

# REVISTA EUROLATINOAMERICANA DE DERECHO ADMINISTRATIVO

VOL. 9 | N. 1 | ENERO/JUNIO 2022 | ISSN 2362-583X  
SANTA FE | ARGENTINA | PERIODICIDAD SEMESTRAL

Revista oficial de la Red Docente Eurolatinoamericana de Derecho Administrativo  
formada por las siguientes instituciones:



RED DOCENTE  
EUROLATINOAMERICANA  
DE DERECHO ADMINISTRATIVO



## Prohibición de regresividad de los derechos sociales y derecho a la salud en Venezuela\*

### *Prohibition of regression of social rights and the right to health in Venezuela*

JESSICA VIVAS ROSO <sup>1, \*\*</sup>

<sup>1</sup> Universidad Central de Venezuela (Caracas, Venezuela)

vivasrosoj@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5530-3434>

**Recibido el/Received:** 09.05.2022 / May 5<sup>th</sup>, 2022

**Aprobado el/Approved:** 07.08.2022 / August 7<sup>th</sup>, 2022

#### RESUMEN:

Se analiza la situación del derecho a la salud en Venezuela a través de los parámetros exigidos por la prohibición de regresividad de los derechos sociales, con miras a determinar si en dicho país existe un retroceso en el acceso y disfrute efectivo del derecho a la salud. Para ello, se estudia, en primer lugar, la prohibición de regresividad de los derechos sociales con énfasis en la regresividad de los resultados de una política pública. En segundo lugar, se revisa el contenido del derecho a la salud, entendiéndolo como un derecho prestacional que requiere de un desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar su expansión y cobertura a toda la población. En tercer lugar, se presentan los datos de la encuesta nacional de hospitales (ENH) desarrollada desde el año 2014 por la organización Médicos por la Salud y el Grupo de Investigación de Enfermedades Infecciosas y Tropicales

#### ABSTRACT:

*The situation of the right to health in Venezuela is analyzed through the parameters required by the prohibition of regressive social rights, with a view to determining whether there is a regression in the access and enjoyment of the right to health. To this end, the prohibition of regressive social rights is studied, with emphasis on the regressiveness of the results of a public policy. Second, the content of the right to health is reviewed, understood as a benefit right which requires political, legislative, economic and technical development to ensure its expansion and coverage to the entire population. Third, the data of the national hospital survey (ENH) developed since 2014 by the organization Médicos Unidos por la Salud and the Grupo de Investigación de Enfermedades Infecciosas y Tropicales de Venezuela (GIDETI) are presented and the results of the monitoring of the national public budget carried out by the organization*

Como citar este artículo | *How to cite this article:* VIVAS ROSO, Jessica. Prohibición de regresividad de los derechos sociales y derecho a la salud en Venezuela. **Revista Eurolatinoamericana de Derecho Administrativo**, Santa Fe, vol. 9, n. 1, p. 43-59, ene./jun. 2022. DOI 10.14409/redoeda.v9i1.11492.

\*Comunicación presentada en el X Congreso Internacional de la Red Docente Eurolatinoamericana de Derecho Administrativo (REDOEDA), Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2 de abril de 2022.

\*\*Profesora de la especialización en Derecho Administrativo de la Universidad Central de Venezuela (Caracas, Venezuela). Profesora de la especialización en Gerencia del Sector Público de la Universidad Católica Andrés Bello (Caracas, Venezuela). Doctoranda en Derecho Administrativo Iberoamericano en la Universidad A Coruña (A Coruña, España). Máster en Derecho de la Administración Pública por la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona, España). Especialista en Derecho Administrativo por la Universidad Central de Venezuela (Caracas, Venezuela). Especialista en Gerencia del Sector Público por la Universidad Católica Andrés Bello (Caracas, Venezuela). Abogada por la Universidad Central de Venezuela (Caracas, Venezuela). Secretaria general de la Asociación Venezolana de Derecho Administrativo (AVEDA), período 2021-2023 (Caracas, Venezuela). Directora del Centro de Estudios sobre Control Fiscal (CECOFI). (Caracas, Venezuela). E-mail: [vivasrosoj@gmail.com](mailto:vivasrosoj@gmail.com).



de Venezuela (GIDETI) y los resultados del seguimiento al presupuesto público nacional que realiza la organización Transparencia Venezuela para evidenciar la situación actual del derecho a la salud en Venezuela, presentando como último punto, las conclusiones correspondientes. La metodología utilizada para esta comunicación es de tipo exploratoria, secundaria y documental. Se realizó la búsqueda de publicaciones académicas sobre el tema de estudio y se revisaron los datos recopilados por las organizaciones mencionadas. Posteriormente se procedió al análisis de la información y los datos para responder la premisa de la investigación. Se concluye que en Venezuela existe un retroceso en el disfrute y acceso del derecho a la salud que ha puesto en riesgo la vida de los venezolanos, lo que evidencia un incumplimiento del Estado de garantizar el disfrute efectivo de los derechos sociales, lo que agrava la situación de emergencia humanitaria compleja que atraviesa este país.

**Palabras claves.** derechos sociales, políticas públicas, progresividad, Estado de derecho, derecho a la salud.

*Transparencia Venezuela to demonstrate the current situation of the right to health in Venezuela, presenting conclusions as the last point. The methodology used for this research is exploratory, secondary and documentary. Research was conducted on academic publications on the study topic and data collected by the above-mentioned organizations were reviewed. Subsequently, information and data analysis were carried out to respond to the premise of the investigation. It is concluded that in Venezuela there is a regression in the enjoyment and access to the right to health that has put the lives of Venezuelans at risk, which shows a failure of the State to guarantee the effective enjoyment of social rights, which aggravates the complex humanitarian emergency that this country is going through.*

**Keywords.** social rights, public policies, progressivity, rule of law, right to health.

## SUMARIO

**1.** Introducción; **2.** La prohibición de regresividad de los derechos sociales; **3.** El derecho a la salud y la prohibición de regresividad; **4.** Situación actual del derecho a la salud en Venezuela; **5.** Conclusiones; Referencias.

## 1. INTRODUCCIÓN

La prohibición de regresividad en materia de derechos fundamentales si bien está ligada a los estudios del derecho constitucional, no es una institución que resulte ajena al derecho administrativo, y es que esta disciplina –como afirma Menéndez Sebastián– al perseguir la realización efectiva del Estado social de derecho como forma de Estado dominante en el planeta, reclama una gestión equitativa y que satisfaga las necesidades colectivas y contribuya a garantizar el interés general<sup>1</sup>. Y es que –como afirma Rodríguez-Arana– en la medida que los derechos fundamentales –incluidos los derechos sociales– requieran de una actuación directa del Estado para garantizar su disfrute efectivo, “el derecho fundamental a la buena administración brilla con luz propia como derecho básico para que estas prestaciones se realicen adecuadamente<sup>2</sup>”.

Para la realización y materialización de derechos sociales se requiere de la intervención de la autoridad pública, donde la Administración pública tiene un papel clave

<sup>1</sup> MENÉNDEZ SEBASTIÁN, Eva María. **La administración al servicio de la justicia social**. Madrid: lustel, 2016.

<sup>2</sup> RODRÍGUEZ-ARANA MUÑOZ, Jaime. Derecho administrativo y derechos sociales fundamentales. **Ius Humani**. Revista de Derecho, n. 6, p. 95-105, 2017.



en su promoción y efectividad, pues es ejecutor material de las políticas y programas necesarios para garantizarlos<sup>3</sup>.

Por ello, en este trabajo se analiza prohibición de regresividad de los derechos sociales a través del estudio de un caso concreto: la situación del derecho a la salud en Venezuela, con miras a determinar si en dicho país existe un retroceso en el acceso y disfrute efectivo del derecho a la salud. Para ello, se estudia, en primer lugar, la prohibición de regresividad de los derechos sociales con énfasis en la regresividad de los resultados de una política pública. En segundo lugar, se revisa el contenido del derecho a la salud, entendiéndolo como un derecho prestacional que requiere de un desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar su expansión y cobertura a toda la población. En tercer lugar, se presentan los datos de la encuesta nacional de hospitales (ENH) desarrollada desde el año 2014 por la organización Médicos por la Salud y el Grupo de Investigación de Enfermedades Infecciosas y Tropicales de Venezuela (GIDETI) y los resultados del seguimiento al presupuesto público nacional que realiza la organización Transparencia Venezuela para evidenciar la situación actual del derecho a la salud en Venezuela, presentando como último punto, las conclusiones correspondientes.

Se busca evidenciar, cómo la actuación del Estado puede impactar la calidad de vida de los ciudadanos, y como, una buena administración contribuye al logro de los objetivos del Estado social de derecho e impacta la calidad de vida de las personas.

## 2. LA PROHIBICIÓN DE REGRESIVIDAD DE LOS DERECHOS SOCIALES

La prohibición de regresividad —que desde una óptica positiva se estudia como el principio de progresividad— está referida a la obligación que tienen los Estados de avanzar — o no retroceder— en la cobertura y disfrute de los derechos sociales — especialmente los derechos prestacionales—, de forma tal que se procure aumentar dicha cobertura y disfrute, no pudiendo derogar o retroceder en los logros o mejoras alcanzadas<sup>4</sup>. Para Gomes Canotilho esta prohibición significa que los derechos sociales una vez conquistados se convierten en una garantía constitucional y, por tanto, en un derecho subjetivo, que debe ser respetado y garantizado, aún en casos de crisis o recesiones económicas<sup>5</sup>

<sup>3</sup> ANDARA SUÁREZ, Lenin José y PEÑA BARRIOS, Angello Javier. Presupuesto público y derechos sociales: perspectiva general sobre el cumplimiento de los derechos. **Estado & comunes**: Revista de políticas y problemas públicos, vol. 1, n. 14, p. 75-94, ene./jun. 2022.

<sup>4</sup> POYANCO BUGUEÑO, Rodrigo Andrés. Derechos sociales y políticas públicas. El principio de progresividad. **Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano**, Bogotá, año 23, p. 327-347, 2017.

<sup>5</sup> GOMES CANOTILHO, José Joaquim. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7.ª Edição. Coimbra: Edições Almedina, 1941.



Por su parte Añón Roig considera que el termino regresividad o reversibilidad debe entenderse como la adopción de medidas por parte del Estado que empeoren o minimicen un derecho social, respecto a la titularidad, al contenido o al alcance en el disfrute del mismo, para lo cual se deberá evaluar cuál era el grado de disfrute del derecho que se trate, que existía con anterioridad a la adopción de la medida regresiva que se considera regresiva<sup>6</sup>. Ponce Solé agrega que se pueden considerar regresivas aquellas medidas que suponen una menor prestación o una disminución en el *contenido del derecho*, que se traducen en consecuencias desfavorables para el ciudadano<sup>7</sup>.

La regresividad según Courtis puede estudiarse desde dos puntos de vista. La primera, desde la regresividad de los resultados de una política pública –donde es necesaria una buena administración– y la segunda, relacionada con la regresividad de las normas jurídicas<sup>8</sup>. Estaremos en presencia de regresividad de los resultados en una política pública, cuando, a partir del análisis de indicadores, datos y referencias podamos establecer que existe una disminución en el contenido, alcance o ejercicio de un determinado derecho social, siendo posible evaluar un indicador en particular — por ejemplo, número de camas disponibles en hospitales públicos por cada 100 mil habitantes— o realizar una evaluación conjunta de varios indicadores que permitan determinar que una política pública concreta ocasionó cierta regresividad en el ejercicio de un derecho, pudiendo incluirse la reducción del gasto público como un elemento que debe considerarse al momento de la evaluación<sup>9</sup>. Por otro lado, existirá regresividad en una norma jurídica, cuando la extensión de derechos previamente concedidos sea limitada por efecto de la aprobación de un instrumento normativo, para lo cual será necesario comparar el nuevo instrumento jurídico con aquél que ha modificado o sustituido, y evaluar si la norma posterior suprime, modifica, limita o restringe el contenido de determinado derecho con respecto a la normativa anterior<sup>10</sup>. En otras palabras, “las leyes no deben empeorar la situación de regulación del derecho vigente, desde el punto de vista del alcance y amplitud del goce de los derechos sociales”<sup>11</sup>.

<sup>6</sup> AÑÓN ROIG, María José. ¿Hay límites a la regresividad de derechos sociales? **Derechos y Libertades**, Madrid, n. 34, época II, p. 57-90, en. 2016.

<sup>7</sup> PONCE SOLÉ, Juli. **El derecho y la (ir) reversibilidad limitada de los derechos sociales de los ciudadanos: las líneas rojas constitucionales a los recortes y la sostenibilidad social**. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 2013. p 23.

<sup>8</sup> COURTIS, Christian. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales: apuntes introductorios. En: COURTIS, Christian (Comp.). **Ni un paso atrás: prohibición de regresividad en materia derechos sociales**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Del Puerto, 2006. p. 3-52.

<sup>9</sup> DALLI ALMIÑANA, María. El derecho a la salud y la prohibición de regresividad: ¿infringen las restricciones para inmigrantes el contenido esencial?, **Revista telemática de filosofía del derecho**, n. 21, p. 229-250 2018.

<sup>10</sup> COURTIS, Christian. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales: apuntes introductorios. En: COURTIS, Christian (Comp.). **Ni un paso atrás: prohibición de regresividad en materia derechos sociales**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Del Puerto, 2006. p. 3-52, p. 4.

<sup>11</sup> SILVA GARCÍA, Fernando y ROSALES GUERRERO, Emmanuel. Derechos sociales y prohibición de regresividad: el caso ISSSTE y su voto de minoría, **Cuestiones constitucionales: revista mexicana de derecho constitucional**, México, n. 20, p. 315-339, en./jun. 2009.



Así pues, los Estados —a raíz del surgimiento del Estado social de derecho— asumen el compromiso de garantizar los derechos sociales de modo progresivo, y es como consecuencia de ello, que surge la prohibición de regresividad, que impide retroceder en el grado de realización alcanzado de un determinado derecho.

En el caso venezolano, la Constitución de 1999 en sus artículos 2 y 3 reconoce a Venezuela como un *Estado democrático y social de derecho y de justicia*, que propugna como valores *de su actuación*, la igualdad, la responsabilidad social y en general la *preeminencia de los derechos humanos* — entre otros— teniendo como fines *el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, la promoción de la prosperidad y bienestar del pueblo y la garantía del cumplimiento de los principios, derechos y deberes consagrados en esta Constitución*<sup>12</sup>.

Respecto de la prohibición de regresividad, esta se encuentra expresamente consagrada en la Constitución de 1999 pero desde su aspecto positivo, es decir, se consagra el principio de progresividad señalando que “El Estado garantizará a toda persona, *conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna*, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos (...)”<sup>13</sup>, advirtiendo que su respeto y garantía son obligatorios para los órganos del poder público.

Explican Picard de Orsini y Useche que el artículo 19 de la Constitución venezolana de 1999 establece la responsabilidad exclusiva del Estado por el respeto y garantía de los derechos humanos que deben ser garantizados a todas las personas por igual, sin discriminación alguna, de lo cual, ninguna ley o política podrá restringir o limitar un derecho humano más allá de lo previsto en la Constitución, lo que refleja — en criterio de las autoras— el deseo de asegurar al máximo la protección del individuo<sup>14</sup>.

En este mismo orden consideran que el artículo 19 está estructurado en una doble vertiente: es una garantía y a su vez, un derecho. Como garantía, establece no solo la obligación de los órganos y entes públicos de respetar y garantizar los derechos de acuerdo a la Constitución y las leyes, sino que, además deben acatar los tratados sobre derechos humanos ratificados por la República. Por su parte, la vertiente del derecho, se materializa en el reconocimiento, protección y defensa de los derechos sociales de manera inmediata, debiendo garantizar su disfrute y goce en la medida que han sido considerados inherentes a la condición humana, lo que contribuye a definir y delimitar la actividad del Poder Público frente a los ciudadanos<sup>15</sup>.

<sup>12</sup> VENEZUELA. República. **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Enmienda Nro. 1**, G.O.E. Nro. 5.908, 19/2/2009. Artículos 2-3.

<sup>13</sup> VENEZUELA. República. **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Enmienda Nro. 1**, G.O.E. Nro. 5.908, 19/2/2009. Artículo 19.

<sup>14</sup> PICARD DE ORSINI, Marie y USECHE, Judith. El principio de progresividad y la actuación de los órganos del Poder Público conforme a la Constitución vigente. **Provincia**, Mérida, n. especial, p. 421-449, 2005.

<sup>15</sup> PICARD DE ORSINI, Marie y USECHE, Judith. El principio de progresividad y la actuación de los órganos del Poder Público conforme a la Constitución vigente. **Provincia**, Mérida, n. especial, p. 421-449, 2005. p. 431-432.



Así pues, entendemos que la prohibición de regresividad de los derechos sociales —o su otra cara, el principio de progresividad— es un elemento intrínseco del Estado social de derecho y de una buena administración, que impide a los órganos y entes del poder público dictar normas jurídicas o implementar políticas públicas que restrinjan, deterioren, disminuyan o minimicen el ejercicio, disfrute o acceso a determinado derecho social —ya sea para toda la población en general o para una categoría o grupo específico de personas—. Siendo que cualquier medida o política pública que implique una restricción de los derechos sociales podrá ser sometida al control de los órganos jurisdiccionales correspondientes —nacionales o internacionales— de acuerdo a lo previsto en el ordenamiento de cada país, existiendo sobre los gobiernos la obligación inmediata de asegurar las condiciones que permitan gradual y constantemente la plena realización de los derechos sociales.

En Venezuela, el principio de progresividad de los derechos humanos se encuentra expresamente reconocido en la Constitución de 1999, con lo cual, la actuación de los órganos y entes del Estado debería estar orientada a garantizar el respeto y disfrute efectivo de los mismos. No obstante, estudiaremos en los apartados siguientes que ha existido un deterioro en el acceso y disfrute de los derechos de los venezolanos, enfocando nuestro análisis en el derecho a la salud, que no solo ha sido impactado por situaciones vividas en los últimos años como la pandemia de Covid-19, sino que además se suma la emergencia humanitaria compleja que atraviesa el país desde 2015 y el desinterés de las autoridades venezolanas de garantizar un real y efectivo disfrute de este derecho.

### 3. EL DERECHO A LA SALUD Y PROHIBICIÓN DE REGRESIVIDAD

Explica Dalli Almiñana que para hablar de regresividad de una norma o una política pública, es necesario determinar si la misma respeta o no el contenido esencial del derecho afectado, advirtiendo que existen distintas teorías sobre lo que debe entenderse como *contenido esencial de un derecho* que van desde las absolutas que consideran que el respeto al mismo no se determina ponderando, y las relativas, que estiman que para establecer ese respecto es necesario realizar un juicio de proporcionalidad<sup>16</sup>.

No profundizaremos en las distintas teorías o posiciones que existen sobre a la noción de *contenido esencial de un derecho*, pero sí indicaremos que será bajo esta idea que se analice si respecto al derecho a la salud en Venezuela ha existido o no regresividad en cuanto a su contenido, alcance, disfrute o accesibilidad, para lo cual entenderemos,

---

<sup>16</sup> DALLI ALMIÑANA, María. El derecho a la salud y la prohibición de regresividad: ¿infringen las restricciones para inmigrantes el contenido esencial?, **Revista telemática de filosofía del derecho**, n. 21, p. 229-250, 2018. p. 236.





siguiendo a Bolívar que el contenido esencial de un derecho viene a convertirse en un piso sobre el que se debe desarrollar el más alto nivel de satisfacción del mismo<sup>17</sup>.

En efecto, se trata de un estándar que debe ser garantizado con independencia de la situación económica o las condiciones desfavorables que enfrenten los Estados constituyéndose en una base —o un piso, en palabras de Bolívar— que debe ser asegurada a todas las personas en todos los contextos<sup>18</sup>, para cuya determinación es necesario revisar la normativa constitucional, así como los estándares de Derecho internacional de derechos humanos y el desarrollo doctrinal de los derechos fundamentales.

Sobre el derecho a la salud, la profesora Toebes indica que su definición como derecho humano ha dado lugar a mucha confusión y controversia, y es que utilizamos una diversidad importante de términos para referirnos a este derecho, pudiendo mencionar *derecho a la salud*, *derecho a la atención de la salud*, *derecho de protección a la salud*, y *derechos de salud*, siendo el término más usado el de *derecho a la salud* que debe entenderse no sólo como el derecho a los servicios de salud, sino también el derecho a una serie de condiciones previas subyacentes para salud, tales como agua potable segura, saneamiento adecuado, salud ambiental, e incluso salud ocupacional<sup>19</sup>.

En este mismo orden de ideas la Observación general número 14 sobre el derecho a la salud del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas (ONU) indica que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano, sino que éste comprende libertades como el derecho a controlar su salud y su cuerpo – por parte del titular del derecho– con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias tales como ser sometido a torturas, a tratamientos y experimentos médicos no consensuales, y derechos como el de contar con un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del *más alto nivel posible de salud*<sup>20</sup>.

Este derecho es considerado como parte del grupo de los derechos económicos, sociales y culturales. Tendrá carácter económico y social en la medida que se busque asegurar que la persona no sufra injusticias económicas o sociales con respecto a su salud, y, además es cultural porque se busca garantizar que los servicios de salud disponibles

<sup>17</sup> BOLÍVAR, Ligia. **Derechos económicos, sociales y culturales**: derribar mitos, enfrentar retos, tender puentes. Una visión desde la (in)experiencia de América Latina. Caracas: Provea, 1996.

<sup>18</sup> PARRA VERA, Oscar. Derecho a la salud y prohibición de regresividad. En: COURTIS, Christian (Comp.). **Ni un paso atrás**: prohibición de regresividad en materia derechos sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Del Puerto, 2006. p. 53-78.

<sup>19</sup> TOEBES, Brigit. The right to health. In: EIDE, Asbjørn; Krause, Catarina y ROSAS, Allan (Editors). **Economic, social, and cultural rights**: a textbook. 2<sup>nd</sup>. ed. Netherlands: Springer, 1995, p. 169-190.

<sup>20</sup> ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). **Observación general N° 14 (2000)**: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) , 11 Agosto 2000, E/C.12/2000/4. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html> [Accesado el 31 mar. 2022]





se encuentren suficientemente adaptados a los distintos elementos culturales de las personas<sup>21</sup>.

A diferencia de los derechos civiles y políticos en los que bastaría —en principio— la abstención de los órganos y entes públicos para la concreción del derecho, en los derechos sociales se requiere de la actuación definida del Estado para su logro, lo que resulta más evidente respecto del derecho a la salud. Tal como afirma Delgado Blanco existe una línea que separa lo normativo y lo fáctico; una cosa son las intenciones que declaran los gobernantes, y otra, las oportunidades con las que cuentan las personas para hacer efectivo el derecho, de allí que resulta necesario explorar cuánto del compromiso y las intenciones declaradas se hace efectivo y cuánto de la institucionalidad contribuye a la realización de este derecho<sup>22</sup>.

El derecho a la salud tiene como punto de partida que cada Estado organice un sistema que responda a la demanda de servicios de las personas, de allí que se le otorgue el carácter de *derecho prestacional* que requiere de un desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar su expansión y cobertura<sup>23</sup>. Ese carácter prestacional exige tiempo y apropiación de recursos que hacen necesario el diseño y planificación de políticas y programas que permitan garantizar el derecho a la salud en la población, de allí que se trate de un derecho cuya realización es progresiva<sup>24</sup>.

La Observación general número 14 sobre el derecho a la salud del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas (ONU) contiene algunos parámetros sobre el contenido y alcance del derecho a la salud. El párrafo 12, por ejemplo, al referirse al contenido normativo de este derecho dispone que el derecho a la salud —en todas sus formas y a todos los niveles— abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados, a saber: 1. *Disponibilidad*, referida a la existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas; 2. *Accesibilidad*, que posee a su vez cuatro dimensiones superpuestas: 2.1. No discriminación; 2.2. Accesibilidad física; 2.3. Accesibilidad económica (asequibilidad); 2.4. Acceso a la información; 3. *Aceptabilidad*, referida a la obligación que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados —de allí el elemento cultural del derecho a la salud, como se indicó anteriormente—, y; 4. *Calidad*, relacionada, entre otras cosas, con la necesidad de contar con personal médico

<sup>21</sup> TOEBES, Brigit. The right to health. In: EIDE, Asbjørn; Krause, Catarina y ROSAS, Allan (Editors). **Economic, social, and cultural rights**: a textbook. 2<sup>nd</sup>. ed. Netherlands: Springer, 1995, p. 169-190. p. 170.

<sup>22</sup> DELGADO BLANCO, Andy. Contando historias de dolor: el Derecho a la Salud de pacientes hospitalizadas en Venezuela. **Revista Derecho y Salud**, año 5, n. 6, p. 31-54, en./dic. 2021.

<sup>23</sup> PARRA VERA, Oscar. **El derecho a la salud en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales**. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2003. p. 39-40.

<sup>24</sup> PARRA VERA, Oscar. Derecho a la salud y prohibición de regresividad. En: COURTIS, Christian (Comp.). **Ni un paso atrás**: prohibición de regresividad en materia derechos sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Del Puerto, 2006. p. 53-78. P. 74.



capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas<sup>25</sup>.

Pero, además, el párrafo 43 de la Observación general número 14 enlista las obligaciones básicas que configuran el *contenido mínimo* del derecho a la salud, siendo éstas: 1. Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sin discriminación, especialmente respecto de grupos vulnerables o marginados; 2. Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre; 3. Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable; 4. Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS; 5. Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud; y, 6. Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población<sup>26</sup>.

En Venezuela, la Constitución de 1999 consagró expresamente a la salud como un *derecho social fundamental* siendo obligación del Estado garantizarlo *como parte del derecho a la vida*, en aras de lo cual ejerce la rectoría y gestión del sistema público nacional de salud, —que tiene entre sus objetivos la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, a través del tratamiento oportuno y la rehabilitación de calidad—<sup>27</sup>, para lo cual debe promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios<sup>28</sup>.

De acuerdo con Delgado Blanco, el sujeto protegido por el derecho a la salud está constituido por *todas las personas*, venezolanas o no, ciudadanas o no del Estado venezolano quien debe garantizar el derecho. Además, se prevé la participación de los ciudadanos en la promoción y defensa del derecho y la obligación de someterse a las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley. Por otro lado, los objetos tutelados son la salud, la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios,

<sup>25</sup> ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). **Observación general N° 14 (2000)**: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 Agosto 2000, E/C.12/2000/4. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html> [Accesado el 31 mar. 2022]. p. 4-6.

<sup>26</sup> ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). **Observación general N° 14 (2000)**: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 Agosto 2000, E/C.12/2000/4. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html> [Accesado el 31 mar. 2022]. p. 17-18.

<sup>27</sup> DELGADO BLANCO, Andy. Contando historias de dolor: el Derecho a la Salud de pacientes hospitalizadas en Venezuela. **Revista Derecho y Salud**, año 5, n. 6, p. 31-54, en./dic. 2021. p. 31.

<sup>28</sup> VENEZUELA. República. **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Enmienda Nro. 1**, G.O.E. Nro. 5.908, 19/2/2009. Artículo 83. BREWER CARIAS, Allan. **Algunos aspectos del derecho a la salud en las Constituciones latinoamericanas y los problemas de su justiciabilidad** (Una aproximación preliminar). San José de Costa Rica, agosto 2004. Disponible en: <http://allanbrewercarias.net/Content/449725d9-f1cb-474b-8ab2-41efb849fea2/Content/II,%204,%2020893.%20EL%20DERECHO%20A%20LA%20SALUD%20EN%20LAS%20CONSTITUCIONES%20LATINOAMERICANAS%202008-2004.pdf> [Accesado el 31 mar. 2022].



para lo cual el Estado deberá implementar las políticas sociales, las medidas sanitarias y de saneamiento a que hubiere lugar<sup>29</sup>.

Asimismo, indica que la Constitución de 1999 consagra el derecho a la salud como un derecho ilimitado y dirigido a todos —universal— siendo responsabilidad del Estado garantizarlo, quien debe cumplir con su compromiso a través de un sistema público nacional de salud, integrado al sistema de seguridad social y caracterizado por ser *intersectorial, descentralizado, participativo, gratuito, universal, integral, equitativo, integrado y solidario*.

Así, podemos decir que en Venezuela el derecho a la salud es un derecho social, progresivo cuya responsabilidad del disfrute le corresponde al Estado a través del sistema nacional público de salud, quien deberá implementar políticas y programas encaminados a la satisfacción del mismo. Ahora bien, en cuando a lo que debe entenderse como el *contenido esencial del derecho a la salud*, de acuerdo a lo que dispone la Constitución de 1999 y tomando como referencia lo dispuesto en el párrafo 43 de la Observación general número 14 sobre el derecho a la salud del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas (ONU), podemos indicar que, el Estado venezolano está obligado a garantizar los siguientes mínimos: 1. Garantizar el acceso universal a los servicios públicos de salud —y hacemos el énfasis en servicios públicos de salud, porque la Constitución de 1999 hace referencia a la existencia de un sistema público de salud, lo que excluiría a los centros privados— 2. Garantizar que los centros públicos se encuentren equipados con el personal, medicinas, bienes y equipos necesarios, pero además que se encuentren en buen estado, posean agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, que permitan que el acceso sea realmente efectivo y de calidad, 3. Desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida y el bienestar colectivo.

Es bajo este *paraguas del contenido mínimo esencial del derecho a la salud en Venezuela* que analizaremos si las políticas implementadas por el gobierno de este país han permitido el disfrute efectivo de este derecho o si por el contrario se ha vulnerado la prohibición de regresividad de los derechos sociales.

#### 4. SITUACIÓN ACTUAL DEL DERECHO A LA SALUD EN VENEZUELA

Explica Castellanos que, a partir del año 1936, Venezuela inició un proceso de modernización e industrialización —fundamentalmente producto de la explotación petrolera— que trajo como consecuencia la necesidad de crear un tejido institucional de avanzada, que en materia sanitaria adoptó una concepción integral de la salud<sup>30</sup>.

<sup>29</sup> DELGADO BLANCO, Andy. Concepción institucional del derecho a la salud en Venezuela. **Revista Latinoamericana de Derecho Social**, n. 26, p. 89-116, 2018.

<sup>30</sup> CASTELLANOS, Pedro Luis. Notas sobre el estado y la salud en Venezuela. **Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación**, n. 156-158, p. 69-121, 1982.



Dicha institucionalidad alcanzó su mayor desarrollo entre los años 1960 y 1970, cuando se amplió la red de centros de salud y se construyeron los grandes hospitales generales que servirían para la atención a la población, y se mantuvo estable en la década de los 80', para posteriormente observarse una disminución de la inversión pública en salud, que generó un incremento de los centros de salud privado, la privatización de los espacios sanitarios y, la ineficiencia de las prestaciones de salud, que, ya para esos años comenzaron a hacer ilusoria la universalidad del derecho que consagraba la Constitución venezolana de 1961<sup>31</sup>.

Por su parte, Delgado Blanco refiere que con posterioridad a 1999, se puso en funcionamiento un modelo de atención integral de salud, que tenía por objetivo fortalecer la red ambulatoria encargada de la atención primaria en salud — conocido como Misión Barrio Adentro—pero que posteriormente se limitó a lo médico-curativo, sin embargo, advierte que Venezuela vive una crisis multifactorial —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, servicios sanitarios deficientes—, que ha mermado y disminuido la calidad de vida de la población<sup>32</sup>.

En materia sanitaria, se ha podido observar falta de suministros médicos en los centros públicos de salud, deterioro de su infraestructura e insuficiencia de personal, deficiencia de los servicios de agua potable y electricidad, entre otros, lo que imposibilita ofrecer respuestas oportunas y de calidad a las necesidades de su población, e incluso garantizar ese *contenido mínimo* del derecho a la salud.

Respecto los suministros médicos en centros de salud, la profesora Durán miembro de la organización Médicos por la Salud, al analizar los resultados de la encuesta nacional de hospitales (ENH) período 2014-2019 manifiesta que, en el año 2014, 55% de los medicamentos, 57% del material médico quirúrgico y 51% de los catéteres y sondas se encontraban en fallas severas o simplemente no existían. En el 2017 el desabastecimiento de medicamentos alcanza el 78% y las deficiencias de material médico quirúrgico, sondas y catéteres, se mantienen por encima del 75%, mientras que, en 2018, el desabastecimiento de medicamentos superaba el 80%, las deficiencias de material médico quirúrgico ascendían a 79% y de sondas y catéteres alcanzaron un 84%<sup>33</sup>.

Por su parte Villasmil-Pietro, al analizar las tendencias de la encuesta nacional de hospitales (ENH) período 2015-2020, destaca que para el año 2019 la inoperatividad

<sup>31</sup> KORNBLITH, Miriam y MAINGON, Thaís. **Estado y Gasto Público en Venezuela, 1936-1980**. Caracas: Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela, 1985.

<sup>32</sup> DELGADO BLANCO, Andy. Contando historias de dolor: el Derecho a la Salud de pacientes hospitalizadas en Venezuela. **Revista Derecho y Salud**, año 5, n. 6, p. 31-54, en./dic. 2021. p. 36.

<sup>33</sup> DURÁN, Maritza. El desabastecimiento hospitalario en Venezuela: cuando el “no hay” es la norma. En: VILLASMIL-PIETRO, Gustavo (ed.). **5 años Encuesta Nacional de Hospitales Venezuela**. Caracas: Grupo de Investigación de Enfermedades Infecciosas y Tropicales de Venezuela (GIDETI), 2021. p. 61-76.



de camas disponibles en centros públicos de salud ascendía a 33%, lo que da cuenta de un déficit de camas hospitalarias en Venezuela, que pasó de 30 camas por cada 10 mil habitantes en 1964, a 13 camas por cada 10 mil habitantes en la segunda década del siglo XXI<sup>34</sup>; es decir, *Venezuela en 2019 tiene menos camas operativas por cada 10 mil habitantes de las que tenía en 1964*.

Otro dato a destacar es la inoperatividad de infraestructuras hospitalarias, específicamente el área de quirófanos. Para 2019 se reportaba menos del 10% de los quirófanos disponibles como enteramente funcionales, lo que generaba una lista de espera quirúrgica en Venezuela –estimada por la Federación Médica de Venezuela (FMV)– de 450 a 500 mil personas. Inoperatividad que viene ocasionada en buena medida a las fallas de los servicios de electricidad y agua en los centros públicos de salud, y es que la encuesta nacional de hospitales en 2018 reportaba fallas persistentes del suministro de agua en 79% de las salas operatorias, lo que imposibilita la programación de cirugías selectivas y pone en riesgo las cirugías de emergencia<sup>35</sup>.

Asimismo, Venezuela se encuentra en los últimos lugares del Índice de Seguridad Sanitaria Global<sup>36</sup> –posición 180 de 195 países– y según un estudio realizado por Human Rights Watch y la Universidad Johns Hopkins en 2019, los centros públicos de salud pueden tener ausencia del servicio de agua, durante semanas e incluso meses, lo que genera que los pacientes y personal de la salud deban llevar agua para su consumo, para lavarse las manos e incluso, para descargar los inodoros<sup>37</sup>.

Ahora bien, pudiera pensarse que el retroceso de los indicadores en materia de salud en Venezuela puede obedecer a temas de crisis económica y deficiencia presupuestaria, y es que, se ha discutido si los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera pudieran configurarse como límites válidos que justifiquen algún tipo de regresividad de los derechos sociales. Sin embargo, frente a esta idea nos permitimos señalar que estos principios lo que persiguen es evitar el despilfarro y la inadecuada utilización de los fondos públicos, de allí que, tal como afirma Sala Sánchez, “el sacrificio de los derechos sociales no puede tener como único fundamento el ahorro, sino que éste –el ahorro– debe estar al servicio del mantenimiento de tales derechos”<sup>38</sup>.

<sup>34</sup> VILLASMIL-PRIETO, Gustavo. El hospital público venezolano: De la “crisis” al horror. En: VILLASMIL-PRIETO, Gustavo (ed.). **5 años Encuesta Nacional de Hospitales Venezuela**. Caracas: Grupo de Investigación de Enfermedades Infecciosas y Tropicales de Venezuela (GIDETI), 2021. p. 137-152.

<sup>35</sup> VILLASMIL-PRIETO, Gustavo. El hospital público venezolano: De la “crisis” al horror. En: VILLASMIL-PRIETO, Gustavo (ed.). **5 años Encuesta Nacional de Hospitales Venezuela**. Caracas: Grupo de Investigación de Enfermedades Infecciosas y Tropicales de Venezuela (GIDETI), 2021. p. 137-152. p. 139.

<sup>36</sup> DELGADO BLANCO, Andy. Contando historias de dolor: el Derecho a la Salud de pacientes hospitalizadas en Venezuela. **Revista Derecho y Salud**, año 5, n. 6, p. 31-54, en/dic. 2021. p. 40.

<sup>37</sup> HUMANS RIGHTS WATCH. Venezuela necesita ayuda humanitaria urgente para combatir la Covid-19. Mayo 2020. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2020/05/26/venezuela-necesita-ayuda-humanitaria-urgente-para-combatir-la-covid-19>. [Accesado el 31 mar. 2022].

<sup>38</sup> SALA SÁNCHEZ, Pascual. La garantía constitucional de los derechos económicos y sociales y su efectividad en situaciones de crisis económica. **Revista española de control externo**, vol. 16, n. 46, p. 11-122, 2014.



Pero, además, de los análisis al presupuesto público nacional que realiza la organización Transparencia Venezuela, puede observarse, entre otros: 1. Que el presupuesto asignado al sector salud en el año 2017 fue 43% menor que el asignado en el año 2016<sup>39</sup>. 2. Que en 2017 solo 12 de 28 proyectos del Ministerio de Salud, fueron tomados en cuenta para recibir créditos adicionales, mientras que los 16 proyectos restantes solo contaron con un presupuesto inicial para su implementación<sup>40</sup>. 3. Que, en 2018, el sector salud no estuvo entre los cinco sectores con mayor asignación presupuestaria, sino que, por el contrario, ese año, sectores como relaciones interiores, justicia y paz y defensa se encontraban entre los primeros lugares<sup>41</sup>. 4. Que para el año 2019, el sector salud tampoco estuvo entre los cinco sectores con mayor asignación presupuestaria, observando nuevamente que el sector de interiores, justicia y paz, sí se encontró en los primeros lugares<sup>42</sup>, y, 5. Que se conocen al menos 17 casos de presunta gran corrupción en el sector salud venezolano que han sido denunciados por órganos de investigación penal, nacionales y extranjeros, cuyo patrimonio público comprometido en la corrupción sobrepasa los US\$ 5.000 millones<sup>43</sup>, entre los que se destaca la imputación de una exministra de salud por parte del Ministerio Público por la presunta comisión de los delitos de peculado doloso propio, sobregiro presupuestario y asociación para delinquir, luego que una investigación penal determinara presuntas irregularidades en la contratación por parte del Ministerio para la Salud –a su cargo– de varias empresas para la construcción –llave en mano– de 6 centros hospitalarios de alta tecnología que formaban parte del programa de atención primaria de salud, Misión Barrio Adentro, que nunca fueron construidos y a los que se les destinó la cantidad de US\$ 663,6 millones<sup>44</sup>.

Así pues, tenemos necesariamente que concluir que en Venezuela existe un retroceso en el disfrute del *contenido mínimo del derecho a la salud*, toda vez que el gobierno nacional no ha garantizado el acceso universal a los servicios públicos de salud –por el contrario, existen listas de espera de pacientes quirúrgicos–, tampoco ha garantizado que los centros de salud cuenten con los medicamentos y equipos necesarios –reportándose el desabastecimiento de suministros médicos de más del 70%, y deficiencias de los servicios de electricidad y agua potable– y menos aún, ha implementado políticas orientadas a elevar la calidad de vida y el bienestar colectivo –la asignación de los recursos al sector salud es deficitaria, y se le da preminencia a sectores como relaciones interiores y justicia y defensa, aunado a la existencia de casos de corrupción–. Es decir,

<sup>39</sup> TRANSPARENCIA VENEZUELA. **Salud en Venezuela: Cuando la corrupción es el virus**. Caracas: [s.n.], 2020. p. 76.

<sup>40</sup> TRANSPARENCIA VENEZUELA. **Salud en Venezuela: Cuando la corrupción es el virus**. Caracas: [s.n.], 2020. p. 76.

<sup>41</sup> TRANSPARENCIA VENEZUELA. **Nuestro presupuesto 2018**. Caracas: Transparencia Venezuela, [s.n.], [2019?]. p. 16.

<sup>42</sup> TRANSPARENCIA VENEZUELA. **Nuestro presupuesto 2019**. Caracas: Transparencia Venezuela, [s.n.], [2020?]. p. 16.

<sup>43</sup> TRANSPARENCIA VENEZUELA. **Salud en Venezuela: Cuando la corrupción es el virus**. Caracas: [s.n.], 2020. p. 57.

<sup>44</sup> SARMIENTO GARMENDIA, Mabel. **Eugenia Sader, la exministra de Salud señalada de desviar \$1.500 millones en tres años**. Caracas: Transparencia Venezuela, 2021.



*no es un tema de crisis financiera sino de política del Estado venezolano. En Venezuela existe una ausencia absoluta de una buena administración.*

## 5. CONCLUSIONES

Los derechos sociales son una conquista del Estado social de derecho, que exigen de los órganos y entes del poder público la realización de un conjunto de actividades, entendiendo que el beneficiario de dicha acción no es un sujeto individual sino el colectivo.

La normativización de los derechos, a nivel nacional e internacional, no es suficiente para que estos sean efectivos. Tal como afirma Delgado Blanco existe una línea que separa lo normativo y lo fáctico; una cosa son las intenciones que declaran los gobernantes, y otra, las oportunidades con las que cuentan las personas para hacer efectivo el derecho<sup>45</sup>, de allí que la acción de los órganos y entes del poder público, resulta indispensable para la materialización del derecho que se trate.

Respecto al *derecho a la salud en Venezuela*, el análisis de los datos realizado permite concluir que existe un retroceso en el disfrute y acceso del mismo que ha puesto en riesgo la vida de los venezolanos, lo que evidencia un incumplimiento del deber Estado de garantizar el disfrute efectivo de los derechos sociales, que además agrava la situación de emergencia humanitaria compleja que atraviesa este país.

Los centros públicos de salud en Venezuela no cumplen con las condiciones de disponibilidad, accesibilidad y calidad de la Observación general número 14 sobre el derecho a la salud del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas (ONU), siendo la escasez de medicamentos, insumos y materiales médico quirúrgico y las deficiencias en los servicios de electricidad y agua potable, una realidad que deben sortear día a día los venezolanos cuando deben acudir a cualquier centro de salud administrado por el Estado.

A pesar de que el derecho a la salud se encuentra consagrado como un *derecho social* en la Constitución venezolana de 1999, lo cierto es que dicho derecho es nugatorio. Los datos muestran que en Venezuela no se garantiza *el contenido mínimo esencial del derecho a la salud como parte del derecho a la vida*, existiendo, en consecuencia, una afectación de la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios de los venezolanos que va en desmedro de la dignidad humana.

---

<sup>45</sup> DELGADO BLANCO, Andy. Contando historias de dolor: el Derecho a la Salud de pacientes hospitalizadas en Venezuela. **Revista Derecho y Salud**, año 5, n. 6, p. 31-54, en./dic. 2021. p. 32.





## REFERENCIAS

ANDARA SUÁREZ, Lenin José y PEÑA BARRIOS, Angello Javier. Presupuesto público y derechos sociales: perspectiva general sobre el cumplimiento de los derechos. **Estado & comunes**: Revista de políticas y problemas públicos, vol. 1, n. 14, p. 75-94, en./jun. 2022.

AÑÓN ROIG, María José. ¿Hay límites a la regresividad de derechos sociales? **Derechos y Libertades**, Madrid, n. 34, época II, p. 57-90, en. 2016.

BOLÍVAR, Ligia. **Derechos económicos, sociales y culturales**: derribar mitos, enfrentar retos, tender puentes. Una visión desde la (in)experiencia de América Latina. Caracas: Provea, 1996.

BREWER CARÍAS, Allan. **Algunos aspectos del derecho a la salud en las Constituciones latinoamericanas y los problemas de su justiciabilidad** (Una aproximación preliminar). San José de Costa Rica, agosto 2004. Disponible en: <http://allanbrewercarias.net/Content/449725d9-f1cb-474b-8ab2-41efb849fea2/Content/II,%20A,%2020893.%20EL%20DERECHO%20A%20LA%20SALUD%20EN%20LAS%20CONSTITUCIONES%20LATINOAMERICANAS%2008-2004.pdf> [Accesado el 31 mar. 2022].

CASTELLANOS, Pedro Luis. Notas sobre el estado y la salud en Venezuela. **Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación**, n. 156-158, p. 69-121, 1982.

COURTIS, Christian. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales: apuntes introductorios. En: COURTIS, Christian (Comp.). **Ni un paso atrás**: prohibición de regresividad en materia derechos sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Del Puerto, 2006. p. 3-52.

DALLI ALMIÑANA, María. El derecho a la salud y la prohibición de regresividad: ¿infringen las restricciones para inmigrantes el contenido esencial?, **Revista telemática de filosofía del derecho**, n. 21, p. 229-250, 2018.

DELGADO BLANCO, Andy. Concepción institucional del derecho a la salud en Venezuela. **Revista Latinoamericana de Derecho Social**, n. 26, p. 89-116, 2018.

DELGADO BLANCO, Andy. Contando historias de dolor: el Derecho a la Salud de pacientes hospitalizadas en Venezuela. **Revista Derecho y Salud**, año 5, n. 6, p. 31-54, en./dic. 2021.

DURÁN, Maritza. El desabastecimiento hospitalario en Venezuela: cuando el “no hay” es la norma. En: VILLASMIL-PRIETO, Gustavo (ed.). **5 años Encuesta Nacional de Hospitales Venezuela**. Caracas: Grupo de Investigación de Enfermedades Infecciosas y Tropicales de Venezuela (GIDETI), 2021. p. 61-76.

GOMES CANOTILHO, José Joaquim. **Direito Constitucional e Teoría da Constituição**. 7.ª Edição. Coimbra: Edições Almedina, 1941.

HUMANS RIGHTS WATCH. Venezuela necesita ayuda humanitaria urgente para combatir la Covid-19. Mayo 2020. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2020/05/26/venezuela-necesita-ayuda-humanitaria-urgente-para-combatir-la-covid-19>. [Accesado el 31 mar. 2022].

KORNBLITH, Miriam y MAINGÓN, Thaís. **Estado y Gasto Público en Venezuela, 1936-1980**. Caracas: Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela, 1985.



MENÉNDEZ SEBASTIÁN, Eva María. **La administración al servicio de la justicia social**. Madrid: lustel, 2016.

ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). **Observación general N° 14 (2000)**: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 Agosto 2000, E/C.12/2000/4. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html> [Accesado el 31 mar. 2022].

PARRA VERA, Oscar. **El derecho a la salud en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales**. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2003.

PARRA VERA, Oscar. Derecho a la salud y prohibición de regresividad. En: COURTIS, Christian (Comp.). **Ni un paso atrás**: prohibición de regresividad en materia derechos sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Del Puerto, 2006. p. 53-78.

PICARD DE ORSINI, Marie y USECHE, Judith. El principio de progresividad y la actuación de los órganos del Poder Público conforme a la Constitución vigente. **Provincia**, Mérida, n. especial, p. 421-449, 2005.

PONCE SOLÉ, Juli. **El derecho y la (ir) reversibilidad limitada de los derechos sociales de los ciudadanos**: las líneas rojas constitucionales a los recortes y la sostenibilidad social. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 2013.

POYANCO BUGUEÑO, Rodrigo Andrés. Derechos sociales y políticas públicas. El principio de progresividad. **Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano**, Bogotá, año 23, p. 327-347, 2017.

RODRÍGUEZ-ARANA MUÑOZ, Jaime. Derecho administrativo y derechos sociales fundamentales. **Ius Humani**: Revista de Derecho, n. 6, p. 95-105, 2017.

SALA SÁNCHEZ, Pascual. La garantía constitucional de los derechos económicos y sociales y su efectividad en situaciones de crisis económica. **Revista española de control externo**, vol. 16, n. 46, p. 11-122, 2014.

SARMIENTO GARMENDIA, Mabel. **Eugenia Sader, la exministra de Salud señalada de desviar \$1.500 millones en tres años**. Caracas: Transparencia Venezuela, 2021.

SILVA GARCÍA, Fernando y ROSALES GUERRERO, Emmanuel. Derechos sociales y prohibición de regresividad: el caso ISSSTE y su voto de minoría, **Cuestiones constitucionales**: revista mexicana de derecho constitucional, México, n. 20, p. 315-339, en./jun. 2009.

TOEBES, Brigit. The right to health. In: EIDE, Asbjørn; Krause, Catarina y ROSAS, Allan (Editors). **Economic, social, and cultural rights**: a textbook. 2<sup>nd</sup>. ed. Netherlands: Springer, 1995, p. 169-190.

TRANSPARENCIA VENEZUELA. **Nuestro presupuesto 2018**. Caracas: Transparencia Venezuela, [s.n.], [2019?].

TRANSPARENCIA VENEZUELA. **Salud en Venezuela**: Cuando la corrupción es el virus. Caracas: [s.n.], 2020.



TRANSPARENCIA VENEZUELA. **Nuestro presupuesto 2019**. Caracas: Transparencia Venezuela, [s.n.], [2020?].

VENEZUELA. República. **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Enmienda Nro. 1**, G.O.E. Nro. 5.908, 19/2/2009.

VILLASMIL-PRIETO, Gustavo. El hospital público venezolano: De la "crisis" al horror. En: VILLASMIL-PRIETO, Gustavo (ed.). **5 años Encuesta Nacional de Hospitales Venezuela**. Caracas: Grupo de Investigación de Enfermedades Infecciosas y Tropicales de Venezuela (GIDETI), 2021. p. 137-152.