

MUJERES AL LÍMITE

**El peso de la emergencia humanitaria:
vulneración de derechos humanos
de las mujeres en Venezuela**



Tabla de Contenido

I

Introducción

3

II

Contexto socio-económico en el que viven mujeres, niñas y adolescentes venezolanas

5

III

Derechos de las mujeres vulnerados en el contexto de la crisis social, económica, humanitaria e institucional

7

1. Alimentación	7
1.1. Contexto de la Seguridad Alimentaria	7
1.2. Derecho a un nivel de vida adecuado, derecho a la salud y derecho a la alimentación	9
a) Disponibilidad de alimentos y estabilidad	10
b) Acceso a los alimentos	12
c) Consumo y Aprovechamiento de los Alimentos para el Bienestar Nutricional	13
2. Derecho a la Salud de Mujeres, Niñas y Adolescentes en Venezuela	17
2.1. Situaciones específicas en el marco de la vulneración del derecho a la salud de mujeres, niñas y adolescentes, incluyendo la salud sexual y reproductiva	20
2.1.1. Acceso a métodos de planificación familiar por parte de las mujeres en Venezuela	20
2.1.2. Mortalidad Materna	26
2.1.3. Embarazos de adolescentes	31
2.1.4. Virus del Zika y mujeres embarazadas	33
2.1.5. Mujeres y VIH/SIDA	34
2.1.6. Cáncer de mamas	36
3. Derecho a vivir una vida libre de violencia	37
3.1. Femicidios	38
3.2. Violencia contra las mujeres en sus diferentes manifestaciones	41
3.3. Violencia sexual en el contexto de represión política	45
3.4. Trata y Tráfico de personas, vinculados al derecho de las mujeres a la libertad y seguridad personales	48
3.5. Violencia en centros penitenciarios vinculada al derecho de las mujeres a igualdad de protección ante la ley	50
3.6. Acceso a la justicia vinculado al derecho de las mujeres a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos, particularmente el derecho a vivir una vida libre de violencia	52
3.7. Discriminación de poblaciones LGBTI y mujeres indígenas	54

IV

Comentarios finales

55

I. Introducción

El presente informe representa un esfuerzo colectivo por documentar la situación de los derechos humanos de las mujeres en Venezuela de cara a la grave crisis económica, política, social y humanitaria por la que atraviesa el país. Por tratarse de un primer ensayo en ese sentido, hemos decidido centrarlo solamente en tres grandes áreas severamente afectadas por la crisis y por el serio déficit democrático que se refleja en las instituciones venezolanas, a saber: salud, alimentación y violencia contra la mujer.

La elaboración de este informe se fundamentó en la revisión documental de fuentes diversas, oficiales y no oficiales, así como medios de comunicación. Como en muchas otras áreas, el acceso a información pública en materia de derechos de las mujeres, incluyendo presupuestos asignados y ejecutados, así como cifras relacionadas con problemáticas fundamentales como mortalidad materna, está estrictamente restringido. Y en aquellos casos en los que los datos están disponibles, algunos tienen uno, dos o hasta cinco años de antigüedad, como por ejemplo el Boletín de Género del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) cuya versión más reciente data del año 2013.

Los datos disponibles, bien sea oficiales o no oficiales, casi nunca están desagregados por sexo, con lo cual se dificulta visualizar la situación particular de las mujeres. Ejemplo de ello son algunos boletines del INE cuyos datos no están

desagregados por sexo, señalando que no existen diferencias estadísticas significativas. Igualmente, la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI), elaborada por las 3 universidades más importantes del país, tampoco presenta datos de fundamental importancia desglosados por sexo.

Los hallazgos aquí presentados dan cuenta de cómo la crisis tiene un impacto desproporcionado y diferenciado sobre la vida de las mujeres, en un contexto donde el Estado venezolano ha optado por ignorar sus obligaciones en materia de derechos humanos. Desde la escasez de anticonceptivos e insumos de higiene menstrual, hasta los numerosos obstáculos existentes para su acceso a la justicia cuando son víctimas de violencia machista, las mujeres enfrentan numerosos retos en el disfrute pleno de sus derechos más elementales sin que el Estado tome medidas efectivas al respecto. ▶▶▶



Mientras la narrativa oficial se ha apropiado de la temática de igualdad de género, mostrándola como un área donde se han producido numerosos avances, la realidad de las mujeres no guarda relación con el mundo idílico que desde instancias gubernamentales se presenta. El desempleo y la pobreza aumentan vertiginosamente entre mujeres, y son ellas quienes mayoritariamente hacen colas por alimentos y recorren farmacias y hospitales en busca de atención y medicinas para ellas mismas y sus familias. Sí bien la adopción de medidas normativas y la creación de un marco institucional son pasos importantes en la garantía y protección de los derechos de las mujeres, en modo alguno son un fin en sí mismo y de poco sirven si están vacías de contenido. En otras palabras, tener instituciones y leyes pioneras en materia de derechos de las mujeres es insuficiente si desde ellas, o a partir de ellas, no se emprenden acciones efectivas, acompañadas de recursos humanos y financieros que permitan su plena implementación.

Finalmente, quisiéramos agradecer a organizaciones e individualidades aliadas por el apoyo con cifras e información en la elaboración de este informe. En particular, las organizaciones Senosalud y Musas de Venezuela por los datos aportados sobre situaciones puntuales de salud en mujeres. También agradecemos a Susana Raffalli por su guía y apoyo en lo referente a la nutrición y alimentación desde una perspectiva de género. Y desde luego a la organización CIVILIS por su confianza y apoyo a nuestras organizaciones a fin de producir este trabajo.

Caracas, noviembre de 2017.

II. Contexto socio-económico en el que viven mujeres, niñas y adolescentes venezolanas

Desde el año 2013 el país atraviesa una severa crisis política, económica y social. La precaria situación económica, traducida en la pérdida de poder adquisitivo, inflación proyectada en 2.068,5% para el año 2018 según el Fondo Monetario Internacional (FMI),¹ crecimiento negativo de la economía,² y la política de controles de precios y de cambio, entre otros factores, han resultado en el empobrecimiento efectivo de un sector importante de la población, observándose serios retrocesos en áreas donde se había logrado mejoras y avances. Según la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI), el 82% de los hogares en Venezuela vive en condición de pobreza, 51% de ellos en pobreza extrema.³

Las condiciones de pobreza de la población y sus efectos se acentúan en las mujeres. En Venezuela, observamos un proceso silente de feminización de la pobreza, asociada a abiertas desigualdades en cuanto al ingreso y calidad del empleo, responsabilidades en el cuidado de las familias y compromisos en la dinámica cotidiana.

Según el Boletín de Indicadores de Género 2013⁴, vivían en situación de pobreza un total de 9.174.142 personas, 32% de un total de población proyectada de 28.589.147. De ellas 4.792.667 (52,24%) eran mujeres y 4.381.475 (47,75%) eran hombres, con lo cual tenemos un 4,48% más mujeres pobres que hombres⁵. Según el mismo boletín, por cada 100 hombres viviendo en pobreza, había 107 mujeres. Mientras que por cada 100 hombres viviendo en pobreza extrema, se registraron 112 mujeres⁶. Estas

cifras, que no toman en cuenta el deterioro económico generalizado observado entre 2013 y 2017⁶, demuestran cómo la pobreza afecta en mayor proporción a las mujeres.

El Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2011 registró un total de 7.140.554 hogares. De éstos, un 39% eran hogares con jefatura femenina (2.762.792). Hace diez años, esta cifra se ubicaba en 29% y hace 20 años, en 24%, con lo que se observa una tendencia creciente en las jefaturas femeninas del hogar⁷. La tasa de pobreza en hogares comandados por mujeres es superior en 6 puntos al promedio del país, mientras que la diferencia se incrementa en hogares encabezados por mujeres solas con hijos e hijas pequeños⁸.

La situación de pobreza extrema entre mujeres, particularmente en mujeres con jefatura de hogar, ha sido abordada desde el ejecutivo nacional a través de la Misión “Madres del Barrio,” la cual es parte del conjunto de misiones que constituyen la herramienta principal de política social del gobierno del presidente Maduro. A través de esta Misión, mujeres en situación de pobreza extrema reciben una asignación monetaria mensual que corresponde al 80% del salario mínimo.



▶▶▶ En el año 2015, se beneficiaron 98.880 mujeres⁹, cantidad mayor a la del año 2014, cuando se beneficiaron 95.799 mujeres¹⁰. Si tomamos como referencia los datos del INE ya comentados para el año 2013¹¹, tenemos que las beneficiarias del programa corresponderían a tan sólo un 2% del total de 4.792.667 mujeres pobres. A la fecha, la efectividad e impacto de la Misión “Madres del Barrio” no ha sido evaluada.

Otra estrategia usada para dar atención a mujeres en situación de pobreza ha sido el acceso a microcréditos y capacitación para actividades socio-productivas, a través del Banco de Desarrollo de la Mujer (BanMujer), creado en el año 2001. El acceso a microcréditos estuvo condicionado a la participación en esquemas de base comunitaria (cooperativas o las llamadas unidades económicas asociativas), los cuales estaban acompañados de formación en distintas áreas de competencia, incluyendo en el ámbito político-ideológico. Su gestión fue cuestionada por la debilidad en la implementación de mecanismos de sistemas de control interno, ausencia de una plataforma tecnológica adecuada y una alta morosidad¹². En el año 2014 fue fusionado con el Banco Bicentenario y el Banco del Pueblo Soberano para crear el Banco Bicentenario del Pueblo, la Clase Obrera, Mujer y Comunas.¹³ Luego de esta fusión los programas de financiamiento que venía desarrollando el BanMujer pasaron a ser una cartera más dentro del Banco Bicentenario.

Para el 2017 se calcula que el Producto Interno Bruto (PIB) se contraiga 7,2%¹⁴ y para el año 2018 en 12%¹⁵. Esta realidad afecta sustancialmente a la población económicamente activa del país y de forma más importante a las mujeres. La tasa de desocupación femenina aumentó tres veces más que la masculina entre diciembre de 2014 y diciembre de 2015, cuando pasó de 1,5% (2014) a 4,5% (2015)¹⁶. Entre diciembre 2014 y diciembre 2015 la población económicamente activa pasó de 14.403.270 (65.6%) a 14.006.303 (62.6%). El 99,48% de quienes salieron del mercado de trabajo fueron mujeres.¹⁷ La brecha salarial es, en promedio, de 18%, llegando a ser de 60% entre sectores de la población sin ningún tipo de educación o analfabetas.¹⁸

Tabla 1 Relación de ingreso salarial de las mujeres como proporción de los hombres, II semestre 2005-2013

	II-2005	II-2006	II-2007	II-2008	II-2009	II-2010	II-2011	II-2012	II-2013
Relación de Ingreso	79,4	79,61	79,94	79,17	81,92	82,53	81,67	82,16	81,37

Nota 1: Ingreso promedio mensual por trabajo principal de la población de 15 años y más ocupada.

Nota 2: Este indicador se lee: Las mujeres percibieron, en promedio, el n% de la remuneración que recibieron los hombres

Fuente: EHM. Instituto Nacional de Estadística, INE, citado en Diario La Razón

III. Derechos de las mujeres vulnerados en el contexto de la crisis social, económica, humanitaria e institucional

1. Alimentación

1.1. Contexto de la Seguridad Alimentaria

El derecho a la alimentación está reconocido en nuestra constitución en el artículo 305, donde establece que la seguridad alimentaria puede entenderse como “la disponibilidad suficiente y estable de alimentos en el ámbito nacional y el acceso oportuno y permanente a éstos por parte del público consumidor.” Sin embargo, en los últimos años se ha producido un proceso continuo de desmejoras de las condiciones de alimentación de las y los venezolanos, a partir del deterioro de la cadena de producción y suministro de alimentos por el efecto regresivo de las políticas económicas y sociales formuladas por el Estado.

La inestabilidad social y económica es tan profunda que se ha producido una ruptura en la cadena de suministro, donde las empresas productoras de alimentos están operando de forma intermitente¹⁹. Existen varios

factores que inciden en la aparición de este fenómeno, uno es la ausencia de certeza de si la empresa contará con la materia prima e insumos, debido a la no asignación de divisas por parte del gobierno al empresariado. Otra de las variables que está influyendo en el desabastecimiento ha sido la regulación de los precios de los productos de la canasta básica lo cual ha obligado a numerosas empresas del sector alimentos a vender sus productos por debajo de los costos de elaboración, lo que a menudo representan cuantiosas pérdidas y posterior cierre de líneas de producción. Mientras, por un buen período de tiempo, las brechas en la producción interna fueron cubiertas a través de una agresiva política de importaciones, las cuales conforme a cifras de la FAO²⁰ disminuyeron en más del 50% sólo en el año 2015, con proyecciones de mayor contracción para los años subsiguientes.

Tabla 2 Comercio Agroalimentario en millones de \$

Año	Exportaciones	Importaciones
2014	43	8.645
2015	83	3.848

Fuente: FAO y OPS (2017)

Adicionalmente la inflación incide significativamente en el poder adquisitivo de las y los venezolanos, siendo esta considerada una de las más altas del mundo. Según datos suministrados por la Asamblea Nacional de Venezuela (ANV) hasta el mes de junio del 2017, la inflación acumulada es de 176%. Ya para el año 2015, el cierre de inflación de acuerdo al Banco Central de Venezuela (BCV) fue de 180,9%. En ese mismo año el BCV dejó de difundir cifras oficiales de inflación, Producto Interno Bruto (PIB) y escasez.

Según proyecciones del Fondo Monetario Internacional (FMI) la inflación en Venezuela podría cerrar en 720% en 2017, y estima que la misma podría llegar a más de un 2000% en el año 2018. Estas cifras tienen un impacto indudable en el empobrecimiento acelerado de la población venezolana.

En relación a la pobreza, aspecto determinante en el acceso físico a los alimentos, el país muestra resultados devastadores: de acuerdo con la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) para el año 2016, el 82 % de los hogares venezolanos se encuentra en situación de pobreza. Para el año 2015 este mismo estudio reportaba un 49,9% de pobreza general.

Tabla 3 Hogares en Situación de Pobreza en Venezuela

Condición	2014	2015	2016
Pobreza extrema	23,6	49,9	52
Pobreza	24,8	23,1	30
No Pobres	51,6	27,0	18

Fuente: ENCOVI, UCV-USB-UCAB. Elaboración propia.

Un último indicador que debe ser considerado en este contexto es el precio de la canasta alimentaria, que para el mes de septiembre del año 2017 según el CENDAS se ubicó en BsF. 3.901.076,04. El aumento en comparación al mes de agosto 2017 de un 32,8%. De tal modo que se requieren BsF 130.035,86 diarios para cubrir su costo, lo cual equivale a un salario mínimo por día.²¹

Es importante señalar que el Informe Global sobre Crisis Alimentarias correspondiente al año 2017 señaló que el deterioro de la situación económica en Venezuela conlleva el potencial de causar severos déficits y escasez de productos, incluyendo alimentos y medicinas, razón por la cual estimó la necesidad de implementar un mecanismo de vigilancia de seguridad alimentaria.²²

1.2. Derecho a un nivel de vida adecuado, derecho a la salud y derecho a la alimentación

El derecho a la alimentación, conforme a lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,²³ implica la protección de las personas contra el hambre y la malnutrición. Dicho derecho es ejercido cuando se tiene acceso económico o físico a la alimentación adecuada y a los medios para obtenerla.²⁴ Para el Comité el Estado tiene tres tipos de obligaciones: primero, respetar, lo que implica establecer las responsabilidades correspondientes para asegurar el acceso a la alimentación adecuada; en segundo lugar, proteger adoptando medidas que velen por que las empresas públicas o privadas no priven del acceso a la alimentación adecuada; y por último, facilitar entendido como la posibilidad del Estado de procurar actividades que fortalezcan el acceso y utilización de los recursos y medios que aseguren la seguridad alimentaria.

El marco normativo nacional promueve la protección del derecho a la alimentación a través de dos textos legales: la Ley Especial de Defensa Popular Contra el Acaparamiento y Especulación promulgada en el año 2007, y la Ley de Seguridad y Soberanía Alimentaria promulgada en julio del 2008.

Desde el año 2003, el gobierno del entonces presidente Hugo Chávez, y ahora del presidente Nicolás Maduro, han diseñado varias medidas para atender el tema de la seguridad alimentaria, siendo la primera de ellas la misión MERCAL. Para el año 2004, nace el Ministerio de Alimentación con el objetivo de que la población tuviese acceso a la canasta básica a precios justos. En el año 2007 se crea la Misión Alimentación fundamentada en los objetivos de seguridad y soberanía alimentaria. En el año 2016 se crea los Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP), los cuales son mecanismos de distribución y venta directa de alimentos a la población en manos del Estado, bajo esquemas de administración comunal que pueden ser reconocidas como inconstitucionales, y a cargo de organismos paraestatales que aplican criterios políticos discriminatorios en el acceso a los alimentos.

En Venezuela son muchas las situaciones que vulneran la seguridad alimentaria, considerando las dimensiones que la componen. Conforme a datos disponibles, son muchas las restricciones asociadas al derecho de la alimentación en Venezuela, con características diferenciadas para mujeres y niñas.

El análisis presentado a continuación, de acuerdo con los estándares asociados a la conceptualización de seguridad alimentaria y a las dimensiones normativas establecidas tanto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, como en las observaciones del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) relativas al derecho a la alimentación, ha sido organizado en torno a tres dimensiones, a saber:

- a. Disponibilidad de los alimentos y estabilidad: correspondientes a la provisión, suministro o existencia de alimentos y a la garantía de contar con la disponibilidad, el acceso y la buena utilización de los alimentos en forma estable y previsible dentro del marco del manejo de la alimentación bajo un estado de derecho;
- b. Acceso a los alimentos: relativa a la capacidad de controlar recursos económicos y posibilidades, así como canales de acceso físico al alimento, para que las personas puedan adquirir los alimentos disponibles o producirlos;
- c. Utilización de los alimentos: referido a la calidad de la alimentación, las condiciones de vida, la situación nutricional y la salud de los individuos que hacen posible que una alimentación disponible, accesible, consumida, finalmente rinda bienestar.

El análisis de estas dimensiones nos lleva a comprender la vulneración no sólo del derecho a la alimentación, sino de dos derechos interdependientes como son el derecho a un nivel de vida adecuado y el derecho a la salud.

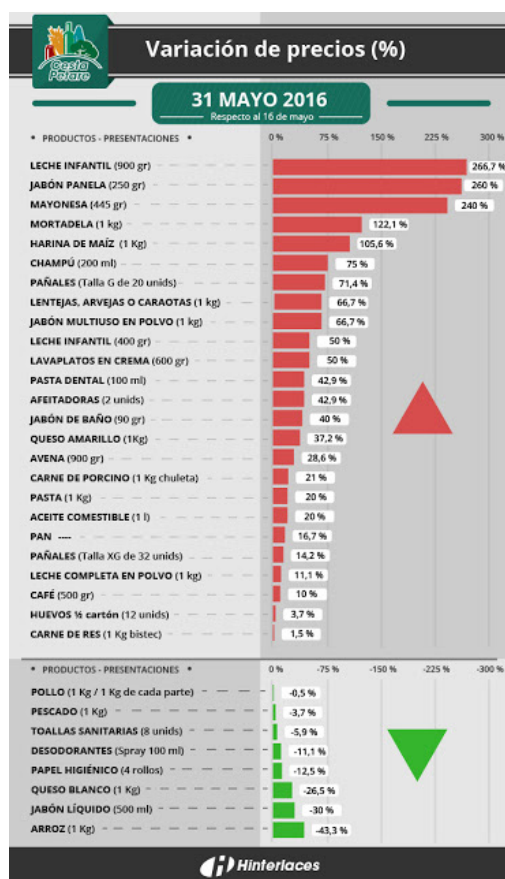
a) Disponibilidad de alimentos y estabilidad

El aparato productivo nacional, en las condiciones actuales, sólo produce un 30% de los alimentos consumidos nacionalmente. Como ya se ha explicado antes en este informe, la brecha del 70% restante estaba siendo cubierta por importaciones, las cuales han disminuido en gran medida por la baja de los precios del petróleo.

A pesar de no contar con datos oficiales relacionados a los indicadores asociados a esta dimensión, se ha podido recabar algunas informaciones que muestran parte de la realidad. En cuanto al desabastecimiento, las últimas cifras de la firma de consultores Econométrica al mes de agosto 2017, revelan que la escasez general se ubicó en 52%, mientras que la escasez de alimentos y bebidas no alcohólicas fue de 73,4%. Este desabastecimiento sigue generando distorsión de los hábitos de compra, caracterizados por largas colas, necesidad de acudir a múltiples establecimientos para adquirir los alimentos y la vigencia de un mercado negro de alimentos.

Las consecuencias de adquirir los productos a las redes informales de ventas o “bachaqueros,” es el incremento significativo de los costos del producto: de acuerdo a algunas proyecciones, los precios en el mercado informal pueden llegar a ser de hasta 71 veces el del precio del regulado.²⁵ En la tabla que se presenta a continuación podemos ver los incrementos que tienen los precios de los productos regulados al ser adquiridos en el mercado informal:

Gráfica 1: Lista de variación de precios (%),
mayo 2016



Fuente: Hinterlaces (2016)

Las colas por alimentos tienen rostro de mujer, ya que son ellas quienes en su mayoría están en fila a fin de obtener productos altamente escasos a precios regulados. Estas mujeres son de todas las edades, incluyendo mujeres de la tercera edad. Existen reportes que indican que las mujeres tienen que invertir de 8 a 14 horas semanales²⁶ para la adquisición de productos a precios regulados por el Estado en los locales de venta de alimentos, a menudo a la intemperie, expuestas a los elementos, sin acceso a sanitarios, y frecuentemente acompañadas de sus hijos/as. Estar en estas colas las expone a agresiones (que en algunos casos han llegado hasta la muerte) producidas por la inseguridad

y los altos niveles de violencia. Se han reportado muertes por disparo o muertes por afecciones de salud, así como también agresiones a manos de las fuerzas de seguridad del Estado.²⁷ Entre los meses de junio y julio de 2016 se reportaron casos de mujeres, incluyendo embarazadas, agredidas por oficiales de la Guardia Nacional Bolivariana (GNB) mientras se encontraban haciendo cola para adquirir alimentos. ²⁸ Al tener las colas cara de mujer, el deterioro de las condiciones de vida de muchos hogares también la tiene, si consideramos que de acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2011, un 39% eran hogares con jefatura femenina.

b) Acceso a los alimentos

Esta dimensión corresponde a la presencia de los recursos económicos y las facilidades físicas para que las personas puedan adquirir los alimentos disponibles para cumplir con sus necesidades. Los criterios a considerar aquí incluyen el crecimiento económico del país, el gasto público, las cifras de empleo (tasa de empleo, PEA) y los índices de precios e inflación.

Como ya se ha indicado en la sección referente al tema pobreza en este informe, para el 2013, antes del deterioro vertiginoso de todos los índices sociales y económicos, cifras oficiales mostraban que más mujeres que hombres estaban viviendo en condiciones de pobreza: por cada 100 hombres que viven en pobreza extrema hay 112 mujeres y por cada 100 hombres que viven en pobreza hay 107 mujeres. Las cifras absolutas de pobreza para el año 2013 revelaron que de las 9.174.142 personas viviendo en esa situación, más de la mitad eran mujeres.

Siendo que, como se ha dicho, la tasa de pobreza en hogares comandados por mujeres es superior en 6 puntos al promedio del país, incrementada en hogares encabezados por mujeres solas con hijo/as pequeños, lo cual es sintomático de un proceso de feminización de la pobreza en curso, las posibilidades de adquisición de alimentos y otros insumos básicos para el hogar están severamente limitadas entre las mujeres. Estos indicadores nos muestran la situación adversa en la cual se encuentra la mujer venezolana, agravada sin duda alguna por el vertiginoso deterioro de la situación económica y social del país de los últimos dos años.

Un análisis reciente de encuestas de compra y consumo de alimentos por la consultora Datanálisis, muestra que las mujeres están comprando más en expendios de alimentos pequeños tipo abasto o bodegas en sectores populares (54% vs 46 % de los hombres). Compran más en panaderías y son quienes con más frecuencia compran al CLAP y en MERCAL (90 % vs 10% hombres). Así mismo, la encuesta nos habla de que las mujeres se encargan de la compra de los alimentos diarios como el pan, mientras el patrón de compra de los hombres es más esporádico. Estos datos revelan cómo las mujeres se encuentran circunscritas a los espacios y dinámicas más cercanas a sus hogares, a lo doméstico, y a sus comunidades. La compra de los alimentos del diario denota un control de capital bajo, además de un restringido acceso a los alimentos de la canasta básica. Las mujeres, en mayor medida que los hombres, están en condiciones de vulnerabilidad y exposición a los mecanismos y esquemas de compra y venta de alimentos generados por el Estado tales como los programas CLAP y Mercal, lo cual a su vez las expone a mecanismos de corrupción, abuso y extorsión en la venta y distribución de alimentos ampliamente denunciados por usuarias/os y organizaciones de la sociedad civil.²⁹

c) Consumo y Aprovechamiento de los Alimentos para el Bienestar Nutricional

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce la vinculación que tiene el derecho a la alimentación con otros derechos fundamentales como el derecho a la salud. También la CEDAW reconoce esta vinculación en su artículo 12, párrafo 3, donde insta a los Estados a tomar medidas para garantizar una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Muchas mujeres están expuestas a la malnutrición debido a la discriminación en la distribución de alimentos, lo cual puede dar lugar a un deterioro grave e irreversible de la salud general de la mujer y aumentar el riesgo de parto prematuro, peso bajo al nacer y defectos congénitos en recién nacidos/as. Como se ha reconocido en instancias internacionales, después del parto, la discriminación puede seguir afectando a la salud de la mujer, incluso en relación con la lactancia materna (Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, 2016, pág. 9).

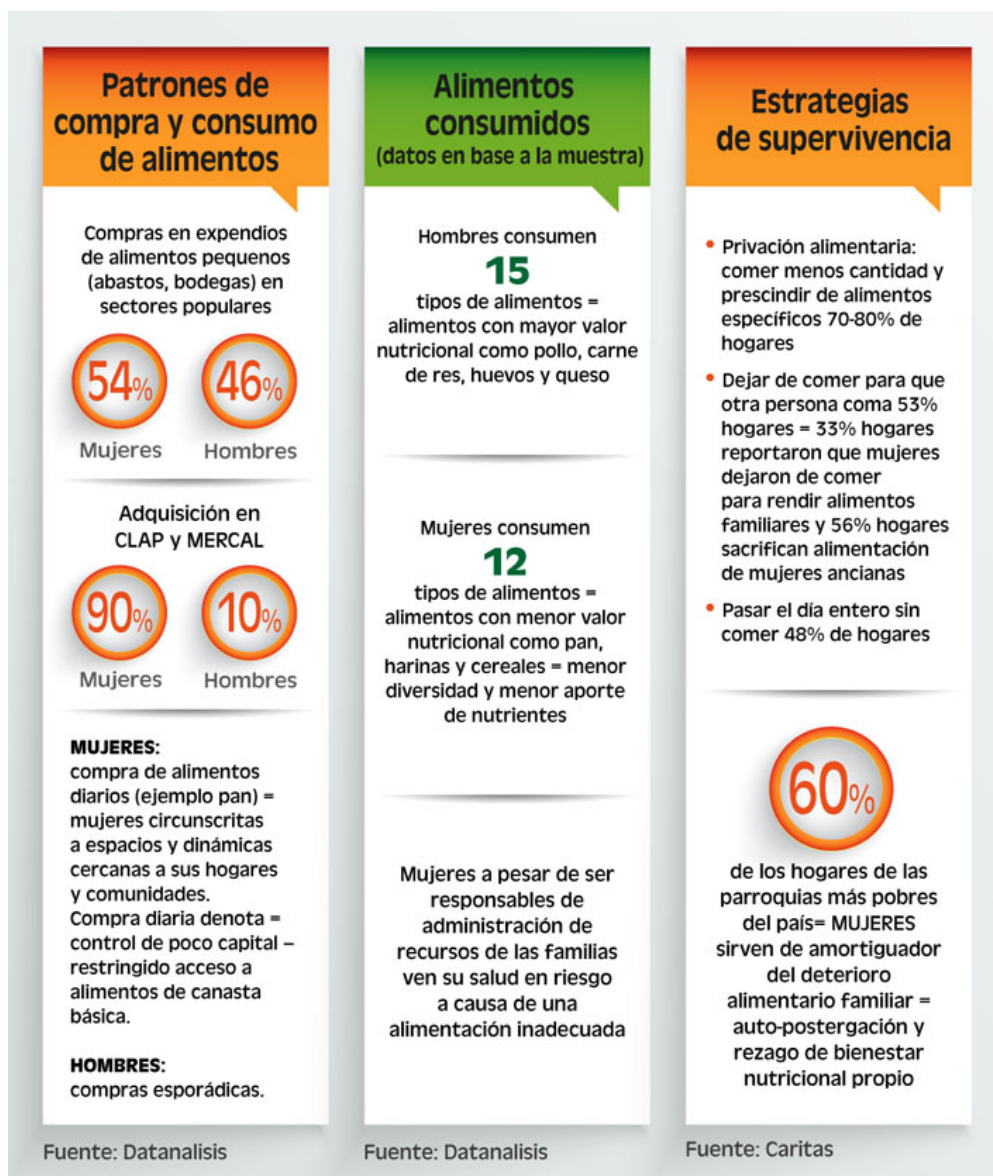
Así mismo, el Relator Especial sobre el Derecho a la Alimentación ha declarado que:

“(...) la violencia estructural es una barrera que aún no se ha estudiado lo suficiente y que entorpece el disfrute del derecho de la mujer a una alimentación y nutrición adecuadas. La violencia por razón de género, que es una de las principales formas de

*discriminación, puede impedir que las mujeres tengan acceso a una alimentación y nutrición adecuadas.”*³⁰

El aprovechamiento de los alimentos y el bienestar nutricional son el indicador de impacto final de un adecuado ejercicio del derecho a la alimentación. Se refleja en aspectos esenciales como la desnutrición y la posibilidad de satisfacer las necesidades especiales de momentos críticos de la vida exclusivos del ciclo vital de las mujeres como son el embarazo y la lactancia.

De acuerdo al Observatorio Venezolano de la Salud³¹ (OVS) la combinación de escasez y alto costo de los alimentos está incidiendo directamente en el registro de la doble carga de la malnutrición en el país (una misma persona puede ser obesa y a la vez tener un déficit de nutrientes como por ejemplo, la anemia). La situación nutricional de la población de acuerdo a la ENCONVI muestra un deterioro marcado: un 75% de la muestra reportó pérdida de peso no controlado en proporción de 8,5 a 9 kilos durante el último año, mientras que el 32,5% de las personas expresan hacer dos comidas o menos al día, lo cual corresponde a una proporción aproximada de 9,6 millones de venezolanos/as.³²



En cuanto a la desnutrición infantil, los datos más recientes del monitoreo que realiza Caritas en las parroquias más pobres del país revela que el 68% de los niñas y niños evaluados muestran algún grado de desnutrición y que, entre estos, el 15% tiene un tipo de desnutrición muy grave que permite calificar a la situación, según la escala y la intensidad del daño, como una emergencia humanitaria en estas parroquias.

El estudio más reciente de Datanálisis sobre hábitos de consumo revela que la frecuencia de consumo de alimentos entre mujeres y hombres difiere en cuanto

al patrón de alimentos consumidos: mientras más del 50% de los hombres encuestados reporta un consumo de 15 alimentos, las mujeres consumen sólo 12. El patrón cualitativo de este consumo muestra que los hombres consumen alimentos con un valor nutricional más alto, como proteínas de alto valor biológico (carne de res, pollo, huevos, queso) y hortalizas. Por su parte, las mujeres están consumiendo mayor cantidad de alimentos con calorías baratas y de menor valor nutricional como el pan, las harinas y los cereales, aunque consumen algunas opciones saludables como frutas y granos. Este patrón de consumo reportado

por mujeres es de menor diversidad y, ciertamente, de menor aporte de nutrientes críticamente importantes como hierro y proteínas. En otras palabras, a través de la calidad de la alimentación de las mujeres, responsables de la administración de los recursos de las familias, podemos hacer una valoración de su salud y concluir que la misma está ante un gran riesgo de deterioro.

El mismo estudio de Caritas muestra indicadores de un efecto diferencial y proporcionalmente mayor sobre mujeres y niñas de las parroquias más pobres del país. Una alta proporción de los hogares entrevistados habían recurrido ya a estrategias de sobrevivencia que implican privación alimentaria como comer menos cantidad y prescindir de alimentos específicos (70%-80% hogares), dejar de comer para que otra persona de la familia coma (53% hogares) y pasar el día entero sin comer (48% hogares). Entre estos hogares que recurren a estas estrategias, la persona mencionada con más frecuencia al referirse a quienes dejan de comer para rendir los alimentos familiares fueron las mujeres (33% hogares) y en el 56% de hogares respondieron que sacrifican la alimentación las mujeres “ancianas.” Los datos permiten concluir que en el 60% de los hogares en las parroquias más pobres del país, son las mujeres quienes sirven de amortiguador del deterioro alimentario familiar, a través de un proceso de auto-postergación y rezago de su propio bienestar nutricional.

En cuanto a la asistencia a las jornadas de seguimiento y atención nutricional, el análisis de la cobertura indicó que, entre menores de 6 meses que son traídos a las jornadas de salud de Caritas, el 60% son niños y el 40% son niñas. Considerando la tasa de fecundidad pareja en el país, esta diferencia proporcional puede estar reflejando un comportamiento de búsqueda de atención en el que las niñas resultan desfavorecidas. Este patrón de búsqueda de atención en salud diferenciada disminuye pero se mantiene a medida que se avanza en edad: la proporción en niñas y niños menores de 2 años es de 55% los niños y 45% las niñas.

Este estudio encontró también consecuencias diferenciales importantes sobre el estado nutricional detectado entre las niñas y niños. La desnutrición actual, medida a través del peso según la estatura, encontró en los niños más frecuente que en niñas medida de delgadez. De cada 100 niños detectados con bajo peso para la estatura, 58 eran niños y 42 eran niñas. Este tipo de daño nutricional se instala y se recupera rápidamente, es fácilmente reversible si no se prolonga en el tiempo. Sin embargo, la desnutrición crónica, medida por la evaluación de la estatura según la edad, que expresa si el niño o la niña ha crecido normalmente en el único momento de su vida que tenía para hacerlo, mostró más deterioro en niñas que en niños. De cada 100 niños detectados con retardo en el crecimiento (talla baja) por déficit nutricional crónico, 53 fueron niñas y 47

fueron niños. Este tipo de daño nutricional, cuando ocurre antes de los dos años de vida y en países con las condiciones sanitarias y alimentarias como las que presenta Venezuela actualmente, es irreversible y tiene consecuencias metabólicas, cognitivas y afectivas perjudiciales para toda la vida. De modo tal que serán entonces las niñas quienes soportarán, según estas cifras, las mayores consecuencias a futuro.

Al analizar la magnitud del déficit de crecimiento (déficit de talla) en forma desagregada para niñas y niños, se encontró que el niño promedio evaluado alcanzaba un 96% de su potencial de crecimiento al momento de su evaluación, en comparación al 93% del potencial de crecimiento que alcanzaban las niñas. Estas diferencias ilustran cómo la situación alimentaria está generando consecuencias mayores, y en algunos casos irreversibles, sobre las niñas que sobre los niños.

Todos los datos nos muestran la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la mujer, las niñas y las adolescentes en Venezuela en relación al derecho a la alimentación, así como el impacto en su calidad de vida y su salud. Es por ello que

no podemos dejar de mencionar lo señalado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Recomendación General 12, según la cual es una violación del derecho a la alimentación el hecho de que el Estado impida el acceso a la ayuda humanitaria en los conflictos internos o en los estados de emergencia. En base al análisis aquí ofrecido, observamos un estado de emergencia nutricional que, más allá de las explicaciones de por qué la misma ocurre, está afectando en mayor medida a las mujeres venezolanas y constituye una vulneración de derechos fundamentales sin que el Estado tome medidas apropiadas y oportunas al respecto. En ese sentido, se requieren acciones urgentes más allá de las misiones, así como apoyo de la comunidad internacional, para poder acompañar y salir de la grave coyuntura social y económica por la que atraviesa Venezuela.

2. Derecho a la Salud de Mujeres, Niñas y Adolescentes en Venezuela

Venezuela transita una crisis de salud y alimentación sin precedentes en su historia republicana. Según datos recogidos por la organización no gubernamental CODEVIDA, publicados en el año 2016, los centros de salud públicos presentan graves condiciones de precariedad. Cabe recordar que éstos centros corresponden al 90% de los entes prestadores de servicios, concentran el 70% de las camas y 80% de ellos se encuentran distribuidos en todos los sistemas existentes, niveles y estados del país. En la mayoría de ellos existen reportes de 70% de escasez de insumos básicos y médico-quirúrgicos; 80% de desabastecimiento en medicinas; 50% de disminución de personal médico; 60% de paralización de equipos de diagnóstico y tratamiento, y fallas constantes de energía eléctrica y agua. Por ejemplo, el Hospital de Niños J.M de Los Ríos, es un Hospital de referencia nacional tipo IV que recibe a niños y niñas de bajos recursos de todo el país y presenta severas limitaciones en el suministro de medicamentos e insumos indispensables para la atención de los pacientes de acuerdo a lo previsto en el Formulario Terapéutico Nacional y necesidades de morbilidad de este centro de salud. El escaso suministro que realiza el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y sus distintas dependencias es irregular e insuficiente. El hospital no cuenta con los insumos necesarios para ofrecer una atención médica de calidad, y carece de equipos médicos y electromecánicos necesarios en la atención de niños y niñas, tales como tomógrafo, resonador, acelerador lineal, equipo de radiodiagnóstico convencional y telecomandado, radiología portátil, equipo de centrifugado, monitores,

craneotomo, entre otros. El peso de la situación del Hospital de Niños JM de los Ríos (al igual que en la mayoría de los establecimientos de salud del país) lo llevan mayoritariamente las madres de niños y niñas hospitalizadas, quienes cuentan con escasos recursos para cubrir sus propias necesidades, carecen de redes de apoyo para poder mantenerse en el mercado laboral ya que deben permanecer acompañando a niños y niñas durante su estancia en el hospital, y deben procurar alimentos, insumos médicos diversos y recursos para pagar la realización de exámenes diagnósticos en centros hospitalarios privados ya que ni el hospital ni otros establecimientos del sistema público de salud, cuentan con los reactivos y equipos para practicar pruebas exploratorias y exámenes de laboratorio.

Las carencias en el área de salud y alimentación se ven exacerbadas por el alarmante aumento de la pobreza y la pobreza extrema que, como ya se ha explicado anteriormente, impacta en mayor medida a las mujeres. Todo ello tiene incidencia directa en el incremento de las tasas de mortalidad materna y embarazo entre adolescentes como se explicará más adelante.

Mujeres, niñas y adolescentes requieren de atención diferenciada a sus necesidades y riesgos de salud. Ellas han sido, y continúan siendo a menudo, discriminadas en razón de su género en el acceso a servicios y en el disfrute del más alto nivel de salud posible. Dicho en palabras del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la Discriminación contra la Mujer en la legislación y en la práctica:

“Denegar a las mujeres el acceso a servicios que solo ellas necesitan y desatender sus necesidades específicas en materia de seguridad [social] y salud, incluida la salud sexual y reproductiva, son intrínsecamente discriminatorios e impiden a las mujeres ejercer control sobre su propio cuerpo y su propia vida. La discriminación por razón de género en la administración de servicios médicos también vulnera los derechos humanos de la mujer y atenta contra su dignidad.” (2016)

Sí bien el reconocimiento de la igualdad de derechos para todos y todas en el marco normativo nacional e internacional reviste gran importancia, en modo alguno puede ser considerado como un fin en sí mismo y mucho menos suficiente para garantizar que mujeres, niñas y adolescentes disfruten en la práctica y sin distinción alguna, de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud.

Entre las necesidades de las mujeres y las niñas en materia de salud, las relacionadas con su salud sexual y reproductiva son fundamentales. La igualdad sustantiva exige que los Estados atiendan debidamente los factores de riesgo que afectan principalmente a las mujeres. Por ejemplo, puesto que solamente las mujeres pueden quedar embarazadas, la falta de acceso a los anticonceptivos forzosamente influye de manera desproporcionada en su salud. La igualdad en la salud reproductiva requiere el acceso, sin discriminación, a métodos anticonceptivos asequibles y de calidad; el acceso a la atención de la salud de la madre, en particular durante el parto y el puerperio; el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones

seguras; el acceso a pruebas de detección y tratamiento precoz del cáncer de mama y el cáncer cervicouterino, y especial atención a la elevada tasa de infecciones por el VIH entre las mujeres jóvenes y tratamiento para prevenir la transmisión de la madre al hijo (2016).

El derecho de las mujeres, niñas y adolescentes a la salud, incluyendo su salud sexual y reproductiva, ha sido reconocido como un asunto de derechos humanos en diversos instrumentos internacionales y documentos de políticas como la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el Programa de la Conferencia Mundial de El Cairo, la Plataforma de Acción de Beijing, y numerosas resoluciones adoptadas por órganos de las Naciones Unidas como el Consejo de Derechos Humanos (CDH) y la Comisión sobre la Condición Jurídica de la Mujer (CSW), entre otros.

Ante el panorama descrito, el Estado venezolano ha incumplido con sus obligaciones internacionales al no tomar medidas eficaces y oportunas para garantizar el derecho de las mujeres, niñas y adolescentes a la salud. La crisis actual, específicamente el desabastecimiento y la escasez de medicinas, reactivos e insumos médicos, así como de insumos para la higiene menstrual, vulneran diversos derechos de mujeres, niñas y adolescentes:

Tabla 4 Derechos de las Mujeres vulnerados por la crisis de salud en Venezuela

Derechos reconocidos en el sistema internacional de derechos humanos	Instrumento que lo contempla	Artículo
Derecho a la Vida	Constitución de la República Bolivariana de Venezuela	Artículo 43
	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Artículo 6.1
	Declaración Universal de los Derechos Humanos	Artículo 3
Derecho a la Integridad física, psíquica y moral	Constitución de la República Bolivariana de Venezuela	Artículo 46
Derecho a la Salud	Constitución de la República Bolivariana de Venezuela	Artículo 83
	Convención Interamericana de Derechos Humanos	Artículo 4
	Declaración Universal de Derechos Humanos	Artículo 25
	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Artículo 12
	Convención sobre todas las formas de Discriminación en contra de la Mujer	Artículo 12
	Convención sobre los Derechos del Niño	Artículos 3 y 24
Derecho a no morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto	Recomendación General 24 CEDAW	Párrafos 1, 2 y 4
	Constitución de la República Bolivariana de Venezuela	Artículos 76 y 86
Derecho de hombres y mujeres de obtener información en salud sexual y reproductiva, incluyendo métodos de planificación familiar	Recomendación General 24 CEDAW	Párrafo 31, c)
	Constitución de la República Bolivariana de Venezuela	Artículo 76
Acceso a métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables	Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer	Artículo 16, e)
	Norma Oficial de Salud Sexual y Reproductiva, 2013	Párrafo 29
Derecho a recibir servicios adecuados de atención de salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos e hijas sanas	Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer	Artículos 12 y 14
	Norma Oficial de Salud Sexual y Reproductiva, 2013	
	Constitución de la República Bolivariana de Venezuela	Artículo 76
Derecho a la autonomía reproductiva	Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer	Artículo 12
	Constitución de la República Bolivariana de Venezuela	Artículo 76
	Norma Oficial de Salud Sexual y Reproductiva, 2013	
	Reglamento Técnico Administrativo. Apartado en Salud Sexual y Planificación Familiar, Numeral 1	
Derecho a la protección y garantías plenas contra toda forma de discriminación de los pueblos indígenas	Declaración de las Naciones Unidas de los Pueblos y Comunidades Indígenas	Artículo 22

Fuente: Elaboración propia

La vulneración del derecho a la salud de las mujeres en el contexto de la crisis que atraviesa Venezuela fueron expuestas en un documento interpuesto³³ ante el Tribunal Supremo de Justicia (TSJ) por distintas organizaciones

no-gubernamentales de derechos de las mujeres y derecho a la salud en el que se buscaba hacer que el Estado cumpliera con sus obligaciones en esta área. La Sala Constitucional no se ha pronunciado sobre la materia.

2.1. Situaciones específicas en el marco de la vulneración del derecho a la salud de mujeres, niñas y adolescentes, incluyendo la salud sexual y reproductiva

2.1.1. Acceso a métodos de planificación familiar por parte de las mujeres en Venezuela

La Conferencia Mundial de Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en el año 1994 en la ciudad de El Cairo, Egipto, marcó un hito en el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres, y de la salud sexual y reproductiva como elemento fundamental para el desarrollo de las personas, las parejas, las familias y, en definitiva, para el avance social y económico de los países. Como señala Alda Facio, la CIPD significó un cambio de paradigma al dejar de ser las familias el centro de los programas de planificación, para pasar a enfocarse en la mujer como núcleo de las iniciativas integrales de reproducción en cuanto ciudadanas titulares de derechos. Se reconoció entonces que la salud reproductiva y sexual debía entenderse en el marco de los derechos humanos desde una perspectiva de género (2008, pág. 21). Posteriormente, en el año 1995, esta visión fue reafirmada en el marco de la Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing, China, donde se adoptó la emblemática Plataforma de Acción de Beijing.

En ambas conferencias se desarrolló el marco general de políticas públicas a seguir por los Estados en la garantía y protección del derecho a la autonomía reproductiva de las mujeres, previsto en el artículo 16 de la CEDAW, el cual establece que todas las mujeres tienen el derecho a decidir “libre y responsablemente el número de hijos

y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.” En este contexto, el acceso a servicios y métodos de planificación familiar por parte de mujeres y adolescentes es un elemento esencial en el ejercicio de la autonomía reproductiva, y dicho derecho se ve vulnerado cuando se obstaculizan los medios a través de los cuales una mujer puede ejercer el derecho a controlar su fecundidad (Facio, 2008).

La anticoncepción representa una dimensión clave del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, al tiempo que tiene un impacto altamente positivo en el disfrute de otros derechos tales como el derecho a la educación, al trabajo y a un adecuado nivel de vida entre otros derechos humanos.³⁴ Tanto el Comité de la CEDAW como el Comité de Derechos Humanos (CDH) se han pronunciado sobre este particular. Facio cita como ejemplo las Observaciones Finales hechas por el Comité de la CEDAW a México donde se llamó la atención en relación a la elevada demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, especialmente entre las mujeres urbanas pobres, las mujeres rurales y las adolescentes (2008).

De manera pues que los Estados, de conformidad con estándares internacionales de derechos humanos, deben adoptar medidas legislativas, administrativas, judiciales y de cualquier otra índole para asegurar la plena realización de los derechos relacionados con la anticoncepción, incluyendo la obligación de proveer información y acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos, entre ellos los hormonales y de emergencia. Igualmente, dichos anticonceptivos y otros insumos de planificación familiar deben estar disponibles en cantidades suficientes, ser accesibles en forma física, económica y sin discriminación; deben ser cultural y éticamente aceptables, y ser científica y médicamente adecuados y de buena calidad.³⁵

Asociado a la autonomía reproductiva se encuentra el ejercicio de la sexualidad englobado en la noción general de salud sexual y reproductiva. La salud sexual es independiente de la procreación y es definida como la experiencia de un proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con el desarrollo autónomo y pleno de la sexualidad como aspectos fundamentales de la salud integral y la calidad de vida. En ese sentido, el ejercicio de la sexualidad por parte de las mujeres es hoy en día asumido como parte de los derechos sexuales y reproductivos, y no está supeditado a la reproducción humana.

Internacionalmente se ha reconocido a la salud sexual y reproductiva debe ser entendida como

“(...) un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, asociado a todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, en libertad de procrear y decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (...)” (Organización de las Naciones Unidas, 1994).

El Grupo de Trabajo sobre la Discriminación de la Mujer en la legislación y en la práctica ha señalado que, la denegación de acceso a los servicios de salud esenciales con respecto a la interrupción del embarazo, los anticonceptivos, el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y el tratamiento de la infertilidad tiene consecuencias particularmente graves para la salud y la vida de las mujeres. La denegación del acceso hace que la prestación de servicios se vuelva clandestina y/o pase a manos de profesionales sin las debidas calificaciones, lo cual agrava los riesgos para la salud y la seguridad de las mujeres afectadas (2016). Un ejemplo de ello es la adquisición de métodos de planificación familiar y otros medicamentos esenciales por fuera de las redes formales dada la escasez de los mismos, lo que ha empujado a las mujeres a comprarlos de manos de comerciantes informales (llamados “bachaqueros”) sin garantías de controles sanitarios, almacenamiento apropiado e integridad del producto.

Según la Norma Oficial para la Atención en Salud Sexual y Reproductiva del MPPS (2013), el enfoque de la salud sexual y reproductiva en nuestro país está basado en la comprensión de la importancia de la sexualidad en la salud y la vida de las personas, especialmente de las mujeres, considerando su interdependencia con la reproducción, pero entendiendo que se trata de procesos distintos. De manera que el ejercicio de la sexualidad está íntimamente ligado a la autonomía reproductiva, en tanto las mujeres tienen el derecho a una vida sexual activa que no necesariamente termine en un embarazo. Y para ello deben contar con la información y los insumos necesarios que deben ser garantizados por el Estado.

Derecho a la autonomía reproductiva de las mujeres

Artículo 16 de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

Todas las mujeres tienen el derecho a decidir "libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos."

90%

de escasez según la Federación Farmacéutica de Venezuela

2014: comienzo de la escasez progresiva de métodos anticonceptivos de todo tipo.

Total estimado de mujeres en edad fértil en Venezuela

9.158.815

15%
son adolescentes entre
15 y 19
años

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2011.

Meta de cobertura de demanda de métodos de planificación familiar (según Norma Oficial en Atención de Salud Sexual y Reproductiva) =

30%
de las mujeres en edad fértil
(2.700.000),

Demanda atendida al año 2015:

2%

Fuente: Memoria y Cuenta, Ministerio del Poder Popular para la Salud 2016.

En una encuesta en línea hecha a mujeres en edad reproductiva durante el mes de junio de 2017 :

72% manifestó no haber encontrado ningún tipo de anticonceptivos durante los últimos 12 meses.

* Más de un **19%** de las encuestadas manifestó haber adquirido alguna vez su método anticonceptivo de preferencia a través de comerciantes informales, llamados "bachaqueros" o a través de grupos de intercambio de medicinas en redes sociales.

27% señaló que cuando consiguieron anticonceptivos en la farmacia, no pudieron comprarlos dados sus elevados costos

* Alrededor de un **10%** informó haberlos comprado en el exterior

En los territorios indígenas es acentuada la desigualdad en el acceso a métodos de planificación familiar, la asesoría sobre su uso y la prestación de otros servicios de salud sexual y reproductiva. Las deficiencias en las cadenas de distribución de anticonceptivos del sistema de salud público mantienen a las mujeres desprotegidas en los sectores rurales y con población mestiza e indígena

Fuente: Memoria y Cuenta, Ministerio del Poder Popular para la Salud 2016.

Desde el año 2013, Venezuela registra un proceso de agudización de escasez y desabastecimiento de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos, asunto que fue públicamente advertido y denunciado por el gremio médico y el sector farmacéutico.³⁶ Las razones detrás de la situación de escasez que ronda por el 80%³⁷ son varias. Según el Observatorio Venezolano de la Salud (OVS), se han registrado irregularidades administrativas y casos de corrupción en la compra de medicamentos dirigidos a la red pública de salud, en el marco de una política de compras directas por parte del MPPS. Por su parte, la escasez en la red privada de farmacias y salud está asociada, en el contexto de estrictos controles de divisas y de precios, a severos retardos y disminución en el número de aprobación de solicitudes de divisas y deudas del

Estado venezolano en la liquidación de divisas ya aprobadas por un monto cercano a los 6.000 millones de dólares de los Estados Unidos, acumulado a partir del año 2013 (Observatorio Venezolano de la Salud, 2016). La consecuencia directa por la no aprobación de solicitudes y por el retardo en la liquidación de divisas aprobadas ha sido el cierre de las líneas de crédito a las empresas del sector farmacéutico por parte de sus proveedores internacionales, con lo cual la capacidad de producción a partir de materias primas y la importación de medicamentos terminados se redujeron de modo vertiginoso produciendo la escasez que hoy conocemos.

A la situación antes descrita no escapan los anticonceptivos. Desde mediados del año 2014 se viene registrando una escasez progresiva y cada vez más aguda de métodos anticonceptivos de todo tipo la cual ha sido calculada por la Federación Farmacéutica en un 90%.³⁸

No existen ni informes ni cifras oficiales que permitan conocer la situación exacta en torno al acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos en Venezuela. Al mismo tiempo, se desconocen datos exactos relacionados con la compra por parte del MPPS de métodos de planificación familiar para ser distribuidos en la red pública de atención primaria durante el año 2016 en razón de que la Memoria y Cuenta correspondiente a ese año no ha sido presentada. Los datos disponibles para años anteriores están incompletos o son presentados sin criterios uniformes que permitan su comparación entre un año y otro.

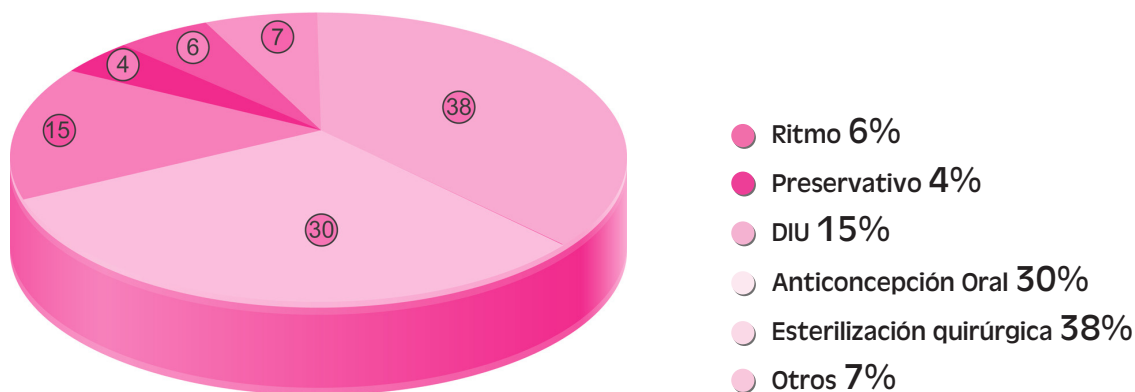
Según cifras del INE correspondientes al Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2011, la población de mujeres en edad fértil³⁸ era de 9.158.815, o el equivalente a un cuarto de la población total de Venezuela (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013). El 15% de ellas eran adolescentes entre 15 y 19 años. Si tomamos la meta de cobertura de la demanda de métodos de planificación familiar a través del sector público establecida en la Norma Oficial en Atención de Salud Sexual y Reproductiva de 30% de las mujeres en edad fértil (un

poco más de 2.700.000), tendríamos que el Estado, a través de las compras reportadas para el año 2015, apenas habría cumplido aproximadamente un 2% de la misma, de acuerdo a los datos suministrados en la Memoria y Cuenta del MPPS para ese año.

Para el año 2012, la cobertura de la demanda por métodos de planificación familiar era sólo del 22% (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013). De manera que el restante de la demanda está desatendido, recurre a la esterilización quirúrgica o depende de la adquisición en farmacias privadas, tendencia que en Venezuela se ha mantenido con pocas variaciones: en el año 1998, el sistema público cubría sólo el 17% de la demanda, mientras que las farmacias privadas el 67% (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013). Sin embargo, al observar que, según datos de la Federación Farmacéutica de Venezuela, el desabastecimiento en materia de anticonceptivos se ubicó en 90% para el año 2016, es evidente que la situación en torno al acceso a métodos de planificación familiar por parte de las mujeres venezolanas es grave.

La baja cobertura de la demanda por métodos de planificación familiar, agudizada en el panorama de escasez descrito, incide en un uso elevado de la esterilización quirúrgica. En los últimos meses, este procedimiento se ha convertido en la única opción para el control de la fertilidad, particularmente entre mujeres de bajos recursos.⁴⁰

**Gráfica 2 Métodos de Planificación Familiar
usados por mujeres entre 15 y 49 años**



Fuente: Norma Oficial de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2013)

En una encuesta en línea hecha a mujeres en edad reproductiva durante el mes de junio de 2017,⁴¹ el 72% manifestó no haber encontrado ningún tipo de anticonceptivos durante los últimos 12 meses. Igualmente, más de un 19% de las encuestadas manifestó haber adquirido alguna vez su método anticonceptivo de preferencia a través de comerciantes informales, llamados “bachaqueros” o a través de grupos de intercambio de medicinas en redes sociales. Un 27% señaló que cuando consiguieron anticonceptivos en la farmacia, no pudieron comprarlos dados sus elevados costos y alrededor de un 10% informó haberlos comprado en el exterior.

La aguda situación de escasez y/o altos costos de anticonceptivos y preservativos vulnera el derecho de las mujeres a ejercer su autonomía reproductiva y su derecho a acceder a métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables. La Norma Oficial sobre Salud Sexual y

Reproductiva (2013) dispone que, todo establecimiento de salud debe garantizar a la población la disponibilidad y distribución suficiente y adecuada en los servicios de métodos anticonceptivos variados, incluyendo anticoncepción de emergencia, esterilización quirúrgica, acceso a la atención integral y asesoría sobre el uso de anticonceptivos. Al mismo tiempo, la escasez tiene un impacto mayor sobre las mujeres que viven en condiciones de pobreza y pobreza crítica, así como mujeres indígenas quienes viven en zonas rurales y remotas del país donde el acceso a servicios de salud es severamente limitado. De manera tal que la situación planteada en torno a los métodos de planificación familiar, y las consecuencias de ella derivada, se convierten también en un asunto no sólo de derechos humanos sino de justicia social. En el caso de las mujeres de bajos recursos, incluyendo las mujeres indígenas, además de enfrentar limitaciones y obstáculos estructurales de acceso a servicios de salud asociados a su condición socio-económica, no cuentan con posibilidades de

acudir al mercado informal o a otra alternativa para adquirir métodos de planificación familiar. Esta situación transcurre sin que el Estado venezolano se manifieste al respecto.

Este grave déficit de acceso a métodos anticonceptivos incide directamente en el aumento de embarazos en adolescentes y en abortos inseguros asociados a embarazos no deseados. Durante el primer semestre del año 2017, los medios de comunicación han reportado un número importante de hallazgos de fetos en vertederos de basura y de bebés abandonados.⁴²

Sí bien no hay manera de documentar y afirmar que estos casos están directamente relacionados con la falta de acceso a métodos de planificación familiar, es imposible soslayar la correlación de la escasez de anticonceptivos con embarazos no deseados que culminan en abandono o en abortos. Recordemos que Venezuela posee una de las legislaciones más restrictivas en materia de interrupción del embarazo de todo el continente.

La escasez y/o altos costos de preservativos, incluyendo condones femeninos, implican también riesgos para mujeres y población en general de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Esto es especialmente preocupante cuando el cáncer de cuello uterino, altamente asociado al VPH, es el tipo de cáncer más común y que aparece de manera continua en los anuarios de mortalidad causando el mayor número de fallecimiento de mujeres.

En los territorios indígenas es acentuada la desigualdad en el acceso a métodos de planificación familiar, la asesoría sobre su uso y la prestación de otros servicios de salud sexual y reproductiva. Las deficiencias en las cadenas de distribución de anticonceptivos del sistema de salud público mantienen a las mujeres desprotegidas en los sectores rurales y con población mestiza e indígena (Organización de Mujeres Indígenas Amazónicas Wanaaleru, 2016).

2.1.2. Mortalidad Materna

Se considera mortalidad materna la muerte de la mujer a causa de su embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (Consejo de Derechos Humanos, 2010).

La mortalidad materna vulnera el derecho de las mujeres a la salud y a la vida, así como su derecho a no morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Es, además, un indicador altamente relevante del estado del sistema de salud de un país ya que mide aspectos inherentes a lo preventivo y a lo curativo sobre un grupo poblacional teóricamente sano que son mujeres en edad reproductiva (Castro & Tineo, 2016). Al mismo tiempo, la mortalidad materna tiene consecuencias sociales devastadoras que tienen que ver con la calidad de vida y condiciones de vulnerabilidad de sus hijos e hijas.

De manera que la prevención de las muertes maternas es un asunto de derechos humanos y una prioridad de desarrollo, reconocida tanto en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1944), y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) han establecido como meta la reducción

de la tasa de mortalidad materna a 70 muertes por cada 100,000 nacidos vivos para el año 2030.

El Grupo de Trabajo sobre la Discriminación de la Mujer en la Ley y en la Práctica ha señalado que las demoras en la búsqueda de atención médica apropiada, en llegar a un centro de salud y en recibir una atención adecuada una vez en él, junto con la falta de acceso a servicios de atención de la salud de la madre, son las principales razones que explican las altas tasas de mortalidad y morbilidad maternas. Por ello señala que es necesaria la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos que proporcione un sistema de salud dotado de suministros, equipo e infraestructura suficientes, así como un sistema eficaz de comunicación, derivación y transporte indispensables para que no se produzcan muertes prevenibles y para asegurar los derechos de la mujer a la salud y a la vida (2016).

Según estudios en 2015 de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, los esfuerzos para disminuir la mortalidad materna e infantil no han rendido los frutos esperados. Hemorragias, trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones y partos pre término, proteinuria y edemas, así como sepsis obstétrica mantienen altas las cifras de mortalidad materna, las cuales van en aumento sostenido desde el año 2012.

Tabla 5 Muertes maternas en Venezuela*

Año	Número total de muertes	Variación %
2012	368	
2013	370	0,5%
2014	418	13%
2015	456	9,1%
2016	756	65,8%

*Cifras absolutas mostradas por Boletines Epidemiológicos.

Fuente: Boletines Epidemiológicos MPPS

Los Boletines Epidemiológicos del MPPS, publicados por primera vez en casi dos años en el mes de mayo 2017, revelan el grave impacto de la crisis de salud sobre las cifras de mortalidad materna que registró, en un solo año, un crecimiento de 66%. El estado con mayor número de muertes maternas en 2016 (107 en total, 42,67% más que el año anterior) fue el estado Zulia, territorio donde se concentra el mayor número de población indígena del país (61%),⁴³ lo cual habla de la precariedad del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas de zonas remotas y rurales.

El comportamiento de las cifras de mortalidad materna denota que el Estado está faltando por acción u omisión a su responsabilidad de garantizar el acceso de las mujeres, incluyendo a mujeres adolescentes, a servicios de salud sexual y reproductiva.

En Venezuela se desconocen las cifras relacionadas con el aborto y las muertes maternas asociadas a éste. Existen algunas estimaciones extraoficiales que ubican el 16% de las muertes maternas como producto de abortos inseguros.⁴⁴ Se calcula que un 60% de las muertes maternas en los estados Amazonas y Delta Amacuro son causadas por abortos (Organización de Mujeres Indígenas Amazónicas Wanaaleru, 2016). Mientras, la primera causa de muerte reportada por el Boletín Epidemiológico correspondiente a la semana 52 del año 2016 es la hemorrágica, lo cual está asociado a la interrupción de embarazos. No existen tampoco cifras disponibles que permitan conocer el impacto de la aguda escasez de anticonceptivos y embarazos no deseados sobre abortos realizados en condiciones inseguras, que luego inciden en las cifras de mortalidad materna. Como se ha señalado en la sección anterior, los reportes sobre fetos localizados en vertederos de basura y bebés abandonados pudieran

guardar relación con el aumento de embarazos no planificados y abortos caseros cuyo impacto sobre la vida de las mujeres puede llegar a ser fatal.

Las deficiencias de los centros materno-infantiles del país muestran también graves problemas en la disponibilidad de servicios. La organización no gubernamental PROVEA reporta que en un trabajo de investigación realizado para el Diario El Universal en el año 2014, se encontró que las mujeres en trabajo de parto debían recorrer hasta cinco centros asistenciales para conseguir atención dada la falta de anestesiólogos, neonatólogos, insumos y material médico quirúrgico para realizar a tiempo cesáreas.⁴⁵

La Maternidad Concepción Palacios en Caracas, emblemático centro de atención en salud gineco-obstétrica de referencia nacional, recibe mujeres de bajos recursos de todas las regiones del país y ha venido registrando un deterioro sostenido en la calidad de atención debido a problemas agudos de infraestructura, falta de agua, déficit de especialistas y escasez severa de insumos. Cuenta con 490 camas de las cuales sólo 100 están operativas, y de 850 partos mensuales, pasó a atender menos de 100 para el año 2016. Existe un déficit de personal, incluyendo enfermeras, gineco-obstetras y neonatólogos, y carece de medicamentos e insumos básicos para la atención integral de mujeres. Los espacios para la atención materno-infantil presentan deficiencias severas como hacinamiento, falta de incubadoras, interrupciones frecuentes y en algunos casos prolongadas ausencias del servicio de agua y luz, equipos fuera de servicio, carencia de insumos médico-quirúrgicos y dificultades de funcionamiento en los bancos de sangre.⁴⁶

El análisis de los datos y los presupuestos ponen de relieve que el Estado no ha emprendido las acciones ni las inversiones suficientes y necesarias para abordar la magnitud de la problemática y detener de manera significativa la situación. Las políticas implementadas por el Estado han resultado ineficientes e insuficientes, y dejan de lado consideraciones relacionadas con las carencias estructurales que el sistema de salud exhibe y que representan un riesgo para mujeres embarazadas como lo son la falta de insumos y medicamentos, la ausencia de personal debidamente entrenado, y la infraestructura apropiada y en condiciones óptimas para la atención pre y postnatal de madres y recién nacidos/as, aunado a la ausencia de mecanismos de evaluación, monitoreo y supervisión de la implementación de las políticas emanadas desde el MPPS. Así mismo, las iniciativas que se han desarrollado desde otras instancias, dos de ellas importantes como son el programa Maternidad Segura, Deseada y Feliz (aprobado en el año 2015) y el Plan Nacional para la Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos (también aprobado en el 2015) desde el Ministerio del Poder Popular para la Mujer no han logrado revertir la tasa de mortalidad

materna. Ello pudiera estar asociado, en parte, a la inconsistencia en la aplicación de los mismos y la falta de articulación interinstitucional, además de las dificultades que presenta el sistema de salud en términos de escasez de recursos materiales, financieros y humanos. A mediados del año 2017 se anunció la adopción del Plan Nacional de Parto Humanizado por parte del Ejecutivo. El texto formal del Plan no ha sido publicado, de manera que se desconocen sus objetivos y su vinculación con un marco general de políticas públicas y asuntos relacionados con su financiamiento e implementación. Según se ha podido conocer a través de los medios de comunicación, se trata de un plan encaminado a reducir la violencia obstétrica de la que son objeto las mujeres al momento del parto, promoviendo un abordaje integral y humanizado del proceso de alumbramiento. Ello sería alcanzado a través del acompañamiento de las embarazadas por parte de promotoras comunitarias entrenadas para tal fin. No obstante, el Plan no aborda aspectos relacionados con el estado de la infraestructura pública de salud cuyas condiciones mínimas no están garantizadas.

Mortalidad Materna

"Denegar a las mujeres el acceso a servicios que sólo ellas necesitan y desatender sus necesidades específicas [...] incluida la salud sexual y reproductiva, son intrínsecamente discriminatorios [...] La discriminación por razón de género en la administración de servicios médicos también vulnera los derechos humanos de la mujer y atenta contra su dignidad." Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la Discriminación contra la Mujer en la legislación y en la práctica, 2016.



Aumentó
66%
en el año 2016

Estado con mayor número de
muertes maternas: Zulia.
Aumentó 43% en 2016
con respecto al año anterior

En el estado **Zulia** se concentra
la mayor proporción de población
indígena del país: 61%

Fuente: Boletines Epidemiológicos MPPS y Resultados de Población Indígena, Censo Nacional de Población y Vivienda 2011.

Las deficiencias se traducen en situaciones irregulares que violan los derechos humanos de mujeres y adolescentes embarazadas y en trabajo de parto de manera sistemática. Ejemplo de ello son los casos reportados por mujeres a quienes se les han negado atención en centros hospitalarios por diversas razones, como en el caso ocurrido en el Hospital Materno-Infantil de San Francisco, Estado Zulia, donde 15 mujeres embarazadas fueron dejadas a las puertas del establecimiento.⁴⁷ Más recientemente, circuló en las redes sociales una fotografía en la se muestran dos mujeres en trabajo de parto siendo atendidas en las sillas de la sala de espera del Hospital Pastor Oropeza Riera de la ciudad de Barquisimeto, Estado Lara.⁴⁸

La responsabilidad del Estado en materia de mortalidad materna ha sido reafirmada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos al decidir sobre los casos de la Comunidad Indígena Sawhoyamaya y la Comunidad Xákmok Kásek. En el primer caso, la Corte resaltó que los Estados deben prestar especial atención y cuidado a la protección de las mujeres embarazadas, así como adoptar medidas especiales que garanticen a las madres, particularmente en el período de gestación, parto, y período de lactancia, el acceso a servicios adecuados de atención médica.⁴⁹ En el segundo caso, la Corte fue más allá al analizar el caso de una muerte materna de la comunidad y resaltar la relación entre mortalidad materna, vulneración de derechos fundamentales, incluida la discriminación y la pobreza:

“Respecto a la muerte de Remigia Ruiz, quien falleció en 2005 a los 38 años de edad, y quien se encontraba embarazada y no recibió atención médica, muestra varias de las características propias de casos de mortalidad materna, a saber: muerte durante el parto sin adecuada atención médica, situación de exclusión o pobreza extrema, falta de acceso a servicios de salud adecuados, falta de documentación sobre la causa de la muerte, entre otros. Al respecto, la Corte resalta que la extrema pobreza y la falta de adecuada atención médica a mujeres en estado de embarazo o post-embarazo son causas de alta mortalidad y morbilidad materna. Por ello, los Estados deben brindar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia con personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de la mortalidad materna a través de controles prenatales y post-parto adecuados, e instrumentos legales y administrativos en políticas de salud que permitan documentar adecuadamente los casos de mortalidad materna. Lo anterior, en razón a que las mujeres en estado de embarazo requieren medidas de especial protección.” (Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay, 2010)

Tanto el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) como el Comité de la CEDAW han venido resaltando la responsabilidad que tienen los Estados en crear las condiciones que aseguren la asistencia médica y los servicios y medidas necesarias para lograr la reducción de las tasas de mortalidad materna. Igualmente se ha enfatizado que se deben tener en cuenta los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad considerados como esenciales para la atención de salud (Chávez, 2010). En las observaciones formuladas a Venezuela en el año 2014, el Comité de la CEDAW expresó su preocupación las altas tasas de mortalidad materna a pesar de las medidas adoptadas para reducirla así como por el elevado número de embarazos de adolescentes, muchos de los cuales ocasionan mortalidad materna (CEDAW, 2014).

2.1.3. Embarazos de adolescentes

Según el informe “Estado de la Población Mundial 2017,” publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Venezuela registró la segunda tasa de embarazos entre adolescentes más alta de la región de América Latina y el Caribe, ubicada en 95 por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años,

siendo superada sólo por Honduras (101 x cada 1.000 mujeres entre 15 y 19) (Fondo de las Naciones Unidas para la Población, UNFPA, 2017). Esta tasa supera el promedio de Latinoamérica y El Caribe calculado en 64 x cada 1.000 mujeres, y es comparable a aquella exhibida por el grupo países menos adelantados y África.



En la versión correspondiente al año 2016 del “Estado de la Población Mundial,” la tasa se mantuvo estable, pero en esa oportunidad Venezuela ocupaba el tercer lugar, siendo superada por Bolivia (116 x 1.000 por cada mujeres entre 15 y 19) y Honduras (101 x por cada 1.000 niñas entre 15 y 19), aunque igual muy por encima del promedio regional y mundial (Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, UNFPA, 2016).

El embarazo en adolescentes es el principal indicador de la vulneración del derecho a la educación integral de la sexualidad. Para el año 2012 - estadística oficial más reciente - los bebés nacidos vivos de adolescentes entre 15 y 19 años alcanzaron el 22%, y en mujeres menores de 15 años fue de 1,2%, alcanzando entre ambos grupos 143.491 jóvenes.⁵⁰ En la misma fuente estadística se evidencia que en algunos estados del país llegan al 30% para el grupo entre 15 a 19 años y casi al 3% en menores de 15 años.

Debemos destacar que la fuente de estos datos sólo reportan los nacidos vivos que han sido registrados, por lo que quedan sin conocerse aquellas mujeres adolescentes cuyos partos no culminan bien sea por abortos naturales o provocados, fallecimiento de las madres o el infante durante el pre, peri o post parto, así como colocación en adopción previa al registro. La mayoría de estas adolescentes provienen de sectores populares, rurales y zonas empobrecidas. En Venezuela, el embarazo temprano constituye un mecanismo de reproducción

intergeneracional de la pobreza. La aguda escasez de anticonceptivos y en general de insumos y servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo aquellos dirigidos específicamente a la población adolescente, tiene una incidencia directa en el aumento de los embarazos no deseados, lo cual a su vez también impacta las cifras (no existentes) de abortos practicados en condiciones inseguras que conllevan altos riesgos de mortalidad y morbilidad materna.

El embarazo entre adolescentes incide de forma directamente proporcional en la mortalidad materna y genera múltiples consecuencias de tipo social como el rechazo y abandono de sus familias y amigos; malas condiciones de salud de bebés nacidos con bajo peso, desarrollo de patologías cardiovasculares, hipertensión y problemas respiratorios.

Según una investigación oficial citada por las organizaciones PLAFAM y SRI, cerca del 50% de las participantes eran adolescentes con hijo/as, quienes manifestaron querer el embarazo al momento de la consulta, sin haber cumplido aún 19 años y sin haber terminado sus estudios. Este dato evidencia que la educación de la sexualidad conserva estereotipos de maternidad como única opción. En ciertos estratos sociales, particularmente los de menor ingreso, el embarazo adolescente es deseado, por cuanto el mismo es reconocido y valorado positivamente como parte de la realización personal de ser mujer.⁵¹

2.1.4. Virus del Zika y mujeres embarazadas

No existen cifras oficiales en torno al verdadero número de personas afectadas por el virus del Zika, incluyendo mujeres embarazadas ni sobre el número de casos de bebés nacidos con microcefalia como consecuencia del virus durante la gestación.⁵² Como se ha señalado, los boletines epidemiológicos de publicación periódica y obligatoria por parte del Ministerio de Salud estuvieron casi dos años sin ser publicados hasta el mes de mayo 2017.

Para enero del año 2016, la entonces ministra de salud, Luisana Melo, informó que se conocía de 4.700 casos sospechosos.⁵³ Posteriormente, se divulgó una actualización epidemiológica que daba cuenta de 16.942 casos sospechosos, entre los cuales se encontraban mujeres embarazadas.⁵⁴ Sin embargo, otras fuentes afirman que el número real de personas infectadas fue 150 veces mayor, rondando las 700.000 personas.⁵⁵ El Estado venezolano, al día de hoy, no se ha pronunciado oficialmente en torno al virus Zika y mujeres embarazadas, así como su relación, confirmada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el desarrollo de microcefalia en fetos.⁵⁶ Los boletines epidemiológicos correspondientes al año 2016 señalan que 59.348 personas fueron afectadas por el virus del Zika, muy por debajo del número de casos proyectado. Es importante señalar que las cifras oficiales reflejan un importante subregistro por cuanto numerosos casos han quedado sin ser debidamente diagnosticados. El Instituto Nacional de Higiene es el único centro en el país donde se procesan las muestras para el diagnóstico del Zika, ya que ningún

otro establecimiento, incluyendo laboratorios privados, cuenta con reactivos para la realización de las pruebas ya que los mismos son importados y no hay disponibilidad de divisas para su compra.⁵⁷

Para el año 2016 se esperaban en Venezuela unos 300 casos de microcefalia asociados a madres afectadas por el virus del Zika.⁵⁸ Según reportes de prensa, entre abril y septiembre del año 2016, existían 61 casos confirmados de microcefalia.⁵⁹ A la fecha, no existen políticas ni programas de apoyo y/o asistencia a madres y/o familias de niños y niñas con microcefalia.

Al no ejercer acciones concretas dirigidas a atender y combatir el virus del Zika, el Estado viola su obligación de proteger el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho a la información y el derecho a recibir atención y servicios adecuados que permitan embarazos sin riesgos, tomando en cuenta el reconocimiento del síndrome congénito asociado con la infección del Zika por parte de la OPS/OMS.⁶⁰ La crisis de anticonceptivos y preservativos y las leyes restrictivas que impiden la interrupción de embarazos, disminuyen las oportunidades de las personas de ejercer su derecho a la autonomía reproductiva de cara al Zika y sus consecuencias en Venezuela.

2.1.5. Mujeres y VIH/SIDA

Se calcula que en Venezuela hay unas 130.000 personas viviendo con VIH, de las cuales 37.000 son mujeres.⁶¹ Según la organización no gubernamental Mujeres Unidas por la Salud (MUSAS), se desconocen las cifras más recientes ya que las autoridades han dejado de contabilizar los casos por falta de recursos.⁶²

De acuerdo con el Doctor Martín Carballo, Coordinador de la Unidad de SIDA del Hospital Clínico Universitario de Caracas, en Venezuela se están viviendo los peores momentos de la epidemia, en parte por no contar con suficientes antirretrovirales ni en calidad ni en cantidad, además de numerosas fallas en insumos para diagnósticos y enfermedades oportunistas.⁶³ La situación ha sido denunciada por 130 organizaciones no gubernamentales venezolanas las cuales estiman que el 80% de las personas con VIH se ven afectadas por el desabastecimiento de antirretrovirales.⁶⁴ Ello a pesar de existir disposiciones legales según las cuales el Estado venezolano está obligado a proveer estos medicamentos (ONUSIDA, 2009, pág. 23).

Junto a la escasez de fármacos, se registra falta de reactivos para realizar la prueba ELISA. Con ello el diagnóstico del virus se realiza tardíamente, o no se hace, contribuyendo con un subregistro importante de casos de VIH, particularmente en mujeres embarazadas. Los pacientes abandonan el tratamiento por las fallas en el suministro de los antirretrovirales, lo cual representa un riesgo para su salud y sus vidas. Asimismo se aúna la carencia de

políticas adecuadas para la de distribución de tratamiento, que no requiera de la cadena de frío, en zonas rurales e indígenas.⁶⁵ Mientras globalmente las muertes de mujeres con VIH disminuyen, en Venezuela aumentan, debido a que estas tienen poca información y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y el sistema de salud pública no garantiza el control del embarazo oportuno y seguro.

Otra de las áreas que presenta severas dificultades, según datos reportados en el informe nacional presentado en 2014 ante la Asamblea de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA, es la transmisión vertical del virus al momento del parto. Para ese momento, sólo el 27% de las embarazadas seropositivas recibían antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil. Únicamente el 11% de los bebés nacidos de madres con VIH pasaron por un test virológico en los dos primeros meses después del nacimiento y el 21,8% de los bebés se infectan con el virus al nacer. Si el Estado garantizara el control prenatal, la realización de la prueba del VIH y el debido tratamiento a las embarazadas afectadas, además de garantizar la práctica de cesáreas a madres viviendo con VIH, la transmisión vertical se reduciría a 1%, o dicho en otras palabras, se reduciría la tasa de nacimiento de aproximadamente 600 niños y niñas con VIH cada año, reconocida por el MPPS y ONUSIDA desde 2011.

Desde julio del 2015, por disposición del Programa Nacional de SIDA, adscrito al MPPS se suspendió el suministro de kits de bioseguridad, en un momento de crisis sanitaria, donde los hospitales y centros de salud del país carecen de los insumos básicos que garanticen las normas de bioseguridad que deberían ser estándar. La falta del kit de bioseguridad ha expuesto a mujeres embarazadas con VIH a discriminación y riesgos de salud para ellas y sus bebés toda vez que por no poseerlos, son obligadas a tener partos vaginales que están contraindicados en estos casos debido al riesgo de transmisión de madre a hijo/a durante el alumbramiento. Adicionalmente, se presentan situaciones donde por la ausencia del kit, el personal de salud se niega a brindar la atención médica a estas mujeres.

Otro punto que afecta la vida de las mujeres con VIH es la escasez de fórmulas lácteas para la alimentación de sus hijos/as infantes dada su imposibilidad de amamantarles a fin de prevenir la transmisión de madre a hijo/a. Existe una severa escasez de fórmulas lácteas en Venezuela y hay reportes que indican que las mismas han dejado de ser suministradas en los centros de salud.⁶⁶

Según un estudio de caracterización de la situación social de las mujeres que viven con VIH publicado en 2014, citado por la organización Mujeres Unidas por la Salud (MUSAS) el 76,4% de las mujeres encuestadas (225) manifestó no ser beneficiaria de ningún programa social, ni de ninguna de las misiones del gobierno venezolano. El estudio concluyó que muchas de las mujeres

encuestadas son sostén único de hogar, con familias numerosas, ingresos mensuales iguales o menores al salario mínimo, con bajo nivel de escolaridad, sin empleo o con trabajos precarios.⁶⁷

En sus observaciones finales sobre Venezuela, el Comité de la CEDAW expresó gran preocupación por la escasez de terapia antirretroviral para las mujeres con VIH y la discriminación de la que son objeto, e instó al Estado a paliar la escasez de medicamentos y garantizar que todas las mujeres embarazadas con VIH reciban un tratamiento adecuado (CEDAW, 2014).

2.1.6. Cáncer de mamas

Para el año 2013, el cáncer de mama en Venezuela ocupa el primer lugar de causa de muerte oncológica de la mujer. Los datos los refleja en el Registro Central de Cáncer del MPPS, con estadísticas de quince (15) diagnósticos diarios y seis (6) fallecimientos cada día. La fuente de información estadística se basa en los registros de mortalidad de Venezuela publicadas en el Anuario Epidemiológico de 2013 (último publicado) y para la morbilidad o incidencia se obtiene a través de estimaciones por métodos estadísticos, que toman como base la información de mortalidad y los datos de morbilidad del Registro Central de Cáncer, del programa de Oncología del MPPS.

Tabla 6 Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en mujeres, 2013

Localización	Casos registrados	Defunciones
Glándula mamaria	5.668	2.063
Cuello uterino	3.960	1.623
Colon y recto	1.865	897
Pulmón	1.656	1.415

Fuente: Registro Central de Cáncer, MPPS.

El diagnóstico temprano es limitado por el insuficiente número de mamógrafos y ecógrafos, y los que existen arrojan imágenes de mala calidad. Las mujeres diagnosticadas con cáncer de mamas deben esperar hasta dos años para poder hacerse cirugías. El desabastecimiento y la escasez van desde la falta de medicamentos complementarios para quimioterapia como los esenciales para el tratamiento de la enfermedad,⁶⁸ así como los filtros para la aplicación de algunos fármacos, los cuales no están disponibles en la red de farmacias de alto costo del Instituto Venezolano de Seguro Social (IVSS), organismo adscrito al Ministerio del Poder Popular para el Proceso Social de Trabajo (MPPST) y encargado de la compra, distribución y entrega de la mayoría de tratamientos destinados a personas en condiciones de salud crónicas. Las organizaciones de la sociedad civil (13 en total a nivel nacional) dedicadas al cáncer de mama que conforman la Red Rosa, han documentado casos de personas que acuden a los programas y servicios que prestan a las personas con cáncer de mama, la mayoría mujeres. De acuerdo

con los datos registrados, más de 25 medicamentos necesarios para el tratamiento de cáncer de mama no están disponibles en las farmacias de alto costo del IVSS, y existen personas con más de 8 meses⁶⁹ sin poder tomar su tratamiento⁷⁰ porque no está disponible en el país.

Durante los últimos años, la falta de acceso a programas de atención integral y de tratamientos para el cáncer de mama se ha traducido en un alto nivel de mortalidad (13,7 muertes por 100 mil habitantes) y en una continua discriminación de las personas con esta condición que vulnera su dignidad y su derecho a la salud y a la vida.

En Venezuela no existe una política pública explícita para el control o la atención del cáncer de mama. Existe un programa nacional de Salud Sexual y Reproductiva (MNSSR) y como parte de él, un subprograma de control de cáncer que enfoca dentro de uno de sus componentes el cáncer de mama.

3. Derecho a vivir una vida libre de violencia

La violencia social se ha expandido en Venezuela de manera vertiginosa en los últimos años. El Observatorio Venezolano de Violencia (OVV) indica que las muertes por causas violentas se ha agravado y diversificado como producto de la destrucción de la institucionalidad del Estado, el empobrecimiento generalizado de la población y la escasez de alimentos, medicinas, productos esenciales y servicios básicos.⁷¹ Los delitos son cada vez más cruentos, el número de asesinatos múltiples viene creciendo, alcanzando para el 2016 una tasa promedio de 22 asesinatos por mes.⁷² La tasa de homicidios ubica a Venezuela como el segundo país con mayor violencia letal en el mundo,⁷³ y en los últimos años han emergido delitos amateur, los delitos por hambre, los linchamientos y el sicariato. Esta violencia refleja el grado de deterioro al que ha llegado la función de los cuerpos policiales y la ineficaz e ilegal decisión de entregar a mandos militares el control del orden público, aumentando el miedo de la población venezolana a ser víctima del delito y de la violencia en todos los sectores sociales.⁷⁴

A este dramático panorama de violencia social se le suma, desde abril del 2017, una política de violencia institucional convertida en represión sistemática contra quienes ejercen su legítimo derecho a la protesta pacífica⁷⁵ en territorio nacional por la exigencia de libertades democráticas y la vigencia de los derechos humanos. La respuesta del Estado venezolano ante estas protestas ha sido la activación del “Plan Zamora” en sus diferentes fases, que se ha caracterizado por el uso excesivo de la fuerza y la instrumentalización del sistema de justicia, incluidos tribunales militares, para penalizar y privar de libertad a cientos de manifestantes.⁷⁶ De acuerdo al Observatorio Venezolano de Conflictividad Social, esta situación que inició el 1ro de abril, lleva un total 2.675 protestas (equivalente a 33 protestas diarias). Al mes de agosto de 2017, el saldo de personas fallecidas en el contexto de las protestas era de 157 personas, 9 de ellas mujeres.⁷⁷

3.1. Femicidios

Los femicidios, entendidos como muertes violentas de mujeres por razones de género, han ocurrido en Venezuela desde siempre, sólo que su denuncia, sanción y registro bajo tal denominación se inicia gracias a la reforma de La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LODMVLV) del año 2014, en la que se incluyó el delito de femicidio en su artículo 57.

Antes de la reforma de la LODMVLV, los datos que se manejaban eran las cifras totales de homicidios que incluían hombres y mujeres, y sólo se conocían algunos estudios puntuales en los que se hacía referencia a la tasa o número de femicidios en Venezuela, entendiendo por femicidio a toda muerte violenta de mujeres, no sólo las ocurridas por razones de género como lo establecen los estándares internacionales sobre los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia.⁷⁸ Así, por ejemplo, se tiene el estudio realizado por COFAVIC en el 2013, en el que se contabilizaron 452 presuntos casos de femicidios de 18 estados del país, pero no se discriminó entre muertes a causa de hampa común u homicidios a mujeres y verdaderos femicidios.⁷⁹

Datos más precisos sobre el femicidio en Venezuela comienzan a conocerse gracias al Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe de la CEPAL, que señala que en Venezuela se registraron para el 2014, un total de 74 femicidios que equivalen a una tasa de 0,5 femicidios por cada 100 mil mujeres.⁸⁰ Esta tasa nos ubicó, en ese momento, en los últimos lugares de la región, con Honduras y El Salvador en el primer y segundo lugar de la lista con tasas de 13,3 y 5,7 femicidios por cada 100 mil mujeres, respectivamente.

En los dos últimos años se han incrementado las cifras totales de femicidio de acuerdo a los Informes de Gestión del Ministerio Público que, para el 2015, reportó un total de 121 femicidios consumados⁸¹ y 122 para el 2016.⁸² Al llevar estos números totales de femicidios a tasa de femicidio siguiendo la Guía Práctica para la Aplicación del Sistema de Indicadores de Progreso para la Medición de la Implementación de la Convención de Belém do Pará (MESECVI, 2015) nos encontramos que, la tasa de femicidio para el año 2015 asciende a 0,77 por cada 100 mil mujeres; mientras que para el 2016 es de 0,78 por cada 100 mil mujeres.⁸³

El Instituto Metropolitano de la Mujer ha contabilizado de enero a mayo del 2017, 48 femicidios en el país, siendo los estados Miranda y Carabobo donde hay mayor incidencia de casos con un 13 y 11% del total, respectivamente; seguidos de Bolívar y Zulia con 9% de casos cada uno.⁸⁴ El Observatorio Guayanés de Violencia de Género, reporta que en el estado Bolívar se han registrado 28 femicidios durante el primer semestre del 2017, con un 40% de víctimas con edades comprendidas entre 13 y 21 años.⁸⁵ Hay que destacar que estas cifras no son oficiales.

La información sobre el femicidio de mujeres indígenas y mujeres con condiciones especiales o discapacidad es inexistente. En cuanto al femicidio de mujeres trans (transexuales o transgénero) se tienen los datos de dos estudios hemerográficos realizados por la organización Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI) sobre crímenes de odio. El primero abarcó el período de mayo 2013 a mayo 2015 y el segundo, entre junio 2015 y

mayo 2016. En el primer estudio se identifican 29 asesinatos de personas LGBTI, siendo el 65,5% personas trans, de las cuales sólo una fue identificada por la prensa como mujer trans, el resto eran identificados como hombres o como trans, sin especificar si se trataba de una mujer trans o un hombre trans. Los investigadores del estudio consideran que este vacío en la noticia es producto de la falta de capacitación de las y los periodistas que siguen identificando como hombres o como trans masculinos a quienes en realidad son mujeres trans (ACCSI, 2015). En el segundo estudio, se encontraron 18 personas LGBTI asesinadas, el 100% eran personas trans de las cuales el 33,33 se identifican como mujeres (11,11% mujeres trans, 5,56% mujer transgénero y 16,66% como mujer) y en el resto, 66,67%, no indica el sexo de la víctima. Igual que para el período anterior, los investigadores reconocen que ha habido un mayor interés en reseñar el sexo de las víctimas, pero aún persisten dificultades en el reconocimiento de estas personas como mujeres trans o más aún, como mujeres (ACCSI, 2016).

En una mirada general, las cifras y tasas de femicidios reportadas en este informe no parecieran ser alarmantes dentro del contexto regional y mundial, tomando como referencia las tasas reportadas para Honduras y El Salvador en 2014,⁸⁶ pero es necesario alertar sobre dos elementos que llevan a cuestionar la precisión de las mismas. El primero de ellos es la existencia de discrepancias entre las cifras oficiales de femicidio, las cifras aportadas por los medios de comunicación y el seguimiento hecho por algunas organizaciones de la sociedad civil a las muertes violentas de mujeres, tal y como lo señala CEPAZ en su informe del 2016 titulado “¿Cómo afectan las violencias a las mujeres en Venezuela?” (CEPAZ, 2016) En este estudio se señala que tales discrepancias están asociadas a la falta de capacitación de funcionarios y funcionarias de la policía de investigación científica (CICPC) y/o del Ministerio Público quienes a la hora de calificar el delito pudieran

estar tipificándolo como homicidio a mujeres y no como femicidio, lo que incide en un mal manejo de las cifras y origina un importante subregistro. El segundo elemento, íntimamente vinculado con el primero, es el elevado número de homicidios que existe en el país que incluye, por supuesto, homicidios de mujeres y muy probablemente, femicidios no registrados. El número total de homicidios para el 2016 fue de 28.487, que se traduce en la alarmante tasa de 91,8 homicidios por cada 100 mil habitantes de acuerdo al OVV.⁸⁷

Lamentablemente esta cifra de homicidios no está desglosada por sexo, pero de acuerdo a estimaciones del Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO) la relación de homicidios entre hombres y mujeres en el país es de 91% hombres – 9 % mujeres, identificándose una tendencia al alza en el número de homicidios a mujeres.⁸⁸ Siguiendo esta proporción, del total de 28.479 homicidios del 2016 se puede estimar que unas 2.563 mujeres fueron asesinadas en ese año. Dentro de estas cifras tan elevadas de homicidios a mujeres, los 122 femicidios reportados por el Ministerio Público para este mismo año lucen absolutamente minúsculos en función a la cifra total de muertes violentas de mujeres. Además, considerando que Honduras y El Salvador son los países con mayor tasa de femicidio de la región, y a su vez son, junto con Venezuela, los que tienen las mayores tasas de muertes violentas en el mundo,⁸⁹ es esperable que en nuestro país el número de femicidios sea más elevado que el reportado por el Ministerio Público, sólo que las debilidades de los registros no nos permiten identificar las cifras y la situación real de las mujeres.

En noviembre del 2014, el Comité de la CEDAW, en sus observaciones finales a los informes periódicos séptimo y octavo combinados de la República Bolivariana de Venezuela, expresó preocupación por la extensión y el aumento de la violencia contra las mujeres y niñas, destacando la falta de información sobre las formas, la

prevalencia y las causas de la violencia contra la mujer, la ausencia de un sistema para reunir datos desglosados; así como la aplicación insuficiente de la LODMVLV. Igualmente instó al Estado venezolano a “(...) reconsiderar la definición de feminicidio en la reforma de la Ley para asegurarse de que está en conformidad con las normas internacionales” (CEDAW, 2014). Esta observación responde al hecho de que la definición adoptada deja por fuera expresamente la noción de la responsabilidad del Estado, bien sea por acción o por omisión.

Si bien la tipificación del delito de femicidio en la LODMVLV constituye un avance en el abordaje jurídico de la violencia contra las mujeres, son muchas las debilidades que existen a la hora de prevenir la violencia contra las mujeres y los femicidios en el país. Estas debilidades están asociadas a: a) ausencia de un reglamento de la Ley que permita unificar los procedimientos y actuaciones previstas en la ley, cuya aprobación está en manos del ejecutivo nacional, b) debilidades en la formación de funcionarios y funcionarias del sistema de justicia para abordar debidamente las denuncias de violencia contra las mujeres, d) la práctica del acto conciliatorio se mantiene en muchas ciudades del país, e) el funcionamiento de los Tribunales -en general y en materia de violencia contra las mujeres- es cada vez más deficiente, con procesos judiciales largos, dilaciones indebidas y revictimización, f) el número de denuncias rebasa la capacidad de respuesta de las instancias competentes, tanto del sistema de justicia⁹⁰ como de organizaciones que brindan apoyo, tanto públicas como privadas; estas últimas (organizaciones

no gubernamentales) se han reducido en número y/o en capacidad de atención.

Todas estas debilidades en la implementación de la LODMVLV unidas a la falta de acceso, inconsistencia y opacidad en el manejo de las cifras oficiales, entorpecen el trabajo para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra las mujeres. Desconocer la magnitud real del femicidio en Venezuela hace que la construcción de diagnósticos objetivos y el diseño de políticas y programas para hacerle frente sigan siendo una tarea pendiente ante la cual el Estado venezolano sigue sin dar respuestas efectivas.⁹¹

3.2. Violencia contra las mujeres en sus diferentes manifestaciones

Conocer las dimensiones de la violencia contra las mujeres en Venezuela es una tarea prácticamente imposible ya que desde hace dos años no contamos con cifras suministradas por el Ministerio Público, y el Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género (MinMujer) tampoco lleva un sistema de registro de casos. Sólo la cifra total de femicidios es reportada por el Ministerio Público desde el año 2014.

La LODMVLV tipifica 21 formas de violencia contra las mujeres, sin embargo, los Informes de Gestión del MP de cada año señalan cifras totales sin desglosarlas por tipo de violencia; además, muchas de estas cifras no son comparables año a año debido al vacío de información. A continuación se presenta un resumen de los datos encontrados de los últimos 7 años en los Informes de Gestión del Ministerio Público.

Tabla 7 Cifras del Ministerio Público en materia de violencia contra las mujeres de los años 2010 a 2016

Año	Dirección que reporta	Casos ingresados/ Denuncias		Aprehensiones en flagrancia		Casos egresados		Actos conclusivos		Imputaciones		Juicios	
		Nro.	% del total del MP	Nro.	% del total de denuncias	Nro.	% del total de denuncias	Nro.	% del total de denuncias	Nro.	% del total de denuncias	Nro.	% del total de denuncias
2010	Dirección de Protección Integral de la Familia			29.891		157.187		54.170*		43.560			
2011	Dirección para la Defensa de la Mujer	73.047	12,22	8.075	11,05	37.130	50,83	35.717	48,89	7.308	10	355	0,48
2012	Dirección para la Defensa de la Mujer	83.113	13,35	10.033	12,07	73.599	88,55	69.035	83,06	10.313	12,41	654	0,79
2013	Dirección para la Defensa de la Mujer	71.812	13,33	10.362	14,42	102.676	142,97	96.766	134,65	10.416	14,51	517	0,72
2014	Dirección para la Defensa de la Mujer	70.763	12,33	11.075	15,65			122.426	173,01	11.575	16,35	482	0,68
2015	Dirección para la Defensa de la Mujer			6.989						23.190			
2016	Dirección de Protección Integral a la Familia y a la Mujer									9.218			

*Este dato es específico en Violencia contra las mujeres

Fuente: Elaboración propia con datos de los Informes de Gestión del Ministerio Público de los años 2010 al 2016

El primer elemento a destacar es la Dirección del Ministerio Público que reporta las cifras. Para el año 2010 era la Dirección de Protección Integral de la Familia la que reportaba los datos. Esta dirección tiene competencia en materia de derechos de las mujeres pero también en otras áreas, sus datos son globales, no hay precisión de cuáles corresponden a violencia contra las mujeres, cuáles al área de Protección, Civil e Instituciones Familiares o al Sistema Penal de Responsabilidad de los y las Adolescentes. El único dato de ese año específico en violencia contra las mujeres es el referido al número de actos conclusivos. Esta situación mejora en el año 2011 con la creación de la Dirección para la Defensa de la Mujer adscrita a la Dirección de Protección Integral de la Familia. Gracias a esta dirección vemos un mayor número de datos en violencia contra las mujeres entre los años 2011 y 2014; pero a partir del 2015 hay un retroceso, disminuyendo significativamente la cantidad de datos reportados. Esto empeora en el 2016, cuando ya no aparece la Dirección para Defensa de la Mujer sino, nuevamente, la Dirección de Protección Integral a la Familia suministrando los datos. Si bien en el 2016 las cifras señaladas son sólo de violencia contra las mujeres, el número de indicadores de gestión es significativamente menor que los reportados en los años anteriores. Lo que se avanzó en materia de sistematización de datos e información en los años 2011 al 2014, se perdió a partir del 2015. Esta gravísima situación es absolutamente contraria a la recomendación que el Comité de la CEDAW le realizara al Estado venezolano en 2014, cuando le insta a establecer un sistema de reunión de datos estadísticos sobre la violencia contra la mujer, desglosados en función del tipo de violencia y la relación entre los autores y las víctimas, y sobre el número de denuncias, enjuiciamientos, condenas y penas impuestas a los autores, así como sobre las reparaciones concedidas a las víctimas (CEDAW, 2014, pág. 22).

El número de denuncias por violencia contra las mujeres entre los años 2011 y 2014 oscilan entre 70 y 80 mil denuncias anuales, que representan entre un 12,33 y un 13,33% del total recibido en el Ministerio Público para cada año, que es un promedio aproximado de 200 denuncias diarias en todo el territorio nacional. Estas cifras ubican a los delitos de violencia contra las mujeres entre los más denunciados en el país y muestra a grosso modo la magnitud del problema. Al contraponer el total de denuncias de estos mismos años con el número de imputaciones y juicios se evidencia una dramática disminución de los casos, encontrándose que el número de casos imputados oscila entre un 10 y un 16,35% mientras que los juicios están entre un 0,48 y un 0,79% del total de denuncias recibidas. Esto quiere decir que el número de mujeres víctimas de violencia que logran llegar a juicio es mínimo, reinando la impunidad en más del 99% de los casos denunciados.

El Ministerio Público presenta cómo están distribuidos los actos conclusivos de los años 2010 y 2011. Indica que las acusaciones representan 12,05% del total de actos conclusivos para el 2010 y el 14,22% del año 2011. Este porcentaje es significativamente inferior al de sobreseimientos y archivos fiscales que superan el 40% en cada año, tal y como se muestra en la Tabla 7. Este alto número de sobreseimientos y archivos fiscales apuntan nuevamente a la ineficiencia del sistema de justicia y a la impunidad. Las razones de esta “mortalidad” de casos que se da entre la denuncia y los que llegan a juicio está asociada a debilidades de todo el sistema de justicia, pero también a factores inherentes a: a) el proceso de investigación de los casos de violencia contra las mujeres, b) la falta de capacitación y prejuicios de funcionarios y funcionarias del sistema de justicia, c) debilidades en la respuesta de otras instituciones de apoyo al sistema de justicia para la realización de evaluaciones psicológicas u otras pruebas; entre las más destacadas.

Tabla 7. Cifras del Ministerio Público sobre actos conclusivo

Año	Total casos ingresados/ Denuncias	Total actos conclusivos	Acusaciones			Sobreseimiento			Archivo fiscal		
			Nro.	% del total actos conclusivos	% del total de denuncias	Nro.	% del total actos conclusivos	% del total de denuncias	Nro.	% del total actos conclusivos	% del total de denuncias
2010		54.170	6.530	12,05		22.610	41,73		25.030	46,2	
2011	73.047	35.717	5.078	14,22	6,95	15.348	42,97	21,01	15.291	42,81	20,93
2012	83.113	69.035									
2013	71.812	96.766									
2014	70.763	122.426									
2015			19.816								
2016			4.286								

Fuente: Elaboración propia con datos de los Informes de Gestión del Ministerio Público de los años 2010 al 2016

Hay que destacar que el número de acusaciones por violencia contra las mujeres vuelve a reportarse en los años 2015 y 2016, pero al desconocerse el total de denuncias y el total de actos conclusivos termina siendo un dato aislado que no puede ser analizado sin éstos referentes, es decir, no podemos saber si ha mejorado o empeorado el acceso a la justicia de las mujeres. Tampoco sabemos la correlación con los casos sobreseídos o los enviados a archivo fiscal.

Esta ineficiencia del sistema de justicia venezolano a la hora de atender a las mujeres víctimas de violencia evidenciada en estas cifras, concuerda con las conclusiones del estudio Ruta Crítica de las mujeres afectadas por violencia de pareja en Venezuela del 2013, en el que se encontró que las mujeres tienen la percepción de que las instituciones no hacen justicia y que al colocar la denuncia, son ellas las que deben impulsar

el proceso y sostener el esfuerzo a lo largo del tiempo para acceder a la justicia, señalando que funcionarios y funcionarias tienen un proceder igual al de sus agresores (Jimenez, 2013). Esto hace que las mujeres intenten resolver el problema de violencia al margen del sistema de justicia y de las instituciones de Estado. Expertas venezolanas expresan que no hay una preocupación del Estado venezolano por las mujeres, que la violencia ocurre por la impunidad y la desprotección, y que la situación es cada vez más grave (Jimenez, 2013, pág. 14).

Un dato que alerta sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres en el país, es el suministrado en marzo del 2016 por el representante del Fondo de Población para el desarrollo (UNFPA) en Venezuela, que indica que el 50% de las mujeres venezolanas ha sido víctima de algún tipo de violencia por parte de su pareja.⁹²

Los programas previstos en la ley para la prevención y sensibilización de la violencia contra la mujer han sido puntuales, con poca cobertura y no permanentes, así como tampoco aquellos dirigidos a la atención de agresores. No existe un Plan Nacional en Violencia contra las mujeres⁹³ que oriente y guíe todos estos programas y proyectos, que junto con el Reglamento (aun no elaborado) y la propia LODMVLV serían los instrumentos que permitirían articular la política pública en materia de violencia contra las mujeres.

En Venezuela se han diseñado tres planes nacionales de Igualdad de género, siendo el actual, el Plan Nacional para la Igualdad y Equidad de Género “Mamá Rosa” (2013-2019) que está alineado con el Plan de la Patria (2013-2019). Este Plan Nacional Mamá Rosa tiene como objetivos históricos erradicar el patriarcado como expresión del sistema de opresión capitalista, construir el socialismo feminista, y, en definitiva, fortalecer la Revolución Bolivariana Socialista. El Plan Nacional Mamá Rosa prevé 5 dimensiones: la política e ideológica, la económica, la social, la cultural y la ambiental, cada una de ellas con objetivos estratégicos, áreas de intervención, objetivos y líneas de acción. Dentro de la dimensión social está el área de intervención sobre atención y prevención de la violencia de género en la que sólo destacan los avances en la implementación de la LODVMLV y el fortalecimiento del sistema de defensa de los derechos de las mujeres mediante la creación del programa Defensoras Comunales⁹⁴. Existe una deuda importante en muchas de las líneas de acción previstas en el plan, sobre todo las vinculadas con el fortalecimiento del Sistema de Prevención y Atención Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia; la unificación de criterios, protocolos, formatos y sistemas digitales que faciliten el acceso rápido y eficaz a la justicia a las mujeres víctimas de violencia; el impulso de campañas de concienciación permanentes y constantes dirigidas a la población sobre la construcción de modelos de masculinidades no violentas; y en la culminación del proceso de prueba del registro único de denuncias de casos de violencia contra la mujer que lleva a cabo el Instituto Nacional de Estadística (INE); entre otras.

Esta deuda del Estado venezolano en el abordaje de la violencia contra las mujeres es reconocida por el CEVI en su evaluación del 2014 (MESECVI, 2014). El CEVI reporta su preocupación por cuanto el abordaje de la violencia contra las mujeres en el país se ha centrado en la respuesta judicial, sin acciones efectivas de prevención, atención, protección y combate a problemas graves de violencia tales como los femicidios, la violencia intrafamiliar, el acoso sexual en el trabajo, la violencia obstétrica, la prostitución forzada y la trata de mujeres.

3.3. Violencia sexual en el contexto de represión política

Según informe de una coalición de organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y sociedad civil organizada presentado ante el Comité Contra la Tortura, con motivo de la revisión de los informes periódicos 3° y 4° combinados de la República Bolivariana de Venezuela (2014) se indica que las mujeres se vieron afectadas por los presuntos actos de violencia con patrones diferenciados de los hombres durante la represión a las protestas post electorales en abril del 2013 y durante el primer semestre del 2014. El informe señala que muchos de estos actos de violencia fueron dirigidos específicamente a las mujeres y se evidenció la participación de funcionarias femeninas de la Guardia Nacional Bolivariana (GNB) para agredir a mujeres manifestantes. Se destacan las amenazas de violación sexual y de obligación de práctica del sexo oral a funcionarios que les tenían bajo su custodia durante las detenciones, así como casos de desnudez forzada acompañada de descalificaciones referidas a la forma o contextura física de las mujeres. En el estado Lara, mujeres detenidas informaron que efectivos de la GNB les cortaron el cabello al azar de manera violenta para luego limpiarse las botas con el cabello cortado. Las organizaciones que presentaron este informe resaltan su preocupación en los casos donde se practicaron presuntamente inspecciones anales y vaginales dactilares acompañadas de expresiones obscenas, prácticas que como lo han establecido la Comisión y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, constituyen una violación sexual, que por sus efectos constituye tortura. Otro elemento que destacan en este informe es la recurrente retención de mujeres en espacios muy reducidos, desatendiendo sus necesidades fisiológicas al negarles materiales de aseo personal, papel

higiénico y toallas sanitarias, sin tener en cuenta las necesidades propias de su género. En relación a la desatención de las necesidades específicas en condiciones de detención, el Comité Internacional de la Cruz Roja ha establecido que el Estado debe asegurar que las condiciones sanitarias (en los centros de detención) sean adecuadas para mantener la higiene y la salud de las prisioneras, permitiéndoles acceso regular a retretes y permitiéndoles que se bañen y que limpien su ropa regularmente.

La mayoría de las mujeres detenidas en el contexto de represión política que fueron víctimas de amenazas de muerte o de violación por funcionarios de los cuerpos de seguridad no denunciaron para evitar una mayor humillación pública y porque consideraban que nadie sería sancionado. Las cifras oficiales de la Dirección de Protección de Derechos Fundamentales del Ministerio Público (febrero-mayo 2014) registraron 189 investigaciones por denuncias de violaciones a los derechos humanos y 185 de ellas señalaban tratos crueles inhumanos y degradantes pero solo en 30 casos se presentó formalmente el acto conclusivo de la investigación y en 22 hubo sobreseimientos de las causas, solo 6 terminaron en acusaciones y dos más fueron a parar en archivos fiscales. De estos 185 casos apenas se pudo individualizar la responsabilidad de 10 funcionarios. Según COFAVIC, el 46% de los casos denunciados la GNB es el cuerpo de seguridad involucrado en el delito, le siguen la Policía Nacional Bolivariana (PNB) y el Servicio Bolivariano de Inteligencia Nacional (SEBIN).⁹⁵

En el presente año 2017, en el marco de las protestas ocurridas en el país entre el 1° de abril y el 31 de julio, la organización no gubernamental Foro Penal señala que entre abril y junio sólo recibieron cuatro casos de tratos crueles, intimidatorios y humillantes asociados a violencia sexual. Muchas otras denuncias fueron narradas por las víctimas a sus abogados/as pero no fueron formalizadas o las contaron en sus audiencias pero luego no ejercieron acciones debido al temor a denunciar estos casos por considerarlos muy intimidantes.⁹⁶ Esto significa que existe un importantísimo sub-registro de casos de violencia sexual en el contexto de represión política, que puede estar vinculado a la vergüenza o intimidación de las víctimas, a la falta de reconocimiento de los delitos y/o a la falta de capacitación de defensores de derechos humanos y de funcionarios públicos en identificarlos.

Algunos casos de violencia sexual en el contexto de represión política ocurridos hacia mujeres desde abril del 2017 que han sido reportados la prensa nacional son los siguientes:

- a) Siete mujeres fueron detenidas junto con otras 51 personas mientras se encontraban en un autobús de Transchacao por llevar presuntamente bombas molotov, cascos y guantes cuando se dirigían a una manifestación en la mañana del 3 de junio. Estuvieron detenidas en la comandancia de la Policía Nacional Bolivariana (PNB) en Coche y durante la audiencia en tribunales expresaron que los funcionarios entraban a las duchas mientras ellas se bañaban y una noche un custodio entró a la celda y le ofreció dinero a una de las jóvenes para que se callara mientras él abusaba sexualmente de su compañera. Se le enfrentaron al funcionario y no durmieron esa noche para poder cuidarse. La jueza y el Ministerio Público ordenaron una investigación inmediata contra el funcionario pero se desconoce si fue sancionado o detenido;⁹⁷
- b) Joven detenida en San Antonio de Los Altos y llevada a un centro de reclusión conocido como “la escuela”, donde permaneció 16 días bajo la custodia de la Guardia Nacional Bolivariana, reporta que en varias oportunidades le dijo a sus abogados que había sido manoseada por uno de los guardias. Una noche después de la comida se sintió débil, desorientada y perdió la conciencia. La joven asegura que fue drogada y al despertar se revisó el cuerpo porque tenía dolor y encontró sangrado en sus genitales;⁹⁸
- c) Una joven señala que fue detenida arbitrariamente en Caracas a finales de mayo cuando iba a buscar a sus hijos en casa de su madre y se encontró de frente con un contingente de la GNB que cerraba el paso para llegar a casa de su madre. Cuando intentó pasar, los funcionarios la interrogan y la detienen. Señala que fue llevada a golpes a una zona cercana a la detención, la drogaron, golpearon y violaron; y luego la trasladan al comando de la GNB. La joven señala que el centro de detención se le parece a un campo de concentración con personas en condiciones inhumanas, todas golpeadas, durmiendo encima de sus orines y heces fecales. Este reporte fue presentado por esta joven el 8 de junio ante miembros de la Comisión

de Ciudadanía y Derechos Humanos del Parlamento del Mercosur, entre los que había diputados de Argentina, Uruguay y Paraguay.⁹⁹

- d) Cinco estudiantes de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador de Maracay, fueron detenidas por la Policía de Aragua el 2 de julio, y denunciaron ante el tribunal haber sido manoseadas dentro de sus camisas e intentaron introducirle objetos en sus “zonas íntimas”; la noticia no explica si por zonas íntimas se entienden sus genitales, de ser así, se trataría de intento de violación sexual.¹⁰⁰

Otros dos casos de violencia sexual en este mismo contexto y período, pero dirigidos a víctimas masculinas, han sido reportados en el estado Aragua. El primer reporte es de un muchacho que formaba parte de un grupo de 10 jóvenes detenidos el 15 de mayo por la Policía Nacional Bolivariana del estado Aragua. De acuerdo a la noticia, el joven fue forzado a arrodillarse, le amarraron las manos con un cable para inmovilizarlo, le pusieron gas pimienta y una capucha en la cabeza, luego le bajaron el short y le introdujeron un tubo en el recto. Según la información el resto de los detenidos no podían verlo, pero reportan sus gritos, llanto y solicitud de ayuda.¹⁰¹ El segundo reporte es el de un joven detenido por funcionarios de la GNB el 28 de junio durante una protesta en sector Las Delicias. En esta oportunidad se señala que el joven fue violado con un arma de fuego y a los otros detenidos les dieron patadas en las costillas, les pusieron gas pimienta en los ojos, los escupían, los humillaban, y les obligaban a tocarse unos con otros.¹⁰² Hay que destacar que otro caso similar ocurrió en el contexto de las

protestas sociales del primer semestre del 2014 en contra de un joven en el estado Carabobo que reportó haber sido violado con un fusil por parte de un funcionario de la GNB.¹⁰³

La violencia sexual pareciera estar siendo utilizada como forma de tortura o tratos crueles por parte de funcionarios del Estado no sólo en casos de represión política sino también ante otras situaciones, como la ocurrida en mayo 2007 cuando dos hombres fueron presuntamente abusados sexualmente por funcionarios de la PNB del estado Cojedes, siendo imputados 21 funcionarios de este cuerpo policial por ese hecho.¹⁰⁴

Venezuela ha ratificado la Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes y el Estatuto de Roma. También ha aprobado una Ley especial para prevenir y sancionar la Tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (2013). Sin embargo, en esta ley no se incorporan las distintas formas de violencia sexual utilizadas como mecanismo de tortura, crimen de guerra o lesa humanidad previstas en el Estatuto de Roma, tomando especialmente en cuenta la violencia de género, tal como se prevé en dicho instrumento internacional. Tampoco se incluyen entre los agentes de estos delitos, no solo a los funcionarios públicos o particulares que participan con estos, sino también a quienes no siendo formalmente agentes estatales actúan bajo su instigación, consentimiento o aquiescencia, tal y como el CEVI le ha recomendado al Estado venezolano en su segunda ronda de evaluaciones en el 2014 (MESECVI, 2014).

3.4. Trata y Tráfico de personas, vinculados al derecho de las mujeres a la libertad y seguridad personales

El Informe sobre Trata de Personas 2017¹⁰⁵ presentado por el Departamento de Estado del Gobierno de los Estados Unidos, hace referencia a 4 niveles para identificar los esfuerzos de los Estados por erradicar la trata de personas. En el caso de Venezuela, el país está ubicado en el nivel 3, evidenciándose que no se han realizado los esfuerzos necesarios para prevenir las diferentes formas de trata de personas. Cabe destacar que dicho informe mide los esfuerzos del gobierno a través del paradigma 3P, referido a: procesar a los traficantes, proteger a las víctimas y prevenir el crimen.

Desde el año 2014 Venezuela se encuentra en nivel 3 por no cumplir con las normas para la eliminación de la trata de personas, y por no llevar a cabo esfuerzos significativos en la materia. Aunado a esto, la Oficina Nacional Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo (ONCDOFT) perteneciente al Ministerio del Poder Popular de Interior Justicia y Paz, no proporciona datos confiables sobre la lucha contra la trata y tráfico de personas, ni sobre la asistencia que se les brinda a las víctimas. Las acciones de la ONCDOFT según noticias de prensa¹⁰⁶ han estado centradas en la formación de funcionarios y funcionarias sobre la prevención de trata y tráfico de personas, pero sin que ello se enmarque en un plan de actuación dirigido al abordaje integral de la problemática.

De acuerdo al Departamento de Estado de Estados Unidos, Venezuela es un país de destino para hombres, mujeres, niñas y niños sometidos al tráfico sexual y el trabajo forzoso. Mujeres y niñas venezolanas de estados pobres del país son trasladadas a zonas urbanas o centros turísticos en países del Caribe con el objeto de ser forzadas a la prostitución, siendo Aruba, Curazao y Trinidad y Tobago los principales destinos identificados para la trata y explotación sexual. Por otra parte, también se presentan casos de personas sometidas a servidumbre doméstica en Venezuela, identificándose víctimas de América del Sur, el Caribe, Asia y África.

Para el año 2016 el Ministerio Público inició 17 investigaciones relacionadas con el delito transnacional de trata de mujeres, niñas y adolescentes. Sin embargo no se tienen cifras referentes al número de denuncias ante los órganos receptores. Una constante es la falta de información sobre las investigaciones y las sanciones en materia legal en estos casos. Asimismo, el mismo Informe sobre Tráfico de Personas 2017 destaca que funcionarios venezolanos informaron el aumento del tráfico sexual en el sector minero informal, sin que esto haya implicado el diseño de ninguna estrategia en las zonas donde se realiza la minería ilegal para evitar la trata y explotación sexual de mujeres, niñas y adolescentes.

Actualmente las leyes venezolanas penalizan algunas formas de trata de personas, específicamente en la LODMVLV hace referencia al tráfico de mujeres, niñas y adolescentes, y la trata de mujeres, niñas y adolescentes como formas de violencia. Sin embargo, la tipificación en la ley no se traduce en mejores y efectivos procedimientos para luchar contra el tráfico y la trata de mujeres, niñas y adolescentes; el Estado no proporciona información relacionada con políticas públicas como programas de prevención y atención a las víctimas de trata y tráfico, es decir, la disponibilidad de servicios de apoyo para la víctimas sigue siendo limitado, los pocos servicios de albergue están dirigidos a mujeres, niños y niñas víctimas de violencia intrafamiliar, los cuales también presentan fallas al no ofrecer servicios de atención integral y capacitación laboral a las mujeres que les permitan tener mejores oportunidades y superar la dependencia económica.

Cabe destacar que en materia jurídica no se evidencian avances. Un Proyecto de Ley para la Prevención, Sanción y Erradicación del Delito de Trata de Personas presentado en la Asamblea Nacional en el año 2010 no llegó a ser aprobado y actualmente, debido a las complejidades políticas por las que atraviesa Venezuela, no ha sido incorporado como una prioridad dentro de la agenda legislativa. Dada la inexistencia de un plan actualizado que involucre acciones contra la trata de personas, es importante impulsar el diseño de planes que impliquen necesariamente la asignación de recursos presupuestarios para concretar esfuerzos institucionales.

3.5. Violencia en centros penitenciarios vinculada al derecho de las mujeres a igualdad de protección ante la ley

El acceso a la información oficial está severamente limitado en Venezuela. Ello no es diferente en el caso de las personas privadas de libertad y el régimen penitenciario. Sin embargo, a través de los medios de comunicación se han podido conocer numerosas denuncias sobre la situación de las mujeres privadas de libertad en el Instituto de Orientación Femenina (INOF), relacionadas con tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes, violencia sexual, verbal, física y psicológica, entre otros.¹⁰⁷ A esto se suman otras vulneraciones de sus derechos como la prohibición de recibir visitas conyugales bajo el pretexto de que el Estado debe prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, sin hacer uso de estrategias como la distribución de métodos anticonceptivos y otros insumos como preservativos.

El INOF es el único centro de reclusión para mujeres en Venezuela. En el resto del país, según señala el Observatorio Venezolano de Prisiones, la población femenina permanece en anexos o departamentos de centros de reclusión para hombres, lo cual se traduce en problemas de acceso a servicios comunes, sanitarios, educativos y laborales. Los lugares de reclusión de las mujeres no son asignados en base a sus lugares de residencia, tal y como lo establecen las Reglas de Bangkok (punto 4).¹⁰⁸

Según la organización Una Ventana a la Libertad, las condiciones de hacinamiento en los centros de detención preventiva son alarmantes. De acuerdo a un estudio realizado en 89 centros, la población de 374 mujeres que se encuentran privadas de libertad en infraestructuras que no son aptas para albergar a las personas más de 48 horas, se agrava aún más por el limitado acceso a servicios de salud, las restricciones para recibir visitas de sus familiares, aunado al retardo procesal y la escasa información sobre el estatus judicial. Los centros de detención preventiva tienen una capacidad de 1985 personas y actualmente albergan en promedio 8003 privados de libertad, lo que implica que hay una sobrepoblación de 403%, o el equivalente a cuatro personas en el espacio que debería ocupar una sola.¹⁰⁹

De los 89 centros monitoreados por la organización Una Ventana a la Libertad, sólo 12 poseen un área de visitas donde las privadas de libertad pueden recibir a sus hijos, hijas o demás familiares, mientras que los otros centros no cuentan con la infraestructura para ello, lo que impide recibir las visitas de forma periódica. Las privadas de libertad que son madres de niños y niñas menores de tres años, no se les garantiza su derecho a permanecer con sus hijos e hijas dadas deficientes condiciones de infraestructura de los centros, a pesar de que la ley lo contempla. Así lo manifestó una reclusa entrevistada: “Aquí no permiten la visita de menores de edad. Solo espero que ellos (sus hijos) no me olviden y que cuando tenga la dicha de volverlos a ver me digan mamá” (privada de libertad en la Comisaría de Ocumare del Tuy). En igual situación se encuentran las privadas de libertad que dan a luz a sus bebés en los centros, a quienes no pueden cuidar en las condiciones de hacinamiento en las que se encuentran las instalaciones.¹¹⁰

Las mujeres privadas de libertad no tienen acceso a servicios de salud con personal calificado, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva, ni a medicamentos en caso de que los necesiten. Ello empeora en el caso de las mujeres embarazadas, quienes no tienen acceso a control prenatal para monitorear su salud y la de su bebé. Testimonios de privadas de libertad detallan la situación: “Hemos pasado bastante cosas aquí. Nuestros familiares no vienen todos los días. Me he enfermado de los pulmones, sufro de asma. A mediados de 2016 me dio un principio de accidente cerebro vascular. Esta celda no tiene un espacio acorde para nosotras, porque aquí no hay un baño en donde nos podamos sentar en una poceta y cuando nos agachamos en la letrina, nos dan infecciones, nos duele el vientre y botamos flujo vaginal y nos vemos graves todos los que estamos aquí” (privada de libertad en la Comisaría de Ocumare del Tuy).¹¹¹

El limitado acceso a los servicios de salud ha sido denunciado en reiteradas oportunidades por parte de familiares de las reclusas en el INOF y en otros centros de reclusión, debido a las precarias condiciones de atención médica que mantienen. En el caso del INOF en el año 2014, existían sólo dos profesionales de la salud (gineco-obstetra y psiquiatra) para una población de más de 700 reclusas aproximadamente.

La mayoría de los centros de reclusión no tiene acceso al agua potable ni a las condiciones de higiene mínimas para el aseo personal, lo que genera graves situaciones de salud entre las reclusas como enfermedades de la piel e infecciones urinarias, que ocurren también por las condiciones de insalubridad de los espacios utilizados como baños que no están aptos para tal fin.

3.6. Acceso a la justicia vinculado al derecho de las mujeres a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos, particularmente el derecho a vivir una vida libre de violencia

Según informaciones manejadas por diferentes organizaciones no gubernamentales en Venezuela, se registran numerosos casos de violencia institucional contra mujeres víctimas de violencia en su contra que quieren colocar una denuncia ante el sistema de justicia, siendo por ende nuevamente agredidas, cuestionadas por funcionarios o funcionarias quienes asumen una actitud que tiende a desalentar la colocación de la denuncia, lo cual se convierte en un obstáculo en su acceso a la justicia. Otro de los aspectos que impide dicho acceso es el avance en el proceso legal, el cual es impredecible y en muchas ocasiones depende de los contactos personales y el nivel de sensibilidad y formación que posea el personal que toma la denuncia por violencia contra la mujer. Las debilidades en la formación de funcionarios y funcionarias en el enfoque de género todavía persisten y constituyen otro obstáculo para las mujeres víctimas de violencia en el acceso a la justicia.

Existen diferentes factores por los cuales una mujer víctima de violencia decide no iniciar el proceso de colocación de denuncia contra

su agresor, uno de ellos porque terminan siendo doblemente victimizada, ya que su testimonio no es escuchado, y en ocasiones llegan a ser responsabilizadas de haber provocado la situación. También pueden ser minimizados los hechos haciéndoles creer que exageran e, incluso, en el peor de los casos, se les disuade de hacer el procedimiento legal correspondiente (Gutierrez, 2009).

El acceso a la justicia, derecho consagrado en la Constitución Bolivariana de Venezuela (artículo 26), debería asegurar la protección integral de las mujeres que son víctimas de cualquier hecho de violencia, sin embargo, es claramente violentado por funcionarios y funcionarias en los órganos receptores de denuncia y posteriormente con las demás instancias del sistema judicial por los prejuicios y creencias machistas que toleran y naturalizan situaciones de violencia hacia las mujeres. A pesar de que la violencia institucional está tipificada dentro de la LODMVLV, no se han producido sanciones efectivas ante la falta de asistencia y atención oportuna como conductas ilícitas por parte de las instituciones públicas.

Con referencia al diferimiento de audiencias, el Ministerio Público señala que ésta constituye una de las causas del retardo procesal, al igual que es una violación al derecho a un recurso sencillo y rápido en los tribunales competentes. Al respecto, el Ministerio del Poder Popular para Asuntos Penitenciarios, el Poder Judicial, el imputado y los organismos policiales serían quienes interfieren en mayor medida con el diferimiento de las audiencias. Se observa un inadecuado funcionamiento de los tribunales en general, tal como se reseña en el Informe Alternativo al Cuarto Informe Periódico de la República Bolivariana de Venezuela sobre el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (2015),¹¹² con procesos judiciales largos y operadores del sistema de justicia sin la suficiente preparación para interpretar la ley contra la violencia contra las mujeres, lo que trae como consecuencia audiencias injustificadamente diferidas, o que haya sobreseimiento de la causa y hasta pérdida de los archivos fiscales y judiciales.

En la actualidad son escasos los servicios de atención psicológica gratuita que ofrece el Estado para brindar apoyo a las víctimas, al igual que servicios de asistencia jurídica gratuita que guíen y brinden la asesoría y acompañamiento a los casos, lo que genera un estado de indefensión para las víctimas, quienes no cuentan con el suficiente apoyo, evidenciando poca planificación de programas en materia de prevención, atención de víctimas y empoderamiento ante situaciones de violación de derechos.

Se evidencian dificultades para acceder a datos oficiales que den cuenta de la situación del acceso a la justicia por parte de las mujeres en Venezuela, esto debido a la inexistencia de informes de gestión actualizados y con datos estadísticos desagregados por sexo que permitan evaluar el avance o retroceso en la materia.

3.7. Discriminación de poblaciones LGBTI y mujeres indígenas

Las personas pertenecientes a la población LGBTI así como las mujeres indígenas sufren de discriminación y exclusión en la sociedad venezolana, particularmente en el acceso a servicios básicos, salud y educación. No se dispone de un marco legal integral de lucha contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Ello a pesar de diversas recomendaciones formuladas por órganos de derechos humanos al respecto. De ello se deriva la ausencia de políticas públicas y un marco institucional que promueva el reconocimiento y el respeto de los derechos de la comunidad sexo-diversa, en un ambiente donde la discriminación, el estigma y el rechazo en su contra es prevalente. Las parejas del mismo sexo no gozan de reconocimiento y protección jurídica, y actualmente sufren de exclusión en los esquemas de distribución de alimentos promovidos por el Estado (Comités Locales de Abastecimiento, CLAP) por no considerárseles familia. De igual modo, las personas trans y las personas intersex no gozan del derecho al reconocimiento legal de su identidad de género (ACCSI, 2016).

En cuanto a la situación de las mujeres indígenas continúan siendo objeto de discriminación. La calidad de vida en zonas

rurales y remotas donde viven poblaciones indígenas se ha deteriorado de manera importante a causa de la escasez de alimentos y medicinas. Según reportes de organizaciones de la sociedad civil, las mujeres indígenas son objeto de discriminación y violencia sexual por parte de mineros ilegales, actores armados no estatales y miembros de las fuerzas militares. Se evidencian también dificultades en el acceso a órganos receptores de denuncia y el acceso a la justicia, mientras que mujeres, niñas y adolescentes se encuentran en situación de vulnerabilidad ante la trata y la explotación sexual asociadas a actividades ilegales (como la minería ilegal) ejercidas en sus territorios.¹¹³

IV. Comentarios finales

La situación de los derechos de las mujeres en Venezuela no puede ser vista de manera aislada ni desconectada del contexto político-ideológico en el cual se plantean iniciativas y políticas públicas en esa esfera. En el caso particular de las políticas públicas, las mismas identifican como objetivo histórico erradicar el patriarcado como expresión del sistema de opresión capitalista, construir el socialismo feminista, y, en definitiva, fortalecer la Revolución Bolivariana Socialista, todo esto con un énfasis desproporcionado en el rol tradicional de madre y cuidadora de la mujer en la sociedad. Este punto es cardinal en la comprensión de las políticas y acciones emprendidas hasta la fecha en materia de igualdad de género y derechos de las mujeres y niñas en Venezuela, puesto que determina las áreas favorecidas por la acción del Estado en la consecución de la igualdad. La visión planteada, íntimamente relacionada con el debate en torno al llamado “Socialismo del Siglo XXI”, asume al capitalismo como otra forma de opresión de las mujeres adicional al patriarcado, entendido éste último como el esquema de relaciones desiguales de poder en las cuales las mujeres están subordinadas a los hombres. Venezuela, encausada en un proceso de transición hacia el socialismo, estaría creando las condiciones en las cuales

“(...) hombres y mujeres, tendrían derecho al pleno desarrollo de sus capacidades y a la máxima expresión de su personalidad en el seno de sus comunidades. Se trata de una ampliación y profundización democrática, de manera tal que la democracia representativa es sustituida por la democracia participativa y protagónica.

*La República Bolivariana de Venezuela, en la fase de transición, que hoy vive, se soporta en un Estado Social de Derecho y de Justicia, que facilita su construcción hacia el Socialismo, teniendo como base el Poder Popular.”*¹¹⁴

Así, numerosos documentos y vocerías oficiales han establecido que el feminismo es, en esencia, “antipatriarcal, antiimperialista y anticapitalista, y por tanto, esencialmente revolucionario.”¹¹⁵ Estos lineamientos conceptuales tienen implicaciones prácticas en el diseño e implementación de políticas públicas en materia de igualdad y de derechos de las mujeres que se deben tener en cuenta al momento de su análisis, y explican el gran énfasis que las mismas tienen en estructuras locales de participación como los consejos comunales. Adicionalmente, el desmontaje del capitalismo se presenta como un paso previo (no paralelo) necesario en la eliminación de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, que permitiría la plena participación de éstas últimas en todos los ámbitos de la sociedad.

Sí bien, en tanto movimiento social y político, existen diversos matices dentro del feminismo, consideramos que cualquiera de ellos debe siempre anteponer el objetivo final de lograr la igualdad jurídica y social entre mujeres y hombres por encima de cualquier otro criterio o lealtad político-ideológica. Relativizar la subordinación y discriminación de las mujeres a causa de un contexto histórico-ideológico es contrario a ese objetivo, y en todo caso contribuye a fortalecer los cimientos de la estructura que sostiene dicha discriminación y subordinación. La promoción y protección de los derechos de las todas las mujeres, en su más amplia diversidad, se erigen por encima de cualquier lealtad política o ideológica.

Sí bien cabe reconocer la voluntad política y el interés por abordar la temática de los derechos de las mujeres, incluso entre las más altas esferas del poder político, la realidad es que los esfuerzos no están acompañados de acciones concretas para su implementación. En muchos casos, las iniciativas quedan reducidas a declaraciones de buena voluntad que luego se diluyen en el tiempo o que simplemente no son aplicables en la práctica. A ello se debe agregar lo que ha señalado la profesora Evangelina García Prince: se mantiene el predominio del enfoque mujerista, maternalista y asistencialista de los escasos programas adelantados desde el Ministerio del Poder Popular para la Mujer,¹¹⁶ mientras que asuntos de vital importancia como la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, su empoderamiento económico, y la economía del cuidado, entre muchos otros, han sido progresivamente dejados de lado. El resultado ha sido un uso manipulativo de los asuntos de género desde instancias oficiales sin mejoras sustantivas en la vida y en el disfrute de derechos por parte de las mujeres. Muy por el contrario, la autonomía de las venezolanas ha quedado subordinada a un Estado cuyo interés en el tema de género ha sido determinado por el establecimiento de relaciones clientelares que en modo alguno representan avances en el ejercicio pleno de derechos.

Por otra parte, la visión compartida que inspira la elaboración del presente informe parte de la idea de que el disfrute de derechos y la igualdad plena y efectiva entre hombres y mujeres sólo es posible en democracia. Y para lograr una verdadera democracia, es importante que las diversidades de voces y demandas de mujeres puedan ser expresadas y atendidas ante los mecanismos institucionales creados en un sistema democrático. Las condiciones actuales del sistema político-institucional venezolano son contrarias a un pleno estado de derecho y ello tiene repercusiones prácticas adversas en la vida de mujeres, niñas y adolescentes.

Como se ha mostrado a lo largo del presente informe, el déficit democrático y la crisis social, económica y política sin precedentes por la que atraviesa Venezuela tiene serias consecuencias sobre las vidas de las mujeres.

La restauración plena de un sistema democrático, basado en la separación de poderes, la celebración de elecciones libres, y el respeto por los derechos fundamentales y las instituciones democrática, es esencial en el logro de la igualdad de género y el disfrute pleno de los derechos de las mujeres.

Notas Bibliográficas

- 1 http://www.el-nacional.com/noticias/economia/fmi-inflacion-venezuela-para-2018-sera-20685_177711
- 2 Banco Mundial. Global Economic Prospects. Disponible en <http://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects>
- 3 Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2015. Universidad Católica Andrés Bello, Universidad Simón Bolívar y Universidad Central de Venezuela. Disponible en http://www.rectorado.usb.ve/vida/sites/default/files/2015_pobreza_misiones.pdf
- 4 Instituto Nacional de Estadística. Boletín de Indicadores de Género. II semestre de 2013. No.3 Julio 2014.
- 5 Idem.
- 6 Idem.
- 7 <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/UsosProductosCenso.pdf>
- 8 Zambrano, Omar: Las mujeres en el mapa de la pobreza en Venezuela. En Prodavinci. Disponible: <http://prodavinci.com/blogs/las-mujeres-en-el-mapa-de-la-pobreza-en-venezuela-por-omar-zambrano/> Los datos se basan en la Encuesta de Hogares por Muestreo, 2011 del INE.
- 9 Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género. Memoria y Cuenta 2015. Caracas, 2016.
- 10 Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género. Memoria y Cuenta 2014. Caracas, 2015.
- 11 Instituto Nacional de Estadística. Boletín de Indicadores de Género. II semestre de 2013. No.3 Julio 2014.
- 12 Contraloría General de la República. Informe de Gestión 2011. Actuaciones. Anexo. 2011. Disponible en: http://www.cgr.gov.ve/descarga.php?Nombre=02_AND_SEC_SER.pdf&Ruta=pdf/informes/actuaciones/2011/02_AND_SEC_SER.pdf
- 13 <http://www.vtr.gov.ve/articulos/2014/11/26/banco-bicentenario-de-los-trabajadores-impulsara-proyectos-productivos-de-la-mujer-9830.html>
- 14 Según cifras de la CEPAL publicadas por el diario El Universal http://www.eluniversal.com/noticias/economia/cepal-estima-contraccion-economica-venezuela-2017_664211
- 15 <http://efectococuyo.com/economia/fmi-estima-caida-de-12-de-la-economia-venezolana-este-ano-venezolana-en-2017>
- 16 Boletín de Indicadores de Género. Nro. 3. II Semestre 2013. Caracas, julio 2014.
- 17 Instituto Nacional de Estadísticas. Indicadores Básicos de la Fuerza de Trabajo. Disponibles en línea en www.ine.gov.ve
- 18 Idem
- 19 ¿Qué pasa con la producción de alimentos? Entrevista a Manuel Larrazábal, presidente de Cavidea. Disponible en <http://prodavinci.com/2015/12/15/actualidad/que-esta-pasando-con-la-produccion-de-alimentos-entrevista-a-manuel-larrazabal-presidente-de-cavidea/>
- 20 FAO y OPS (2017) 2016 América Latina y el Caribe. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>
- 21 Al respecto ver <http://www.finanzasdigital.com/2017/10/cendas-canasta-basica-familiar-septiembre-2017-fue-bs-3-901-07604-328/>
- 22 Food Security Network Information. Global Report on Food Crises 2017. Disponible en <http://www.fao.org/3/a-br323e.pdf>
- 23 Consejo Económico y Social (1999) Observación General 12. El derecho a una alimentación adecuada (art. 11). Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1450.pdf>
- 24 Idem
- 25 Bachequeros cobran hasta 71 veces el precio de productos esenciales. Disponible en: <http://la-ta-bla.blogspot.com/2016/06/bachequeros-cobran-hasta-71-veces-el.html>
- 26 Las mujeres asumen un rol protagónico en la delincuencia. Disponible en: http://www.eluniversal.com/noticias/sucesos/las-mujeres-asumen-rol-protagonico-delincuencia_643306
- 27 Se maltrata calidad de vida de mujeres en colas de Venezuela. Disponible en: <http://www.elimpulso.com/correo-diarios/a-esta-hora/se-maltrata-calidad-de-vida-de-mujeres-en-colas-de-venezuela>
- 28 Al respecto ver: <http://reporteconfidencial.info/noticia/3269037/fotos-gnb-golpea-a-mujer-embarazada-y-entra-a-quiروفano-unicasa-margarita/>
<http://laranadigital.com.ve/herida-dos-mujeres-por-perdigones-en-el-centro-de-mariara/>
<http://versionfinal.com.ve/ciudad/gnb-agrede-a-mujeres-que-protestaban-por-comida-en-naiguata-video/>
<http://www.lapatilla.com/site/2016/07/18/gnb-hirio-a-mujeres-mientras-hacian-cola-por-comida-en-nueva-esparta/>
<http://sumarium.com/hablan-las-mujeres-embarazadas-agredidas-en-un-bicentenario-en-maracaibo/>
- 29 <http://efectococuyo.com/politica/voceros-comunales-denuncian-discriminacion-de-los-clap-al-entregar-bolsas-de-comida>
- 30 Idem.
- 31 Crisis alimentaria causa doble carga de malnutrición en Venezuela. Disponible en: <http://runrun.es/nacional/295183/crisis-alimentaria-causa-doble-carga-de-malnutricion-en-venezuela.html>
- 32 A 93,3% de los venezolanos no le alcanzó el dinero para comprar comida, según Encovi 2016. Disponible en: <http://efectococuyo.com/principales/a-933-de-los-venezolanos-no-le-alcanzo-el-dinero-para-comprar-comida-segun-encovi-2016>. (Consultado julio 2017)
- 33 El documento fue introducido ante la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia en fecha 19 de julio de 2016.
- 34 Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Serie de Información sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. “Anticoncepción y Planificación Familiar” Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Contra_FamPlan_WEB_SP.pdf
- 35 Idem
- 36 El Universal. Alertan que desabastecimiento de medicamentos llega hasta 40%. 25 de febrero de 2013. Disponible en: <http://www.eluniversal.com/economia/130225/alertan-que-desabastecimiento-de-medicamentos-llega-hasta-40>
- 37 El Nacional. Fefarven: Hay 80% de desabastecimiento de medicamentos en el país. 25 de enero 2016. Disponible en: http://www.el-nacional.com/sociedad/fefarvendesabastecimiento-medicamentos-80-escasez_0_781721961.html
- 38 El Nacional. Aseguran que escasez de anticonceptivos alcanza 90% este año. 9 de diciembre 2016. Disponible en: http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/aseguran-que-escasez-anticonceptivos-alcanza-este-ano_35606
- 39 En la Norma Oficial para la Atención de Salud Sexual y Reproductiva (2013) la edad fértil es considerada entre los 10 y los 49 años de edad. En el mismo documento se habla también de “mujeres en edad fértil con riesgo de embarazo.”
- 40 Al respecto ver Reuters In Crisis Hit Venezuela young women seek sterilization Disponible en: <https://widerimage.reuters.com/story/In-crisis-hit-Venezuela-young-women-seek-sterilization>
- 41 La escasez fue hecha especialmente para recabar datos a ser utilizados en el presente informe.
- 42 Al respecto ver: <http://www.caraotadigital.net/carrusel/mujer-que-abandono-a-bebe-en-bello-campo-no-sabia-que-hacer-con-el/>
http://www.el-nacional.com/noticias/sucesos/bebe-recien-nacida-fue-abandonada-terminal-barquisimeto_72929
<http://efectococuyo.com/principales/recien-nacido-abandonado-en-caurimare-aun-no-esta-en-adopcion>
http://www.el-nacional.com/noticias/sucesos/hallaron-feto-envuelto-bolsa-plastica-medio-una-pelea-perros_82269
<http://www.lapatilla.com/site/2017/02/26/encuentran-a-un-bebe-muerto-dentro-de-una-bolsa-de-basura-en-maturin/>
http://www.el-nacional.com/noticias/historico/cicpc-investigara-caso-fetos-hallados-basurero-tachira_18418
<https://elpitazo.com/gran-caracas/transeuntes-hallan-feto-bulevar-caracas/>
<https://elpitazo.com/gran-caracas/cadaver-recien-nacido-abandonado-dentro-bolso/>
<http://800noticias.com/hallan-cuerpo-de-un-bebe-abandonado-en-la-candelaria>
<http://noticiaaldia.com/2017/01/hallan-feto-tirado-entre-la-basura-en-18-de-octubre/>
<http://www.elnorte.com.ve/178542-2/>
<http://laiguana.tv/articulos/28978-feto-hallan-basurero-zulia-vertedero>
<http://www.notitarde.com/Abandonan-bebe-en-centro-comercial-de-Maracaibo/>
<http://Sucesos/2016/09/16/1024972/>
<http://www.diariocontraste.com/2017/01/encontraron-feto-en-un-basurero-en-ciudad-ojeda/#>
<http://noticiasvenezuela.info/2016/12/localizan-un-feto-en-estado-de-descomposicion-en-san-felix/>
<http://www.correodelcaroni.com/index.php/sucesos/item/50790-vecinos-de-villa-central-rescatan-a-bebe-abandonado-dentro-de-una-caja>
<http://notifalcon.com/v2/localizan-un-feto-decapitado-en-los-rosales/> <http://www.elnorte.com.ve/hallaron-feto-basurero-del-hospital-razetti/>
<https://elpitazo.com/regiones/hallaron-feto-enterrado-bebe-abandonado-anzoategui/>
<https://elpitazo.com/gran-caracas/audio-indigente-hallo-cadaver-de-un-bebe-en-un-basurero-de-petare/>
<https://elpitazo.com/regiones/localizan-sin-vida-recien-nacida-vertedero-basura-guanare/>
<http://versionfinal.com.ve/sucesos/hallan-dos-fetos-en-menos-de-24-horas-en-san-francisco/>
<http://lavozdeapure.com.ve/2016/04/11/hpao-encuentran-feto-abandonado/>
- 43 Instituto Nacional de Estadística (INE): Resultados de Población Indígena. XIV Censo Nacional de Población y Vivienda 2011. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/ResultadosBasicos.pdf> página 10
- 44 Fernández, Hisvet (2010) La despenalización del aborto, una deuda entre tantas, con las mujeres. Accesible en <http://www.derechos.org.ve/2010/10/10/opinion-la-despenalizacion-del-aborto-una-deuda-entretantas-con-las-mujeres/>
- 45 Al respecto ver: <http://www.derechos.org.ve/wp-content/uploads/09Salud4.pdf>
- 46 Informe de organizaciones de la sociedad civil ante la CIDH sobre el Derecho a la Salud en Venezuela. Disponible en <https://coalicionporlavida.wordpress.com/about/documentos/>

- informes/comision-interamericana-de-derechos-humanos/
- 47 Al respecto ver: <http://www.laverdad.com/zulia/96630-mujeres-paren-en-las-puertas-del-materno-de-san-francisco.html>
- 48 Al respecto ver: <http://www.elinformador.com.ve/2017/10/01/gobierno-admite-veracidad-de-foto-viral-de-sala-de-parto-improvisada-en-lara-fotos/>
- 49 Oscar Vera Parra LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD A TRAVÉS DE CASOS CONTENCIOSOS ANTE EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r32459.pdf>
- 50 INE (2012) Estadísticas vitales. Nacimientos vivos registrados por grupo de edad de la madre, según situación conyugal de la madre.
- 51 Informe sobre Venezuela. 26 Ronda del Examen Periódico Universal. Octubre 2016. Presentación conjunta de la Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM) y The Sexual Rights Initiative. Disponible en <http://sexualrightsinitiative.com/wp-content/uploads/SRI-PLAFAM-Venezuela-UPR-Joint-Submission-26-Session.pdf>
- 52 Al respecto ver: Zoghbi y López (Junio 2016) http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000100010
- 53 <http://efectococuyo.com/principales/expansion-del-zika-no-se-detiene-en-venezuela-oficialmente-hay-4-700-casos-sospechosos>
- 54 http://espanol.medscape.com/verarticulo/5900387#vp_1
- 55 <http://americasquarterly.org/content/venezuelas-zika-outbreak-may-be-150-times-worse-reported-study-says>
- 56 <http://efectococuyo.com/efecto-cocuyo/especialistas-preven-repunte-de-casos-de-zika-en-medio-del-silencio-oficial>
- 57 http://www.elinformador.com.ve/2016/02/07/falta-de-reactivos-eleva-cantidad-de-subregistros-del-zika-lara/#.WTB_w9ThDvY
- 58 <http://www.el-nacional.com/principales/ucv-por-epidemia-de-zika-se-esperan-diez-veces-mas-casos-de-microcefalia>
- 59 http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/imt-calcula-hasta-1400-casos-microcefalia-por-zika-venezuela-para-2016_8734
- 60 http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&id=11599&Itemid=41691&lang-es
- 61 Disponibles en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/venezuela>
- 62 <https://consciente.wordpress.com/2017/07/05/ser-vih-positiva-en-la-crisis-de-venezuela/>
- 63 <http://musasvenezuela.blogspot.com/2017/05/venezuela-vive-los-peores-momentos-de.html>
- 64 <http://www.stopvih.org/noticias/123-ong-denuncian-emergencia-en-venezuela-avance-discriminatorio-en-programas-de-salud-publica-y-acentuado-desabastecimiento-de-antirretrovirales/>
- 65 http://www.eluniversal.com/noticias/caracas/fallas-antirretrovirales-comprometen-salud-mil-pacientes-con-vih_650616
- 66 Al respecto, consultar los siguientes enlaces:
- <http://www.el-carabobeno.com/580-ninos-madres-vih-sida-carabobo-tienen-mas-ano-sin-tomar-leche/>
- http://www.eluniversal.com/noticias/venezuela/aseguran-que-hay-panales-formulas-lactear-lara_645398
- http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/efe-escasez-venezuela-incrementado-desnutricion-infantil_18807
- <http://www.entornointeligente.com/articulo/9918385/Denunciaron-colapso-del-sistema-de-salud-publico-y-privado-en-Venezuela-28042017>
- 67 <http://musasvenezuela.blogspot.com/2016/06/musas-hablo-sobre-la-crisis-en-vih-y.html?q=caracterizaci%C3%B3n+de>
- 68 http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/escasean-nueve-medicamentos-para-tratar-cancer-mama_89171
- 69 <https://www.el-carabobeno.com/1306757-2/>
- 70 Estos medicamentos son: Anastrozol, Aprepitant, Bevacizumab, Carboplatino, Capecitabina, Clorfeniramina, Dexametasona, Dextrazoxane, Docetaxel, Doxorubicina, Emend, Eritropoyetina, Examestano, Fluoracilol, Fulvestrant, Gemcitabina, Ibrandonato de Sodio, Lenograstim, Lomustin, Oxilipatino, Paclitaxel, Palonosetron, Prednisona, Procarbazona, Ranitidina, Tamoxifeno y Trastuzumab
- 71 En <https://observatoriodeviolencia.org.ve/2016-ovv-estima-28-479-muertes-violentas-en-venezuela/> consultado el 27 de junio 2017
- 72 Ídem
- 73 Para el 2014, el OVV identificó un total 24.980 fallecidos y una tasa de 82 muertes violentas por cada 100 mil habitantes (OVV, 2014 en <http://observatoriodeviolencia.org.ve/wp-content/uploads/2015/02/OVV-INFORME-DEL-2014.pdf>). En los años siguientes, esta tasa ha ido aumentando, en el 2015 llegó a 90 por 100 mil habitantes (<https://observatoriodeviolencia.org.ve/2015-tasa-de-homicidios-llego-a-90-por-cada-100-mil-habitantes/>), y en el 2016 se estimaron 28.479 muertes violentas en Venezuela con una tasa de 91,8 por mil habitantes (OVV <https://observatoriodeviolencia.org.ve/2016-ovv-estima-28-479-muertes-violentas-en-venezuela/>). Estas tasas nos han ubicado consecutivamente en los tres años en el segundo lugar de los países con mayor violencia letal en el mundo, Para el año 2014, el primer lugar lo ocupó Honduras, mientras que para 2015 y 2016 el primer lugar fue para El Salvador.
- 74 En <https://observatoriodeviolencia.org.ve/2016-ovv-estima-28-479-muertes-violentas-en-venezuela/>
- 75 En <https://www.derechos.org/ve/dictadura-vs-rebelion-popular>
- 76 Ídem
- 77 <http://runrun.es/r-es-plus/319427/fotos-infografia-y-mapa-muertos-en-protestas-en-venezuela-parte-dos.html>
- 78 MESECVI (2014) Guía para la Aplicación de La Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra La Mujer. MESECVI/OEA/Embajada de Canadá
- 79 COFACIV (2013) citado en Observatorio Venezolano de los Derechos de las Mujeres (2014) Informe Alternativo ante el Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
- 80 En <http://oig.cepal.org/es/indicadores/feminicidio>
- 81 Ministerio Público (2015) Informe de Gestión
- 82 Ministerio Público (2016) Informe de Gestión.
- 83 Para el cálculo de las tasas se emplea como total de población femenina en el país, las cifras proyectadas por sexo para el 2016 del INE, en Instituto Nacional de Estadística: La Transición Demográfica en la República Bolivariana de Venezuela 2000-2050. Proyecciones al 30 de junio calculadas en el segundo trimestre de 2013, con base al Censo 2011. Caracas, septiembre de 2014.
- 84 En http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/violencia-contra-mujer-ocurre-por-impunidad-desproteccion_190928
- 85 En www.ateneoecologico.org
- 86 <http://oig.cepal.org/es/indicadores/feminicidio>
- 87 En <http://globovision.com/article/observatorio-venezolano-de-violencia-tasa-de-homicidios-subio-1-8-en-2016>
- 88 Laboratorio de Ciencias Sociales (2011) "Violación al Derecho a la Vida en Venezuela" en <http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/session12/VE/OVV-LACSO-ObservatorioViolenciaLaboratorioCienciasSociales-spa.pdf>
- 89 <https://observatoriodeviolencia.org.ve/2016-ovv-estima-28-479-muertes-violentas-en-venezuela/>
- 90 Según declaraciones de la Fiscal General de la República, para el 2011 cada despacho Fiscal en materia de Violencia contra las mujeres se manejaba con 827 al año http://www.mp.gob.ve/web/guest/fiscalia-con-competencias-en-materia-de-violencia-de-genero-familia;jsessionid=794B77E7A8AA71FC5E6AA28F01830B47?p_id=62_INSTANCE_N0Rp&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&c_62_INSTANCE_N0Rp_struts_action=2Fjournal_articles%2Fview&c_62_INSTANCE_N0Rp_groupId=10136&c_62_INSTANCE_N0Rp_articleId=605780&c_62_INSTANCE_N0Rp_version=1.0
- 91 Op. Cit 15
- 92 En http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/las-mujeres-venezolanas-sufre-violencia-domestica_29603
- 93 El Plan Nacional para la Igualdad y Equidad de Género, en su objetivo 3.6 que forma parte de la Dimensión Social del Plan, tiene previsto "Avanzar hacia la erradicación de la violencia contra las mujeres en todas sus expresiones. MinMUJer (2013) "Plan para la Igualdad y Equidad de Género "Mamá Rosa" Caracas: MinMujer en http://www.inpsasel.gob.ve/moo_doc/mama_rosa.pdf
- 94 En www.minmujer.gob.ve/?q=minmujer/programas/defensoras-comunales
- 95 En http://www.el-nacional.com/noticias/politica/violencia-que-calla-los-detenidos_189368
- 96 En http://www.el-nacional.com/noticias/politica/violencia-que-calla-los-detenidos_189368
- 97 En http://www.el-nacional.com/noticias/politica/violencia-que-calla-los-detenidos_189368
- 98 En http://www.el-nacional.com/noticias/politica/violencia-que-calla-los-detenidos_189368
- 99 En http://www.el-nacional.com/noticias/politica/violencia-que-calla-los-detenidos_189368
- 100 En http://www.el-nacional.com/noticias/politica/estudiantes-detenidas-upel-denunciaron-actos-lascivos-contra_192433
- 101 En http://www.el-nacional.com/noticias/bbc-mundo/detenidos-protestas-opositoras-denuncian-violaciones-golpizas-tortura_190430
- 102 En http://www.el-nacional.com/noticias/protestas/denuncian-que-efectivo-gnb-viole-joven-con-arma-maracay_190887
- 103 Coalición ONG, Academia y Sociedad Civil (2014) Informe ante el Comité Contra la Tortura con motivo de la revisión de los informes periódicos 3° y 4° combinados de la República Bolivariana de Venezuela (53° periodo de sesiones, 3-28 de noviembre de 2014), En <http://www.cofavic.org/wp-content/uploads/2014/11/Informe-Alternativo-Vzla-14-10-14-Final.pdf>
- 104 En <http://guasacacdigital.com/2017/05/22/22-efectivos-de-la-pnb-fueron/>
- 105 <https://www.state.gov/j/tip/rls/tiprpt/2017/index.htm>
- 106 Prensa MINCI (2016)
- 107 <http://www.diariolavoz.net/2015/06/15/familiares-denuncian-nueva-ola-de-agresiones-en-celdas-del-inof/>
- 108 Ver Informe del Observatorio Venezolano de Prisiones del año 2015. Disponible en http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/VEN/INT_CESCR_CSS_VEN_20352_S.pdf
- 109 Una Ventana a la Libertad (2017) Derechos Vulnerados a mujeres privadas de libertad. Boletín 3-2017.
- 110 Ídem.
- 111 Ídem.
- 112 http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/VEN/INT_CCPR_CSS_VEN_20704_S.pdf
- 113 Organización de Mujeres Indígenas Amazónicas Wanaaleru. Informe para el Examen Periódico Universal 2016. Disponible en <https://wanaaleru.wordpress.com/2016/10/18/informe-de-wanaaleru-para-el-examen-periodico-universal-epu-venezuela/>
- 114 Alva, M. E. y Castañeda, N. "Feminismo y Socialismo. Aportes teórico-prácticos en Venezuela (1999-2009). En Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. V.14. N. 33. Caracas, Diciembre 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&t&pid=S1316-37012009000200008
- 115 Ídem
- 116 <http://cedice.org.ve/wp-content/uploads/2015/06/N%C2%B07-Presencia-de-las-Mujeres-y-lo-femenino-en-las-pol%C3%ADticas-2.pdf>

Bibliografía

- Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay (Corte Interamericana de Derechos Humanos 24 de Agosto de 2010).
- ACCSI. (2015). *Crímenes de odio por orientación sexual, identidad de género y expresión de género en las noticias de los medios de comunicación y organizaciones de la sociedad civil*. Obtenido de Acción Ciudadana Contra el Sida: <http://www.accsi.org.ve/accsi/wp-content/uploads/ACCSI-Venezuela-2015-Informe-sobre-cr%C3%ADmenes-de-odio-contra-LGBTI-versi%C3%B3n-final1.pdf>
- ACCSI. (2016). *Crímenes de odio por orientación sexual, identidad de género y expresión de género en las noticias de los medios de comunicación y organizaciones de la sociedad civil*. Obtenido de Acción Ciudadana Contra el Sida: <http://www.accsi.org.ve/accsi/wp-content/uploads/ACCSI-Informe-Venezuela-2016-Cr%C3%ADmenes-de-Odio-por-Orientaci%C3%B3n-sexual-Identidad-de-g%C3%A9nero-y-Expresi%C3%B3n-de-g%C3%A9nero-versi%C3%B3n-final-1.pdf>
- Castro, J., & Tineo, R. (22 de Julio de 2016). *La crisis de mortalidad materna en Venezuela*. Obtenido de Prodavinci: <http://prodavinci.com/blogs/la-crisis-de-mortalidad-materna-en-venezuela-un-trabajo-especial-de-julio-castro-mendez-y-rafael-e-tineo-figueroa/>
- CEDAW. (20 de Octubre de 2014). *Observaciones finales sobre el séptimo y octavo informes periódicos combinados de Venezuela ante la CEDAW*. Recuperado el 2 de Marzo de 2016, de <http://observatorioddbhmujeres.org/documentos/informe%20de%20recomendaciones%20cedaw.docx>
- CEPAZ. (2016). *¿Cómo afectan las violencias a las mujeres en Venezuela?* Obtenido de Centro de Justicia y Paz, CEPaz: www.cepaz.org.ve
- Chávez, L. G. (2010). *Salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*. Defensor(6), 60-64.
- Coalición ONG, Academia y Sociedad Civil. (2014). *Informe ante el Comité de la Tortura con motivo de la revisión de los informes periódicos 3° y 4° combinados de la República Bolivariana de Venezuela*. Obtenido de 53° Período de sesiones: http://www.cofavic.org/wp-content/uploads/2014/11/Informe-Alternativo-Vzla-14-10-14_Final.pdf
- Consejo de Derechos Humanos. (Abril de 2010). *Informe del Relator Especial sobre el Derecho al disfrute del nivel más alto de salud A/HRC/14/20/Add.2*. Ginebra. Obtenido de Documento A/HRC/14/20/Add.2.
- Facio, A. (2008). *Los Derechos Reproductivos son Derechos Humanos*. . San José: IIDH-UNFPA.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Población, UNFPA. (Octubre de 2017). *Estado de la Población Mundial 2017*. Obtenido de http://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP_WEB-READY_SWOP%202017%20report.pdf
- Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, UNFPA. (2016). *Estado de la Población Mundial 2016*. Obtenido de http://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP_SWOP%202016%20report.pdf
- Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica. (2016). *Documento A/HRC/32/44*. Ginebra: Consejo de Derechos Humanos, ONU.
- Gutierrez, J. (2009). *El acceso a la justicia de mujeres que viven en situación de violencia*. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 43-52.
- Jimenez, M. (2013). *Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas por la Violencia de Pareja en Venezuela*. Obtenido de UNFPA Venezuela: <http://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/RutaCriticaMujeres2013.pdf>
- MESECVI. (2014). *Venezuela. Informe de implementación de las recomendaciones del CEVI. Segunda ronda*. Documento OEA/Ser.L/II.7.10 MESECVI/I-CE/doc.25/14. Washington: OEA. Obtenido de MESECVI.
- MESECVI. (Febrero de 2015). *Guía Práctica para la Aplicación del Sistema de Indicadores de Progreso para la Medición de la Implementación de la Convención de Belém do Pará*. Obtenido de Comisión Interamericana de Mujeres (CIM): https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Guia_Indicadores_BDP_ESP.pdf
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (Noviembre de 2013). *NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA*. Obtenido de http://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NormaOficial%20SSR%202013_1.pdf
- Observatorio Venezolano de la Salud. (2016). *Crisis en la disponibilidad de insumos de salud Volúmen 2*. Obtenido de <http://www.ovsalud.org/boletines/salud/crisis-disponibilidad-insumos-salud/>
- ONUSIDA. (2009). *Compilación de Políticas Públicas sobre VIH y SIDA en Venezuela*. Obtenido de <http://www.rvg.org.ve/admin/images/biblioteca/politicaspublicas.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1994). *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO*. El Cairo: ONU.
- Organización de Mujeres Indígenas Amazónicas Wanaaleru. (2016). *Informe ante el Examen Periódico Universal*. Obtenido de <https://wanaaleru.wordpress.com/2016/10/18/informe-de-wanaaleru-para-el-examen-periodico-universal-epu-venezuela/>