edu.ve)  
[www.produccioncientificaluz.org](http://www.produccioncientificaluz.org)