



# 2021

---

## CÁNCER Y MUJER

---

Informe sobre la situación del  
cáncer de mama y de cuello  
uterino en Venezuela



# Cáncer y mujer 2021

Informe sobre la situación del cáncer de  
mama y de cuello uterino en Venezuela

O c t u b r e 2 0 2 1

# Índice

Abreviaturas	3
Resumen Ejecutivo	4
Introducción	5
Conceptos básicos sobre el cáncer	6
Antecedentes y contexto en Venezuela	11
Los datos sobre el cáncer en mujeres	16
Los datos de Funcamama	24
El impacto diferenciado de la EHC en mujeres con cáncer	27
La vulneración del derecho a la salud de las mujeres con cáncer	28
Conclusiones	29
Recomendaciones al Estado venezolano	30
Referencias	31

# Abreviaturas

ACFIMAN	Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales
BCV	Banco Central de Venezuela
CADH	Convención Americana de Derechos Humanos
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPAZ	Centro para la Justicia y Paz
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
EHC	Emergencia Humanitaria Compleja
Funcamama	Fundación de Lucha Contra el Cáncer de Mama
GCO (en inglés)	Observatorio Global de Cáncer
IARC (en inglés)	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
IVSS	Instituto Venezolanos de los Seguros Sociales
MPPS	Ministerio del Poder Popular para la Salud
NNA	Niños, niñas y adolescentes
OACNUDH	Oficina de la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OEА	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PF-PIDESC	Protocolo Facultativo del PIDESC
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
SSP	Sistema Sanitario Público



# Resumen ejecutivo

El presente informe tiene como objetivo hacer una recopilación de los dos informes anteriores de Funcamama “Cáncer y mujer en Venezuela 2020” y “Mujeres con metástasis de cáncer de mama en Venezuela un sufrimiento sin límites” actualizando parte de la información y agregar el enfoque de género para visibilizar el impacto diferenciado que sufren las mujeres venezolanas en la EHC que además deben atravesar los obstáculos y desafíos de superar el cáncer.

Dentro del informe, se profundiza en los dos tipos de cáncer de mayor incidencia y mortalidad para las venezolanas: el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino, mientras se ofrece un contexto completo de las condiciones que se deben enfrentar en el país, especialmente, el colapso generalizado de la red de centros asistenciales públicos con servicios oncológicos y la falta de capacidad adquisitiva que lleva a estas mujeres a enfrentar verdaderas tragedias.

Adicionalmente, se hace un análisis desde el enfoque de derechos humanos, con énfasis en el derecho humano a la salud, a la luz de los estándares establecidos por la Observación General N° 14 del CDESC de la ONU, la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad. Tratando de demostrar la razón por la cual se considera que existe un patrón grave y generalizado de violación del derecho a la salud de las mujeres con cáncer desde el 2015 en Venezuela.

Por último, se ofrecen conclusiones generales del contenido del informe y se presentan recomendaciones al Estado venezolano para cumplir con sus responsabilidades en materia de derechos humanos y de atención de una población vulnerable y muchas veces invisibilizada.

**Palabras clave:** salud, DDHH, derecho a la salud, cáncer, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, calidad, aceptabilidad, hospitales, condiciones crónicas, mujeres.



# Introducción

El presente informe “Cáncer y Mujer: 2021” es una continuación del informe “Cáncer y mujer en Venezuela 2020” y “Mujeres con metástasis de cáncer de mama en Venezuela un sufrimiento sin límites”, en los cuales, se ofrecen algunas nociones y conceptos básicos sobre el cáncer, los factores de riesgos modificables y no modificables, así como datos globales sobre la situación del cáncer en el mundo.

También, se presentó la realidad de la situación del cáncer de mama para la población venezolana, se describieron los obstáculos para el acceso a bienes y servicios de salud para personas con condiciones no transmisibles, incluyendo, la dificultad para el

en medio de la EHC, en especial, el acceso a diagnóstico temprano y tratamiento para personas con cáncer de mama.

Durante casi 20 años de trabajo, la organización se ha centrado en promover información para el diagnóstico oportuno, el acceso a tratamiento y cuidados integrales a personas con condiciones de salud no transmisibles como el cáncer, con énfasis, en el cáncer de mama. Además, trabajamos por la reivindicación y defensa de sus derechos humanos.

Ubicada estratégicamente en Valencia – Estado Carabobo, Funcamama cuenta desde el 2004 con un centro de salud especializado

**Funcamama es una ONG de autogestión, sin fines de lucro y de derechos humanos. fundada en el 2002 con la misión de contribuir a la lucha contra el cáncer de mama en Venezuela.**

acceso a diagnóstico y tratamiento médico, así como las muertes prevenibles que ocurren por este desprotegido SSP. Y con cifras levantadas por Funcamama, se mostró la cruda realidad que atraviesan las mujeres venezolanas con cáncer de mama metastásico.

En esta oportunidad, recapitularemos la información proporcionada en estos informes anteriores, para luego profundizar en el impacto diferenciado y en las vulneraciones al derecho humano a la salud que sufren las mujeres que requieren de servicios de salud

en el diagnóstico de cáncer de mama, útero, ovarios, entre otros, y está compuesto por 5 unidades de diagnóstico lideradas por 54 médicos especialistas de más de 30 especialidades.

Funcamama ha atendido a más de 900 mil personas y gracias a su trayectoria se ha convertido en un centro de referencia nacional para el diagnóstico y tratamiento oncológico. Actualmente, más del 30% de los casos diagnosticados de cáncer de mama en la región central de Venezuela son realizados en su centro de salud, es decir, de cada 10 nuevos diagnósticos, 3 son realizados por Funcamama.

---

# Conceptos básicos sobre el **cáncer**

---



# ¿Qué es el cáncer?

- El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo (9,6M al año)
- 65% de las muertes ocurre en países de ingresos medios o bajos

Para el correcto funcionamiento de nuestro organismo, los seres humanos estamos compuestos por millones de células que crecen, se dividen y al envejecer o crecer de manera anormal, mueren (1).

El cáncer es una enfermedad que se presenta cuando algo sale mal en este proceso, es decir, se genera un crecimiento anómalo e incontrolado de células que impide al organismo funcionar como debería. Existen dos categorías principales: cáncer de las células de sangre (leucemia, linfoma, mieloma múltiple) o tumores sólidos (cáncer de mama, de próstata, colorrectal (2).

Se podrían salvar hasta 3,7M de vidas al año con estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento adecuado.

Si no se tratan, los tumores pueden crecer y diseminarse por el tejido normal circundante o a otras partes del organismo a través de la corriente sanguínea y del sistema linfático y pueden afectar al aparato digestivo, al sistema nervioso y al aparato circulatorio, o liberar hormonas que tal vez afecten a las funciones del organismo.





## Causas del cáncer

Los cánceres pueden deberse a múltiples causas y, al igual que en otras condiciones de salud, la mayor parte de ellos son consecuencia de la exposición a diversos factores causales.

Un tercio de los casos de cáncer pueden prevenirse si evitamos factores de riesgo como los hábitos alimenticios y de vida.

## Factores de riesgo modificables

**Consumo de alcohol:** puede aumentar el riesgo de seis tipos de cáncer (colorrectal, de mama, de boca, de faringe y de laringe, esofágico, de hígado y de estómago).

**Sobrepeso y obesidad:** se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar 12 tipos diferentes de cáncer.

**Inactividad física:** la actividad física habitual ayuda a reducir el exceso de grasa corporal y el riesgo de cáncer asociado, además, minimiza el riesgo de desarrollar cáncer de colon, de mama y de endometrio.

**Tabaquismo:** El humo contiene al menos 80 sustancias diferentes que causan cáncer (carcinógenos).

**Infección:** Los agentes infecciosos causan aproximadamente 2,2 millones de muertes por cáncer al año. Esto no significa que estos cánceres se contagien como una infección, sino que el virus puede provocar cambios en las células que las vuelvan más susceptibles de convertirse en cancerosas. Alrededor del 70% de los cánceres de cuello de útero se debe a infecciones por el VPH, mientras el cáncer de hígado y el linfoma no hodgkiniano pueden ser consecuencia del virus de la hepatitis B y de la hepatitis C, los linfomas están relacionados con el virus de Epstein-Bar.

## Factores de riesgo no modificables

**Edad:** La prevalencia de muchos tipos de cáncer aumenta con la edad. Cuantos más años viven las personas, mayor es la exposición a los agentes carcinógenos y el tiempo del que se dispone para que se produzcan cambios o mutaciones genéticas en sus células.

**Genética:** Algunas personas tienen una predisposición genética que aumenta las probabilidades para desarrollar algún tipo de cáncer.

**Sistema inmune:** Las personas con el sistema inmune debilitado se exponen a un mayor riesgo de desarrollar algunos tipos de cáncer. En este grupo se incluyen las personas trasplantadas y las personas con VIH/sida, o que tengan alguna otra condición de salud que reduce su inmunidad ante las enfermedades.

## Abordaje y tratamiento

El tratamiento depende del tipo de cáncer, de su ubicación, del tamaño, de si se ha extendido o no y del estado de salud general. Los tratamientos generalmente son:

**Cirugía:** Si un cáncer no ha formado metástasis, la intervención quirúrgica puede remover el tumor por completo.

**Radioterapia:** Se usan rayos de alta energía para reducir un tumor o destruir células cancerosas. Puede emplearse como tratamiento autónomo o en combinación con otros tratamientos oncológicos.

**Quimioterapia:** Se utilizan sustancias químicas para intervenir en la forma de dividirse de las células —dañando el ADN—, de manera que, las células cancerosas se destruyan a sí mismas. Este tipo de tratamientos se dirigen a cualquier célula que se divida con rapidez (no necesariamente solo a las células cancerosas), pero las células sanas suelen recuperarse de los daños causados por sustancias químicas.

La quimioterapia suele usarse para tratar los cánceres que se han diseminado o han formado metástasis, porque los medicamentos viajan por todo el organismo.

**Inmunoterapia:** Se utiliza el sistema inmunitario del propio organismo para combatir el tumor canceroso. Es posible tratar todo el organismo mediante la administración de una sustancia con capacidad para reducir los tumores.

**Hormonoterapia:** Varios cánceres como el de mama, se han relacionado con algunos tipos de hormonas. La hormonoterapia intenta modificar la producción hormonal del organismo, de manera que las células cancerosas dejen de crecer o se destruyan por completo.

## Cáncer de mama

El cáncer de mama es el cáncer que se produce en las células de las mamas, y puede ocurrir tanto en mujeres como en hombres, sin embargo, la incidencia en estos últimos es bastante baja, apenas de 1% de los casos (3).

Los síntomas varían de caso en caso, pero algunos que pueden presentar son los siguientes: cambio en el tamaño o aspecto de la mama, bulto o engrosamiento, inversión del pezón, descamación, enrojecimiento, piel de naranja, formación de costras, entre otros (4).

## Cáncer de mama metastásico

El cáncer de mama metastásico, también llamado cáncer de mama avanzado y cáncer de mama secundario, significa que el cáncer se ha diseminado desde donde se originó en la mama hacia otras partes del cuerpo (5).

El tratamiento para el cáncer de mama metastásico es principalmente con terapia sistémica.

Esto puede incluir terapia hormonal, quimioterapia, terapia dirigida o cierta combinación de estos tratamientos. Los tratamientos locales como la cirugía o la radiación podrían utilizarse también para ayudar a prevenir o tratar los síntomas. La propagación del cáncer de mama más frecuente es a los huesos, el hígado, los pulmones, el cerebro o a otros órganos.

Las terapias sistémicas (medicamentos) pueden incluir: Terapia hormonal, Quimioterapia (quimio), Medicamentos de terapia dirigida, como el Trastuzumab (Herceptin), el Pertuzumab (Perjeta), Inmunoterapia, alguna combinación de los anteriores con otros medicamentos dependiendo de los órganos afectados y las condiciones de salud de la persona, en determinadas situaciones, la cirugía, la radioterapia, o ambas.

Estos tratamientos a menudo pueden reducir tumores (o desacelerar su crecimiento), mejorar los síntomas y ayudar a las mujeres a vivir por más tiempo. Estos cánceres se consideran incurables. Por eso el tratamiento a menudo continúa hasta que el cáncer comience a crecer otra vez o hasta que los efectos secundarios se vuelvan inaceptables.

## Protocolos de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en Venezuela

La Sociedad Venezolana de Mastología ha propuesto un Consenso Venezolano donde se recomienda el siguiente esquema del cuidado de la glándula mamaria de la mujer:

**1.-** Realización de autoexamen mamario una vez por mes, 5 días después del primer día de menstruación, desde la edad de la menarquia hasta el fin de la vida, se esté menstruando o no, tenga vida sexual activa o no, tenga o no tenga factores de riesgo.

**2.-** Realizar desde los 18 años una consulta con el médico mastólogo (médico con postgrado en mastología, preferiblemente oncólogo más el postgrado en mastología) y realizarse una ecografía mamaria realizada por un radiólogo con postgrado en mastología. La frecuencia la establecerá el médico tratante. Es importante hacerse esta evaluación antes del inicio del uso de métodos anticonceptivos hormonales, tratamientos de fertilidad, embarazos.

**El autoexamen mamario debe realizarse  
1 vez al mes desde la menarquia**

**3.-** A los 35 años se tenga antecedentes oncológicos o no, se inicia la pesquisa incluyendo mamografía, ecografía mamaria, evaluación por el médico mastólogo. Esto se debe de hacer una vez por año hasta los 75 años, cuando disminuye el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

**4.-** De tener un hallazgo imagenológico de alguna tumoración de crecimiento anárquico o acelerado, con bordes no definidos, el paso a seguir es realizar una tomosíntesis, y/o resonancia magnética dependiendo de las indicaciones.

**5.-** Al tumor se le debe de realizar una biopsia de aguja fina o gruesa lo cual depende de la morfología, ubicación y composición del tumor. Este procedimiento lo realiza un médico cirujano mastólogo y un ecografista mastólogo.

**6.-** La muestra extraída debe ser procesada en un laboratorio de anatomía patológica, por un médico anatómomo patólogo mastólogo.

**7.-** Si la biopsia diagnostica células atípicas o cancerígenas se indica realizar una prueba de Inmunohistoquímica, prueba que indica la naturaleza de la mutación de las células cancerígenas para establecer el tratamiento de quimioterapia a aplicar.

**8.-** Con todos estos resultados el médico mastólogo tratante y el oncólogo clínico acuerdan los esquemas de tratamientos a seguir:

**a)** El primer paso es descartar metástasis para ello debe de realizar un examen de medicina nuclear llamado gammagrama óseo para el cual se aplica contraste endovenoso y se hace un scanner de todo el cuerpo.

**b)** Rayos X de tórax, tomografías con contraste, exámenes de laboratorio de bioanálisis metabólicos y marcadores tumorales.

**c)** Evaluación cardiológica y de vías digestivas, entre otros. Esto variara de acuerdo a la edad de la persona diagnosticada y las condiciones de salud física y psicológicas pre existentes.

Los esquemas de tratamiento son:

**1.-** Aplicación de radioterapia para reducir el tumor, cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia de mantenimiento de 5 a 10 años. Controles trimestrales por 3 años, semestrales por 5, anuales por el resto de vida.

**2.-** Aplicación de radioterapia, quimioterapia, cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia de mantenimiento de 5 a 10 años. Controles trimestrales por 3 años, semestrales por 5, anuales por el resto de vida.

**3.-** Cirugía mamaria, histerectomía, quimioterapia, radioterapia, terapia de mantenimiento de 5 a 10 años. Controles trimestrales por 3 años, semestrales por 5, anuales por el resto de vida.

**4.-** Cirugía terapia de mantenimiento de 5 a 10 años. Controles trimestrales por 3 años, semestrales por 5, anuales por el resto de vida.

**5.-** Cirugía, quimioterapia y radioterapia paliativas para la metástasis.

---

# Antecedentes y contexto en Venezuela

---





## Antecedentes

La CRBV de 1999 consagró de manera expresa la salud como uno de los derechos sociales y como parte integrante del derecho a la vida; y le adjudicó al Estado el rol de garante y promotor de políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, reflejado en el artículo 83. Así mismo, se comprometió en la gestión de un sistema público nacional de salud regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad, de acuerdo al artículo 84 de la CRBV.

**Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida.**

**– CRBV**

Adicionalmente, Venezuela suscribió y ratificó el PIDESC que consagra en su artículo 12 el derecho a la salud, así mismo, el CDESC creado por el pacto, ha desarrollado observaciones generales para desarrollar el contenido normativo del tratado (interpretaciones autorizadas), entre los cuales, se encuentran los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del derecho humano a la salud en su Observación General N° 14.

Acorde a lo plasmado en marco jurídico venezolano entorno al derecho a la salud, la población venezolana, debe tener acceso a diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para cualquier condición de salud.

En Venezuela, el organismo encargado de la planificación y administración pública del sistema público nacional de salud es el MPPS y el IVSS, se encargaba de las compras, control y distribución de los medicamentos de alto costo. Entre los años 2006 al 2015 Venezuela destacaba globalmente por el acceso universal y gratuito a fármacos oncológicos de alto costo, aplicación de tratamiento, cirugía, radioterapia y exámenes complementarios.

En 2014 Mercedes Pereira, directora de Farmacoterapéutica del IVSS, declaró que: “un promedio mensual de 33.057 pacientes con cáncer recibió tratamiento completamente gratuito en las farmacias de medicamentos de alto costo del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, en distintas regiones del país”.

No obstante, desde el 2015 comienza a evidenciarse el colapso del sistema de salud público venezolano producto de la instauración de la EHC, más 374 mil personas con condiciones de salud crónicas graves han sido afectadas, situación que se agudiza en el 2016 cuando las 58 farmacias del IVSS dejaron de hacer entrega de los medicamentos y tratamientos que requerían, obligando a la compra de los mismos en farmacias privadas las cuales agotaron sus inventarios, sin posibilidades de reposición por el marco regulatorio de importación y obtención de divisas.

**La Emergencia Humanitaria Compleja se instaura en Venezuela en el año 2015, uno de sus síntomas: el colapso del sistema público de salud.**

## La Emergencia Humanitaria Compleja

La multiplicidad de causas de la crisis venezolana (política, social y económica) y sus consecuencias humanitarias llevó a su calificación en 2015 como una EHC (6). Una de las características más importantes de este tipo de crisis es el gran número de personas que se encuentran en vulnerabilidad extrema y la necesidad de una respuesta internacional que va más allá del mandato o capacidad de un solo organismo (7).

De acuerdo a información levantada por la iniciativa HumVenezuela, para marzo del 2020 el 83,4% de la población venezolana estaba afectada en sus necesidades de salud. Además, 7,9 millones tienen necesidades humanitarias extremas, de las cuales, el 24% son personas con condiciones crónicas de salud como el cáncer (8).

**83,4% de la población venezolana está afectada en sus necesidades de salud.**

**- HumVenezuela (2020)**

En Venezuela existe un patrón sistemático, grave y de alcance nacional de vulneraciones al derecho a la salud (9), los cuales se producen en su gran mayoría, en el contexto del deteriorado y colapsado Sistema Sanitario Público (SSP) que alcanzó en 2019 una pérdida del 80% de su atención primaria, 60% de la atención ambulatoria y 69,5% de la hospitalaria (10). Esto ha generado una excesiva prevalencia de enfermedades que no son debida y oportunamente diagnosticadas por la por la inoperatividad de los servicios de salud, o que no son tratadas por las dificultades en la disponibilidad (11)

y asequibilidad del tratamiento, evidenciado por el decaimiento de la capacidad adquisitiva de los ciudadanos.

En Venezuela, se estima que la crisis del SSP afecta directamente a 8,9 millones de personas con condiciones crónicas de salud (12), y uno de los grupos más vulnerables son las personas con cáncer quienes ven las capacidades de atención y de servicios médicos oncológicos seriamente deteriorados (13) y que los coloca en un riesgo inminente de vulneración a sus derechos humanos a la integridad física, a la salud y a la vida.

Al contexto antes descrito se suma la llegada de la pandemia por el SARS-CoV-2, que ha sido un factor determinante para el empeoramiento de las condiciones generales de la EHC (14) y sobre el cual se hablará más adelante.

## La situación general de personas con cáncer

La Sociedad Anticancerosa de Venezuela señaló en febrero de este año que cada vez hay más venezolanos y venezolanas entre los 30 y 45 años con incidencia de algún tumor cancerígeno (15).

El deterioro generalizado de la disponibilidad, accesibilidad y calidad a bienes y servicios de salud oncológicos, es un hecho notorio comunicacional, así, la falta de mantenimiento de equipos (16) ha derivado en el cierre de 22 unidades de radioterapia en los últimos 5 años en el país que trabajaban para atender 31 tipos de cáncer incluyendo los de mayor incidencia: cáncer de mama y de cuello uterino (17). La razón principal de la falta de mantenimiento es el incumplimiento de los pagos del MPPS con la empresa encargada de esta labor (18).

Los centros oncológicos no han garantizado quimioterapia a unas 140.000 personas con cáncer y las cirugías disminuyeron 80%, según la Alianza Venezolana para la Salud. Tampoco se cuentan con mamógrafos, ecógrafos, resonadores, ni tomógrafos para realizar los estudios de diagnóstico y seguimiento.

**Los Hospitales Oncológicos Luis Razetti y Padre Machado trabajan con tecnología obsoleta como la cobaltoterapia.**

En el Hospital oncológico de Táchira, están inoperativos los quirófanos y las campanas para las quimioterapias no funcionan (19), al 25% de capacidad para realizar intervenciones quirúrgicas se encuentra el Hospital Oncológico Luis Razetti (20), además, en conjunto con el Hospital Oncológico Padre Machado trabajan con tecnología como la cobaltoterapia que se considera obsoleta en Latinoamérica (21). Además, en el Hospital Dr. Domingo Luciani el tomógrafo simulador está fuera de funcionamiento (22).

Desde el colapso del SSP en 2015 la capacidad de diagnóstico en el sector público es menos del 5% y los medicamentos de alto costo para el esquema de quimioterapia no están disponibles en las farmacias del IVSS por lo que deben ser compradas en mercados internacionales. Los reactivos, exámenes complementarios e insumos en general deben realizarse en centros de salud privados.

Las posibilidades de acceso a tratamientos y medicamentos de personas con cáncer

dependen desde hace casi 7 años en las capacidades económicas individuales. Por lo cual, uno de los obstáculos más importantes es la asequibilidad, es decir, la capacidad económica para acceder a bienes y servicios de salud oncológicos, diversas fuentes han documentado los costos de una sesión de quimioterapia en USD 100 (23), o un ciclo en USD 2.000, radioterapias entre USD 2.400 (24), y USD 4.500 (25), y exámenes especializados como resonancias en 120USD, mientras otros exámenes preoperatorios pueden llegar a los USD 130 (26).

Luisa Rodríguez, presidente de Funcamama indicó que para iniciar ciclos de quimioterapia, radioterapia o cirugía – si el caso lo requiere – se necesitan USD 2.000 y para todo el tratamiento USD 4.000. Solamente para cubrir los exámenes de diagnóstico alcanza los USD 600 (27).

**Un ciclo de quimioterapia puede costar USD 2.000 y el salario mínimo son USD 2,5 mensual.**

Adicionalmente se suman costos de medicamentos como la Capecitabina por la que deben pagar 120USD por 120 pastillas (28), es decir, 1USD por cada unidad de pastilla, en un país donde el salario mínimo es de 2,5USD mensuales (29).

Los sacrificios que las personas deben hacer para pagar sus tratamientos o cirugías van desde la recolección de fondos por diversos medios, incluidos los GoFundMe, hasta rifas o remates de los bienes a unos precios muy por debajo del mercado solamente para cubrir los costos derivados de tener cáncer (30).

Por otra parte, el éxodo de personal de salud y el abstencionismo laboral obstaculiza el acceso a servicios de salud. La tasa de disminución de médicos por años es de 10%, mientras que para el gremio de enfermería es de 24% (31).

Lo anterior, se debe principalmente a los bajos salarios y las condiciones laborales adversas a las que deben enfrentarse el personal de salud, como la faltas de insumos y medicamentos, las amenazas de perder el puesto de trabajo (32) y más recientemente el desabastecimiento de EPP para enfrentar la pandemia por el virus de SARS-CoV-2 que ha dejado a este gremio como uno de los grupos vulnerables emergentes producto de la pandemia (33).

**Para pagar los tratamientos para superar el cáncer las personas rematan sus bienes, hacen rifas o utilizan GoFundMe.**

Esta realidad no escapa para quienes deben tratarse un cáncer, la falta de oncólogos, mastólogos u otros médicos especializados en el SSP obliga a las personas a recurrir al sistema privado donde las consultas rondan los USD 30 (34).

Esta situación suma a otros factores que de acuerdo a OCHA colocan bajo presión al sistema público de salud del país (35) y al personal que debe atender un importante volumen de trabajo sin insumos, medicamentos, EPP e incentivos económicos para hacerlo más que la vocación o la “mística de trabajo” como indica la radioterapeuta oncóloga Dra. Mirla Castro del Hospital Central Antonio María Pineda (36).

Una muestra es la falta de médicos oncólogos en el Estado Lardá, de acuerdo al testimonio de la Dra. Ludy Goyo – médico oncólogo del Servicio Autónomo de Oncología – puede llegar a atender en consulta hasta 20 personas por día sin cobrar un salario por el trabajo desempeñado (37). Otro ejemplo de la presión existente en el SSP son las listas de espera para recibir tratamiento para cáncer, en el Hospital Dr. Domingo Luciani y Hospital Oncológico Padre Machado las listas de espera para diciembre del 2020 eran de más de 600 personas, mientras que en el Hospital Oncológico Luis Razetti atienden hasta 50 personas al día si los equipos médicos están funcionando (38).

Otro punto importante a destacar, es que las personas con cáncer no están entre las poblaciones priorizadas en el Programa Humanitario, ya que, la atención se centra en condiciones de salud transmisibles, por la que las condiciones no transmisibles, como el cáncer, quedan desatendidas. Todo ciudadano con una condición de salud necesita y tiene derecho al diagnóstico y tratamiento para garantizar su derecho a la salud, a la integridad física y a la vida.

**Las personas con cáncer no están priorizadas en el Programa Humanitario de País.**



---

# Los datos sobre el cáncer en **Mujeres**

---



# Los datos globales

De acuerdo con los informes del GCO (i) para 2020, América Latina y el Caribe es la cuarta región del mundo con mayor incidencia de cáncer en la mujer (178,8 por cada 100.000) superada al doble o casi al doble por regiones como Oceanía (370), Norte América (332,5) y Europa (256).

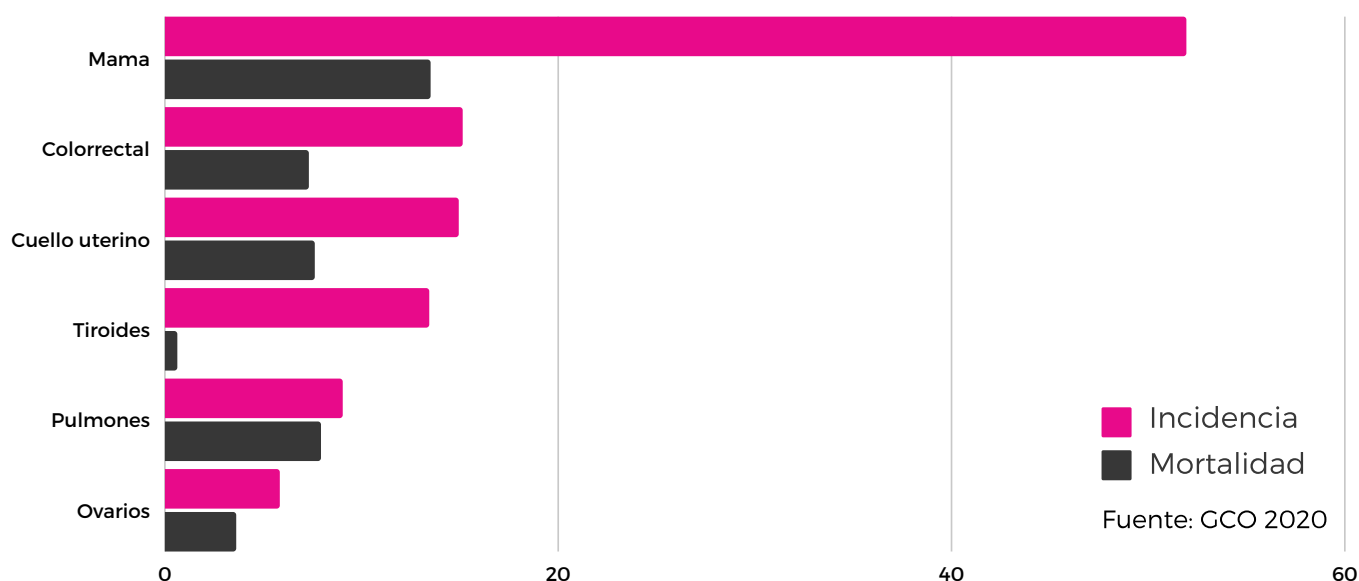
# 3X

El cáncer de mama es 3 o 4 veces más frecuente que otros tipos de cáncer.

## Incidencia y mortalidad por tipos de cáncer en mujeres en América Latina y El Caribe (2020)

(Por 100.000 habitantes)

Tabla 1



Sin embargo, al evaluar la tasa de mortalidad, encontramos que América Latina y el Caribe (78,2) tiene una mortalidad muy similar a la de estas regiones (entre 77 y 85), lo que nos indica dos cosas: la primera, que es probable que se realicen menos diagnósticos y segundo, que los sistemas de salud están

mejor preparados para atender a las mujeres con diferentes tipos de cáncer. En nuestra región, y de acuerdo a la misma base de datos del GCO, el cáncer con mayor incidencia y mortalidad en las mujeres es el cáncer de mama, seguido por el cáncer colorrectal y luego el de cuello uterino (Tabla 1).

(i) El Observatorio Global de Cáncer es una plataforma web interactiva desarrollada por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) de la OMS.

Como se puede observar de la Tabla 1, la incidencia de cáncer de mama en mujeres cuadruplica o triplica la de otros tipos de cáncer, por lo cual, es fundamental que en el desarrollo de políticas públicas orientadas a salud existan planes dirigidos especialmente al cáncer de mama

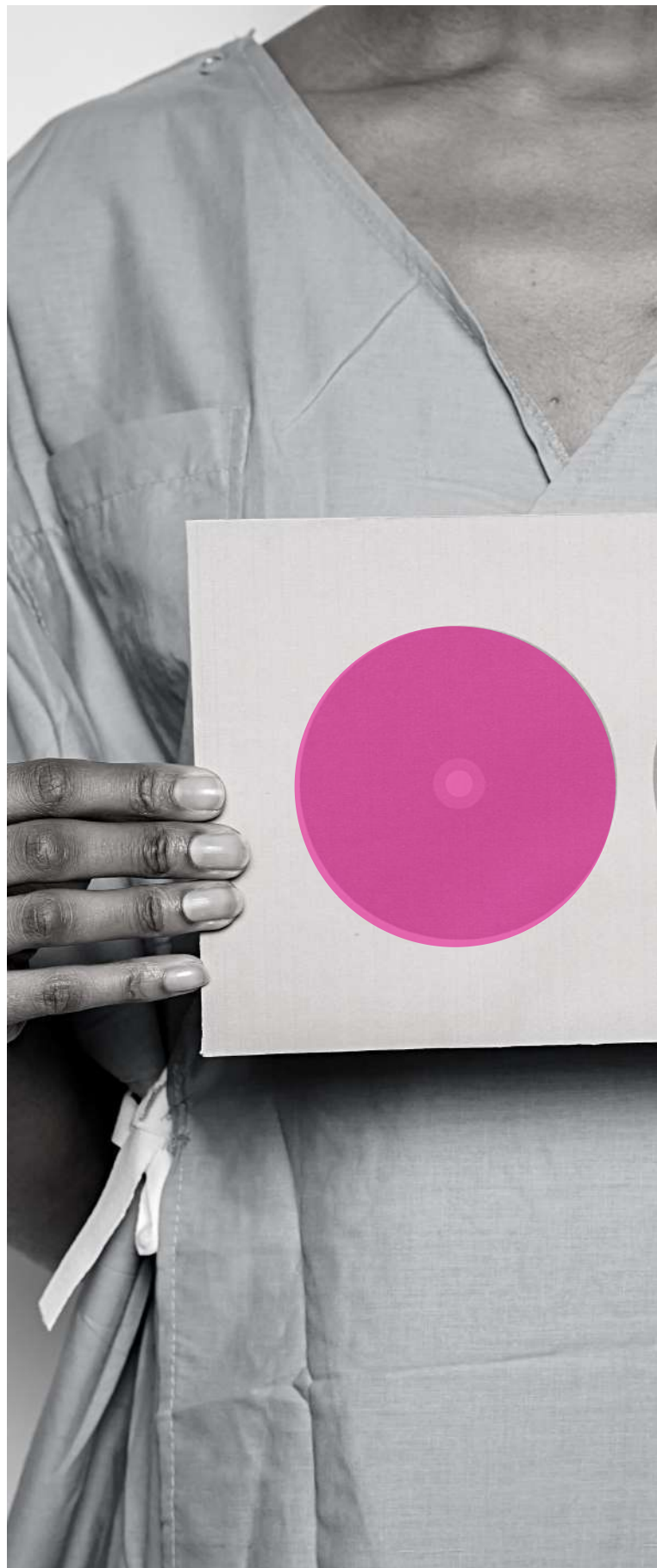
Como observamos en la primera parte de este informe, en el cáncer, y especialmente el de mama, existen factores de riesgo que son modificables y el diagnóstico y tratamiento temprano y adecuado salvan vidas, por lo que, las campañas de prevención y atención, así como el acceso a bienes y servicios de salud oncológicos son esenciales.

Otro dato global a tomar en cuenta sobre el cáncer de mama, es que la OMS ha indicado que, en el mundo, 1 de cada 12 mujeres desarrollará este tipo de cáncer a lo largo de su vida, constituyéndose como la primera causa de mortalidad entre las mujeres (39).



1 de cada 12 mujeres en el mundo, desarrollará cáncer de mama a lo largo de su vida.

– OMS



## Los datos en Venezuela

En Venezuela los datos varían, de acuerdo a las estimaciones del GCO la incidencia de cáncer de mama continúa siendo la más elevada, sin embargo, la de cuello uterino supera considerablemente la incidencia del cáncer colorrectal, además, el cáncer de útero pasa a la quinta posición de cáncer con mayor incidencia en el país, a diferencia de la región donde se encuentra en la sexta posición (Tabla 2).

Adicionalmente, podemos observar de la Tabla 1 y la Tabla 2, como en Venezuela aumenta la tasa de incidencia y de mortalidad al compararla con el promedio de la región. Por ejemplo, la incidencia de cáncer de cuello uterino en la región es de 14,9, en cambio en Venezuela es de 22,2, y la mortalidad por cáncer de mama en la región es de 13,5 en Venezuela aumenta a 18,7.

Del total de mujeres, el GCO estima que solamente por cáncer de mama y de cuello uterino el año pasado fallecieron 5.387 venezolanas, y por todos los tipos de cáncer un total de 15.928.

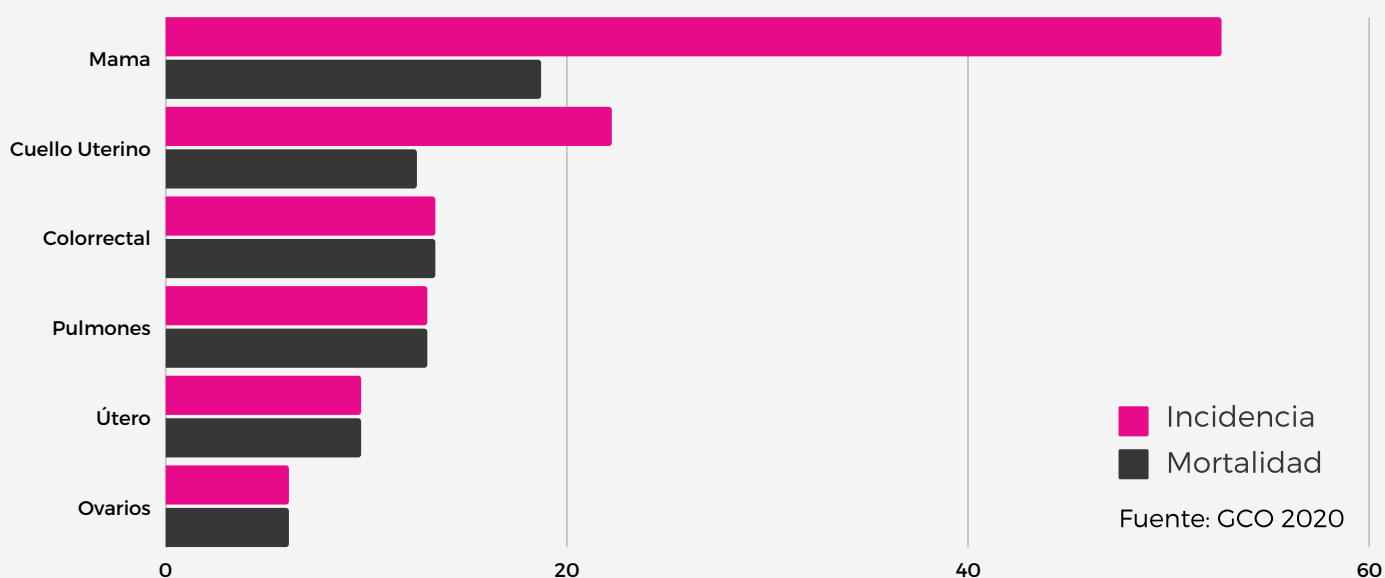
Las predicciones del GCO para 2025 indican que se esperan un aumento en la tasa de incidencia de cáncer en mujeres de 16.7% y de mortalidad en 17.6%, las cuales, son superiores al promedio de la región de Latinoamérica y el Caribe con 13.7% y 15.8% respectivamente. De acuerdo a las estimaciones del GCO, los tipos de cáncer más frecuentes y de mayor mortalidad en las mujeres venezolanas en el 2020, de acuerdo a OMS son: el de cáncer de mama y de cuello uterino (Tabla 3).

De los 8.896 nuevos casos con cáncer de mama en Venezuela hay probabilidades que 2.306 desarrolle metástasis.

### Incidencia y mortalidad por tipos de cáncer en mujeres en Venezuela (2020)

(Por 100.000 habitantes)

Tabla 2





Los datos estimados que proporciona el GCO son muy útiles para tener una percepción general sobre la situación del cáncer en las mujeres en Venezuela. Sin embargo, debemos destacar que la información (40) utilizada para el caso venezolano son producto de proyecciones con datos de la OMS de hace más de 6 años de vigencia (2014) para la tasa de mortalidad, o producto de la aplicación de un modelo que toma por referencia los datos de los países vecinos para la tasa de incidencia (41).

Tipo de cáncer	Mortalidad	#Casos
Glándula mamaria	3.258	8.896
Cuello Uterino	2.129	3.709
Colorrectal	1.326	2.394
Pulmón	2.010	2.288
Útero	389	1.640
Ovarios	659	1.015
Fuente: GCO 2020		Tabla 3

Lo anterior se explica por la reinante política de opacidad de cifras oficiales en el contexto sanitario en Venezuela, lo cual, claramente afecta la proporción y estimaciones reales que puedan elaborarse. Por consiguiente, nuestra comprensión de las dimensiones claras de la situación actual del cáncer y la posibilidad de elaborar propuestas claras y definidas para prevenir, diagnosticar y atenderlo oportuna y eficazmente, se ven obstaculizadas.

Desde el 2016 no se cuentan con estadísticas públicas en salud (42), este patrón del Estado venezolano de opacidad de información sobre la situación sanitaria del país es el producto del debilitamiento de los sistemas de información y la desestructuración de las instituciones sanitarias, esta situación,

constituye una clara vulneración al derecho humano a la salud de la población venezolana, de acuerdo a los estándares que indica la Observación General N° 14 del CDESC (43).

## El cáncer de mama en Venezuela

constituye una clara vulneración al derecho humano a la salud de la población venezolana, de acuerdo a los estándares que indica la Observación General N° 14 del CDESC (43).

El cáncer de mama es una condición de salud que es curable si es diagnosticada y tratada a tiempo, y la responsabilidad estatal inicia desde promover campañas para la prevención de factores de riesgo modificables y detección temprano del mismo. Desde 2015 a la actualidad, más de 10.000 mujeres con cáncer de mama, sufrieron y sufren daños irreparables a su salud, aumentando las estadísticas de casos con metástasis y fallecimiento por falta de tratamientos.

En Venezuela las mujeres representan el 50,81% de la población venezolana (ii), y como observamos anteriormente, el cáncer de mama es, por mucho, el tipo de cáncer con mayor incidencia para las mujeres venezolanas con una tasa de 52.6 por 100.000 habitantes. Lamentablemente, en el país, 9 mujeres fallecen diariamente por cáncer de mama de acuerdo a las estimaciones del GCO.

Además, de acuerdo a la OMS cerca de 1 de cada 12 mujeres desarrollará cáncer de mama a lo largo de su vida (44) en Venezuela este número empeora con el riesgo de 1 de cada 10, debido principalmente a la falta de

(ii) 14.451.000 mujeres de 28.436.000 para el año 2020 según la CEPAL.

diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y eficaz.

Esta información se condice con las estimaciones realizadas en 2019 por la Sociedad Anticancerosa de Venezuela, que indicaba la tasa de mortalidad de cáncer de mama para ese año en 15.5 y que ha venido en aumento sostenido desde el 2014, último año del que disponemos de información oficial (45). El mismo estudio estimó que en 2019 en promedio una venezolana perdió 19 años de vida a raíz del cáncer de mama (46).

De acuerdo al protocolo propuesto por la Sociedad Venezolana de Mastología, las mujeres venezolanas entre 35 y 75 años deberían realizarse una mamografía anualmente. Con el SSP completamente colapsado y la capacidad de atención disminuida, las venezolanas deben recurrir a los centros privados, pero apenas el 6% de esta población tiene la capacidad de costearse una mamografía en el sector privado. Eso deja alrededor de 5.471.390 mujeres que deben acudir a un centro de salud público para realizarse una mamografía y donde la capacidad de atención, es solamente del 0.5%.

La delicada situación en la que se encuentran las mujeres con cáncer de mama, llevó a que la CIDH otorgara medidas cautelares a 12 mujeres con cáncer de mama. Así el 14 de octubre de 2020, se promulgó la resolución 68/20 contentiva de la MC 545-19 (47) promovida por una alianza de organizaciones de sociedad civil (iii) donde la Comisión solicitó al Estado venezolano que se adoptaran las medidas necesarias que posibiliten el acceso a un tratamiento médico adecuado para las beneficiarias.

“...adopte las medidas necesarias para proteger los derechos a la vida, integridad personal y salud de las beneficiarias, mediante la adopción de las medidas inmediatas que posibiliten el acceso a un tratamiento médico adecuado, incluyendo a los medicamentos necesarios de conformidad con lo prescrito por las y los profesionales de salud correspondientes, así como los diagnósticos y exámenes que permitan evaluar de manera regular su estado de salud, según los estándares internacionales aplicables y con la incorporación de una perspectiva de género”

- CIDH  
Resolución 68/20 MC 545-19

## Los costos del cáncer de mama

El deterioro de la capacidad adquisitiva de la población venezolana está ampliamente documentada y es claramente una de las consecuencias de la EHC. Esta situación, incrementa claramente la desigualdad, ya que, son las personas con menos recursos quienes se verán más afectadas al acceder a bienes y servicios de salud, especialmente, si hablamos de cáncer de mama, para el cual, se requiere de más de USD 10.000 para poder ser superado.

Lo anterior obliga a las mujeres a recurrir a centros asistenciales privados para realizarse sus exámenes y tratamientos. El costo promedio de una mamografía en el sector privado es de USD50 cuando el salario mínimo es de USD2,5 (iv) es decir, se requiere de 1 año y 8 meses de trabajo para costearlo.

(iii) Cepaz, Prepara Familia, Acción Solidaria, Funcamama y Senos Ayuda.

(iv) El salario mínimo en Venezuela equivale a Bs.10.000.000,00 que al cambio oficial (Bs. 4.026.316,40) del BCV del día 22 de septiembre del 2021 equivale a USD 2,48.

Una consulta con un especialista mastólogo y una ecografía mamaria pueden costar cada una alrededor de USD 45. La punción con aguja fina y con aguja gruesa son USD 150 y USD 250 respectivamente. La prueba de Inmunohistoquímica es USD 50 por marcador y se requieren mínimo 6, es decir, USD 300 en total.

En el caso de requerir una cirugía básica mamaria el costo promedio ronda los USD 1.000 y un esquema básico de radioterapia equivale a USD 2.000, el ciclo de quimioterapia tiene un valor aproximado de USD 300 y normalmente se requieren 8 ciclos.

Los exámenes de extensión promedian más de USD 1.000 y el gammagrama óseo cuando se puede realizar equivale a USD 300. Igualmente, el tratamiento de mantenimiento mensual es USD 150 y se realiza mínimo por 5 años, prolongable a 10 años, en el caso de requerir cuidados paliativos son USD 500 mensuales.

De acuerdo a la experiencia de Funcamama, la mayoría de las mujeres que se hacen el diagnóstico de cáncer de mama hubiesen preferido enterarse de su condición ya en etapa terminal, para no tener que atravesar los desafíos que significa vivir con cáncer en medio de una EHC. Se han documentado casos donde los familiares de las mujeres con cáncer de mama deben vender todos sus activos o incluso deben migrar para conseguir mejores trabajos y así pagar por el tratamiento. Esto ha generado que muchas mujeres prefieran no realizarse ningún control médico de diagnóstico para no saber que tienen alguna condición de salud y así no convertirse en una carga para sus familiares.

El diagnóstico o detección tardía del cáncer

de mama conlleva un costo superior de más de 4 veces los costos de la atención de la enfermedad en estadio temprano, siendo esta una de las causas por las que las mujeres deciden no hacerse tratamiento, sumado a los aspectos emocionales del impacto de la noticia.

**Para poder superar el  
cáncer de mama se  
requieren USD 10.000.**

### El cáncer de cuello uterino en Venezuela

En Venezuela el cáncer de cuello uterino, es el segundo tipo de cáncer con mayor incidencia para las mujeres venezolanas con una tasa de 22.2 por 100.000 habitantes respectivamente. Los datos anteriores son similares a los encontrados por la Sociedad Anticancerosa de Venezuela en un estudio del 2019, donde se indicaba una tasa de incidencia del cáncer de cuello uterino en 23.82 por 100.000 habitantes (48) , esta misma investigación indicó que en ese año una venezolana en promedio perdió 24 años de vida a causa del cáncer de cuello uterino (49).

A pesar de que la incidencia en el cáncer de cuello uterino es menos de la mitad que del cáncer de mama, sorprende que la mortalidad sea tan elevada, de acuerdo al GCO, 6 mujeres venezolanas fallecieron diariamente en 2020 a causa de este tipo de cáncer. Hasta el 2010, este cáncer fue la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres venezolanas.

El cáncer de cuello uterino está relacionado con los países de ingresos bajos o medios, por los problemas para el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, así como las fallas

en el acceso a educación, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva. Al analizar las cifras por regiones del GCO, encontramos que la incidencia y mortalidad de este tipo de cáncer es considerablemente mayor en África (25,6 / 17,7) y Latinoamérica (14,9 / 7,6), que en regiones más desarrolladas como Europa (10,7 / 3,8) y Norteamérica (6,1 / 2,1), en las cuales, no solo la capacidad diagnóstica es superior, sino el acceso a educación sexual y reproductiva y sistemas de salud más fortalecidos permiten que las mujeres prevengan o atiendan exitosamente este tipo de cáncer.

Las prácticas sexuales poco seguras como la falta de uso de anticonceptivos de barrera, exponen a las personas a la adquisición del VPH, el cual, produce 70% de los casos de cáncer de cuello uterino de acuerdo a la OMS (50).

**El VPH produce el 70% de los casos de cáncer de cuello uterino.**  
-OMS

El cáncer de cuello uterino en etapa temprana es de fácil y económica detección globalmente, porque se realiza por la toma de una muestra de citología; siendo evaluada por un laboratorio de anatomía patológica, arrojando el diagnóstico de células atípicas o no. El tratamiento va desde quemado de la lesión, cononización, cirugía, tratamiento sistémico, quimioterapia y braquiterapia dependiendo del estadio del cáncer.

En el sector público aún se realizan tomas de citologías, sin embargo, la lista de espera para las consultas de ginecología y la falla de insumos para tomar la muestra y procesarlas

deriva en retrasos de hasta 3 meses. La alternativa, en el sector privado es el pago de USD 55.

Si el diagnóstico es tardío la persona tendrá que realizarse todos los exámenes y en algunos casos someterse a una cirugía de histerectomía que puede alcanzar los USD 3.000.

**El cáncer de cuello uterino se asocia a países de ingresos medios y bajos. Su incidencia está relacionada con problemas en las políticas públicas de salud.**





---

# Los datos de **FUNCAMAMA**

---



El cáncer de mama metastásico

La información compartida sobre mujeres con cáncer de mama metastásico está basada en las mujeres que asistieron a los servicios de salud de Funcamama en el periodo 2018 – 2021.

Se les realizaron 27 entrevistas a mujeres que dieron su consentimiento informado de una muestra de 132 mujeres diagnosticadas con metástasis que continuaron con el proceso de tratamiento en la organización de una población global de 513. De estas 27 mujeres, lamentablemente, 16 fallecieron durante la realización de la investigación.

4 nuevos casos por imagen y clínica de cáncer de mama, sobrepasando los 800 casos anuales, 2.560 en 3 años, de las cuales, 513 presentaron sintomatología de metástasis pero solo 132 continuaron con el proceso de corroboración del diagnóstico de metástasis y tratamiento, 39 de estas mujeres ya fallecieron para el momento de presentación de este informe.

Al comparar las estadísticas de sobrevida de las mujeres diagnosticadas en Funcamama y tratadas antes del 2015, observamos una sobrevida libre de metástasis por más de 7 años del 50% de nuestras usuarias, el grupo

Mujeres atendidas en el servicio de diagnostico mamario  
Funcamama (2018 - 2021)

Población atendida	Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama	Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama metastásico	Mujeres que desarrollaron metástasis en menos de 3 años
25.000	2.560	513	768

Tabla 4

En Venezuela la expectativa de sobrevida de las mujeres con cáncer de mama metastásico sin tratamiento no supera los 3 años si hizo metástasis después de haber sido tratado y si fue diagnosticada ya con metástasis no superan en promedio los 18 meses.

En Funcamama, la tasa de nuevos diagnósticos de cáncer de mama se ha acelerado entre 2018 y marzo 2021 y esto no es consecuencia del incremento en la demanda de nuestros servicios a costo social. Las mujeres que acuden ya sienten algo en la glándula mamaria.

En la sede se diagnostican diariamente unos

que presentó metástasis manifestó no haber podido continuar en los últimos 3 años el tratamiento de mantenimiento y protección indicada por 5 años que incluye chequeos semestrales y/o anuales por falta de acceso en el SSP y por carencia de recursos propios para adquirirlos.

Es relevante hacer mención que las mujeres con sobrevida de 7 o más años libres de enfermedad eran mujeres mayores de los 50 años cuando fueron diagnosticadas y las mujeres fallecidas diagnosticas en Funcamama entre el 2018 y 2021 su promedio de sobrevida fue de 3.5 años en edades comprendidas entre 27 y 56 años.



Las mujeres fallecidas diagnosticadas en Funcamama entre el periodo de estudio sobrevivieron con metástasis solo 1 año el 10%, 2 años el 40%, 3 años el 20%, 4 años el 20% y un 10% no sobrevivió el año. Recordemos que la expectativa de vida de las mujeres con metástasis en Latinoamérica es 5 años.

## Algunos datos que arrojó la investigación:

- El 100% de las mujeres con metástasis de cáncer de mama han tenido que usar recursos propios para sus tratamientos;
- El 89% no pudieron continuar trabajando por el desgaste físico y se incorporaron a la economía informal;
- El 90% viven en pareja y son madres;
- El 26% manifestaron no haberse registrado en el IVSS por las barreras para poderse inscribir y/o por considerarlo una pérdida de tiempo;
- De las inscritas en IVSS solo obtuvieron el 20% de los medicamentos indicados, pero en periodos irregulares;
- El 80% de las fallecidas no tuvieron acceso a tratamientos paliativos para calmar el dolor en la etapa de agonía, ni oxígeno;
- Por fallecer en sus hogares para poder sepultadas o cremadas ameritaron trámites adicionales con informes médicos, constancias de los consejos comunales, entre otros.



# El impacto diferenciado de la EHC

## en mujeres con cáncer

En el mundo la falta de igualdad entre géneros, derivado de constructos y estereotipos sociales ha afectado negativamente a las mujeres en casi todas las áreas de sus vidas; desde el acceso a educación hasta la violencia física y sexual.

A lo anterior, lamentablemente, no escapa el acceso a bienes y servicios de salud, en especial, los relativos a salud sexual y reproductiva, y cuando al hecho de ser mujer agregamos los dos factores de: vivir en EHC y tener cáncer, el impacto perjudicial se triplica.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más común en el mundo de acuerdo a la OMS (51) y afecta casi únicamente a las mujeres (99% de los casos) (52), por lo que, sus consecuencias recaen en este grupo vulnerable.

El estereotipo y rol de género clásico de la mujer como cuidadora de la familia, encargada de la crianza de los hijos, hace que la vulneración de una mujer con cáncer que no recibe diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, se traslade a su vez, a sus hijos, la relación casi directa de la afectación del derecho a la salud de las mujeres, con la afectación de los derechos de los NNA, se han documentado anteriormente (53).

La participación de la mujer en el trabajo formal es inferior a la del hombre, de acuerdo a la OIT (54) y Venezuela no es la excepción, esto se le suma en muchos casos, la

dependencia económica a terceros (padres y parejas) que les impide tener libertad económica para acceder a bienes y servicios de salud oncológicos, ya que, el sector público no se encuentra colapsado y sin posibilidades reales de diagnóstico y atención.

Las mujeres venezolanas que no dependen económicamente de terceros, normalmente se han convertido en jefes de familia y deben cargar con la responsabilidad no compartida de mantenerla económicamente, a lo cual, se suma la profunda crisis económica que reina en el país, si adicionalmente deben hacer frente a los gastos de una condición de salud como el cáncer en el sector privado, los gastos de bolsillo son catastróficos o simplemente no es factible.

El tabú existente alrededor de la educación sexual y reproductiva, limita el acceso de las mujeres a información valiosa para prevenir, diagnosticar y tratar diferentes tipos de cáncer, un ejemplo es el cáncer de cuello uterino, el cual se produce principalmente por ITS como el VPH y que puede ser prevenido por relaciones sexuales con protección de barrera, o que puede ser detectado a tiempo mediante una citología anual.

Las mujeres son hasta dos veces más propensas a desarrollar depresión (55) y en la experiencia de Funcamama, el diagnóstico de cáncer genera una gran angustia en la mujer, no únicamente por lo que significa las consecuencias en su salud, sino por la dificultad económica que representa para ellas y sus familias.



# La vulneración del derecho a la salud de

## las mujeres con cáncer

Como señalamos anteriormente, Venezuela es parte del PIDESC que consagra en su artículo 12 el derecho a la salud, el contenido normativo de este artículo ha sido desarrollado ampliamente por el CDESC en su Observación General No. 14 del año 2000.

El cual, ha entendido el derecho a la salud como “...al disfrute del más alto nivel posible de salud que permita vivir dignamente, entendida la salud no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social”. Así mismo, la Observación General, ha establecido cuatro estándares que son claves para este derecho: la disponibilidad (56), la accesibilidad (v), la aceptabilidad (57) y la calidad (58).

Desde el análisis del contenido de la Observación General N° 14 el derecho a la salud de las mujeres con cáncer en Venezuela ha sido vulnerado:

**1.En su estándar de disponibilidad:** la pérdida de capacidades del SSP para la realización de pruebas diagnóstico de diferentes tipos de cáncer, en especial, las mamografías y citologías, obedecen a un desabastecimiento generalizado de equipos e insumos necesarios para su realización. Así mismo, la carencia de compras de tratamientos médicos sin justificación desde el 2016 por parte del IVSS dejó a miles de mujeres sin su tratamiento oncológico.

1.tratamiento oncológico, en una clara vulneración al principio de progresividad del derecho humano a la salud.

**2.En su estándar de accesibilidad económica (asequibilidad):** el colapso general del SSP y la instauración de la EHC caracterizada por una profunda crisis económica ha dejado a las mujeres con cáncer sin posibilidades reales de acceder a tratamientos médicos, con el salario mínimo en USD 2,5 mensuales y sin poder recurrir al sector público, deben costear directamente su condición de salud, que para ser superada requiere de alrededor de USD 10.000. Adicionalmente, tanto las mamografías y citologías tienen costos aproximados de USD 50, por lo que, el diagnóstico temprano se ve obstaculizado por la carga económica que representa para las mujeres venezolanas, el diagnóstico tardío limita los tratamiento y posibilidades de recuperación y las exponen a desarrollar metástasis.

**3.En su estándar de calidad:** la falta de mantenimiento de equipos médicos, el uso de métodos obsoletos como la cobaltoterapia y la falta de profesionales de la salud especializados en condiciones oncológicas como los mastólogos limita considerablemente la calidad de los servicios de salud que reciben las mujeres con cáncer.

Lo anterior, nos lleva a concluir que en Venezuela existe un patrón grave y sistemático de vulneración del derecho a la salud de las mujeres con cáncer desde el 2016, especialmente, en sus estándares de disponibilidad, asequibilidad y calidad.

---

(v) Que incluye: la no discriminación, accesibilidad física, asequibilidad y acceso a la información.

# Conclusiones

De acuerdo a las anteriores consideraciones y del trabajo y experiencia que realiza Funcamama se puede concluir lo siguiente:

1. En el país el acceso a servicios de salud públicos es gratuito, por lo que el Estado venezolano debe garantizar las pruebas diagnósticas, cirugías y tratamientos, incluyendo paliativos. Sin embargo, esto no sucede desde el 2016 donde se evidencia el colapso del SSP producto de la EHC, entre las consecuencias vemos: desabastecimiento generalizado de medicamentos oncológicos, insumos y reactivos para exámenes médicos, fallas con los quirófanos y posteriormente, por falta de mantenimiento, inoperatividad de unidades de radioterapia y medicina nuclear, disminuyendo significativamente los diagnósticos y aumentando la tasa de mortalidad por cáncer.

2. El cáncer de mama y de cuello uterino son los dos tipos de cáncer de mayor incidencia y mortalidad en las mujeres venezolanas, para 2020 se estima que fallecieron diariamente 9 mujeres con cáncer de mama y 6 con cáncer de cuello uterino.

3. El deterioro de la capacidad adquisitiva de la población venezolana y el colapso del SSP obliga a las mujeres con cáncer a asumir todos los gastos de salud directamente desde su bolsillo y el de sus familiares. En la situación actual, una mujer requeriría trabajar 333 años con el actual salario mínimo (USD 2,5) para poder pagar todo el tratamiento para superar un cáncer de mama (USD 10.000).

4. En Funcamama, la tasa de nuevos diagnósticos de cáncer de mama se ha

acelerado entre 2018 y marzo 2021, se diagnostican en promedio 4 nuevos casos diarios, sobrepasando los 800 casos anuales.

5. De un estudio (2018-2021) levantado por Funcamama, 60% de las mujeres con cáncer de mama metastásico diagnosticadas fallecen antes de los 3 años y 80% de las fallecidas, no tuvo acceso a tratamientos paliativos para calmar el dolor en la etapa de agonía, ni oxígeno.

6. Las personas con cáncer no están entre las poblaciones priorizadas en el Programa Humanitario, ya que, la atención se centra en condiciones de salud transmisibles, por la que las condiciones no transmisibles, como el cáncer, quedan desatendidas.

7. La crisis en general es tan profunda que las mujeres prefieren no realizar ningún control médico de diagnóstico para no saber que tienen alguna condición de salud y así no ser una carga para sus familiares, sumado a que la mayoría de los hogares venezolanos la cabeza de familia es la mujer y si no, esta se encuentra en situación de dependencia económica sin autonomía para realizar gastos en su salud.

8. La mujer venezolana con cáncer de mama viviendo en una EHC se encuentra triplemente afectada: por su condición de mujer, por vivir con una condición crónica de salud no transmisible y a su vez tener que enfrentar las consecuencias de una EHC.

9. En Venezuela hay un patrón de vulneración del derecho a la salud de las mujeres con cáncer que afecta al menos 3 de los estándares de este derecho de acuerdo a la Observación General N°14 del CDESC de la ONU (disponibilidad, accesibilidad y calidad).

# Recomendaciones

## al Estado venezolano

De acuerdo a las anteriores consideraciones, Funcamama recomienda:

1. Asegurar que en la red de centros asistenciales públicos haya disponibilidad de: medicamentos y tratamientos, equipos médicos, servicios básicos (agua y electricidad), insumos médicos y personal de salud especializado para cada condición de salud y bien remunerado;
2. Fortalecer el Programa Nacional de Oncología mediante la reanudación de las compras de tratamientos médicos oncológicos y el control de factores de riesgo modificables para desarrollar cáncer a través de campañas públicas y masivas;
3. Honrar el contenido de la CRBV en especial, sus artículos 83, 84 y 85, así como los compromisos adquiridos en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, en especial, el contenido del artículo 12 del PIDESC sobre el derecho a la salud, así como incluir las recomendaciones realizadas por el CDESC en su Observación General N° 14 en la políticas públicas de salud;
4. Ratificar nuevamente la Carta de la OEA y la Convención Americana sobre Derechos Humanos;
5. Invitar a la Relatoría sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la ONU a una visita in loco a Venezuela como parte de la agenda acordada con la OACNUDH en el punto 5 del informe A/HRC/41/18;
6. Consolidar el establecimiento de la oficina permanente de la OACNUDH en Venezuela, para que pueda

para que pueda continuar con su trabajo de monitoreo, en especial, de las vulneraciones a los DESCA;

7. Reconocer las reales dimensiones de EHC que atraviesa Venezuela, promoviendo el diálogo con los diferentes actores de la vida nacional, en especial, la discusión y aprobación de un presupuesto público de salud que cumpla con los principios de transparencia y rendición de cuenta;
8. Incidir para que el Programa de Respuesta Humanitaria incluya las condiciones de salud no transmisibles como el cáncer dentro de sus necesidades de atención con un enfoque diferenciado de género que reconozca el impacto diferenciado que la EHC tiene en las mujeres venezolanas, especialmente, aquellas que viven con cáncer;
9. Publicar y actualizar periódicamente las estadísticas sanitarias y epidemiológicas, especialmente las oncológicas, que no se publican desde el 2014;
10. Hacer cumplir la Ley Orgánica de Salud, y trabajar por diseñar y promulgar la Ley del SPNS conforme a las normas programáticas de los artículos 83, 84 y 85 de CRBV;
11. Cumplir con las medidas cautelares dictadas por la CIDH en los casos de salud, especialmente, la de las 12 mujeres con cáncer de mama (MC68-20).

# Referencias

- [1] American Cancer Society (Noviembre 6, 2020). What is Cancer? Agosto 7, 2021, de American Cancer Society. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer.html>
- [2] American Cancer Society (Noviembre 6, 2020). What is Cancer? Agosto 7, 2021, de American Cancer Society. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer.html>
- [3] Breast Cancer (Diciembre 11, 2020). Cáncer de mama en hombres. Agosto 8, 2021, de Breast Cancer Organization. Disponible en: [https://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/en\\_hombres](https://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/en_hombres)
- [4] Mayo Clinic (s/f). Cáncer de mama. Agosto 8, 2021, de Mayo Clinic. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/breast-cancer/symptoms-causes/syc-20352470>
- [5] BreastCancer.org (Enero 24, 2017). Cáncer de mama metastásico y recurrente. Septiembre 21, 2021, de BreastCancer.org. Disponible en: [https://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/recur\\_m\\_etast](https://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/recur_m_etast)
- [6] Para ver más sobre el concepto de EHC: Civilis (Octubre 9, 2017). Las emergencias humanitarias complejas son de carácter político. Agosto 8, 2021, de Civilis. Disponible en: <https://www.civilisac.org/emergencia-humanitaria-compleja/las-emergencias-humanitarias-complejas-caracter-politico>
- [7] ACNUR (Septiembre 01, 2001). Coordination in Complex Emergencies. Agosto 08, 2021, de ACNUR. Disponible en: <https://www.unhcr.org/partners/partners/3ba88e7c6/coordination-complex-emergencies.html>
- [8] HumVenezuela (Marzo 2020). Informe Nacional de Seguimiento de la Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela. Agosto 8, 2021 de HumVenezuela. Disponible en: <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2020/10/Informe-de-Seguimiento-HumVenezuela-Marzo-2020.pdf>
- [9] Acción Solidaria (Septiembre 2021). Salud en emergencia: el caso de Venezuela. Agosto 7, 2021 de Acción Solidaria. Párr. 27 y 29, Pág. 36. Disponible en: <https://accionesolidaria.info/wp-content/uploads/2021/08/20210824InformeSaludenEmergencia.pdf>
- [10] HumVenezuela (Marzo 2020). Informe Nacional de Seguimiento de la Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela. Agosto 8, 2021 de HumVenezuela. Disponible en: <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2020/10/Informe-de-Seguimiento-HumVenezuela-Marzo-2020.pdf>
- [11] HumVenezuela (Marzo 2020). Informe Nacional de Seguimiento de la Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela. Agosto 8, 2021 de HumVenezuela. Disponible en: <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2020/10/Informe-de-Seguimiento-HumVenezuela-Marzo-2020.pdf>
- [12] HumVenezuela (Marzo 2020). Informe Nacional de Seguimiento de la Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela. Agosto 8, 2021 de HumVenezuela. Disponible en: <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2020/10/Informe-de-Seguimiento-HumVenezuela-Marzo-2020.pdf>
- [13] Acción Solidaria (Septiembre 2021). Salud en emergencia: el caso de Venezuela. Agosto 7, 2021 de Acción Solidaria. Párr. 31, Pág. 36. Disponible en: <https://accionesolidaria.info/wp-content/uploads/2021/08/20210824InformeSaludenEmergencia.pdf>
- [14] Acción Solidaria (Septiembre 2021). Salud en emergencia: el caso de Venezuela. Agosto 7, 2021 de Acción Solidaria. Pág. 36. Disponible en: <https://accionesolidaria.info/wp-content/uploads/2021/08/20210824InformeSaludenEmergencia.pdf>
- [15] El Nacional (Febrero 4, 2021). La crisis sin precedentes que padecen los pacientes con cáncer en Venezuela. Agosto 8, 2021 de El Nacional. Disponible en: <https://www.elnacional.com/venezuela/la-crisis-sin-precedentes-que-padecen-los-pacientes-con-cancer-en-venezuela/>
- [16] López, G (Febrero 04, 2021). PACIENTES ONCOLÓGICOS PADECEN UNA CRISIS SIN PRECEDENTES. Agosto 8, 2021 de La prensa de Lara. Disponible en: <https://www.laprensalar.com.ve/nota/26925/2021/02/pacientes-oncologicos-padecen-una-crisis-sin-precedentes>
- [17] Efecto Cocuyo (Febrero 04, 2021). Tres unidades de radioterapia tratan de resistir el declive de la red pública #CáncerEnVenezuela. Efecto Cocuyo. <https://efectococuyo.com/salud/tres-unidades-de-radioterapia-tratan-de-resistir-el-declive-de-la-red-publica-cancerenvenezuela/>
- [18] Efecto Cocuyo (Febrero 04, 2021). Tres unidades de radioterapia tratan de resistir el declive de la red pública #CáncerEnVenezuela. Efecto Cocuyo. <https://efectococuyo.com/salud/tres-unidades-de-radioterapia-tratan-de-resistir-el-declive-de-la-red-publica-cancerenvenezuela/>
- [19] Barrera, A (Febrero 22, 2021). Hospital Oncológico de Táchira tiene inoperativos el quirófano y la campana de las quimioterapias. Agosto 8, 2021, de Crónica Uno. Disponible en: <https://cronica.uno/hospital-oncologico-de-tachira-tiene-inoperativos-el-quirofano-y-la-campana-de-las-quimioterapias/>
- [20] Efecto Cocuyo (Enero 15, 2021). Oncológico Luis Razetti cuenta con un solo quirófano activo. Agosto 08, 2021, de Efecto Cocuyo. Disponible en: <https://efectococuyo.com/salud/oncologico-luis-razetti-quirofano/>
- [21] Efecto Cocuyo (Febrero 04, 2021). Tres unidades de radioterapia tratan de resistir el declive de la red pública #CáncerEnVenezuela. Efecto Cocuyo. <https://efectococuyo.com/salud/tres-unidades-de-radioterapia-tratan-de-resistir-el-declive-de-la-red-publica-cancerenvenezuela/>
- [22] Efecto Cocuyo (Febrero 04, 2021). Tres unidades de radioterapia tratan de resistir el declive de la red pública #CáncerEnVenezuela. Efecto Cocuyo. <https://efectococuyo.com/salud/tres-unidades-de-radioterapia-tratan-de-resistir-el-declive-de-la-red-publica-cancerenvenezuela/>
- [23] Barrera, A (Febrero 22, 2021). Hospital Oncológico de Táchira tiene inoperativos el quirófano y la campana de las quimioterapias. Agosto 8, 2021, de Crónica Uno. Disponible en: <https://cronica.uno/hospital-oncologico-de-tachira-tiene-inoperativos-el-quirofano-y-la-campana-de-las-quimioterapias/>
- [24] El Nacional (Febrero 4, 2021). La crisis sin precedentes que padecen los pacientes con cáncer en Venezuela. Agosto 8, 2021 de El Nacional. Disponible en: <https://www.elnacional.com/venezuela/la-crisis-sin-precedentes-que-padecen-los-pacientes-con-cancer-en-venezuela/>



- <https://www.elnacional.com/venezuela/la-crisis-sin-precedentes-que-padecen-los-pacientes-con-cancer-en-venezuela/>
- [25] Sarmiento, M. (2020). La condena a muerte de los pacientes con cáncer. Junio 29, 2020, de Crónica Uno. Disponible en: <https://cronica.uno/la-condena-a-muerte-de-los-pacientes-con-cancer/>
- [26] El Nacional (Febrero 4, 2021). La crisis sin precedentes que padecen los pacientes con cáncer en Venezuela. Agosto 8, 2021 de El Nacional. Disponible en: <https://www.elnacional.com/venezuela/la-crisis-sin-precedentes-que-padecen-los-pacientes-con-cancer-en-venezuela/>
- [27] Blanco, D. (febrero 14, 2020). 2 mil \$, el monto mínimo para iniciar lucha contra el cáncer en Carabobo. Julio 4, 2020, de Caraota Digital. Disponible en: <https://caraotadigital.org/tenes-que-verlo-1/2-mil-el-monto-minimo-para-iniciar-lucha-contra-el-cancer-en-carabobo>
- [28] El Nacional (Febrero 4, 2021). La crisis sin precedentes que padecen los pacientes con cáncer en Venezuela. Agosto 8, 2021 de El Nacional. Disponible en: <https://www.elnacional.com/venezuela/la-crisis-sin-precedentes-que-padecen-los-pacientes-con-cancer-en-venezuela/>
- [29] Actualmente el salario mínimo mensual es de 10.000.000BS que al cambio oficial del BCV para el 8 de agosto de 2021 (4.070.427,70BS) representan 2,45USD.
- [30] López, G (Febrero 04, 2021). PACIENTES ONCOLÓGICOS PADECEN UNA CRISIS SIN PRECEDENTES. Agosto 8, 2021 de La prensa de Lara. Disponible en: <https://www.laprensalarara.com.ve/nota/26925/2021/02/pacientes-oncologicos-padecen-una-crisis-sin-precedentes>
- [31] Médicos por la Salud. (2020). Encuesta Nacional de Hospitales 2019. (Mayo 30, 2020). De Médicos por la Salud. Disponible en: <https://www.encuestanacionaldehospitales.com/>
- [32] Efecto Cocuyo (Enero 15, 2021). Oncológico Luis Razetti cuenta con un solo quirófano activo. Agosto 08, 2021, de Efecto Cocuyo. Sitio web: <https://efectococuyo.com/salud/oncologico-luis-razetti-quirofano/>
- [33] Acción Solidaria (Septiembre 2021). Salud en emergencia: el caso de Venezuela. Agosto 7, 2021 de Acción Solidaria. Párr. 35, Pág. 36. Disponible en: <https://accionesolidaria.info/wp-content/uploads/2021/08/20210824InformeSaludenEmergencia.pdf>
- [34] El Nacional (Febrero 4, 2021). La crisis sin precedentes que padecen los pacientes con cáncer en Venezuela. Agosto 8, 2021 de El Nacional. Disponible en: <https://www.elnacional.com/venezuela/la-crisis-sin-precedentes-que-padecen-los-pacientes-con-cancer-en-venezuela/> y López, G (Febrero 04, 2021). PACIENTES ONCOLÓGICOS PADECEN UNA CRISIS SIN PRECEDENTES. Agosto 8, 2021 de La prensa de Lara. Disponible en: <https://www.laprensalarara.com.ve/nota/26925/2021/02/pacientes-oncologicos-padecen-una-crisis-sin-precedentes>
- [35] OCHA. (Julio, 2020). Plan de respuesta humanitaria con panorama de necesidades humanitarias Venezuela. Agosto 08, 2021, de OCHA. Disponible en: [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/venezuela\\_hr\\_2020\\_es\\_vf.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/venezuela_hr_2020_es_vf.pdf)
- [36] López, G (Febrero 04, 2021). PACIENTES ONCOLÓGICOS PADECEN UNA CRISIS SIN PRECEDENTES. Agosto 8, 2021 de La prensa de Lara. Disponible en: <https://www.laprensalarara.com.ve/nota/26925/2021/02/pacientes-oncologicos-padecen-una-crisis-sin-precedentes>
- <https://www.laprensalarara.com.ve/nota/26925/2021/02/pacientes-oncologicos-padecen-una-crisis-sin-precedentes>
- [37] El Nacional. (febrero 14, 2020). Por cada 247 pacientes con cáncer en el estado Lara solo existe un médico oncólogo. Julio 29, 2020, de El Nacional. Disponible en: <https://www.elnacional.com/venezuela/por-cada-247-pacientes-con-cancer-en-el-estado-lara-solo-existe-un-medico-oncologo/>
- [38] Efecto Cocuyo (Febrero 04, 2021). Tres unidades de radioterapia tratan de resistir el declive de la red pública #CáncerEnVenezuela. Efecto Cocuyo. <https://efectococuyo.com/salud/tres-unidades-de-radioterapia-tratan-de-resistir-el-declive-de-la-red-publica-cancerenvenezuela/>
- [39] OMS (Marzo, 2021). Cáncer de mama. Septiembre 21, 2021 de OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- [40] IARC (s/f). Data y metodología. Septiembre 21, 2021, de IARC. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data-sources-methods>
- [41] IARC (s/f). Cancer incidence and mortality data: sources and methods by country. Septiembre 21, 2021, de IARC. Disponible en: [https://gco.iarc.fr/today/data/methods/GLOBOCAN2020\\_Annex\\_A.XLSX](https://gco.iarc.fr/today/data/methods/GLOBOCAN2020_Annex_A.XLSX)
- [42] HumVenezuela (Junio 2021). Informe de Seguimiento sobre los Impactos de la Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela con la pandemia de COVID Septiembre 21, 2021 de HumVenezuela. Pág.35. Disponible en: <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2021/09/Informe-HumVenezuela-junio-2021-1-1.pdf>
- [43] 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), Agosto 11, 2021, E/C.12/2000/4. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>
- [44] OMS (Marzo 26, 2021). Cáncer de Mama. Septiembre 22, 2021, de OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- [45] Sociedad Anticancerosa de Venezuela (2019). Boletín de los pronósticos de la mortalidad e incidencia del cáncer en Venezuela. Septiembre 21, 2021, de Sociedad Anticancerosa de Venezuela. Disponible en: <https://www.cancervenezuela.org/descargas/Bolet%C3%ADn%202019%203era%20edicion.pdf>
- [46] Sociedad Anticancerosa de Venezuela (2019). Boletín de los pronósticos de la mortalidad e incidencia del cáncer en Venezuela. Septiembre 21, 2021, de Sociedad Anticancerosa de Venezuela. Disponible en: <https://www.cancervenezuela.org/descargas/Bolet%C3%ADn%202019%203era%20edicion.pdf>
- [47] CIDH (Octubre 14, 2020). Resolución No. 68/20, MC 545-19 - Doce mujeres con cáncer de mama, Venezuela. Septiembre 22, 2021, de CIDH. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2020/68-20mc545-19-ve.pdf>
- [48] Sociedad Anticancerosa de Venezuela (2019). Boletín de los pronósticos de la mortalidad e incidencia del cáncer en Venezuela. Septiembre 21, 2021, de Sociedad Anticancerosa de Venezuela. Disponible en: <https://www.cancervenezuela.org/descargas/Bolet%C3%ADn%202019%203era%20edicion.pdf>
- [49] Sociedad Anticancerosa de Venezuela (2019). Boletín de los pronósticos de la mortalidad e incidencia del cáncer en Venezuela. Septiembre 21, 2021, de Sociedad A.

del cáncer en Venezuela. Septiembre 21, 2021, de Sociedad Anticancerosa de Venezuela. Disponible en: <https://www.cancervenezuela.org/descargas/Bolet%C3%ADn%202019%203era%20edici%C3%B3n.pdf>

[50] OMS (Noviembre 11, 2020). Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. Septiembre 22, 2021, de OMS. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

[51] OMS (Marzo, 2021). Cáncer de mama. Septiembre 21, 2021 de OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

[52] Breast Cancer (Diciembre 11, 2020). Cáncer de mama en hombres. Agosto 8, 2021, de Breast Cancer Organization. Disponible en: [https://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/en\\_hombres](https://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/en_hombres)

[53] Acción Solidaria (Septiembre 2021). Salud en emergencia: el caso de Venezuela. Agosto 7, 2021 de Acción Solidaria. Párr. 63, Pág. 24. Disponible en: <https://accionesolidaria.info/wp-content/uploads/2021/08/20210824InformeSaludenEmergencia.pdf>

[54] En 2019, la tasa de participación de la mujer en la fuerza de trabajo era solo del 47 por ciento, 27 puntos porcentuales por debajo de la tasa del hombre (74 por ciento) ver en: OIT (Enero 20, 2020). Perspectivas sociales y del empleo en el mundo – Tendencias 2020. Septiembre 22, 2021 de OIT. Disponible en: [https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2020/WCMS\\_734481/lang-es/index.htm](https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2020/WCMS_734481/lang-es/index.htm)

[55] MayoClinic (Marzo 19, 2019). Depresión en las mujeres: comprensión de la brecha de género. Septiembre 22, 2021 de MayoClinic. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20047725>

[56] “...número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas” de 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), Agosto 11, 2021, E/C.12/2000/4. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>

[57] “Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados” de 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), Agosto 11, 2021, E/C.12/2000/4. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>

[58] “...deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad” de 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), Agosto 11, 2021, E/C.12/2000/4. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>