Dep. legal PPI201502ZU4636
Depòsito legal pp 199202ZU44 ISSN: 1315-0006

No. 122

UNIVERSIDAD DEL ZULIA

ESPACIO ABIERTO

Cuaderno Venezolano de Sociología

Separata:

CARMEN MIRÓ (1919-1022). *Sociología y Demografía Crítica*

Volumen 34
Nº 3
Julio-Septiembre, 2025

3

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

Esta publicaciòn cientifica en formato digital es continuidad de la revista impresa

UNIVERSIDAD DEL ZULIA
Serbiluz
Sistema de Servicios Bibliotecarios y de Información
Biblioteca Digital
Repositorio Académico

ESPACIO ABIERTO
Cuaderno Venezolano de Sociología

Volumen 34 No. 3 (julio-septiembre) 2025, pp. 39-65
ISSN 1315-0006. Depósito legal pp 199202zu144
DOI: 10.5281/zenodo.15609143

Vacunas, inmunización, y derechos humanos en Venezuela

Andy Delgado Blanco*

Resumen

El propósito de este trabajo es revisar la situación de las vacunas en Venezuela, teniendo como marco conceptual los derechos humanos. Para cumplir con este objetivo, se realizó una exhaustiva revisión documental, que abarcó investigaciones de especialistas, informes y reportes de organismos nacionales e internacionales, sobre las vacunas en el mundo, la región y, muy particularmente, en el país. Los resultados evidencian una disminución de la inmunización contra las enfermedades prevenibles con vacunas, con la subsecuente reemergencia de enfermedades erradicadas. Esto tiene un impacto negativo en las oportunidades de la población venezolana para mejorar sus condiciones de vida y constituye, en los hechos, una regresión de los derechos a la salud y a la no-discriminación.

Palabras clave: Derechos humanos; vacunas; inmunización; derecho a la salud; Venezuela; regresión de los derechos

*Universidad Central de Venezuela. Caracas
ORCID: 0000-0002-1528-1285
E-mail: andydelgadob@gmail.com

Recibido: 04/02/2025 Aceptado: 11/04/2025

Vaccines, immunization and Human Rights in Venezuela

Abstract

The purpose of this article is to is to review the situation of vaccines in Venezuela, using the Human Rights as a conceptual framework. In order to achieve this objective, documents emanating from the national Government, multilateral agencies, non-governmental organizations, national and international organizations and experts on the subject were examined. The results show that there is a decrease in immunization against vaccine-preventable diseases in the country, with the subsequent reemergence of eradicated diseases. This has a negative impact on the Venezuelan population's opportunities to improve their living conditions and constitutes, in fact, a regression of the rights to the health and non-discrimination

Keywords: Human Rights; vaccines; immunization; right to the health; Venezuela; a regression of the rights

Introducción

Desde el siglo XVIII hasta nuestros días el debate sobre el rol de las vacunas en la prevención y control de epidemias, reducción de la mortalidad infantil y aumento de la esperanza de vida de la población, tiene un manifiesto espacio en la agenda pública. Los beneficios de estos productos biológicos para reducir la carga de numerosas enfermedades infecciosas o infectocontagiosas son mayores frente a los resultados adversos que se presentan en casos limitados.

En aras de mantener sana a su población y reducir la morbilidad y mortalidad causada por enfermedades prevenibles, los países del mundo desarrollan programas de vacunación con esquemas basados en la cantidad de dosis que se necesitan, la oportunidad en que se deben administrar y quiénes deben recibir esas vacunas. Alcanzar acuerdos en torno a la sistematización de ese proceso ha sido una tarea laboriosa que ha requerido de ingentes esfuerzos por parte de la comunidad científica y política internacional. Hoy día, el control de las inmunizaciones es un elemento central en la atención primaria de salud.

En el caso venezolano, fue en 1936 cuando el país inició el tránsito para insertarse en el mapa mundial de los países que lograron reducir de manera significativa enfermedades como paludismo, tuberculosis, diarreas, fiebre tifoidea, buba, anquilostomiasis, sífilis y fiebre amarilla. Los sanitaristas de entonces, en el marco del proceso de modernización destinado a hacer frente a los requerimientos de la incipiente explotación petrolera, diseñaron y ejecutaron sistemáticamente exitosos programas de vacunación. Para los años cincuenta, Venezuela tuvo notables avances –mayores que ningún otro en el mundo- en la erradicación de la malaria, también conocida como paludismo (ONU, 2018a Griffing, Villegas y Venkatachalam, 2014).

Ya hacia finales de los setenta y hasta bien entrados los noventa del siglo pasado, en medio de serios desajustes socioeconómicos y fiscales, el país asistió a cambios en el

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

modelo institucional del sector salud. De uno preventivo-colectivo se pasó a otro centrado en lo curativo e individual. Pese a ello, el proceso de transición epidemiológica se mantuvo y las campañas de vacunación siguieron siendo una constante.

Ya en el siglo XXI en medio de una crisis multifactorial y multidimensional, a la que el sector salud no escapa, los logros sanitarios comenzaron a revertirse. Enfermedades consideradas erradicadas o, al menos, controladas se hicieron presentes. Para 2016, la difteria volvió a ser motivo de consulta y en 2018 se registraron casos *"en 23 de las 24 entidades federales, a excepción de Amazonas"* (Sánchez et al, 2016:101).

El caso del sarampión merece una consideración especial. En 2016 Venezuela recibió la certificación internacional de país libre de la enfermedad, para perderla luego, en 2017 y con ella, América Latina, como región. Habría que esperar, al menos, dos años sin reporte de casos, para que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en noviembre de 2023, informara sobre la re verificación del país como libre de sarampión, por la Comisión Regional para el Monitoreo y Sostenibilidad de la Eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC de las Américas (OPS, 2023; OMS, 2021; SL, 2019; Mincyt, 2023a).

En ese contexto de crisis, hoy día, alrededor de 7,9 millones de personas han salido de Venezuela *"buscando protección y una vida mejor"*; y, de ellos, 6,7 millones han ido a países latinoamericanos. Para 2018 la ONU señaló a Venezuela como el país con el mayor aumento de casos de difteria en el mundo, cuyos migrantes, un 69%, propagaban la enfermedad, por el resto de los países de la región (Acnur, 2025: s/p; ONU, 2018b).

El control de enfermedades infecciosas, a través de esquemas programados y oportunos, hace de la inmunización, un componente inherente del derecho a la salud y, por ende, obligación de los Estados. La vacunación previene muertes evitables; por eso, los programas de inmunización son elementos precisos en la evaluación de un sistema sanitario y, más allá, del cumplimiento de los deberes y compromisos estatales en materia de derechos humanos.

A la luz de lo señalado en el párrafo anterior, este trabajo se propone revisar la situación de las vacunas en Venezuela, teniendo como norte la Doctrina de los Derechos humanos. Para cumplir con este propósito se explorará, en primer lugar, muy sucintamente, la ocurrencia de epidemias en la historia y la relación de la vacunación con las oportunidades de bienestar de la población.

Posteriormente se revisarán los compromisos y acuerdos internacionales para la prevención, tratamiento y lucha contra las enfermedades epidémicas y endémicas. A continuación, se examinará el contexto venezolano, los mecanismos y programas que dan asidero a la realidad de la vacunación en el país. Por último, se describirán los aspectos centrales de la Doctrina de los Derechos Humanos y la importancia de utilizar su enfoque en materia de políticas públicas.

La investigación realizada, en cuanto a su paradigma o enfoque, puede ser situada en el ámbito de lo cualitativo; ya que, se centra en describir las complejidades que acompañan los procesos de inmunización en las sociedades, en términos de oportunidades y medios. Su diseño metodológico es documental y las estrategias utilizadas son las propias de este tipo de estudios, para tener una base referencial que permitiera el análisis, en términos de conceptos e ideas claves.

Se tuvo cuidado de utilizar fuentes fidedignas y útiles al propósito a estudiar; recientes y confiables en términos de la verificación de los datos y asertos contenidos en ellas. Provenientes, bien de internet, repositorios digitales, bibliotecas o centros de

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

documentación. A partir del objetivo que guía la investigación se sistematizó la información, en fichas al efecto. Subsiguientemente, se procedió al análisis respectivo conforme a los presupuestos generales establecidos en los instrumentos que regulan los derechos humanos.

La principal limitación que se ha presentado en el curso de la investigación presentada, en las líneas que siguen, está relacionada con la opacidad existente en el país, en materia de información pública, lo que dificulta el acceso a datos oficiales. Desde 2016 está suspendida la publicación de los anuarios de estadística, morbilidad y mortalidad; boletines anuales informativos de natalidad, los epidemiológicos semanales de mortalidad infantil, mortalidad materna e incluso, los de inmunizaciones semestrales; así como los reportes epidemiológicos semanales del programa de eliminación de la malaria.

La dificultad arriba mencionada obliga al uso de referencias alternativas, provenientes de informes y reportes emanados de organismos multilaterales de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales y de investigaciones de especialistas en el tema; los cuales, en general, presentan datos y estimaciones confiables y precisas.

Epidemias y vacunas.

Desde la antigüedad hasta el siglo actual, el mundo ha sufrido más de 20 epidemias, de gran magnitud, las cuales han diezmado a la población, producido incapacidades y cuantiosas pérdidas económicas. Son ejemplo de ello, a lo largo de la historia, lo sucedido en la edad media con la viruela y la peste negra; en el siglo pasado, la denominada Peste española y en este, el Coronavirus.

La viruela, conocida desde hace unos 10 000 años, se expandió en el siglo XVIII. Se infectaron y desfiguraron millones de personas y, hasta hace unos años atrás, la cantidad de fallecidos por esta enfermedad, en todos los continentes, se estimaba en 300-500 millones de personas. A mediados del siglo XIV murió el 40% de la población del Imperio bizantino: 4 millones de personas, como consecuencia de la Peste negra o bubónica (Corominas, 2021).

A comienzos del siglo XIX, la virulencia del Cólera, en el estado indio de Bengala, mató a unos 40 millones de personas. Hacia finales de la segunda década de la centuria pasada, en 1918, la denominada Gripe española, tuvo una tasa global de mortalidad que osciló entre el 10 y el 20 por ciento de los infectados. Los cálculos indican que murieron unas cincuenta millones de personas (BBVA, 2021).

En 1957 apareció la Gripe asiática o A (H2N2), de procedencia aviar, registrada por primera vez en la península de Yunán, China. 10 años después vendría una variación de este virus, la Gripe de Hong Kong, A (H3N2). En los ochenta, el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) ocasionó la enfermedad de, al menos, un millón de personas. En 2020, una variante del Coronavirus, causante de la Covid, afectó a unos 192 países, para un aproximado de tres millones de personas muertas y 140 millones de contagios (NG, 2021).

En la lucha por salvar vidas humanas y reducir las secuelas de las enfermedades que han diezmado la población, son varios los hitos que deben mencionarse. El primero, en el que vale la pena detenerse por su significado, es el experimento realizado por el Dr. Edward Jenner, en Reino Unido, en 1796. Este médico para observar la forma en que evolucionaba

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

la infección de la viruela inoculó el virus a un niño sano de ocho años, con material de una llaga de la viruela bovina. Al hacerlo creó un método para prevenir la enfermedad denominado inmunización.[1]

Casi 100 años después, del otro lado del Canal de la Mancha, en 1885, Louis Pasteur inocularía con el virus de la rabia a Joseph Meister, un niño mordido por un perro con rabia y logró que sobreviviera. Ese mismo año, Jaime Ferrán, médico español, creó la vacuna contra el cólera. Más tarde, Haffkine, un bacteriólogo ruso, preparó la primera vacuna contra la peste (AAPHC, 2015; Berdasquera et al, 2000; Mago, 2011; Roura, 2021).

El siglo XX, con sus notables avances tecnológicos y recursos, sería pródigo en esfuerzos exitosos para controlar e incluso erradicar enfermedades que aniquilaban a gruesos contingentes poblacionales. Desde muy temprano, y a lo largo de esos cien años, se conocieron vacunas contra la tuberculosis, la difteria, tosferina, fiebre amarilla, antigripal, anti poliomielítica, antiparotidítica, antimeningocóccica, *Haemophilus influenzae,* varicela, hepatitis B, entre otras. En 1955, Jonas Salk, promovió la vacuna contra la polio. Ya en el presente siglo, en el marco de la pandemia del Coronavirus, las investigaciones sobre ARN dieron su fruto y se obtuvieron las primeras vacunas, de alta eficacia y escasos efectos secundarios (Berdasquera et al, 2000; Roura, 2021; Verne, 2007).

La vacunación consiste en aplicar al organismo un agente debilitado, para que el sistema inmune cree anticuerpos contra el virus o bacteria que lo ataca; la inmunización va más allá, es el proceso de protegerse contra una enfermedad. Su objetivo es controlar la transmisión de infecciones, eliminar las enfermedades y erradicar el agente patógeno que causa tanto la infección como la enfermedad.

Las vacunas contienen los antígenos necesarios para producir estímulos inmunitarios que simulan una infección natural. Al vacunarse se genera la respuesta inmunitaria requerida, a largo plazo, para proteger tanto a quien la recibe de eventuales exposiciones a ese microorganismo, en particular, como a los que les rodean, a través de lo que se conoce como inmunidad comunitaria o colectiva. De allí la trascendencia que tiene seguir un calendario o programa de vacunación para determinar quiénes deben recibir el producto, cuántas dosis necesitan y cuándo deben recibirlas. Se trata de un esquema en el que se registran las vacunas que se aplicarán, de acuerdo con la edad (AEP, 2023, Herrera y Muñoz, 2019; Medicine plus, s/f; OMS, 2020).

La Organización Mundial de la Salud asigna notable importancia a las campañas y programas sistemáticos de inmunizaciones, para lograr reducir la mortalidad de la población. Gracias a estos, actualmente se pueden prevenir 20 enfermedades, potencialmente mortales y se controlan (e incluso se han erradicado) enfermedades como tétanos, sarampión, rubeola, difteria, *Haemophilus influenzae*, polio (tipo 2 y 3), viruela, y poliomielitis (OMS, 2020).

A lo largo del presente siglo la concreción de los programas de inmunización arroja un saldo positivo. Para 2007 más de 170 países habían incorporado en sus esquemas la vacuna contra la hepatitis B (incluida la dosis que se administra al nacer). Entre 2010 y 2018 se salvaron 23 millones de vidas gracias a la administración de la vacuna contra el sarampión (AEP, 2023; OMS, 2020).

1 Otros autores señalan que el primer experimento en este sentido se debe a Lady Mary Wortley Montagu, en 1718, que al saber "de un método basado en hacer incisiones en la piel a una persona que nunca hubiera contraído la enfermedad" le pidió a un médico que hiciera lo mismo con su hija (Roura, 2021: s/p)

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Desde 2010, 116 países han introducido vacunas no administradas antes (contra neumonía neumocócica, cáncer de cuello uterino, fiebre tifoidea, diarrea, cólera y meningitis). Hoy día, unos 97 países alrededor del planeta, 21 de ellos en la región, vacunan a niñas, con edades que van de los nueve a los doce años, contra el Virus de Papiloma Humano (AEP, 2023; OMS, 2020).

Pese a los referidos progresos, los reportes de diferentes agencias internacionales muestran que alrededor de 20 millones de lactantes por año carecen de acceso oportuno a productos vacunales, lo que reduce sus posibilidades de una vida lo más sana posible. Para 2018, 1 de cada 10 niños en el mundo (20 millones) no recibió las vacunas que los protegerían de sarampión, difteria y tétanos. Esta población, en su mayoría, vive en África, Asia, e incluso en el Caribe. Las cifras indican un estancamiento de las coberturas de vacunación en un 86 %, cuando deberían ser del 95 % a escala mundial (AEP, 2023; ONU, 2020; Unicef, 2019*)*.

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la salud (OMS) (2020b) declaró el brote del nuevo Coronavirus, conocido como Covid-19, como una emergencia de salud pública de importancia internacional. Esta situación vino a representar un elemento disruptivo en la ampliación de las coberturas vacúnales en el mundo. Ante el peligro de contagio por la pandemia, los programas de vacunación se suspendieron y la población no tuvo acceso a vacunas básicas.

En los primeros cuatro meses de 2020 disminuyó el número de niños con las tres dosis completas de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina y, por primera vez en casi treinta años, se redujo la cobertura de inmunizaciones para esas enfermedades. En 2023, unos 14,5 millones de niños no recibieron ninguna vacuna, y más de 22 millones no recibieron la primera dosis contra el sarampión. No obstante, los últimos reportes indican que, en los últimos tres años, se ha venido revirtiendo ese descenso continuado (CAV-AEP, 2025; OMS, 2022; ONU, 2020; OMS y ONU, 2021).

La inmunización en la agenda internacional

Para desarrollar garantías internacionales en materia de inmunizaciones, en 1974, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el PAI, Programa Ampliado de Inmunización (*Expanded Programme on Immunization*, por sus siglas en inglés), con el objetivo de hacer llegar la vacunación a los países en desarrollo. Específicamente a la población infantil de cero a cinco años, con especial énfasis en menores de un año, así como a las embarazadas. En ese primer momento, el PAI incluyó las vacunas contra: poliomielitis, tuberculosis, tétanos, difteria, sarampión y tos ferina. En 1993, el programa fue ampliado para cubrir la hepatitis B y la fiebre amarilla, en aquellos países en los que estas enfermedades eran endémicas; en 1998, su cobertura abarcaba la vacuna de *Haemophilus influenzae* tipo b (OPS, 1977; Mago, 2011; Proyecto Avatar, s/f).

Posteriormente, en 2012, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de acción mundial sobre vacunas (PAMV) 2011-2020, en el que se diseñó una estrategia de inmunización de alcance mundial, que incluye lo regional y nacional. Entre los logros del PAMV se cuentan la creación del primer marco de seguimiento y evaluación de la inmunización, la definición de funciones y responsabilidades de los países interesados y la obtención de información relevante sobre los progresos (OMS, 2021; AI2030-2020; AI2030-2021).

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

En el último trimestre del año 2000 se celebró la Cumbre del Milenio. Su objetivo fue discutir y presentar una estrategia de desarrollo que tomara en cuenta las necesidades que enfrentaba la sociedad, de cara al siglo a iniciarse. Su resultado más tangible fue la Declaración del Milenio, en el que se establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio que la comunidad internacional aspiraba alcanzar para el año 2015.

Dicha Declaración ratificó la importancia de los programas de vacunación en la lucha contra las enfermedades infecciosas. Los 189 jefes de Estado presentes coincidieron en afirmar que la inmunización era un pilar estratégico para lograr los denominados ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (IPI, 2013).

Más adelante, en el 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en el marco de la Agenda 2030, para el desarrollo sostenible. Esta Agenda está constituida por 17 objetivos cuyo objetivo es poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad. El ODS3 establece como propósito: «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», se formuló la Agenda de Inmunización 2030 (AI2030), que establece una visión y una *"estrategia mundial para vacunas e inmunización",* durante el lapso que va de 2021 a 2030 (AI2030-2020:8).

La AI2030 imagina «un mundo en el que todas las personas, en todas partes y a todas las edades, se beneficien plenamente de las vacunas para su salud y bienestar». Su objetivo central es reducir la mortalidad de toda la población y la morbilidad de las enfermedades prevenibles, a lo largo del curso vital; de manera que no se quede nadie atrás. Para alcanzar ese logro es esencial que los países e instituciones competentes aumenten el acceso equitativo a las vacunas existentes y a las nuevas. Se estima que, de cumplirse los objetivos de inmunización de esta Agenda, se podrían evitar 5.8 millones de muertes al año hasta 2030 (AI2030-2020:8).

El aumento de las coberturas vacunales es una materia de constante revisión en las agendas internacionales, para así evitar que las enfermedades no erradicadas resurjan. La Agenda de inmunización 2030 ha señalado tres razones para considerar la inmunización, un componente vital para la atención primaria en salud. En primer lugar, porque salva vidas y protege la salud de las poblaciones, al reducir el número de muertes por enfermedades infecciosas; en segundo término, porque mejora la productividad de los países, al reducir la carga de los sistemas sanitarios y, por último, porque propicia un mundo más seguro y próspero (AI2030-2020).

La inmunización en las Américas

El siglo XX fue testigo de la puesta en marcha de amplios programas de inmunización en el continente y de mejoras sustanciales en la salud de la población. Antes de que esto fuera una realidad en el mundo, se erradicaron y eliminaron enfermedades como la viruela (1971) y la poliomielitis (1991). Logros que no fueron uniformes para todas las poblaciones del continente y algunos países que, aun hoy día, no han completado sus programas de vacunación o no tienen fácil acceso a esos programas (OPS/OMS, 2011).

En 1966, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó a la Conferencia Internacional sobre la Aplicación de Vacunas contra las Enfermedades producidas por el hombre, por virus y rickettsias. Esa conferencia se constituyó en la génesis del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), aprobado en 1974 e instrumentado en

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

septiembre de 1977, a través de la Resolución CD 25.27, del Consejo Directivo de esta Organización; de la Iniciativa de Vacunas para la Infancia y la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (OPS, 1967 y 1977).

En sus inicios el Programa Ampliado de Inmunización estuvo dirigido a niños menores de cinco años, con énfasis en los que tienen menos de un año, así como en las embarazadas. Su propósito era disminuir la morbilidad y la mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunas (sarampión, poliomielitis, tos ferina, tétanos, difteria, y tuberculosis), mediante la vacunación simultánea y permanente (OPS, 2004).

Más adelante ese objetivo fue ampliado para prevenir otras enfermedades (rubeola, rubeola congénita, tétanos neonatal, hepatitis B, neumococo, rotavirus, *Haemophilus influenzae* tipo b y meningitis y virus del papiloma humano). Progresivamente aumentaron las tasas de cobertura, se pasó de un 10% a un promedio de 80% a 90%, y aumentó el número de vacunas administradas de forma rutinaria en los programas de inmunización (OPS, 2004 y 2012).

En el marco de la Resolución de 1977, la OPS creó el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. La creación de este Fondo tiene por objeto apoyar los esfuerzos de sus países miembros, para reducir la morbilidad y mortalidad causada por enfermedades prevenibles, por vacunación, a través de estrategias de control y eliminación. Se trata de un mecanismo internacional de cooperación técnica que proporciona acceso oportuno a vacunas esenciales de calidad e insumos de vacunación para la población, a través del apoyo en los procesos de compra y logística, para que los productos lleguen a 41 países y territorios de América Latina y el Caribe, desde los fabricantes (OPS, 2015).

Con este Fondo, la OPS garantiza precios más bajos, vacunas de calidad y una línea de crédito por 60 días. Para ello se requiere, básicamente, que los países hagan la previsión presupuestaria respectiva y los aportes correspondientes al fondo de capitalización, correspondiente a un 4,25 % del costo neto de cada pedido, además de las contribuciones requeridas por su condición de Estado miembro (OPS, 2015).

Los avances en el continente americano y, específicamente en la región, son notables. En septiembre de 2016, a más de 22 años del PAI, la Organización Panamericana de la Salud declaró al continente territorio libre de sarampión, la primera región del mundo en lograrlo. Hoy día, la mayoría de los países de América Latina presentan tasas de vacunación que superan el 80%". 21 de ellos vacunan a las niñas cuyas edades oscilan entre 9 y 12 años, contra el Virus de Papiloma Humano, en algunos de ellos (Argentina) de forma gratuita y obligatoria (Mago, 2011; OCDE y BM, 2020; OPS, 2016; SL, 2019).

Los progresos señalados, aunque significativos, han sido insuficientes. Muchas de esas enfermedades se siguen transmitiendo y grandes contingentes poblacionales no se encuentran protegidos. Según datos del Banco Mundial y la OCDE, 12 de los países de América Latina y el Caribe no alcanzan el mínimo de 90%, recomendado por la OMS, para prevenir que enfermedades como difteria, tétanos y tos ferina se propaguen; 21 de los 33 países de la región no logran la protección del 95% de la población vacunada contra el sarampión (OEDC y BM, 2020).

En general, las enfermedades arriba mencionadas se siguen propagando debido a que la cobertura sigue siendo deficiente, en poblaciones locales o en determinadas zonas geográficas, o que puede llevar a nuevos brotes, con consecuencias letales. Un ejemplo de ello, son Haití y Venezuela, países con tasas muy bajas de inmunización (60-65%), que

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

llegan al 89% cuando se trata de niños de un año de edad inmunizados contra la hepatitis B (OEDC y BM, 2020).

La inmunización en Venezuela

La historia de la inmunización en Venezuela comienza el 19 de marzo de 1804, cuando la Real Expedición Filantrópica de la vacuna liderada por los doctores Balmis y Berenguer, tocó las costas de Puerto Cabello, en su periplo a Santa Fe de Bogotá. En ese momento fueron vacunados 28 niños. Según señala Mago (2011), un año después, en abril de 1805, un tercio de la población caraqueña había sido vacunada. No obstante, habría que esperar algo más de un siglo para que se instrumentaran programas masivos de vacunación en el país.

Para 1936 el paludismo era endémico y cubría el 50% del territorio y un tercio de la población padecía la enfermedad; las defunciones por tuberculosis se calculaban en 5 000 personas. Ese mismo año, con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se le dio prioridad a un modelo preventivo de salud. Fueron decisivas, en este sentido, medidas de saneamiento como el drenaje de aguas estancadas, uso de insecticidas, construcción de cloacas y letrinas, acueductos rurales. Se otorgaron becas de formación al personal médico y comenzaron a instrumentarse programas dirigidos a disminuir los índices de morbilidad y mortalidad. De igual manera, se realizaron campañas para controlar y erradicar el poliparasitismo intestinal, sobre todo la amibiasis, la necatoriasis, la ascaridiasis y la bilharziasis, que eran comunes en el país (Bonvecchio et al, 2011; Silva y Archila,2008).) (Silva y Archila,2008).

Para 1939, en el marco del Programa de prevención de enfermedades de la recién creada División de Epidemiología y Estadística Vital del Ministerio, entró en ejecución el Plan de Vacunación Nacional que incluía las vacunas contra la viruela, poliomielitis, tétanos, fiebre amarilla y difteria. Progresivamente los índices de mortalidad infantil y materna, comenzaron a descender, sobre todo en el medio rural. Enfermedades como tuberculosis, malaria, afecciones venéreas y brotes epidémicos (de viruela, peste bubónica, fiebre tifoidea y paratíficos) mostraron una disminución significativa.

Hacia los sesenta se construyeron los grandes hospitales generales del país, lo que dio comienzo a una vasta red asistencial, a la cual tuvo acceso gran parte de la población. Progresivamente, la concepción de lo preventivo comenzó a mutar, para centrarse en campañas de vacunación, en tanto que los programas de salud se orientaron hacia lo curativo-restituido. Se puso el foco en la atención materno-infantil, uso y abuso de drogas, tratamiento de las enfermedades regenerativas y las endemias rurales, como el mal de Chagas.

En 1962 se incorporó al esquema de vacunación el combinado Difteria, Tétanos, Pertusas (DTP). En octubre de 1964 se emprendió la primera campaña nacional de inmunización contra la poliomielitis. Hacia finales de esa década se logró una disminución considerable de los casos de esta enfermedad. La cobertura alcanzó el 85% de la población, susceptible de contraer la enfermedad (Bonvecchio et al, 2011; Buttó, 2002; Echezuría, 1976; Rísquez, 2016).

Casi a mediados de los setenta, bajo la coordinación del Dr. Hernán Méndez Castellanos, se dio inicio al Proyecto Venezuela, cuyo objetivo fue el estudio de la población

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

venezolana. Por otra parte, el número de camas de hospitalización en el sector privado se incrementó notablemente frente al estancamiento de la construcción de infraestructura pública de salud. Aun así, hacia finales de esa década el índice de mortalidad general descendió en 1978 a 5,6 por 1 000 y el de mortalidad infantil fue de 35,6 por 1 000 (Silva y Archila, 2008).

En el curso de los veinte años siguientes, el país enfrentó serios desajustes socioeconómicos y fiscales. En medio de esto, el modelo institucional del sector salud se limitó a actividades curativas e individuales, con un escaso radio de acción hacia lo preventivo-colectivo. En el marco de una campaña sobre la necesidad de recuperar costos, se privatizaron servicios de salud, para lo cual se acudió a la figura de fundaciones y asociaciones privadas, con sede en los principales hospitales del país. Pese a lo anterior, el proceso de transición epidemiológica no se detuvo, las enfermedades infecciosas disminuyeron y se incrementaron las no transmisibles y lesiones. Las campañas de vacunación siguieron siendo una constante, lo que contribuyó de forma significativa a la erradicación de algunas enfermedades endémicas.

A las puertas de un nuevo siglo, en 1999, luego de una convulsa situación política y económica, la sociedad venezolana asistió a un proceso constituyente. Su resultado fue un nuevo contrato social que, entre otras materias, recogió las expectativas y aspiraciones ciudadanas sobre el derecho a la salud en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Se le consagró como un derecho social que el Estado ha de garantizar como parte del derecho a la vida.

El constituyente dejó expreso que el sistema de salud, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad, ha de dar prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Aspectos en modo alguno banales y que remiten al compromiso de un Estado Social de Derecho y de Justicia, como el venezolano.

En los primeros años que siguieron a la promulgación de la Constitución, los esfuerzos sanitarios del Estado venezolano se dirigieron al fortalecimiento de la red ambulatoria, encargada de la atención primaria. El énfasis estuvo en un modelo de Atención Integral de Salud basado en una estrategia de promoción de la salud. Para dar respuesta al principio constitucional de la corresponsabilidad se crearon tres figuras: los Núcleos de Atención Primaria en Salud, los Centros de Atención Primaria Integral y los Centros de Especialidades Ambulatorias. Con ellas se buscaba incorporar a la ciudadanía en la vigilancia y control de los programas de salud (Delgado, 2018).

En materia de enfermedades transmisibles e infecciosas, en septiembre de 2002, se anunció lo que se creyó era el último caso autóctono de sarampión, luego de un brote de más de 2 500 casos confirmados ocurrido entre septiembre de 2001 y noviembre de 2002. Para 2004 se incorporó dentro del esquema del sector público en la vacuna pentavalente, las relativas a prevenir el *hemophilus infuenzae* y la hepatitis B. En 2006 se estableció un nuevo esquema de inmunización, aún vigente, que contempla la aplicación de las vacunas: BCG, DTP3, OPV3, Antisarampión, DPT-Hib-HepB, SRP, TT/Td, influenza, rotavirus y HepB (OPS, 2006).

Las metas de coberturas vacunales fueron superiores al 80% a escala nacional. El país comenzó a adquirir vacunas por el mecanismo del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud y, dos años después, se fijó un nuevo esquema de inmunización

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

que, a través de trece vacunas, buscaba proteger a la población entre cero y dos años de nacidos (García et al, 2019; GIEMN, 2018).

Esos primeros avances se fueron revirtiendo de manera progresiva. Hubo una notable dispersión de recursos, así como una fragmentación de redes de atención y entes a los que se les atribuyeron competencias similares. Se redujeron los programas de vacunación y bajó la cobertura en vacunas; reaparecieron y re-emergieron brotes epidémicos de enfermedades transmisibles e infecciosas, controlables mediante vacunas (García et al, 2019; GIEMN, 2018).

Para 2008, la Federación Venezolana de Medicina emitió una alerta sobre la reaparición de las enfermedades transmisibles. En 2010, la Sociedad Venezolana de Salud Pública informó sobre un brote de dengue que duró más de 16 meses y alcanzó cifras históricas, en todo el territorio nacional. Durante los primeros cinco meses de ese año se registraron 22 880 casos de paludismo, en su mayoría concentrados en el Estado Bolívar, al sur del país. En 2013, la incidencia de casos de malaria aumentó en un 50,1%, en comparación con 2012. Se reportaron cifras de Trivalente viral por debajo de los estándares fijados por la OMS. (FVM, 2008; SVSP, 2014; García et al, 2019; GIEMN, 2018).

Para 2014, las coberturas vacunales fueron de 77 % en Polio, 49 % en Anti hepatitis, 76 % en Antihemophilus influenza tipo B, 76% en Pentavalente, 87% en Trivalente viral, 77% en Antimalárica, 89% en BCG y, 73% en Anti rotavirus, entre otras. El Gobierno venezolano se comprometió a adquirir, por el Fondo Rotatorio de la OPS las vacunas: BCG, polio oral e inactivada, neumococo conjugada pediátrica, rotavirus; sarampión-rubéola-parotiditis, fiebre amarilla e influenza, para la población infantil; y para la adulta: influenza, toxoide diftérico-tetánico, neumococo 23 valente, antirrábica humana y canina, entre otros productos biológicos (SVSP, 2014; MPPS, 2015 y 2014; Rísquez, 2016).

En 2016, mientras las autoridades sanitarias acordaron que el esquema básico de vacunación para niños menores de cinco años, incluiría las dosis para prevenir rotavirus, neumococo y anti influenza, las coberturas vacunales cayeron a menos del 50%: solo uno de cada dos niños estaba siendo vacunado (Rísquez, 2016). Ese mismo año, la entonces Ministra del Poder Popular para la Salud anunció oficialmente que, luego de 24 años (desde 1992, cuando se había reportado un caso y una muerte), se habían registrado 4 casos y 2 muertes por difteria. Redes de sanitaristas venezolanos señalaron que esta epidemia estaba en expansión en el estado Bolívar y se había propagado a Monagas, Sucre, Anzoátegui, Apure y Miranda (Rísquez, 2016; SVP, 2017; ED, 2021).

También en 2016 se reportaron 31 casos de fiebre amarilla en municipios selváticos fronterizos pertenecientes a los estados Zulia y Táchira, luego de 40 años, sin registros en ese sentido. En ese marco, la Asamblea Nacional declaró la crisis humanitaria en el sector salud (ED, 2021; SVP, 2017; AN, 2016).

Hasta 2017 se aplicó la vacuna contra el rotavirus que disminuye la mortalidad y los procesos infecciosos de los niños por diarrea; en tanto eso ocurría, los especialistas alertaban sobre una reemergencia y reaparición de malaria, sarampión y difteria. Nueve meses después de que la OPS declarara al continente territorio libre de sarampión, se conocieron nuevos casos en Venezuela, con lo cual el país y la región de las Américas perdió la certificación. En plena circulación de la epidemia, los expertos alertaron sobre dos aspectos: solo se había vacunado a un 59% de la población que debía recibirla; y, para el último trimestre de ese año, no se había organizado ninguna jornada oficial de

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

vacunación contra el sarampión (ED, 2021; SVP, 2017).

Entre el año 2017 y hasta julio de 2019 las autoridades venezolanas admitieron la existencia de 10 329 casos sospechosos de sarampión, 6 923 de ellos, confirmados y 81 fallecidos. Los grupos más afectados fueron niños de 0- 5 años de edad y el grupo etario de 6 a 15. En agosto de 2018, la OPS emitió un comunicado en el que declaró que el sarampión se había vuelto endémico en Venezuela y el virus circulaba desde hacía más de 12 meses continuos por el territorio (SL, 2019; SVP, 2017).

En el 2018, organizaciones como Acaps señalaron que Venezuela era el único de Occidente en padecer una crisis humanitaria debida a políticas gubernamentales no derivadas de un desastre natural o conflicto bélico**.** En 2019, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas exhortó al gobierno venezolano a aceptar la asistencia humanitaria, para hacerle frente a la escasez de alimentos, medicamentos y suministros médicos **(**Lowcock, 2019; Acaps, 2018; Cepal, 2018; The Lancet, 2018; ONU, 2018ª).

Posteriormente, en abril de 2019, el presidente de la República anunció un acuerdo con la Cruz Roja de Venezuela para permitir que entraran suministros médicos y alimentos por medio de la Ayuda Humanitaria. Producto de esto llegaron al país 24 toneladas de asistencia humanitaria, entre medicinas, plantas eléctricas y bidones para el mantenimiento del agua (BBC, 2019). Entre 2019 y 2023 las Naciones Unidas presentaron cuatro planes de respuesta humanitaria, dirigidos a brindar asistencia y fortalecer la prestación de servicios esenciales, los medios de vida y la protección de amplios sectores de la sociedad (WFP, 2022; ONU, 2019b).

Entre 2019 y 2020 el 8 % de los menores de cinco años tenía desnutrición aguda y el 30 %, crónica o retraso en el crecimiento; mientras que, en los sectores más vulnerables, 14,4 % de ellos estaban desnutridos. En 2019 aumentó la prevalencia de anemia en mujeres entre 15 y 49 años en 3,3 puntos porcentuales. En 2020, el Programa Mundial de Alimentos calculó que, uno de cada tres venezolanos estaba en situación de inseguridad alimentaria y requería de asistencia e inició un programa de comida escolar para apoyar a más de 120 000 personas, que abarcaba a los estados Falcón, Barinas, Trujillo, Yaracuy, Anzoátegui, Monagas, Delta Amacuro y Sucre. (WFP, 2022; ONU, 2019b).

> *Entre 2021-2023 la prevalencia de la subalimentación afectó al 17, 6% de la población y* 7 de cada 10 hogares manifestaban preocupación por quedarse sin alimentos. *En este mismo período el país* registró la mayor tasa de subalimentación de Suramérica, *con 22,9% en el Índice de Prevalencia de Subalimentación; esto es, 6,5 millones de personas padecieron hambre* (Encovi, 2021, ONU, 2019a; ONU, 2019b)

Hoy día, Venezuela figura en la lista de 45 países que requieren ayuda alimentaria externa. Al menos cinco millones de personas padecen hambre, el 82,3% de la población no tiene acceso suficiente a alimentos y 43,3% se encuentra en inseguridad alimentaria (32,8% moderada y 10,5% severa). El 70,2% de los venezolanos destina más de la mitad de sus ingresos a alimentos. El 61,7% de los hogares ha reducido el número de comidas diarias y 50,5% agotó medios de vida para poder alimentarse. La tasa de anemia en mujeres en Venezuela es superior a la América del Sur en siete puntos porcentuales y el 24,2% de las mujeres embarazadas presenta anemia. El 10,5% de los niños presenta talla baja para su edad y 9,3% nacen con bajo peso (FAO et al, 2025; Provea, 2025).

Según Acnur (2025) un grueso de la población venezolana vive en la pobreza y no es fácil para ellas acceder a servicios esenciales. La mitad de las personas refugiadas y

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

migrantes no tienen acceso a una vivienda digna y segura y tampoco puede costearse tres comidas al día. Según esta misma agencia, para conseguir alimentos o para evitar caer en situación de calle, los más desfavorecidos, se ven obligados a recurrir al sexo por supervivencia, la mendicidad o el endeudamiento.

> *En medio de ese panorama, hacia finales del primer semestre de 2019, Venezuela importó el sarampión a seis países: Argentina, Chile, Perú, Ecuador, Brasil y Colombia, en lo que se identificaron 358 casos. La OPS calculó entonces que la cobertura vacunal en el país variaba entre 48 y 50 %. Se habló también de la deuda que mantenía el país con el Fondo rotario de la OPS, que alcanzaba los once millones. El ministro de Salud de la época, Carlos Alvarado, argumentó que ese falta de pago era producto de "la congelación de recursos venezolanos en bancos estadounidenses y europeos", debida a "las sanciones del Departamento del Tesoro de Estados Unidos"* (OCHA, 2022; Encovi, 2021, ONU, 2019a; ONU, 2019b; OPS2019; Cotejo, 2021).[2]

En 2020 resurgieron enfermedades prevenibles como el sarampión y la difteria. Para ayudar a paliar las consecuencias, Unicef (2021) trajo a Venezuela 7.3 millones de vacunas contra la tuberculosis, polio, fiebre amarilla, difteria, tétanos, sarampión, paperas y rubéola. Este apoyo se extendió a la asistencia técnica a los equipos de salud, responsables de los programas de vacunación, a los efectos de la previsión de las cantidades de dosis requeridas, su aplicación oportuna. De igual manera se reforzó la logística de la movilización de personal durante las jornadas de vacunación, en aras de reducir las inequidades de coberturas.

El 02 de junio de 2020, Venezuela recibió, a través del Fondo Rotatorio de la OPS, 4,7 millones de dosis de vacuna contra la fiebre amarilla, para ser administradas a las poblaciones en riesgo. Algo más de un año después, en septiembre de 2021, la OMS notificó sobre la aparición de un brote de siete casos de fiebre amarilla, en el Municipio Maturín en el Estado Monagas, al oriente del país. Seis de esas personas no estaban vacunadas contra la enfermedad (ANM, 2021; ONU, 2021).

Conforme a la Academia Nacional de Medicina los factores determinantes en ese resurgimiento fueron la escasa vigilancia epidemiológica, entomológica y virológica. A lo que se sumó la baja cobertura vacunal, debido al abandono del sistema de vigilancia epidemiológica, dependiente del servicio de Malariología, adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud (ANM, 2021).

2 Cabe precisar que Venezuela ha sido sancionada en dos momentos distintos por el Gobierno de los Estados Unidos de América. En septiembre de 2008, el Departamento del Tesoro de Estados Unidos ordenó congelar cuentas y bienes a algunas figuras vinculadas al gobierno venezolano o a sus familiares, bien en funciones de gobierno o por sus actividades políticas de, en virtud de presuntas actividades ilícitas vinculadas al narcotráfico. En agosto de 2017 y abril de 2019, el Departamento de Estado dictó unas nuevas medidas, diferentes a las sanciones personales de 2008. Este segundo bloque, de tipo sectorial, abarcó lo financiero y lo comercial. Se trató de una serie de prohibiciones dirigidas a impedir que personas naturales y jurídicas norteamericanas, realizaran intercambios comerciales, tanto con la compañía estatal de petróleos venezolana, como con sus filiales. Esto afectó el acceso a créditos y, en general, el flujo comercial del país con los EE UU. Según lo alegado por las autoridades norteamericanas y también por los países europeos que se le sumaron, se trataba de una respuesta internacional a la suspensión de los poderes constitucionales de la Asamblea Nacional, por parte del Tribunal Supremo de Justica venezolano y la posterior convocatoria de una Asamblea Nacional Constituyente, luego de que la oposición ganara las elecciones legislativas en 2015. En abril de 2024, luego de un breve período en que fueron suspendidas en octubre de 2023, las sanciones fueron reinstauradas.

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

En esa oportunidad, la Academia exhortó al Ministerio a publicar el Boletín epidemiológico, a reactivar y mantener la vigilancia epidemiológica y a vacunar lo más pronto posible a toda la población en riesgo de contraer la fiebre amarilla. Ese mismo año 2020, la relatora especial de las Naciones Unidas, Alena Douhan, de visita en el país, señaló que las sanciones contribuían a la insuficiencia de las vacunas y otros insumos médicos (ANM, 2021; Cotejo, 2021; Douhan, 2021).

La situación del Virus de Papiloma Humano (VPH), una las principales causas del cáncer de cuello uterino, el cuarto más común en las mujeres en el mundo y el segundo con más incidencia en Venezuela es muy significativa. 44 países de la Región han incluido en sus esquemas la vacuna contra el VPH; no obstante, pese a que desde 2015 fue autorizado, esta vacuna no ha sido incluida en el esquema de inmunización venezolano, (Swissinfo, 2021 y 2022*;* AS, 2022**;** EC, 2023*)*.

A esa falta de disponibilidad de un número significativo de vacunas, en el sector público, reconocido por el gobierno, se le suma el alto costo que tienen esos productos en el mercado; así, la vacuna contra el VPH puede costar entre 60 y 190 dólares por dosis, en medio de un contexto inflacionario, en el que el 70,2% de los venezolanos destina más de la mitad de sus ingresos a alimentos (HumVenezuela, 2023.

Para finales de 2024 se reportó una inflación acumulada de *85%*, que aun cuando representa una significativa disminución del 189 % reportado por el Banco Central de Venezuela (2024) al cierre de 2023 sigue siendo alto, sobre todo porque el salario mínimo es de 130 bolívares, un poco más de $ 1 calculados a la tasa oficial y menos de eso, en el mercado paralelo. En este contexto, 87,8% de las personas acude a las redes públicas de salud para atender sus necesidades, un 97,6% no cuenta con protección financiera y el 54,8%, carece de recursos económicos para hacerle frente a esos gastos, lo que reduce las oportunidades de los grupos más desfavorecidos para inmunizarse (Blooemberg, 2025; HumVenezuela, 2023).

La Sociedad Venezolana de Pediatría ha denunciado que, muchas de las vacunas indicadas en el esquema de inmunización establecido en 2006 no están siendo administradas. La situación es similar con la vacuna contra el rotavirus y el neumococo; cabe destacar que, en años anteriores, los niños recibían estas vacunas, en sus primeros meses de vida, en instituciones públicas de salud. Sin embargo, en la actualidad, solo han estado disponibles en el sector privado (Rísquez, 2016; Swissinfo, 2021 y 2022*;* AS, 2022**;** EC, 2023*)*.

El Estado venezolano, a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud, es el responsable del proceso de inmunización. Esto abarca su obligación de establecer los diferentes tipos biológicos inmunizantes que deben ser aplicados, las categorías de personas a ser protegidas, las características y vigencia de los certificados de inmunización. Para 2023, la página web del Ministerio señalaba las vacunas de rutina que se estaban ofreciendo, en los centros públicos de salud, a través del Programa Amplio de Inmunización, a saber: Meningococo B- C, Hepatitis B, Polio Inactiva, Toxoide Tetánico, Diftérico, Sarampión, Difteria, Influenza Estacional, Fiebre Amarilla; además de las correspondientes contra el Covid-19, a saber: Verocell, Sputnik V en todas las dosis correspondientes (MPPS, 2023b).

La Sociedad Venezolana de Pediatría considera que a ese esquema deben agregársele otras ocho vacunas: BCG, hepatitis b, polio oral e inactivada, Antidifteria, tétanos y tosferina; Antihemophilus influenzae tipo B, Rotavirus, neumococo conjugada 10 o 13

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

V (retirada del esquema público de salud del 2018), Anti influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, fiebre amarilla, Hepatitis A, Varicela, Meningococo conjugado y VPH (SVP, 2023). Cabe destacar que cuando el PAI regional se inició recomendaba seis vacunas y hoy día incluye un espectro de 16.

Según fuentes oficiales, el país se está abasteciendo de vacunas, para incrementar las coberturas de inmunización. Este proceso se realiza a través de dos programas bandera: Salud va a la Escuela y el Plan Luciérnaga. El primero busca proteger a los escolares venezolanos, para lo cual se promueven buenos hábitos y vacunación rutinaria (BCG, Pentavalente, Polio, entre otras). Se revisan elementos básicos ligados a la talla y el peso y la prevención de enfermedades (MPPS, 2023a).

El Plan Luciérnaga consiste en el abordaje a la población, casa por casa, en el horario comprendido entre las cuatro de la tarde y las nueve de la noche. Tiene por objeto verificar el estado de vacunación (anti polio intramuscular, fiebre amarilla, BCG, toxoide tetánico diftérico, hepatitis B, pentavalente, trivalente viral y Covid-19) de la población más vulnerable, niños, adultos mayores y mujeres embarazadas. Estas acciones se realizan a través de las Brigadas de los Comités de Salud y del equipo Somos Venezuela. Este último grupo fue constituido para fortalecer las políticas públicas en el país (ED, 2021; Mincyt, 2023b, MPPS, 2023a).

La inmunización vista a la luz de los derechos humanos

Los derechos humanos están íntimamente relacionados con el respeto a la dignidad humana, y, esta a su vez, con su condición de ser humano. La finalidad central de estos derechos es proteger a las personas contra cualquier acción u omisión estatal que interfiera o lesione sus libertades y desarrollo integral.

Estos derechos preceden a los Estados, a quienes corresponde reconocerlos, garantizarlos, respetarlos e incluso satisfacerlos. Esto es posible a través de las normas internas de cada país, en su accionar o abstención de actividades que pudiesen limitarlos. Con su andamiaje administrativo y legal, para que las personas puedan exigirlos e incluso judicializarlos.

El primer eslabón de lo que hoy se conoce como Sistema internacional de protección de los derechos humanos es la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU,1948). Este instrumento no tiene carácter vinculante, aunque sí una gran fuerza moral, derivada del respeto universal a la vida y a las condiciones que permitan su disfrute con y en dignidad. En ella se proclama el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, entre otros aspectos, salud y bienestar. La Declaración, ambos Pactos y dos Protocolos Facultativos del PIDCP constituyen lo que hoy día se denominada Carta Internacional de los Derechos Humanos.

Hay dos tratados que de manera sustantiva han contribuido a la concreción de los derechos humanos: el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que coexisten junto a otros instrumentos sin fuerza jurídica obligatoria como declaraciones, directrices y principios que, sin embargo, gozan del reconocimiento internacional y coadyuvan a la comprensión, aplicación y desarrollo y evaluación de los derechos. Los Comités son los órganos encargado de supervisar la aplicación de cada uno de esos pactos.

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

El Pidesc además de definir los derechos sociales, institucionalizados a partir del artículo 22, de la Declaración, fija su contenido mínimo esencial y el tipo de obligaciones adquiridas por los 171 Estados firmantes. Con ellos, se busca restablecer la igualdad social, en términos redistributivos y asistenciales, mediante una serie de prestaciones que permitan la vida en sociedad y haciéndolos exigibles por parte de sus ciudadanos.

Las Naciones Unidas, a través de sus diferentes instancias, agencias, comités y voceros, han sido categóricas al afirmar que la realización de los derechos sociales debe ser posible para todas las personas independientemente de sus características, condiciones y origen; para lo cual los Estados deben utilizar el máximo de los recursos con que cuenten (OCHCHR, 2006-2008).

El derecho a la salud es un derecho social por antonomasia. Así, en el Pidesc (ONU, 1966) se reconoce el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, así como al goce de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones. Su garantía obliga a la provisión de servicios médicos y asistencia sanitaria.

Amartya Sen (2002) ha señalado que una enfermedad que no se previene ni se trata por motivos sociales incide negativamente en la justicia social. De allí que los Estados estén obligados a asumir la procura asistencial de sus ciudadanos para asegurarles oportunidades que cristalicen en garantías o derechos. Con el derecho a tratamiento médico la persona adquiere la titularidad de una expectativa y, siempre siguiendo a Sen, crea en la sociedad, la obligación correlativa de activar los mecanismos para proporcionárselo.

La Observación General 36, dictada por el Comité de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, exige a los Estados adoptar medidas adecuadas para abordar la prevalencia de enfermedades que amenazan la vida, como el sida o el paludismo (ONU, 2019c.)

Por su parte, el Pidesc establece que, los Estados parte deberán tomar medidas tanto para prevenir y tratar las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole; como, para luchar contra ellas. Es así que sus firmantes asumieron la garantía del acceso a vacunas que impidan o disminuyan la propagación de las enfermedades trasmisibles.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptó en el año 2000, una serie de observaciones generales que definen con mayor precisión las obligaciones de los Estados y el contenido de los derechos sociales. Entre ellas destaca la obligación de respetarlos, protegerlos y cumplirlos. Realizarlos a lo largo del tiempo, sin poder alegar la no disponibilidad de recursos. Garantizar y satisfacer niveles esenciales, con recursos suficientes y adecuados, para toda la población sin limitaciones basadas en la edad, grupo étnico, religión o condición social y, sobre todo a los más vulnerables, para mitigar las desigualdades e inequidades.

Para precisar el contenido y grado de cumplimiento de los derechos sociales se establecieron cuatro dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Que van desde que el bien o servicio esté disponible cuando se requiera, que sea accesible física y económicamente, que sea aceptable para quien lo requiera conforme a aspectos como el género o grupo etario, hasta que cumpla con los estándares reconocidos internacionalmente.

La Observación General 14 sobre el derecho a la salud exige a los Estados que realicen esfuerzos conjuntos para poner a disposición de las personas las tecnologías pertinentes. Así

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

como que apliquen o mejoren los programas de inmunización y otras estrategias de control de enfermedades infecciosas. Esto debe realizarse hasta el máximo de los recursos de que dispongan, incluidos los que puedan obtenerse mediante la asistencia y la cooperación internacional /ONU,2000).

El mero reconocimiento del derecho no es suficiente para su realización efectiva. El disfrute mínimo básico de los derechos económicos, sociales y culturales requiere de cursos de acción que trasciendan las declaraciones de buena voluntad.

Sobre el Enfoque de derechos

Las políticas públicas son los instrumentos a través de los cuales se desarrolla la actuación del Estado y requieren de procedimientos y estrategias adecuadas, a los objetivos perseguidos. Cuando estas líneas de acción se centran en la persona humana y en la preservación de su dignidad, disminuir las brechas que acentúan la desigualdad, en el ejercicio de los derechos de los sectores más vulnerables, pasa a ser un objetivo y un fin. Así, el Enfoque de los derechos se constituye en un marco básico de orientación para su construcción y ejecución.

El Enfoque parte del sistema de derechos reconocidos en las diferentes declaraciones, protocolos y normas suscritos por los países, que conforman el sistema de las Naciones Unidas. Tiene como premisa básica, la materialización de los derechos humanos, en aras de evitar limitaciones a la igualdad de oportunidades de los seres humanos, para vivir una vida digna.

Las agencias de las Naciones Unidas han venido postulando que la construcción de políticas públicas pasa por la identificación de las personas y los grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, debido a condiciones materiales sociales, políticas, geográficas, etarias o de género, que las condicionen a la desprotección. De allí la exigencia de definir estrategias, resultados, actividades, acciones afirmativas o medidas de protección especial dirigidas a esos sectores. Asumir esto requiere que los Estados cumplan con las obligaciones, deberes y compromisos asumidos ante la comunidad internacional. (PNUD, 2005).

El Enfoque de los Derechos humanos se caracteriza por su integralidad e interdependencia. Derechos como la vida, la salud y a beneficiarse del progreso científico, con base en la mejor evidencia científica disponible, se conjugan con principios como la transversalidad, indivisibilidad, progresividad, igualdad, no discriminación, no regresión, transparencia, acceso a la información, rendición de cuentas y participación de los diferentes actores, sobre todo de aquellos a quienes se dirigen las políticas públicas.

Cuando la aproximación al diseño y ejecución de esas políticas, y muy especialmente, las de salud, se hace desde el Enfoque de derechos, cambia la perspectiva de abordaje. Por una parte, hay un acercamiento a las personas en tanto sujetos de derechos y no necesitados. La salud adquiere el sentido de un derecho que debe ser garantizado a los titulares de los derechos y libertades que dimanan de ellos. Por otra, las obligaciones específicas de los responsables de esa garantía se hacen específicas y exigibles.

Bajo el paraguas del Enfoque de derechos se requiere que las políticas y programas sanitarios contengan estrategias y soluciones para afrontar y corregir desigualdades y prácticas discriminatorias. Son estas las que, de manera implícita y explícita, profundizan las brechas de inequidad que hacen ilusorio el disfrute pleno del derecho a la salud.

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

El disfrute del derecho a la salud pasa por crear políticas, programas y servicios públicos que garanticen la satisfacción oportuna de las necesidades mínimas de la población. Esto requiere, entre otros factores, que los prestadores de servicios instrumenten mecanismos adecuados, eficientes y equitativos a partir de los aspectos diferenciales de las personas. Hay que apelar a la transparencia en la ejecución de las políticas, con la participación de los diferentes actores y la rendición de cuentas.

Aplicado en salud, el Enfoque de derechos permite que los titulares de derechos tengan a su disposición mecanismos institucionales para la exigibilidad del derecho y de las prestaciones que le están asociadas. Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud son presupuestos básicos, sin los cuales no puede entenderse el derecho a la salud. Es menester tomar en cuenta las particularidades inherentes al ciclo de vida, género, pertenencia étnica y condición de discapacidad de las personas.

La inmunización es un componente inherente al derecho humano a la salud. El acceso oportuno, universal, accesible y equitativo a productos vacunales de calidad es un presupuesto central para la realización efectiva del derecho. La vacunación como estrategia para mantener sanar a la población amerita del establecimiento de reglas claras sobre las prioridades para la adquisición de vacunas, de manera que se garantice su administración. Un criterio central para que esto se concrete es el de oportunidad, según el ciclo de vida.

Asumir la inmunización desde el Enfoque de los derechos humanos es negarse a dejar el acceso a las vacunas, en manos del mercado. Hacerlo sería condenar a grandes contingentes poblacionales a la vulnerabilidad. La distribución de estos productos ha de preservar el carácter universal de su asequibilidad, de modo que el poder adquisitivo no sea un elemento que impida o privilegie su inmunización.

A manera de cierre

Los tratados y acuerdos internacionales sobre Derechos humanos coinciden en señalar la responsabilidad central que tienen los Estados en garantizar, con el máximo de los recursos posibles, un mínimo de igualdad real de oportunidades de acceso a la salud, para satisfacer las demandas sobre la realización del derecho.

Las agencias internacionales han insistido en la necesidad de disminuir la mortalidad de toda la población y la morbilidad de las enfermedades prevenibles, a lo largo del curso vital, para que no se quede nadie atrás. La realización efectiva del derecho a la salud suele depender de la naturaleza, calidad, intensidad, oportunidad y pertinencia de las políticas públicas en la materia.

Eliminar las diferencias de acceso a servicios y bienes públicos de salud, de calidad, en el momento oportuno es el propósito esencial del derecho a la salud. En tanto se logra alcanzar la garantía plena hay unos mínimos aceptables que deben ser cubiertos con políticas y programas centrados en derechos y no en necesidades.

El análisis hecho en las páginas precedentes parte del esfuerzo sostenido, a lo largo del tiempo, en distintas sociedades, para mejorar la salud de la población y disminuir muertes evitables por enfermedades infecto-contagiosas. Logros individuales e institucionales que dan cuenta del significado que tiene mantener sana a la población. Esfuerzo que se hace patente cuando se establecen esquemas oportunos de inmunización, que eviten el

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

surgimiento o reemergencia de dichas enfermedades, a la par que se garantizan los recursos necesarios.

En Venezuela la Constitución vigente señala de manera expresa que el Estado es el garante absoluto del derecho social a la salud, para lo cual debe desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios; promover la salud y prevenir las enfermedades. El Enfoque de los derechos es un elemento previsto en esas normas.

Pese al espíritu normativo los reportes citados a lo largo de este trabajo evidencian que hoy día, el bienestar y calidad de vida de la población muestran signos de un progresivo deterioro. Todo ello, en medio de una crisis multidimensional y continuada, en el que la salud es una de sus facetas. Varios son los elementos que describen las carencias fácticas y normativas que, en su conjunto, son constitutivas de violaciones a los derechos humanos, muy especialmente, el de la salud.

Se ha descuidado el enfoque preventivo. Esto, entre otros aspectos, se expresa por un parte, en la reducción de los programas públicos de vacunación y, por el otro, en la falta de regularidad en la aplicación de esos esquemas. Tal situación se traduce en un descenso de las coberturas vacúnales, en la exposición de la población a muertes por enfermedades infecciosas; así como la puesta en riesgo a que se somete a los sistemas sanitarios de los países vecinos.

Hay evidencia en torno a la ausencia de información oficial sobre la cobertura de los planes de inmunización instrumentados y de reportes epidemiológicos. Esto constituye una significativa limitación para elaborar diagnósticos situacionales sobre la frecuencia y tendencia de las enfermedades. De igual manera, repercute negativamente en la toma de decisiones y medidas de prevención y control oportunas, continuas y confiables.

Otro aspecto ligado a lo señalado en el párrafo anterior es lo relativo a la evaluación de los programas de inmunización. No hay constancia de juicios claros por parte de expertos, ni de los ciudadanos en general, como dispone la Constitución vigente y las normativas internacionales. Tampoco del cumplimiento de reglas en torno a las prioridades para la adquisición de vacunas, de manera que se garantice su administración.

El país requiere de un esfuerzo sostenido para aumentar la cobertura de inmunización universal, robustecer su red sanitaria primaria, definir y establecer estrategias y soluciones que permitan afrontar y corregir tanto las desigualdades como las prácticas discriminatorias. Dejar el acceso a las vacunas, en manos del mercado es permitir que resurjan las enfermedades consideradas erradicadas, disminuir el bienestar y la esperanza de vida de las personas.

Los prestadores de servicios deben instrumentar políticas y programas públicos de salud, muy especialmente en materia de vacunación, basados en el Enfoque de derechos. Se requiere de mecanismos adecuados, eficientes y equitativos a partir de los aspectos diferenciales de las personas, que contemplen la vigilancia y acompañamiento firme y respetuoso de la ciudadanía y los organismos internacionales competentes.

La falta de cumplimiento de las garantías universales y efectivas de acceso, equitativo y oportuno a las vacunas existentes abre un panorama incierto para su población más vulnerable. Es necesario reducir la mortalidad de la población y la morbilidad de las enfermedades prevenibles, a lo largo del curso vital esencial. No hacerlo incumple con las tres obligaciones básicas en materia de derechos humanos: respetar, proteger y cumplir,

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

lo que constituye una violación del derecho a la vida, a la salud, a la privacidad, a la no-discriminación, la información, consentimiento informado y, por ende, una regresión de los derechos humanos.

Referencias

BERDASQUERA, D.; CRUZ MARTÍNEZ, G. y C. L. SUÁREZ LARREINAGA. (2000). "La vacunación. Antecedentes históricos en el mundo." **Rev Cubana Med Gen Integr** 2000;16(4):375-8

BONVECCHIO, A.; BECERRIL-MONTEKIO, V.; CARRIEDO-LUTZENKIRCHEN, Á. Y LANDAETA-JIMÉNEZ, M. (2011). "Sistema de salud de Venezuela", en: **Salud pública de México**, vol. 53, suplemento 2 (pp. 274-286). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-

BUTTÓ, L.A. (2002). "Síntesis histórica de los cambios ocurridos en el índice de desarrollo humano en Venezuela entre 1936 y 1945". **Investigación y Postgrado** v.17 n.2 Caracas oct. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-00872002000200005

COROMINAS, A. (2021). "Las pandemias en la historia de la humanidad". Real Academia Europea de doctors. Sep 23. Disponible en: https://raed.academy/las-pandemias-en-la-historia-de-la-humanidad/.

DELGADO BLANCO, A. (2018). "Concepción institucional del derecho a la salud en Venezuela". **Revista latinoamericana de derecho social**, (26), 89-115. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2018.26.11860

DOUHAN, A. (2021). **Resultados preliminares de la visita a la República Bolivariana de Venezuela.** Disponible en: http://www.correodelorinoco.gob.ve/lea-el-informe-preliminar-de-relatora-especial-de-la-onu-alena-douhan

ECHEZURÍA, H. (1976). "Estado de la poliomielitis en Venezuela". **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,** enero. p-32-37. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16202/v80n1p32.pdf?sequence=1

GARCÍA, J.; CORREA G. Y ROUSSET, B. (2019). "TRENDS IN INFANT MORTALITY IN VENEZUELA BETWEEN 1985 and 2016: a systematic analysis of demographic data". **The Lancet**. vole 7, issue 3. March 01, 2019. (pp 331-336). Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30479-0/

GRIFFING, S.M.; VILLEGAS, L. y VENKATACHALAM Udhayakumar. (2014). Malaria Control and Elimination, Venezuela, 1800–1970. Emerging Infectious Diseases. Vol. 20, No. 10, October 2014. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4193164/pdf/13-0917.final.pdf

HERRERA VARGAS, R. Y M. E. MUÑOZ MORALES. (2019)**. El rol de enfermería en la aplicación del Esquema de inmunización.** Trabajo de titulación de grado previo a la Obtención del título de Licenciada en enfermería. Universidad Estatal de Milagro. Facultad Ciencias de la Salud (Ecuador). Disponible en: http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/4550.

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

MAGO, H. (2011). "Vacunas: historia y novedades". **Salus. Revista de la Facultad**

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Diciembre, diciembre. Vol. 15, N° 3. Pp. 5-7. Disponible en: http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol15n3/topicos.pdf

RÍSQUEZ A. P. (2016). "Difteria y vacunación: historia de un pasado exitoso y un fracaso reciente en la atención primaria de la salud". **Archivos venezolanos de puericultura y pediatría.** vol. 79 (4): 111-112. Disponible en: http://ve.scielo.org/pdf/avpp/v79n4/art01.pdf

ROURA FERRER, S. (2021). "**La interesante historia de las vacunas que todos deberíamos conocer"**. La Conversation. 20-05-2021. Disponible en: https://theconversation.com/la-interesante-historia-de-las-vacunas-que-todos-deberiamos-conocer-160789

SÁNCHEZ, E.; LANDAETA, M.E.; VALERA, A.; SANDOVAL, M.; RIVERA, M.; ALAYO, M.; SANTOS, A.M.; CORASPE, C.; WONG, R.; BRITO, N.; LONGA, I.; GARCÍA, Y.; ZABALETA, V.; AURENTY, L.; DORDELIS, T.; PEÑALOZA, R. e Y. VÁSQUEZ. (2018). Consenso de difteria, en: **Boletín venezolano de infectología**. Vol. 29 - Nº 2, julio-diciembre 2018. Pp. 101-112. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_bvi/article/view/16910/144814483349

SEN, A. (2002). "¿Por qué la equidad en *salud?"* **Revista Panamericana de Salud Pública**, vol.11 no.5-6. Washington Mayo-Junio. pp. 302-309 Disponible en: www.scielosp.org/pdf/ Consultado el 19 de abril 2008.

SILVA ÁLVAREZ, A. y R. ARCHILA MEDINA. (2008). ***Diccionario de historia de Venezuela*. Salud.** Fundación Empresas Polar. Disponible en: https://bibliofep.fundacionempresaspolar.org/dhv/entradas/s/salud#tope

VERNE, M. E. (2007). "Conceptos importantes sobre inmunizaciones". **Acta Med Per** 24(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000100013.

Documentos oficiales e institucionales

ACAPS. (2018). **Humanitarian overview an analysis of key crises into 2018. The slow erosion of democratic institutions. The institutional crisis. 2018.** Disponible en: https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/acaps_humanitarian_overview_analysis_of_key_crises_into_2018.pdf.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (ANM, 2021) Brote de Fiebre Amarilla.18 de octubre de 2021. Disponible en: https://academianacionaldemedicina.org/de-interes/di-academia-nacional-de-medicina-venezuela-ante-el-brote-de-fiebre-amarilla/

ACCIÓN SOLIDARIA (AS). **Venezuela aún no incorpora la vacuna contra el VPH dentro de su Programa Ampliado de Inmunización.** Noticias, 27 de abril de 2022. Disponible en: https://accionsolidaria.info/venezuela-aun-no-incorpora-la-vacuna-contra-el-vph-dentro-de-su-programa-ampliado-de-inmunizacion/

AGENDA DE INMUNIZACIÓN 2030 (AI2030-2021). (2021). **Informe global 2021.** Disponible en: https://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/220729_BLS22066_IA2030_Global_Report_2021SPv01.pdf

……. 2030 (AI2030-2020). (2020). Una estrategia mundial para no dejar a nadie atrás. Disponible: https://www.who.int/es/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (AEP). Comité asesor de vacunas. (2023).

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Manual de vacunas en línea de la AEP. Disponible en Portal de vacunas de la AEP, en: https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-1

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS AND HEALTHY CHILDREN (AAPHC). (2015). **Historia de las vacunas.** Disponible en: https://www.healthychildren.org/Spanish/safety-prevention/immunizations/Paginas/History-of-Immunizations.aspx

BANCO CENTRAL DE VENEZUELA (BCV). (2024). Estadísticas. Disponible en: https://www.bcv.org.ve/estadisticas.

BBC. (2019). Crisis de Venezuela: Maduro anuncia un acuerdo con la Cruz Roja para que ingrese ayuda humanitaria al país. 11 de abril de 2019. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-47889399

BBVA. (2021). ¿Qué es una pandemia y cuántas ha habido a lo largo de la historia? 22 de noviembre de 2021. Disponible en: https://www.bbva.com/es/sostenibilidad/que-es-una-pandemia-y-cuantas-ha-habido-a-lo-largo-de-la-historia/

BLOOMBERG. (2025). La inflación de Venezuela cerró el 2024 en 85% y podría volver a tres dígitos en 2025. Disponible en: https://www.bloomberglinea.com/latinoamerica/venezuela/la-inflacion-de-venezuela-cerro-el-2024-en-85-y-podria-volver-a-tres-digitos-en-2025/ la inflación acumulada durante 2024 se ubicó en 6,3% en el primer cuatrimestre, la más baja en los últimos 12 años para un período similar.

CEPAL. (2018). **Actualización de proyecciones de crecimiento de América Latina y el Caribe en 2018.** Disponible en: https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-mantiene-sus-estimaciones-la-actividad-economica-america-latina-caribe-crecera-22

COMITÉ ASESOR DE VACUNAS E INMUNIZACIONES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (CAV-AEP). (2025). **Semana Mundial de la Inmunización.** 24 de abril de 2025. Disponible en: https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/semana-mundial-de-la-inmunizacion-2025

COTEJO. (2021). Carlos Alvarado: el Plan de Vacunación se ha visto un poco afectado por el tema de la pandemia. Disponible en: https://cotejo.info/2021/04/vacunas-pediatricas-deficit-venezuela/

EFECTO COCUYO (EC). (2023). **Vacuna contra el VPH en Venezuela.** Noticia del 2 de enero de 2023. Disponible en: Vacuna contra el VPH en Venezuela: qué se espera para 2023 https://efectococuyo.com › salud › vacuna-contra-vph-

EL DIARIO (ED). (2021). **Vacunación infantil es deficiente en Venezuela.** Análisis del 29 de marzo de 2021. Disponible en: https://eldiario.com/2021/03/29/vacunacion-infantil-es-deficiente-en-venezuela/

ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES DE VIDA (ENCOVI). (2021). Condiciones de vida de los venezolanos : entre emergencia humanitaria y pandemia. ENCOVI 2021. Disponible en: https://www.proyectoencovi.com/encovi-2021

FEDERACIÓN MÉDICA DE VENEZUELA (FVM). (2008). **Diagnóstico del sector salud en Venezuela: estudios de las enfermedades emergentes y reemergentes.** Ponencia central presentada en la LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea, realizada en Punto Fijo, estado Falcón, del 27 al 31 de octubre de 2008.

GRUPO INTERINSTITUCIONAL PARA LA ESTIMACIÓN DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ (GIEMN). (2018). **Informe 2018.** Disponible en:https://childmortality.org/data/Venezuela%20(Bolivarian%20Republic%20of)

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

HUMVENEZUELA. (2023). **Informe de seguimiento a la emergencia humanitaria compleja en Venezuela. Noviembre de 2023.** Disponible en: https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2024/01/Informe-de-Seguimiento-de-la-EHC-HumVenezuela-Noviembre-2023-2.pdf

INSTITUTO INTERNACIONAL DE LA PRENSA (IPI) (2013). Objetivos de Desarrollo del Milenio: Guía para periodistas. Cómo cubrir los compromisos de desarrollo para el año 2015 y más allá. Disponible en: https://ipi.media/wp-content/uploads/2016/10/GuideToMDGs_Spanish_webready.pdf

MEDICINE PLUS. s/f. **¿Qué son las vacunas?** Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/vaccines.html

NATIONAL GEOGRAPHIC (NG). (2021). **Grandes pandemias de la historia.** 2 de septiembre. Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178

NACIONES UNIDAS. ACNUR. (2025). Situación de Venezuela. Disponible en: https://www.acnur.org/emergencias/situacion-de-venezuela

NACIONES UNIDAS. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA). Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (WFP). (2025). Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición para América Latina y el Caribe. Disponible en: https://es.wfp.org/publicaciones/panorama-regional-de-la-seguridad-alimentaria-y-nutricional-america-latina-caribe-2023

NACIONES UNIDAS (ONU). PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS (WFP). (2022). Programa mundial de Alimentos celebra primer aniversario del acuerdo de cooperación con Venezuela. Disponible en: https://es.wfp.org/noticias/programa-mundial-de-alimentos-celebra-primer-aniversario-del-acuerdo-de-cooperacion-con

NACIONES UNIDAS (ONU). OFICINA DE NACIONES UNIDAS PARA LA COORDINACIÓN DE ASUNTOS HUMANITARIOS (OCHA). (2022). Plan de respuesta humanitaria. Venezuela. Disponible en: https://www.examenonuvenezuela.com/respuesta-humanitaria/plan-de-respuesta-humanitaria-para-venezuela-2019-es-fundamental-centrar-la-atencion-en-satisfacer-las-necesidades-de-los-venezolanos.

NACIONES UNIDAS. (2021). Noticias ONU. La Organización Mundial de la Salud notifica un brote de siete casos de fiebre amarilla en Venezuela. 14 de septiembre de 2021. Disponible en: https://news.un.org/es/story/2021/10/1498362

NACIONES UNIDAS (ONU). (2020). No vacunar a los niños durante la pandemia de COVID es cambiar una crisis de salud por otra. 2020. Disponible en: https://news.un.org/es/story/2020/07/1477491

NACIONES UNIDAS (ONU). Comité de Derechos Humanos. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (2019c). **Observación general núm. 36 sobre el artículo 6 relativo al derecho a la vida.** 3 de septiembre de 2019 Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_SP.pdf

NACIONES UNIDAS (ONU). (2019a). **En Venezuela, se deben separar los objetivos políticos de los humanitarios.** Disponible en: http://onu.org.ve/en-venezuela-se-deben-separar-los-objetivos-politicos-de-los-humanitarios/

NACIONES UNIDAS (ONU). CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. (2018a). **Resolución Promoción y protección de los derechos humanos en la República**

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Bolivariana de Venezuela. Disponible en: https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/promoci-n-y-protecci-n-de-los-derechos-humanos-en-la-rep-blica

NACIONES UNIDAS (ONU). **2018 (b). Noticias ONU.** El avance contra la malaria se frena y en Venezuela se disparan los casos. Disponible en: **https://news.un.org/es/story/2018/04/1432122**

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

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

NACIONES UNIDAS (ONU). Comité de derechos económicos, sociales y culturales. (2000). Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General 14. Disponible en: http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos.

NACIONES UNIDAS (ONU). 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC). Disponible en: https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx. Consultado el 15 de octubre de 2021.

NACIONES UNIDAS. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en: https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-

OCDE Y BANCO MUNDIAL. (2020). **Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020.** Disponible en: https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34959?locale-attribute=es

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). (2022). La inmunización infantil empieza a recuperarse tras el retroceso provocado por la COVID-19. Comunicado de prensa conjunto del 18 de julio de 2023. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/18-07-2023-childhood-immunization-begins-recovery-after-covid-19-backslide

……. (2021). Vacunas e inmunización. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1

……. (2020). Vacunas e inmunización. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS) y NACIONES UNIDAS (ONU). (2021). **Medidas para alcanzar las metas mundiales de vacunación contra la COVID-19.** Comunicado de prensa del 7 de octubre de 2021. Disponible en: **https://www.who.int/es/news/item/07-10-2021-who-un-set-out-steps-to-meet-world-covid-vaccination-targets**

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2023). **Alerta epidemiológica-Sarampión.** 8 de febrero de 2023. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-8-febrero-2023

…….(2019). **Actualización Epidemiológica Sarampión.** 17 de mayo. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

docman&view=download&category_slug=sarampion-2183&alias=48610-17-de-mayo-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica&Itemid=270&lang=es

..... (2016). La región de las Américas es declarada libre de sarampión. Noticias. 27 Sep 2016. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/27-9-2016-region-americas-es-declarada-libre-sarampion

..... (2015). **Procedimientos operativos para la compra de vacunas, jeringas y otros insumos relacionados por medio del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud.** Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/procedimientos-operativos-fondo-rotatorio-ops-para-compra-vacunas-jeringas-otros-insumos

..... (2012). **Inmunización en las Américas.** Disponible en: https://www.paho.org/es/file/33143/download?token=L1x8EK-Z

..... (2011). Los países de las Américas son pioneros en vacunación en el mundo, señalan expertos. Noticias. 6 de julio de 2011. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/6-7-2011-paises-americas-son-pioneros-vacunacion-mundo-senalan-expertos

..... (2006). **Boletín de inmunización.** Volumen XXVIII, Número 2 abril. Disponible en: https://www3.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2802.pdf

..... (2004). **Vacunas. prevención de enfermedades protección de la salud.** A. de Quadros, editor Publicación Científica y Técnica No. 596. Pp 3-14.

..... (1977). **Resolución CD 25.27. Programa Ampliado de Inmunización (PAI).** Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la salud. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2381/CD25.R27sp.pdf?sequence=2

..... (1967). **Conferencia Internacional sobre la Aplicación de Vacunas producidas por el hombre contra las Enfermedades producidas por el hombre, por virus y rickettsias.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.. p. 74-80. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/11045/v62n1p74.pdf;jsessionid=BC9

PROGRAMA VENEZOLANO DE EDUCACIÓN-ACCIÓN EN DERECHOS HUMANOS (PROVEA). (2025**). Informe Anual: Situación de los derechos humanos en Venezuela.** Disponible en: https://provea.org/informes-anuales/

PROYECTO AVATAR. S/f. **Historia de las vacunas**. Disponible en: Http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org/vacunas/historia-de-las-vacunas

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. MINISTERIO DE INFORMACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA (MINCYT). (2023a**). Venezuela es recertificada como país libre de sarampión.** Noviembre, Disponible en: https://mincyt.gob.ve/venezuela-recertificada-pais-libre-sarampion/

..... (2023b) Reforzarán plan de inmunización para prevenir enfermedades en población infantil. Noticia del 23 de enero. Disponible en: https://www.mincyt.gob.ve/reforzaran-plan-ampliado-de-inmunizacion-para-prevenir-enfermedades-en-poblacion-infantil-venezolana/

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (MPPS). (2023a). **MPPS lanza Plan Luciérnaga para fortalecer inmunización en La Guaira.** Disponible en: http://mpps.gob.ve/mpps-lanza-plan-luciernaga-para-fortalecer-inmunizacion-en-la-guaira/#:~:text=En%20este%20sentido%2C%20las%20dosis,vacunas%20contra%20el%20Covid%2D19.

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

……. (2023b). Arrancó la Mega Jornada de Vacunación 2023 en todo el país. Disponible en: http://mpps.gob.ve/arranco-la-semana-de-vacunacion-de-las-americas-2023-en-todo-el-pais/

……. (2015). *Memoria y cuenta 2014*.

……. (2014). *Memoria y cuenta 2014*.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. ASAMBLEA NACIONAL (AN). (2016). Acuerdo mediante el cual se declara crisis humanitaria en la salud de Venezuela, en vista de la grave escasez de medicamentos, insumos médicos y deterioro de la infraestructura sanitaria. Disponible en: https://www.asambleanacionalvenezuela.org/actos/detalle/acuerdo-mediante-el-cual-se-declara-crisis-humanitaria-en-la-salud-de-venezuela-en-vista-de-la-grave-escasez-de-medicamentos-insumos-medicos-y-deterioro-de-la-infraestructura-sanitaria-58

……. (1999). **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV)**. Caracas, Gaceta Oficial Nº 5.453. Extraordinario. 24 de marzo de 1999.

SALUD CON LUPA (SL). (2019). **Sarampión, la epidemia continental.** Disponible en: https://saludconlupa.com/series/venezuela-un-pais-en-busca-de-alivio/sarampion-la-epidemia-continental/

SOCIEDAD VENEZOLANA DE PEDIATRÍA (SVP). (2017). Esquema de inmunizaciones para niños y adolescentes de Venezuela. Recomendaciones. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría, enero, Vol. 80(1), pp.34-40.

SOCIEDAD VENEZOLANA DE PEDIATRÍA (SVP). (2023). Esquema de inmunizaciones enero 2023. Disponible en: https://www.svpediatria.org/secciones/publicaciones/esquema-de-inmunizacion/

SOCIEDAD VENEZOLANA DE SALUD PÚBLICA (SVSP). Red Defendamos la Epidemiología Nacional. (2018). La eliminación del Centro Venezolano de Clasificación de enfermedades (CEVECE) y Centro Cooperador de la OPS-OMS, daña gravemente a la Salud Pública Venezolana, debilita al Ministerio del Poder Popular para la Salud y reduce la capacidad institucional para atender eficientemente, la compleja carga de enfermedades que sufre la población. Disponible en: http://alianzasalud.org/7-de-agosto-de-2018-sociedad-venezolana-de-salud-publica-red-defendamos-la-epidemiologia-nacional-la-eliminacion-del-centro-venezolano-de-clasificacion-de-enfermedades-cevece-y-centro-cooperador/

SWISSINFO. (2022). Venezuela buscará reducir los contagios de VPH con vacunación masiva en 2023. Contenido publicado el 27 diciembre 2022. Disponible en:

https://www.swissinfo.ch/spa/venezuela-salud_venezuela-buscar%C3%A1-reducir-los-contagios-de-vph-con-vacunaci%C3%B3n-masiva-en-2023/48165086

SWISSINFO. (2021). Sin sanitarios, el riesgo que acecha Venezuela. 19 de marzo de 2021. Disponible en: https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-venezuela--previsi%C3%B3n-_-sin-sanitarios---el-riesgo-que-acecha-venezuela/46631838

THE LANCET. (2018). **The collapse of the Venezuelan health system.** Editorial. 2018; Vol. 391:1331. Disponible en: https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)00277-4.pdf

UNICEF. (2019). *20 millones de niños no recibieron vacunas vitales contra el sarampión, la difteria y el tétanos en 2018*. Comunicado de prensa del 15 de septiembre de 2019. Disponible en: https://www.unicef.org/es/press-releases/20-millones-ninos-no-recibieron-vacunas-sarampion-difteria-tetanos-2018

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

……. (2021). *Aun en contexto de pandemia, los niños y niñas deben ser vacunados*. 13 Julio 2021. Disponible en: https://www.unicef.org/venezuela/historias/aun-en-contexto-de-pandemia-los-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-deben-ser-vacunados

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/