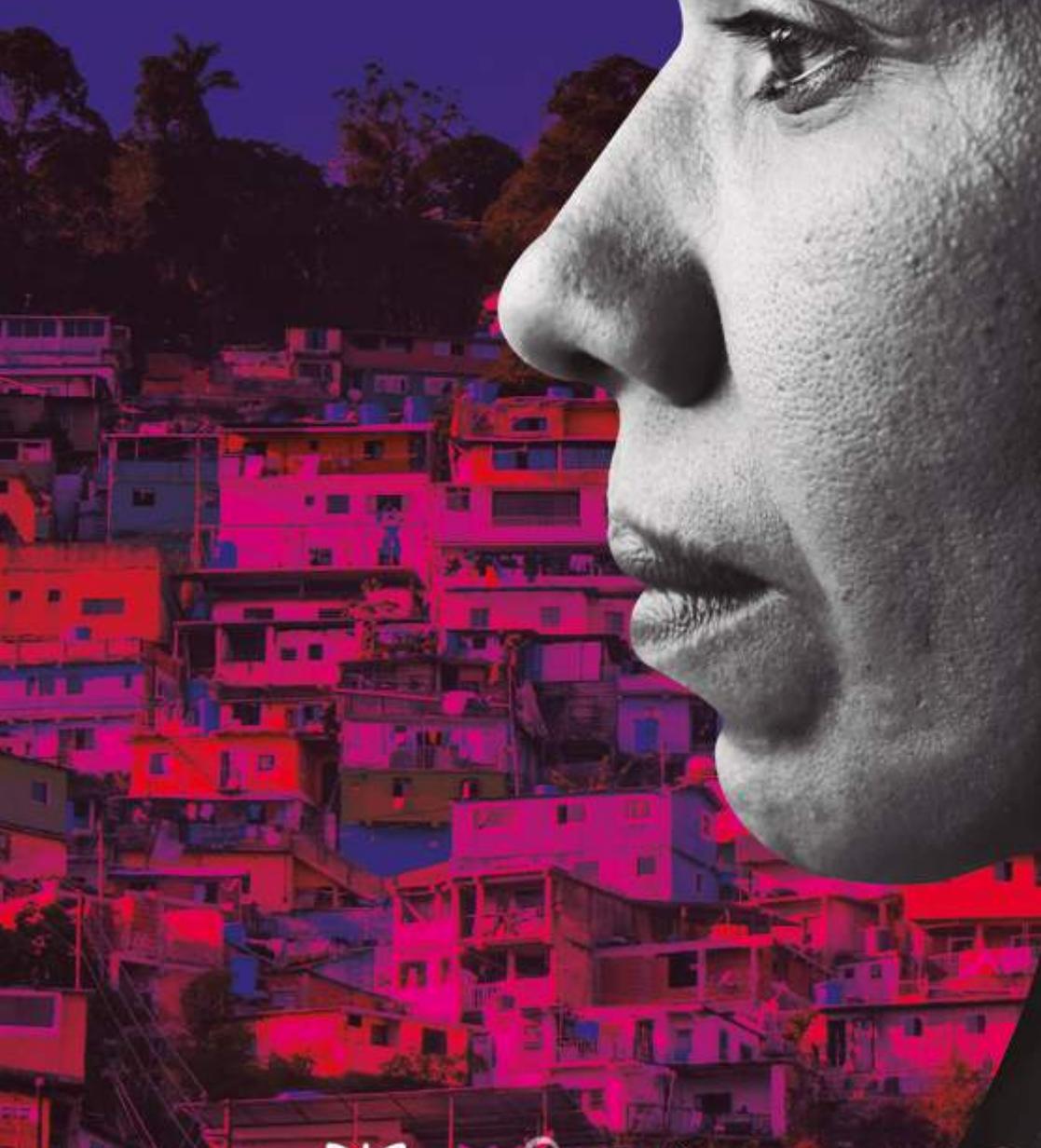


MUJERES

2019

AL LIMITE

DERECHOS DE LAS MUJERES DE
CARA AL AGRAVAMIENTO DE LA
EMERGENCIA HUMANITARIA
COMPLEJA EN VENEZUELA



AVESA



Asociación Civil
Mujeres en Línea



CEPAZ
Centro de Justicia y Paz



FREYA

AMNISTÍA
INTERNACIONAL





**INFORME ELABORADO POR LA
COALICIÓN EQUIVALENCIAS EN ACCIÓN,
CONFORMADA POR:**
ASOCIACIÓN CIVIL MUJERES EN LÍNEA
ASOCIACIÓN VENEZOLANA PARA UNA
EDUCACIÓN SEXUAL ALTERNATIVA (AVESA)
CENTRO DE JUSTICIA Y PAZ (CEPAZ)
CENTRO HISPANOAMERICANO DE LA MUJER, FREYA

COORDINACIÓN GENERAL, REDACCIÓN Y EDICIÓN:
Luisa Kislinger

INVESTIGADORAS
Anaís López Caldera
Andrea Pacheco
Beatriz Borges
Carolina Godoy
Fabiola Romero
Luisa Kislinger
Magdymar León Torrealba

CONCEPTO DE DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:
Equipo de Diseño Amnistía Internacional

Hecho en Caracas, Venezuela. Mayo 2019.

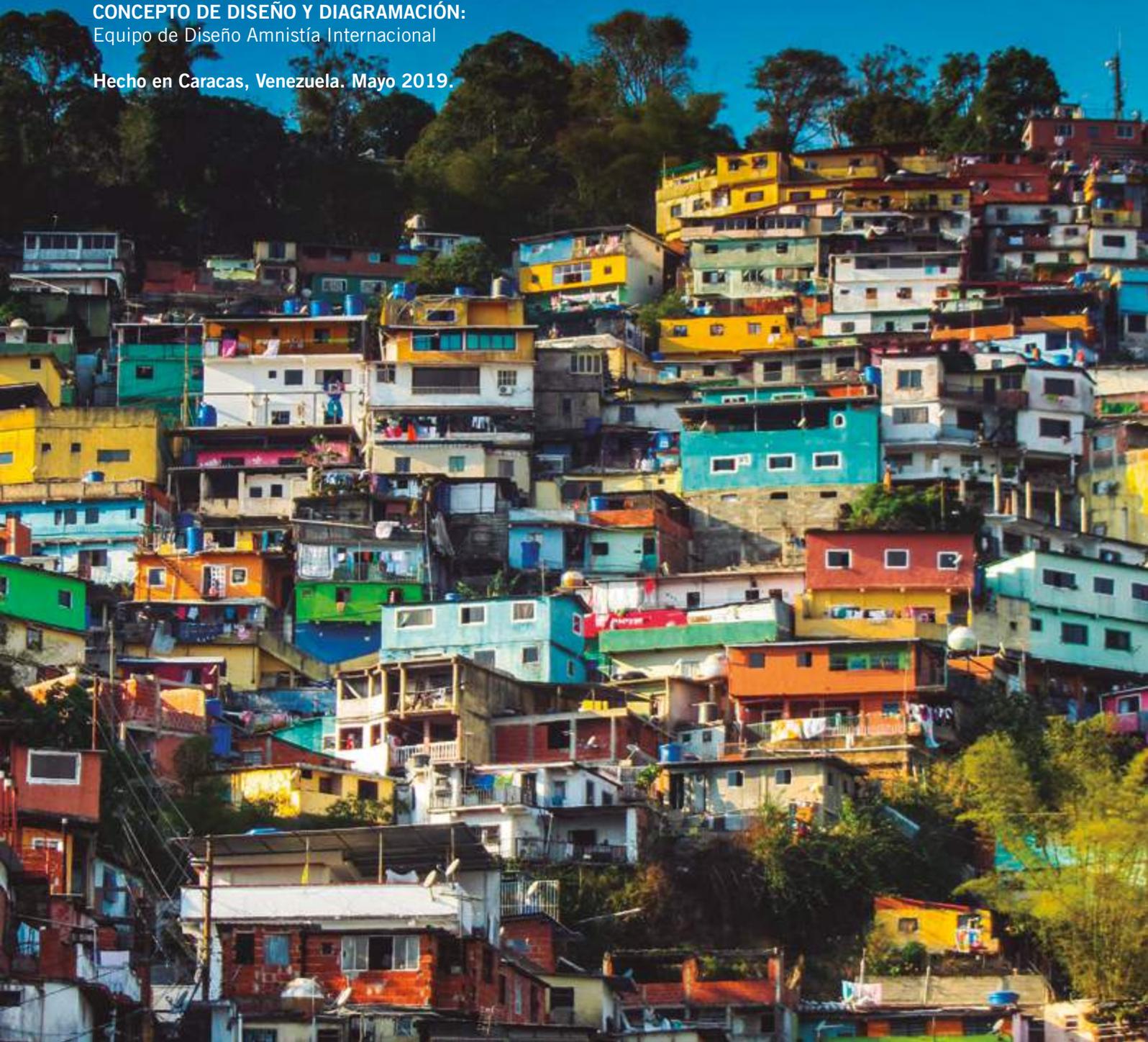


TABLA DE CONTENIDO

ACRÓNIMOS	04
INTRODUCCIÓN	05
CONTEXTO SOCIO-ECONÓMICO Y DEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES VENEZOLANAS	07
1. Contexto Demográfico	08
2. Educación	09
3. Fuerza de Trabajo	11
4. Alimentación	14
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	15
1. Disponibilidad de métodos de planificación familiar	18
1.1. Índice de Escasez de métodos anticonceptivos en farmacias de cinco ciudades del país	21
1.2. Dotación de métodos anticonceptivos en cuatro instituciones hospitalarias	25
1.3. Consecuencias de la vulneración del derecho al acceso a métodos anticonceptivos	26
2. Embarazos en adolescentes	29
3. Abortos inseguros	32
4. Mortalidad Materna	36
5. Condiciones y acceso a servicios en centros hospitalarios	42
5.1. Capacidad de atención	43

5.2. Condiciones generales de los establecimientos hospitalarios	46
II — MUJERES EN EL CONTEXTO DE LA MOVILIDAD HUMANA VENEZOLANA	58
1. Migración venezolana	59
2. Migrantes venezolanas	60
3. Factores de vulnerabilidad y riesgo para mujeres migrantes	63
3.1. Empleo	64
3.2. Ingreso	65
3.3. Vivienda	66
3.4. Salud	67
4. Violencia contra las mujeres	71
5. Roles y responsabilidades	73
5.1. Maternidad y cuidado de otras personas	73
5.2. Remesas	74
6. Condiciones de Viaje	75
6.1. Partida y Transito	76
6.2. Llegada	77
IV — OTRAS SITUACIONES QUE AFECTAN LA VIDA DE MUJERES, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL MARCO DE LA EHC	79
1. Violencia de Género contra la Mujer	80
1.1. Brechas en el marco normativo y de políticas públicas, así como en la producción de cifras en violencia de género contra las mujeres	80
1.2. Inacción de entes públicos	83
1.3. Violencia sexual en el contexto de la EHC	87
2. Mujeres Indígenas	90
2.1. Mujeres, niñas y adolescentes en el contexto del Arco Minero del Orinoco	93
2.2. Situación de la salud	96
2.3. Violencia militar y paramilitar contra las mujeres indígenas	97
2.4. Degradación de la vida de mujeres y niñas en las zonas mineras	99
2.5. Criminalización contra mujeres indígenas y luchadoras ambientales	100
Conclusiones	102
Bibliografía	104

ACRÓNIMOS

4

ACNUDH – Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ACNUR – Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AVESA – Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa
BM – Banco Mundial
CEPAL – Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPAZ – Centro de Justicia y Paz
CHET – Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera
CIDH – Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CLAP – Comités Locales de Abastecimiento y Producción
CorteIDH – Corte Interamericana de Derechos Humanos
DIU – Dispositivo Intrauterino
EHC – Emergencia Humanitaria Compleja
ENCOVI – Encuesta sobre Condiciones de Vida
FEFARVEN – Federación Farmacéutica de Venezuela
FMI – Fondo Monetario Internacional
IEMA – Índice de Escasez de Métodos de Anticoncepción
INAMUJER – Instituto Nacional de la Mujer
ITS – Infecciones de Transmisión Sexual
LODMVLV – Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
MINMUJER – Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género
MM – Mortalidad Materna
MPPS – Ministerio del Poder Popular para la Salud
NVR – Nacidos Vivos Registrados
OEA – Organización de Estados Americanos
OIM – Organización Internacional para las Migraciones
OMS – Organización Mundial de la Salud
ONU – Organización de las Naciones Unidas
OPS – Organización Panamericana de la Salud
SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR – Salud Sexual y Reproductiva
UCAB – Universidad Católica Andrés Bello
UCV – Universidad Central de Venezuela
UNFPA – Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas
USB – Universidad Simón Bolívar
VIH – Virus de Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

Por lo menos desde el año 2014, numerosas organizaciones de la sociedad civil, representantes de la academia, gremios y voces calificadas en esferas diversas, alertaban sobre lo que hoy se ha materializado en Venezuela: una emergencia humanitaria compleja (EHC). A diferencia de las crisis humanitarias que vienen determinadas por desastres naturales o conflictos armados, las EHC suelen ser de origen político y prolongadas en el tiempo, con lo cual tienen un gran impacto destructivo en todos los ámbitos de la vida, originando altas tasas de mortalidad.

De acuerdo al Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo (2006), las EHC están caracterizadas por:

a) El debilitamiento, quiebre o fragmentación del Estado en países con altos niveles de pobreza y periféricos para la economía global. Según el grado de descomposición se suele hablar de Estados débiles, frágiles o fallidos;

b) El hundimiento de la economía formal y el auge de la economía informal articulada mediante redes clandestinas;

c) El conflicto civil o interno, aunque frecuentemente con implicaciones internacionales, alentado por la exacerbación identitaria (étnica, nacional, religiosa), pero estimulado también por la economía política de la guerra;

d) La hambruna, como proceso de incremento de la desnutrición, la pobreza y las epidemias, que en ocasiones son deliberadamente provocadas como arma de guerra o mecanismo de despojo de los sectores vulnerables;

e) El éxodo y las migraciones forzosas, causados por la necesidad de la búsqueda de ayuda y, sobre todo, por prácticas de persecución y destrucción como la limpieza étnica o la tierra quemada. Además de originar oleadas de refugiados.

En Venezuela, la EHC es de origen político donde se entrelazan factores diversos tales como políticas económicas restrictivas, incluyendo controles de cambio y controles de precios, altos niveles de corrupción, disminución de ingresos, políticas de nacionalización de actividades agro-productivas e industriales, falta de inversión en mejoramiento de infraestructura y servicios básicos como agua, electricidad y transporte,

debilitamiento institucional y desprofesionalización del aparato del Estado. Ocurre, además, en un contexto de serias amenazas y restricciones al ejercicio de derechos civiles y políticos, tales como el derecho a la protesta y el derecho a la libertad de expresión, y serios retrocesos en derechos económicos, sociales y culturales de la población. El preocupante colapso de las capacidades del Estado en la prestación de servicios, incluyendo el derrumbe del sistema público de salud, han tenido un impacto devastador en la promoción, protección y garantía de derechos fundamentales y, consecuentemente, en la calidad de vida de la población venezolana.

Sería un despropósito desconocer que la EHC en Venezuela es responsabilidad del hoy régimen de facto de Nicolás Maduro, cuya indolencia ante el sufrimiento generalizado de la población y sus políticas represivas sólo han profundizado la crisis y aumentado la presión sobre una ciudadanía abandonada a su suerte.

Ninguna crisis humanitaria, sea ésta originada por desastres naturales, emergencias sanitarias, conflictos armados o emergencias humanitarias complejas, es neutral al género. Ellas afectan de manera diferenciada a mujeres y hombres, niñas y niños (ONU Mujeres, 2017). Por ejemplo, datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) afirman que para el 2015, el número estimado de muertes maternas en 35 países afectados por crisis humanitarias o contextos frágiles era 185.000, el cual representaba el 61% de la cifra global de muertes maternas (303.000). De manera que el promedio de 417 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en contextos de crisis humanitarias o Estados frágiles es 1.9 veces mayor que el promedio mundial de 216 (UNFPA, 2015).

En el caso venezolano, la EHC ha ampliado las brechas de género y ha colocado a las mujeres, niñas y adolescentes en situación de mayor vulnerabilidad. En su informe de junio 2018, la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) observó que las mujeres habían sido especialmente afectadas por la crisis de salud e impactadas de modo desproporcionado por la escasez de alimentos (2018). Antes aún de la publicación de ese informe, en octubre de 2017, las Relatoras de Mujeres, de Niñez y de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la CIDH ya habían solicitado al Estado venezolano llevar a cabo una visita para recopilar información sobre “la grave situación social de las mujeres y niñas” en el país (CIDH, 2017). Al momento de escribir estas líneas, dicha solicitud no ha sido todavía concedida.

Desde el año 2016, las organizaciones Asociación Civil Mujeres en Línea, Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA), Centro de Justicia y Paz (CEPAZ) y el Centro Hispanoamericano de la Mujer FREYA, reunidas en la coalición “Equiva-

lencias en Acción” hemos llamado la atención sobre cómo la EHC por la que atraviesa Venezuela tiene una afectación diferenciada, y a menudo desproporcionada, sobre la vida de mujeres, niñas y adolescentes. A través de la documentación y la denuncia, hemos evidenciado dicha afectación, la cual frecuentemente se traduce en vulneraciones graves de derechos tales como el derecho a una vida libre de violencia, el derecho a la salud, incluyendo el derecho a no morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto y la autonomía reproductiva, el derecho a la alimentación, entre otros.

Con este informe nos proponemos continuar la labor emprendida en 2017 con “Mujeres al Límite. El peso de la emergencia humanitaria: vulneración de derechos de las mujeres en Venezuela” donde, a partir de la información oficial disponible para ese momento, realizamos un análisis de las brechas en el ejercicio y disfrute de derechos en las áreas de salud, especialmente salud sexual y reproductiva, alimentación y violencia contra la mujer. En esta oportunidad, y como respuesta a la política de Estado de ocultar cifras e información oficial, incorporamos datos resultantes de investigaciones llevadas a cabo por nuestras propias organizaciones, los cuales sirven para ilustrar y comprender la situación real en las áreas de salud sexual y reproductiva y movilidad humana. También hemos incluido información relacionada con la afectación diferenciada de mujeres en el ámbito de la alimentación, la violencia de género contra las mujeres en el contexto de la EHC, y la vulneración de derechos de las mujeres indígenas asociadas a actividades en el Arco Minero del Orinoco, al sur del país.

En el contexto actual de Venezuela, este trabajo tiene, en definitiva, dos propósitos claros. Por un lado, aportar diagnósticos que sirvan de base para el diseño de respuestas cónsonas con las realidades y necesidades de mujeres, niñas y adolescentes venezolanas en medio de la EHC. Y por otro, constituir un repositorio para la memoria histórica de un período donde los derechos de las mujeres observaron un retroceso inédito, que las ha colocado en algunas situaciones sólo comparables a las vividas en el siglo XIX, todo al amparo de una narrativa oficial pretendida, pero falsamente, feminista.

Caracas, Mayo 2019.

II. CONTEXTO SOCIO-ECONÓMICO Y DEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES VENEZOLANAS

Aunque la situación de deterioro a causa de la EHC es evidente en todas las áreas, no hay datos oficiales que permitan tener una medida real de la inocultable crisis. Es ampliamente conocida la existencia de una política oficial que impide divulgar cifras e información – desde aquellas relacionadas con violencia de género o empleo, hasta indicadores de salud cuya notificación es obligatoria. Como lo ha señalado la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) persiste en Venezuela una falta de acceso a fuentes oficiales e información que debería ser pública (2017). Por ejemplo, los Boletines Epidemiológicos del Ministerio de la Salud, instrumento fundamental de políticas públicas de salud, fueron publicados por última vez en mayo de 2017. A ello se une que ni este Ministerio, ni el Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género, ni ningún otro ministerio, publican informes anuales de gestión (memorias y cuentas) desde el año 2015. En ese contexto, el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil y centro académicos ha sido de fundamental importancia en la comprensión de la EHC.

Según la Encuesta sobre Condiciones de Vida (ENCOVI), elaborada por 3 universidades venezolanas (UCAB, UCV y USB, 2018), el 94% de los hogares no cuenta con ingresos suficientes para subsistir, mientras que la tasa de inflación prevista para el año 2019 por el Fondo Monetario Internacional (FMI)¹ es de 10.000.000% anuales. Tenemos así que el poder de compra de la moneda venezolana ha quedado pulverizado de cara a un panorama donde los indicadores económicos y sociales no dan signos de mejoras sino que, por el contrario, se agravan con rapidez. Los programas sociales promovidos desde instancias ofi-

ciales, tales como transferencias directas y alimentos subsidiados a través del sistema de Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP), que benefician a un 63% de los hogares (ENCOVI, 2018), además de ser de distribución irregular y manejados con criterios políticos, resultan insuficientes ante las grandes necesidades de la mayoría de la población venezolana. Ello con la afectación diferenciada en la vida de las mujeres.

En Diciembre de 2018 la canasta alimentaria básica tuvo un incremento intermensual de 133,7%. Esta variación triplica la del mes anterior y es la más alta registrada en el histórico del año. Pero el salario mínimo tenía un poder adquisitivo de tan sólo el 4,3% de esa canasta alimentaria básica (Cáritas Venezuela, 2018).

En estas condiciones, es bien sabido que la pobreza, las crisis y la aplicación de medidas de ajuste macroeconómico no tienen un efecto homogéneo en toda la población. Dichas medidas impactan de forma más negativa a las mujeres debido a las dificultades que encuentran para acceder a trabajos estables y bien remunerados, el aumento de las tasas de desempleo y la duración del mismo, las desventajas estructurales con las que pueden enfrentar la crisis. La disminución de inversiones en salud y educación frecuentemente se traduce en que las mujeres deban gastar más tiempo en las actividades del hogar, cuidando a las personas enfermas o socializando a los niños y niñas, a la vez que deben emplear buena parte de la jornada diaria en colas para acceder a servicios sociales. Con base a roles tradicionales de género, las mujeres han sido históricamente responsables de atender las necesidades básicas en la familia, con lo cual la forma en la

¹ https://www.imf.org/external/datamapper/PCPIPCH@WEO/WEO_WORLD/CHL/VEN

que son formuladas y dirigidas las políticas dirigidas a suplir dichas necesidades afecta considerablemente a las mujeres.² A la crisis económica, política y social, se suma una enorme precariedad institucional que profundiza la vulneración de derechos fundamentales como el acceso a la alimentación, la educación y el trabajo digno.

La crisis económica, política y social, devenida a la fecha en EHC, ha producido un “ajuste invisible” adicional que afecta especialmente a las mujeres, en razón de que la desinversión social resultante de la disminución del gasto público es compensada por el fondo social que ellas aportan con sus trabajos remunerados y no remunerados (Bethencourt, 1998). Este fondo social se sustenta, fundamentalmente, en el trabajo doméstico y comunitario. Si bien es cierto que la política comunitaria impulsada en Venezuela ya descansaba casi exclusivamente sobre las mujeres, la crisis las ha convertido en las responsables directas de la gestión de los programas de contención de la pobreza impulsados en sus comunidades por los gobiernos de Hugo Chávez, y luego por la administración de Nicolás Maduro. Vale la pena destacar el carácter voluntario y, por lo tanto, no remunerado en términos formales que significa este trabajo “extra” para las mujeres pobres, convirtiéndose así en una suerte de tercerización precaria por parte del Estado de las condiciones en las que las mujeres que habitan en sectores populares pueden acceder a un determinado ingreso o “beneficio” proveniente del Estado, sin tener en cuenta las condiciones de vida de estas mujeres ni sus necesidades específicas en medio de la crisis más severa que haya experimentado la nación en toda su historia contemporánea.

Además de los problemas cotidianos asociados a la supervivencia (alimentos, vestido, transporte) hay que sumar las necesidades específicas de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, así como de acceso y oportunidades para la educación y trabajos medianamente estables que les aseguren ingresos mínimos y propios en un contexto de hiperinflación, escasez y desabastecimiento agudo.

1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Para el año 2018, el Instituto Nacional de Estadística (INE) proyectaba que el total estimado de población en Venezuela era 32.828.110 personas. Las mujeres venezolanas representan el 49,88% de la población. De éstas, el 63,2% se encuentra en edad productiva, una tercera parte son niñas o adolescentes (25,3%), y el resto son adultas mayores (11,5%).

Tabla 1: Proyección de la Población Según Edad y Sexo, según año calendario 2018

SEXO		
GRUPOS DE EDAD	MUJERES	HOMBRES
0 - 14	4.011.956	4.265.265
15 - 59	10.037.618	10.131.125
60 - 95 Y MÁS	1.825.372	1.556.774
TOTAL	15.874.946	15.953.164

Estos datos poblacionales corresponden a proyecciones realizadas partir del último Censo de Población y Vivienda del año 2011. La emigración masiva personas, el aumento de la mortalidad materna e infantil, así como la mortalidad por causas asociadas a la crisis de servicios públicos y la escasez general de insumos médicos y medicamentos, son algunos indicadores que sugieren que la EHC pudiera tener un impacto significativo en la estructura poblacional de Venezuela.

La esperanza de vida también se ha visto afectada por la EHC, la cual según datos de ENCOVI para el 2018, se redujo en 3,5 años:

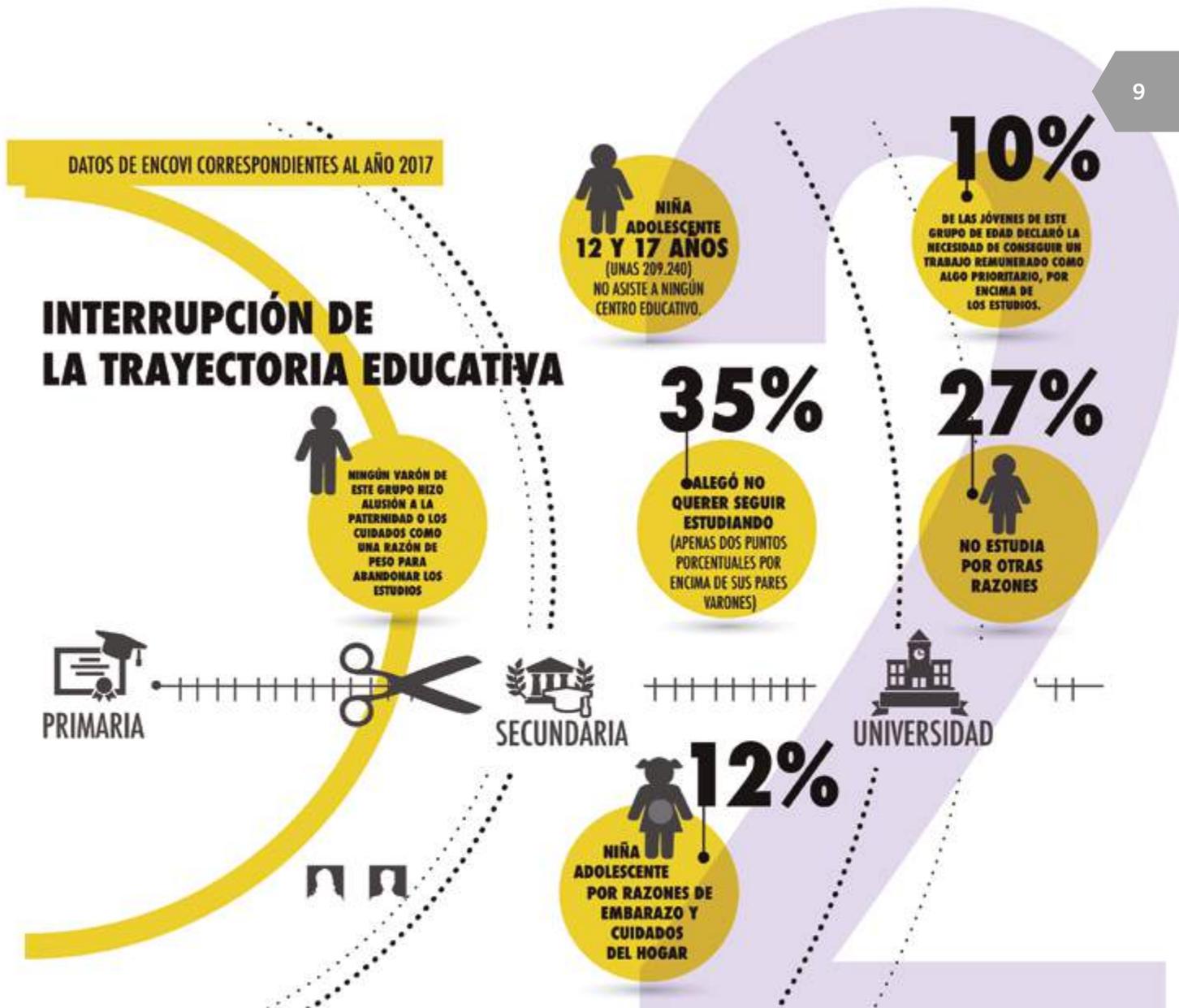
“Parece un dato estadístico más, pero es demoledor: cada niño que está naciendo en Venezuela tiene una expectativa de vivir 3,5 años menos que los que nacieron la generación anterior (...) El retroceso en la esperanza de vida es un fenómeno indicativo de gravísimas situaciones de destrucción económica, epidemias, guerras o hambrunas. Aparte del retroceso registrado tras la Segunda Guerra Mundial en varios países de Europa, en la historia moderna se ha registrado una caída en la esperanza de vida en Camboya, con el genocidio impulsado por los Jémeros Rojos; en África con la aparición de la epidemia de VIH (en la primera década del milenio en países como Sudán, Botswana y Suazilandia la ONU registró una regresión de hasta 20 años) y tras la disolución de la Unión Soviética” (Lares, 2019).

El retroceso en la esperanza de vida da cuenta de un daño estructural en las condiciones de vida de la población. El caso venezolano es excepcional en la medida en que no es el resultado de una devastación natural o un conflicto armado sostenido.

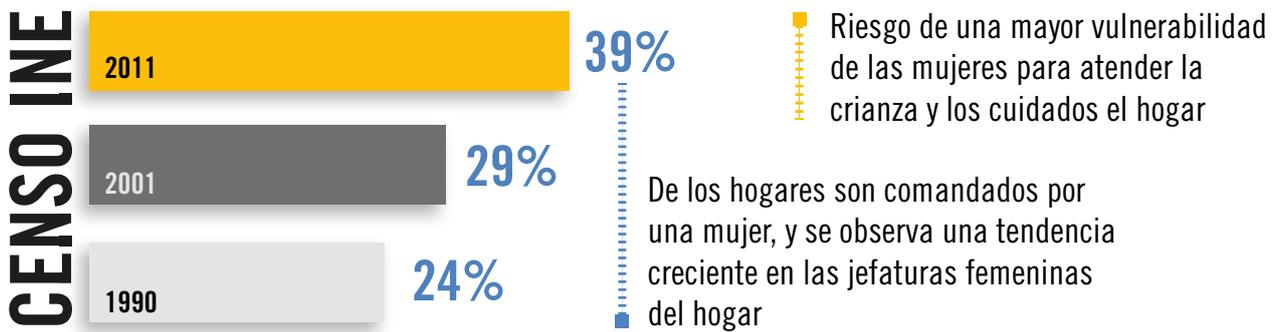
²Para una discusión más amplia sobre los efectos de las crisis económicas en las vidas de las mujeres ver: Mujer y Crisis. Respuestas ante la Recesión, Editorial Nueva Sociedad, Caracas. 1990.

2. EDUCACIÓN

El acceso a la educación de calidad es, por definición, un indicador de movilidad social y del nivel de desarrollo de una nación. En el contexto de una profunda y prolongada crisis de orden económico, social y político, éste es uno de los derechos, junto a la salud y el empleo, más vulnerados. Según ENCOVI (2018), entre 2015 y 2017 el acceso a la educación entre la población de 3 a 24 años, en promedio, descendió 7 puntos porcentuales, pasando de 78% de escolarización a 70%, lo que representa un poco más de un millón de niños, niñas y adolescentes (3 a 17 años) desescolarizados en los últimos 3 años.



Jefaturas femeninas en el hogar



Fuente: INE. Censo 2011.

La participación en el sistema educativo registra matrículas “paritarias”, y las niñas (3-5 años) y mujeres jóvenes (18-24) registran matrículas levemente superiores con respecto a sus pares varones. Los datos de ENCOVI señalan, además, que de los 475.000 adolescentes escolarizados que presentan rezago escolar severo, las niñas en edades comprendidas entre 12 y 17 años representan el 13%. Sin embargo, en contraste con años anteriores, este porcentaje es ligeramente menor. Esto pudiera deberse a la caída general de la matrícula de escolarización.

Entre las principales limitaciones expresadas por las personas encuestadas para asistir de forma regular al centro de estudios, el 28% señaló la falta de servicio de agua, la cual impacta de forma especial a niñas, jóvenes y mujeres, por razones asociadas a la higiene menstrual y el embarazo. Si bien es cierto que la ausencia de agua produce afectaciones generales y severas al funcionamiento de los centros educativos, para las niñas, adolescentes y mujeres en general la ausencia de agua potable y corriente aumenta los riesgos de exposición a enfermedades infecto-contagiosas.

Con respecto a la interrupción de la trayectoria educativa, los datos de ENCOVI correspondientes al año 2017, encontraron que el grupo de mujeres entre 12 y 17 años, (unas 209.240) no asiste a ningún centro educativo. Según las razones de importancia para abandonar los estudios: el 35% alegó no querer seguir estudiando (apenas dos puntos porcentuales

por encima de sus pares varones); 12% por razones asociadas al embarazo y cuidados del hogar; y 27% por otras razones. Ningún varón de este grupo hizo alusión a la paternidad o los cuidados como una razón de peso para abandonar los estudios, lo que es un reflejo de cómo los roles tradicionales de género permanecen prácticamente inalterados, depositando en las mujeres las labores domésticas y de crianza. El 61% de las mujeres entre 17 y 24 años no se encontraba estudiando. Las propias mujeres argumentaron razones asociadas a la necesidad de tener un empleo remunerado y al cuidado de hijos e hijas. De este grupo, el 22% manifestó no querer seguir estudiando, seguidas de un 21% que manifestó haber dejado de estudiar en razón de un embarazo y/o para atender directamente el cuidado de los hijos/as y el hogar. Un 10% de las jóvenes de este grupo de edad declaró la necesidad de conseguir un trabajo remunerado como algo prioritario, por encima de los estudios.

Estos datos sugieren una marcada precariedad del sistema educativo y de previsión social en el contexto de la EHC que merecen mayores análisis, particularmente en relación a su afectación diferenciada en niños y niñas. En todo caso, pareciera que estudiar a dedicación exclusiva en Venezuela se está tornando en un privilegio, incluso en aquellas edades en las que no debería serlo. Esto es particularmente preocupante en el ámbito de la educación media, pero también a nivel técnico y superior.

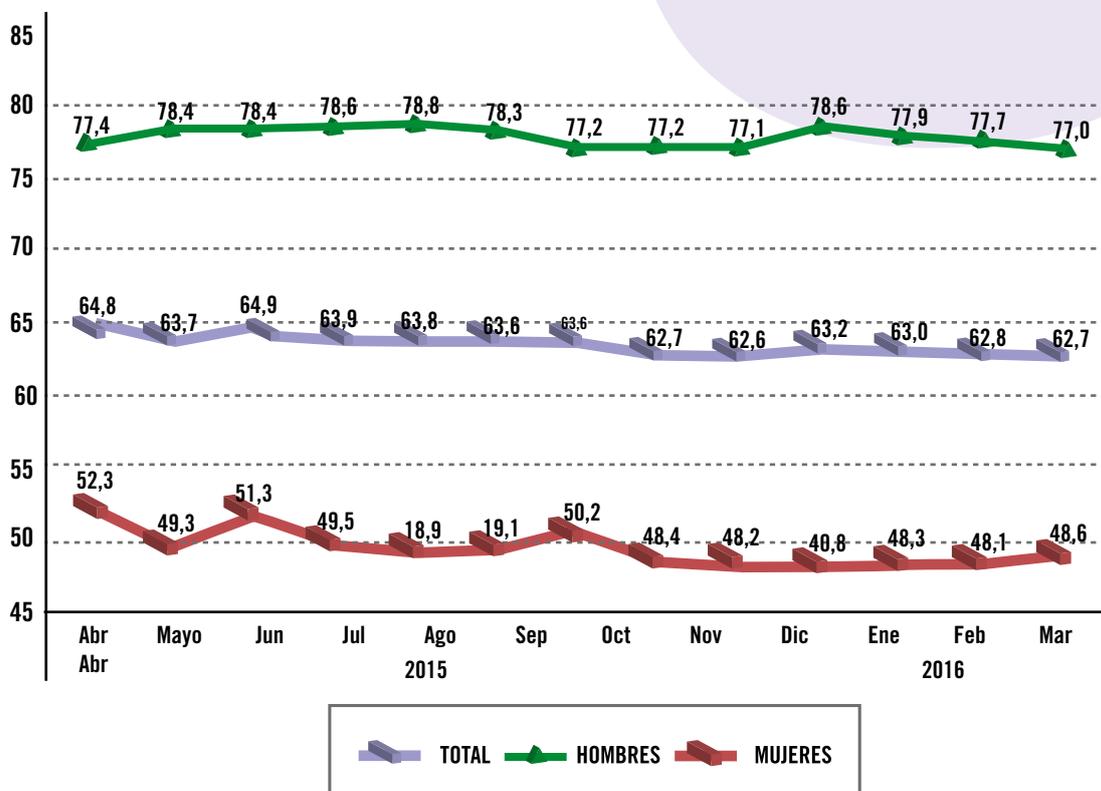
3. FUERZA DE TRABAJO

Según datos del Censo (INE, 2011), el 39% de los hogares eran comandados por una mujer. 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 hogar, lo que de entrada hace pensar en una mayor vulnerabilidad de las mujeres para atender la crianza y los cuidados del hogar.

Según la más reciente encuesta de hogares por muestreo (INE, 2016), la población económicamente activa para entonces fue de 14.124.319 (62,7%), que en comparación con abril de 2015, cuando fue de 14.322.536 personas (64,8%) indica que existe una disminución en cifras absolutas de 198.217 personas, es decir, 2,1 puntos porcentuales. Al analizar estos números desagregados por sexo, se observa un aumento significativo en los hombres de 110.290 en cifras absolutas (0,4 puntos porcentuales.), y una disminución de 308.507(3,7 puntos porcentuales) entre las mujeres.

**DE ACUERDO CON EL PROPIO INE:
 “(...) ESTA DISMINUCIÓN EN LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA EN LAS MUJERES HA SIDO MUY MARCADA DESDE EL AÑO 2015 Y CONTINÚA MANIFESTÁNDOSE EN EL AÑO 2016, LO QUE HA TRAÍDO COMO CONSECUENCIA UNA REDUCCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL ACTIVA A NIVEL NACIONAL” (2016).**

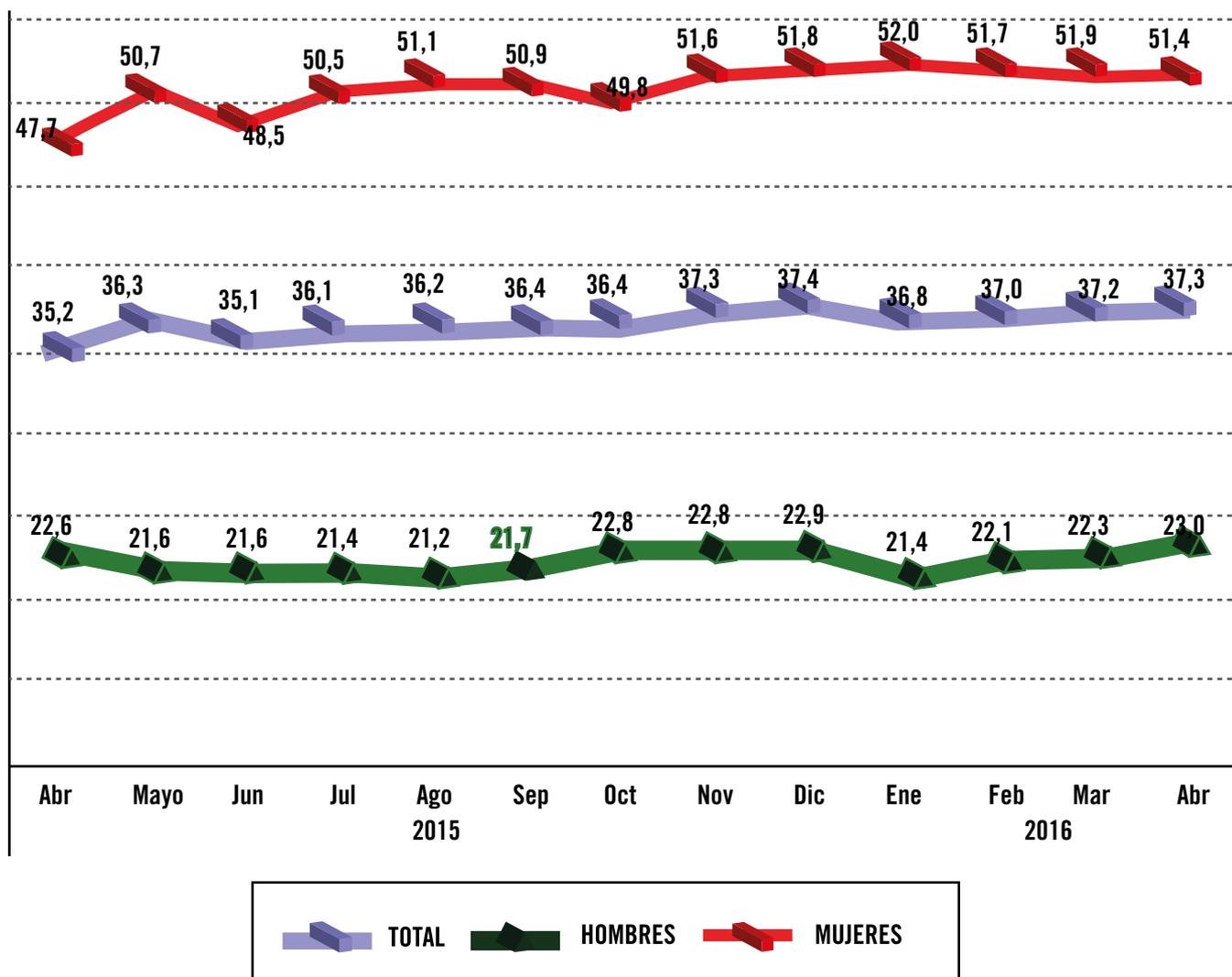
TASA DE ACTIVIDAD, ABRIL 2015 ABRIL 2016



De otra parte, la población económicamente inactiva en abril de 2016 fue de 8.396.288 personas (37,3%) lo cual, comparado al mismo mes del año 2015 cuando fue de 7.783.374 (35,2%), refleja un aumento significativo en cifras absolutas y porcentuales de 612.914 personas, que corresponde a unos 2,1 puntos porcentuales. Al ver los datos desagregados por

sexo, se observan incrementos significativos en las mujeres de 518.716 (3,7 pp.) y en los hombres de 94.198 (0,4 pp.). El incremento de la inactividad en el grupo de edad 15 a 24 pudiera encontrar una explicación en la incorporación de parte de esta población al sistema educativo (aumenta en 204.055), sin embargo, como señala el mismo INE en su análisis:

TASA DE ACTIVIDAD, ABRIL 2015 ABRIL 2016



“(…) ES RESALTANTE QUE LA POBLACIÓN INACTIVA FEMENINA AUMENTA EN FORMA SIGNIFICATIVA, EN LA COMPARACIÓN INTERANUAL, ESPECÍFICAMENTE SE INCREMENTA DE MANERA IMPORTANTE LA CATEGORÍA ‘QUEHACERES DEL HOGAR’ (428.330 PERSONAS). ESTA SITUACIÓN VIENE OCURRIENDO DESDE EL INICIO DEL AÑO 2015 PERO ES IMPORTANTE LLAMAR LA ATENCIÓN SOBRE ESTE DATO, DADO QUE EL ABANDONO DE UN PORCENTAJE IMPORTANTE DE LA POBLACIÓN FEMENINA DEL MERCADO LABORAL IMPACTA EN LOS INGRESOS DE LOS HOGARES (2016).”



 FOTO: SHUTTERSTOCK

En la misma encuesta se observan diferencias entre ambos sexos en cuanto a la dedicación exclusiva al hogar: un grupo de 3.071.881 de mujeres contra apenas 64.000 hombres. Esto evidencia cómo la narrativa oficial en torno al reconocimiento del trabajo doméstico como trabajo productivo y que crea valor no ha surtido efecto en la dinámica socio-económica y cultural en general. Por el contrario, se continúa observando una clara división sexual del trabajo que limita, excluye y expulsa a las mujeres del mercado laboral público/formal y mantiene las brechas en materia de cuidados entre mujeres y hombres. Esta “responsabilidad” por los cuidados ha disminuido las oportunidades de las mujeres de ingresar al mercado laboral y, por lo tanto, de lograr autonomía económica.

Es de presumir que en las actuales circunstancias de crisis económica y social en la que se encuentra Venezuela, agravada más recientemente por la crisis de servicios públicos de suministro eléctrico y de agua, las cifras analizadas demuestran un peor desempeño.

A excepción de ENCOVI, las cifras oficiales datan del año 2016 o antes. De manera que no hay mediciones actualizadas que nos permitan conocer con un mayor grado de certeza las condiciones socio-económicas de la población, y en particular de las mujeres. Sin embargo, estos datos esbozan con bastante nitidez las desigualdades en materia de género y la exacerbación de las mismas a causa de la EHC. Todo esto, además, ha resultado en un retroceso sin precedentes en el goce de derechos y garantías más fundamentales.

Cualquier proceso de re-institucionalización del país debe tener en cuenta las formas específicas en las cuales la crisis ha afectado a las mujeres, para poder así garantizar su re-incorporación plena al mercado de trabajo, así como políticas específicas que garanticen oportunidades de acceso y permanencia a educación de calidad en todos los niveles, que no se encuentre limitada por la dimensión de las labores de cuidado y crianza.

4. ALIMENTACIÓN

14

En Diciembre de 2018 la canasta alimentaria básica tuvo un incremento intermensual de 133,7%. Esta variación triplica la del mes anterior y es la más alta registrada en el histórico del año. Pero el salario mínimo tenía un poder adquisitivo de tan sólo el 4,3% de esa canasta alimentaria básica (Cáritas Venezuela, 2018). De acuerdo al Centro de Documentación y Análisis para los Trabajadores (CENDA), para ese mismo mes de diciembre de 2108, una familia requería de 23 salarios mínimos solo para cubrir sus gastos básicos de alimentación. Así mismo, estimó que en un hogar donde trabajen dos personas, es decir, dos salarios mínimos y 2 tickets de alimentación, solo podría cubrirse la comida para tres días al mes.³ Todo esto tomando en cuenta que, para el mes de abril 2019, el salario mínimo mensual en Venezuela es de 18.000 Bolívares soberanos, lo que equivale a 3.46 dólares americanos (al cambio oficial del día 25/4/2019), lo cual da como resultado un sueldo diario que ronda los 0.16 centavos de dólar.

Este panorama económico tiene un impacto directo sobre la capacidad de compra y de consumo de alimentos por parte de la población en general, y una afectación diferenciada en el caso de mujeres, niñas y adolescentes. De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), Venezuela es el país latinoamericano que experimentó el mayor aumento en materia de hambre y malnutrición durante el bienio 2016-2018. Según la misma fuente, el hambre se triplicó al pasar de ser

3,6% entre 2010-2012 a 11,7% entre 2015-2017. Sin embargo, puntualiza que estos datos muestran solo una tendencia, debido a lo limitado del acceso a la información oficial (2018).

Son múltiples las estrategias de supervivencia que ha tenido que generar la ciudadanía para paliar la crisis, entre ellas la búsqueda de alimentos en lugares no convencionales, pedir en la calle, reducir la calidad de las comidas, vender parte de sus bienes, endeudarse para poder comer, desincorporar a uno de los miembros del hogar y emigrar a otros países para conseguir mejor calidad de vida (Observatorio de Seguridad Alimentaria, 2018).

Según datos de un estudio con mujeres venezolanas a punto de iniciar su proceso migratorio (AVESA, CEPAZ, FREYA y Mujeres en Línea, 2019), el 96,5% de las consultadas manifestó preocupación de que no hubiese alimentos en sus hogares. Dicha preocupación está asociada al contexto socioeconómico que restringe el acceso a los alimentos y al deterioro del ingreso de las mujeres en sus hogares, como se comentó en párrafos superiores. Al indagar sobre el número de veces que dentro de un período de cuatro semanas sintieron que no iban a tener alimentos, el 43,63% de las mujeres manifestó que “a menudo” (más de 10 veces) estuvieron preocupadas de no tener disponible alimentos para sus hogares; un 28,60% manifestó que “a veces” (de 3 a 10 veces); y el 24,5% “raramente” (1 a 2 veces).

³<https://www.cesla.com/detalle-noticias-de-venezuela.php?Id=5883>

II. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

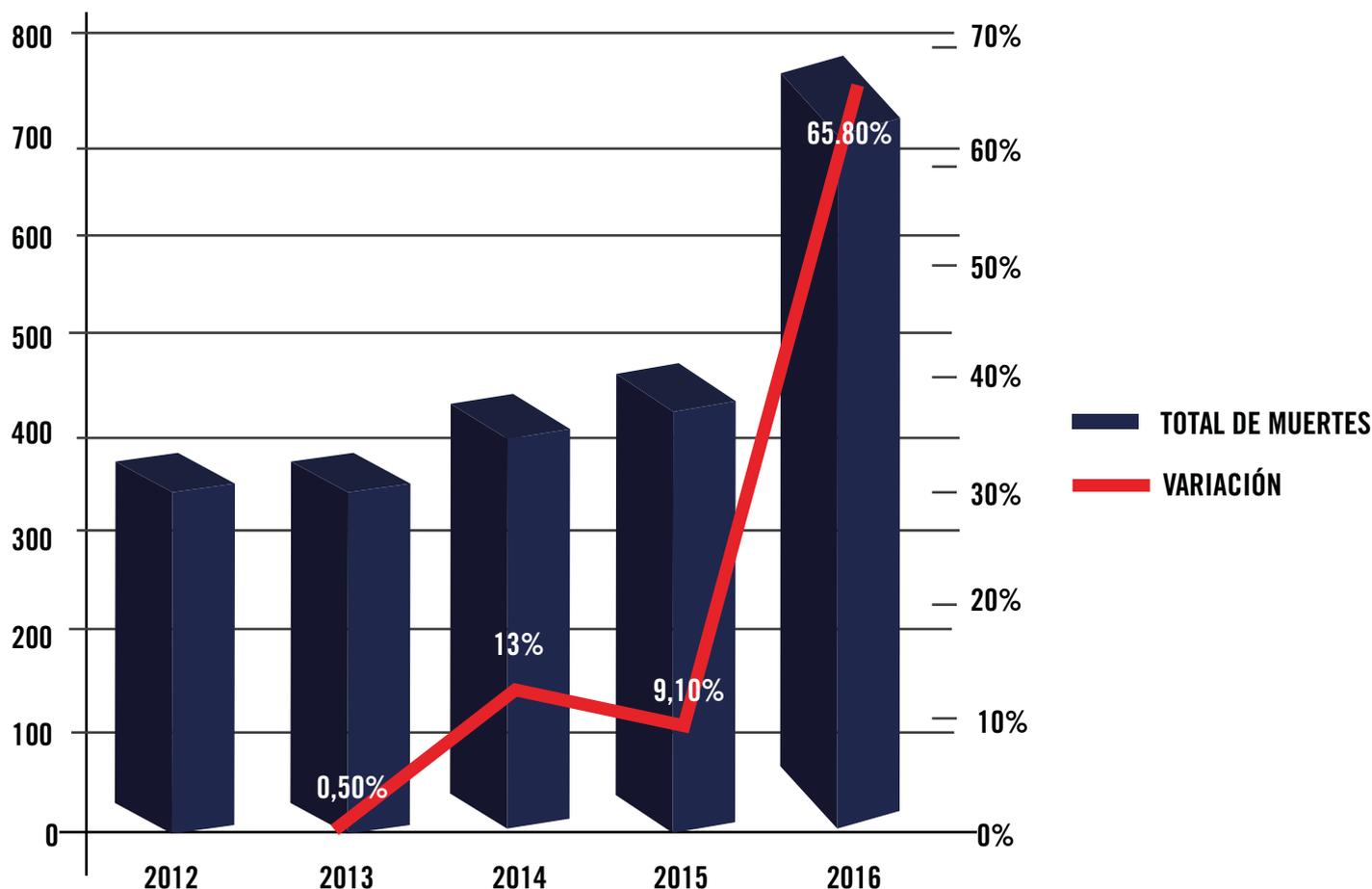
La situación en materia derechos y salud sexual y reproductiva en Venezuela es de considerable gravedad e inéditos retrocesos, debido a la ausencia de políticas públicas coherentes, eficaces y eficientes que garanticen los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población venezolana. En el país contamos con un marco nacional de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, contemplados en diversos instrumentos jurídicos, que brindan la plataforma requerida para el desarrollo de estas políticas públicas, incluida la asignación de recursos (AVESA, ACCSI, Aliadas en Cadena, 2015); no obstante, no ha existido voluntad política para esto. Esta grave situación es también consecuencia del derrumbe del sistema público de salud, incluyendo centros de atención materna y servicios de salud sexual y reproductiva, así como de políticas restrictivas que han impedido la producción local y/o importación de insumos esenciales tales como métodos de planificación familiar, cuya escasez ha sido denunciada al menos desde el 2014, año en el cual ya se avizoraba la crisis que hoy afecta a Venezuela.

La combinación de una ausencia de políticas públicas efectivas en salud sexual y reproductiva, el colapso del sistema público de salud y la escasez de métodos anticonceptivos, ha generado serias implicaciones en el disfrute de los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres venezolanas, e impacta de modo indiscutible en el aumento de la mortalidad materna, el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA, y abortos inseguros asociados a embarazos no deseados. Como señalamos en nuestro informe anterior (Equivalencias en Acción, 2017), para 2016 la Federación Farmacéutica de Venezuela (FEVARVEN) calculaba que la escasez de métodos de planificación familiar se encontraba en el orden del 90%.⁴

Entre 2012 y 2016, se ha registró un aumento sostenido de las muertes maternas en el país de acuerdo con cifras oficiales (ver Gráfico 1). En tan sólo en un año (2015 - 2016) la mortalidad materna aumentó en un 66%.

⁴El 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

GRÁFICO 1 : MUERTE MATERNA EN VENEZUELA 2012 - 2016



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

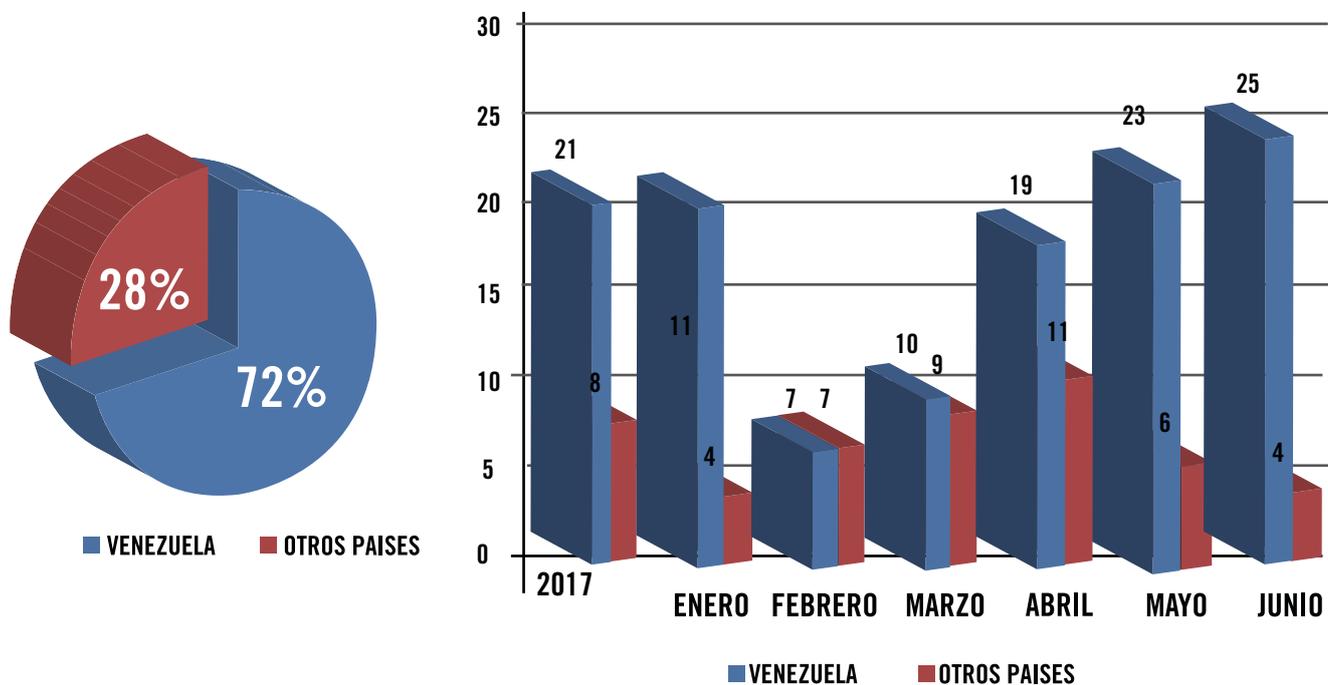
Las precarias condiciones socio-económicas en las que se encuentra la mayoría de la población, que condicionan el acceso a alimentos para toda la población, incluidas las mujeres embarazadas, han generado consecuencias negativas en ellas y sus hijos/as por nacer. Por ejemplo, según datos recabados por la organización Cáritas correspondientes al período julio-septiembre 2018, 21% de las mujeres embarazadas en parroquias de 7 estados presentaban desnutrición aguda, 24% de ellas adolescentes menores de 19 años (Cáritas Venezuela, 2018).

Ante este estado de cosas, y la ausencia de respuestas de parte de entes oficiales, la opción para muchas mujeres venezolanas con necesidades de salud sexual y reproductiva ha sido cruzar la frontera hacia Colombia o hacia Brasil. Una investigación de la organización

no gubernamental colombiana PROFAMILIA, encontró que las tendencias de nacimientos en Colombia donde la madre reside en Venezuela aumentaron de forma significativa entre 2015 y 2018, en comparación con el promedio del período del 2012 - 2014. Los departamentos de Norte de Santander (40,1%), La Guajira (19,7%) y Bogotá (15,8%) tuvieron las frecuencias más altas de nacimientos de madres con residencia en Venezuela entre los meses de enero y julio del 2018 (Profamilia Colombia e IPPF, 2019). Durante 2017, tres de cada cuatro abortos en Profamilia realizados a mujeres extranjeras fueron realizados a mujeres venezolanas (un total de 21 procedimientos), mientras que al mes de junio del 2018, 165 servicios de aborto habían sido prestados a mujeres de diferentes nacionalidades: 116 a mujeres venezolanas (71%) y 49 a mujeres de otros países (29%) (ver Gráfico 2) ⁵.

⁵ En Colombia, el aborto se encuentra despenalizado cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud física o mental de la mujer, cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida extrauterina y cuando el embarazo sea producto de violación sexual.

GRÁFICO 2: ABORTOS REALIZADOS A MUJERES VENEZOLANAS Y DE OTROS PAISES EN PROFAMILIA



Según cifras de Migración Colombia (2018), entre abril y junio de 2018, se registró la entrada de 8.209 mujeres venezolanas embarazadas, 6.304 (76.7%) de ellas sin control prenatal y 8.045 (98%) sin seguridad social. También se registraron 7.496 mujeres venezolanas en período de lactancia, lo que corresponde a un 3.4% del total de 219.799 que ingresaron en el mismo lapso. Y según un informe de la Secretaría de la Presidencia de Brasil, el 10% de los partos en el estado fronterizo de Roraima entre enero de 2017 y marzo de 2018, correspondieron a mujeres venezolanas.⁶

El estudio de PROFAMILIA (2019) revela otro dato preocupante: hombres y mujeres provenientes de Venezuela, de diferentes grupos de edad, no estaban familiarizados con el concepto de salud sexual y salud reproductiva ni con los servicios y los derechos relacionados con ellos. Igualmente, no demostraban suficientes conocimientos sobre anticonceptivos, el aborto, las ITS, el VIH y los servicios de salud necesarios para el manejo clínico de la violación. El grupo de jóvenes entre 14 y 25 señaló no haber recibido educación integral para la sexualidad.

Todos estos datos son reveladores de cuál es la situación en torno a los derechos y la salud sexual y reproductiva en Venezuela. No obstante, no existen cifras oficiales en las áreas de abortos, embarazos adoles-

centes, mortalidad materna, y disponibilidad de métodos de planificación familiar, entre otras que afectan a las mujeres, niñas y adolescentes, lo cual constituye una vulneración del derecho a la información, y tiene un impacto directo en el derecho a la salud, ambos amparados por la CRBV. Es entonces en función a este vacío de información y ante las alertas sobre la precariedad en materia de derechos y salud sexual y reproductiva antes descrita, que desde la coalición Equivalencias en Acción se realizaron dos estudios entre los meses agosto y diciembre del año 2018 con el propósito de medir:

- a. Niveles de abastecimiento de métodos anticonceptivos a nivel de farmacias privadas en cinco ciudades de Venezuela (Equivalencias en Acción, 2019a); y
- b. Embarazo adolescente, muertes maternas, abortos inseguros y condiciones de servicios en 4 establecimientos de salud: el Hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas, conocido como la Maternidad del Sur (Estado Carabobo); la Maternidad de Alto Riesgo “Comandante Supremo Hugo Chávez Frías” perteneciente a la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera, CHET (Estado Carabobo); Hospital Victorino Santaella (Estado Miranda); Maternidad Concepción Palacios (Caracas) (Equivalencias en Acción, 2018); (Equivalencias en Acción, 2019b).

⁶Diario Tal Cual. Cifras revelan que más de 800 venezolanas han dado a luz en Brasil desde enero de 2017. 8 de mayo 2018. Disponible en: <http://talcualdigital.com/index.php/2018/05/08/cifras-revelan-que-mas-de-800-venezolanas-han-dado-a-luz-en-brasil-desde-enero-de-2017/>

1. DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

18

En la Conferencia Mundial de El Cairo, celebrada en 1994, se reconoció el derecho a la salud reproductiva, definido como:

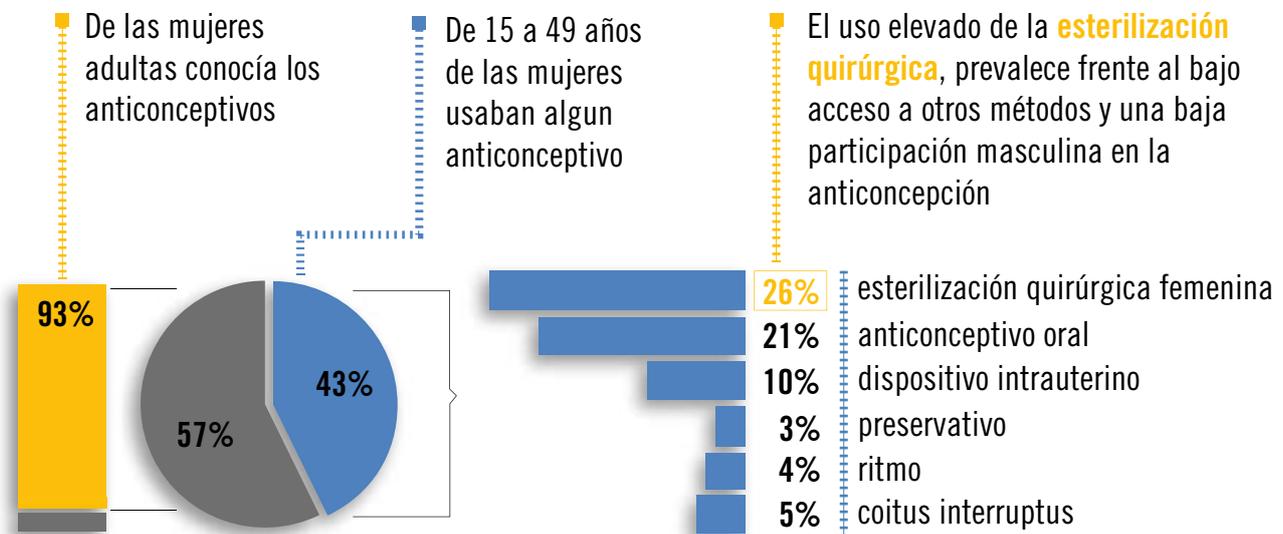
“[...] un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección; acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos; acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables; el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos [...]” (ONU, 1994).

Dentro de esta definición, y de acuerdo al análisis sobre los derechos reproductivos realizado por el Instituto Interamericano de los Derechos Humanos (2003), se entiende que el derecho a la salud reproductiva incluye el acceso a métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos. El acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables forma parte de este derecho a la salud, por lo cual los Estados tienen la obligación de garantizarlo.

La anticoncepción tiene claros beneficios para la salud

de las mujeres, ya que la prevención de los embarazos no deseados da lugar a una disminución posterior de la mortalidad y morbilidad materna e infantil, contribuyen a que las personas puedan tomar el control de su sexualidad, salud y reproducción, lo que coadyuva al logro de una vida sexual satisfactoria (OMS, 2014), y facilita el ejercicio de otros derechos por parte de las mujeres tales como el derecho al trabajo o a la educación. Por ello, el acceso a métodos anticonceptivos debe ser asumido desde una perspectiva de derechos. Como señala la OMS (2014, página 5):

SITUACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN VENEZUELA ANTES DE LA EHC



Fuente: Cifras correspondiente al año 2010 (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013).

Se puede decir que la disponibilidad de anticonceptivos está garantizada o asegurada cuando las personas pueden elegir, obtener y usar métodos de alta calidad en el momento que los requieran, tanto para planificación familiar como para la prevención de VIH/ITS. Esto implica tanto acceso a productos gratuitos o subsidiados, como acceso a nivel comercial (farmacias), ambos de manera continua y permanente (USAID, s.f.).

Según cifras correspondientes al año 2010 (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013), el 93% de las mujeres adultas conocía los anticonceptivos, pero sólo 47% de las mujeres de 15 a 49 años usaban alguno, con la siguiente distribución: 26% esterilización quirúrgica femenina, 21% anticoncepción oral, 10% dispositivos intrauterinos, 3% preservativos, 4% ritmo y 5% retiro o coitus interruptus (este último fue incluido pero no debe ser considerado como un método anticonceptivo). Estas cifras revelan un uso elevado

“Los derechos humanos están garantizados en los tratados internacionales y regionales, así como en las constituciones y leyes nacionales. Entre ellos figuran el derecho a la no discriminación, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo, el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y los derechos a la educación y a la información. Esos derechos han sido aplicados por los organismos autorizados internacionales, regionales y nacionales de derechos humanos, como los órganos de supervisión de los tratados de las Naciones Unidas, los tribunales internacionales y regionales, y los tribunales constitucionales y supremos, a una amplia diversidad de cuestiones de salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a información y servicios de anticoncepción. Todos los derechos son interdependientes e indivisibles. El derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, por ejemplo, que incluye el acceso a los servicios de salud e información relacionada con la salud, no puede alcanzarse si no se fomentan y protegen los derechos a la educación y la información, dado que la población debe conocer los productos y servicios de salud para poder utilizarlos.” Como señala la OMS (2014) página 5

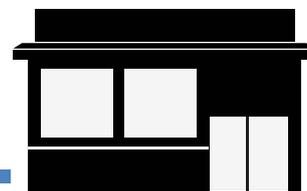
de la esterilización quirúrgica, la cual prevalece frente al bajo acceso a otros métodos y una baja participación masculina en la anticoncepción.

Históricamente, las mujeres adultas y adolescentes venezolanas han tenido acceso a métodos anticonceptivos a través de farmacias privadas sin mayores restricciones. Es decir, los métodos anticonceptivos en Venezuela eran accesibles desde el punto de vista del precio y la disponibilidad en establecimientos comerciales, y no se requería de receta para su adquisición, incluso en el caso de la pastilla del día siguiente. Según la Norma Oficial de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013), para 1998 la mayoría de las mujeres adultas y adolescentes accedían a anticonceptivos a través de las farmacias (67%), y el 17% a

través de instituciones públicas, esto sin incluir la esterilización quirúrgica que para ese momento se había incrementado de manera significativa.

IEMA DE CINCO CIUDADES DEL PAÍS.

El índice de escasez de métodos anticonceptivos en farmacias (IEMA) es el porcentaje de farmacias en las cuales no se encuentra determinado método anticonceptivo, es un valor entre 0 y 100.



**151 farmacias consultadas
(agosto a diciembre 2018) en:**

Barquisimeto, Mérida, Maracaibo, Porlamar y Área Metropolitana de Caracas.

Método anticonceptivo	IEMA		
	Menor valor	Mayor valor	Promedio
Orales (pastillas)	74,7%	82,9%	78,8%
Inyectables	95%	100%	97,5%
Dispositivos Intrauterino (DIU)	83%	97,3%	90,15%
Dispositivos Implantables (Implantes)	91%	100%	95,5%
Parches anticonceptivos	100%	100%	100%
Condomes	41,6%	62,5%	52%
Aros vaginales	91%	100%	95,5%
Anticoncepción de emergencia	71%	88%	79,5%

- **IEMA** para todos los métodos: entre **83,3%** y **91,7%**.
- **IEMA** para condones promedio: **52%**. Los más disponibles en el mercado.



No está garantizada la disponibilidad y distribución de métodos anticonceptivos.



Constituye vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y adolescentes venezolanas.

Actualmente, se observa una aguda escasez de métodos anticonceptivos. Existen reportes que señalan que la última compra importante de métodos anticonceptivos hecha por el Estado venezolano a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) data del año 2015 (Agencia EFE, 2018). Por su parte, FEFARVEN ha señalado que el desabastecimiento de métodos anticonceptivos ha ido aumentando: de

45,2% en 2015 pasó a 80% en 2016, y alcanzó 90% en 2017 (Grupo de Mujeres Sin Tregua, 2017). Sin embargo, actualmente no se cuenta con información reciente, oficial ni extraoficial, sobre los niveles de abastecimiento de métodos anticonceptivos, ni sobre su uso o sobre el porcentaje de mujeres que accede a métodos anticonceptivos a través de farmacias.

1.1. ÍNDICE DE ESCASEZ DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN FARMACIAS DE CINCO CIUDADES DEL PAÍS

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos insumos o medicinas que brindan la protección necesaria para prevenir embarazos no deseados y/o infecciones de transmisión sexual. Para efectos del estudio se consideraron aquellos incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS, a saber:

- ❖ **Anticonceptivos Orales:** Dos principios activos en 3 tipos de combinaciones o presentaciones (Etinilestradiol/Levonorgestrel, Etinilestradiol/Noretisterona, Levonorgestrel).
- ❖ **Anticonceptivos Inyectables:** Tres principios activos en 3 tipos de combinaciones o presentaciones (Acetato de Medroxiprogesterona, Acetato de Medroxiprogesterona/Cipionato de Estradiol, Enantato de Noretisterona).
- ❖ **Otros métodos:** Dispositivos Intrauterinos (DIU); Dispositivos Implantables (implantes liberadores de levonorgestrel); parches; condones, aros vaginales, y anticoncepción de emergencia.

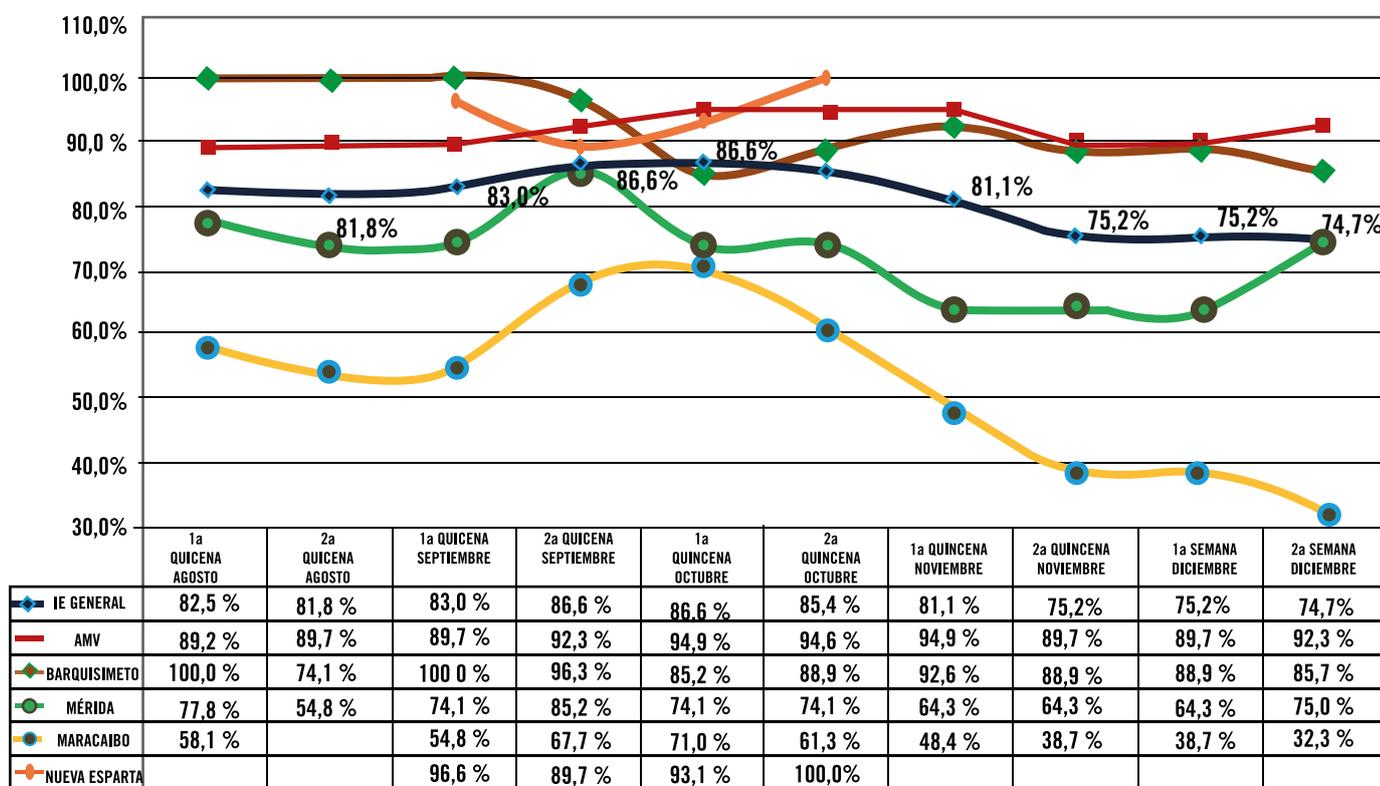
El índice de escasez de métodos anticonceptivos en farmacias (IEMA) se entiende como el porcentaje de farmacias de la muestra en las cuales no se encuentra el método anticonceptivo, y es un valor entre 0 y 100 que expresa el porcentaje de establecimientos consultados donde no se consiguió el método anticonceptivo solicitado.

El área geográfica del estudio estuvo constituida por cinco (5) capitales de Venezuela a saber: Área Metropolitana de Caracas, Barquisimeto, Maracaibo, Mérida y Porlamar.⁷ En cada ciudad la muestra fue calculada utilizando el modelo del muestreo aleatorio estratificado, proporcional al número de establecimientos en los municipios, parroquias y sectores que correspondan según la ciudad de que se trate, con un nivel de confianza de 95% y un 10% de error admisible. La selección de los establecimientos se realizó de forma sistemática para asegurar la inclusión en la muestra de todos los sectores socioeconómicos en cada municipio, parroquia o sector, quedando constituida por 151 farmacias. Se realizaron dos mediciones por mes durante los meses de duración del estudio (agosto-diciembre 2018). Los resultados indican lo siguiente:

a) Anticonceptivos orales: exhibió un IEMA estable durante los cinco meses de medición, con valores que oscilaron entre 74,7% y 82,9% en las ciudades consultadas. Este dato permite concluir que, definitivamente, no está garantizada la disponibilidad ni el acceso de este tipo de método anticonceptivo a través de las farmacias en estas ciudades. Estos resultados son preocupantes toda vez que la anticoncepción hormonal oral constituía el método anticonceptivo de preferencia de las mujeres y adolescentes venezolanas (Fernández, López, & Martínez, 2009; Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013).

⁷ La medición en la ciudad de Porlamar sólo pudo ser realizada durante los meses de septiembre y octubre de 2018.

GRÁFICO 3: COMPORTAMIENTO Y EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE ESCASEZ PARA ANTICONCEPTIVOS ORALES AGOSTO-DICIEMBRE 2018

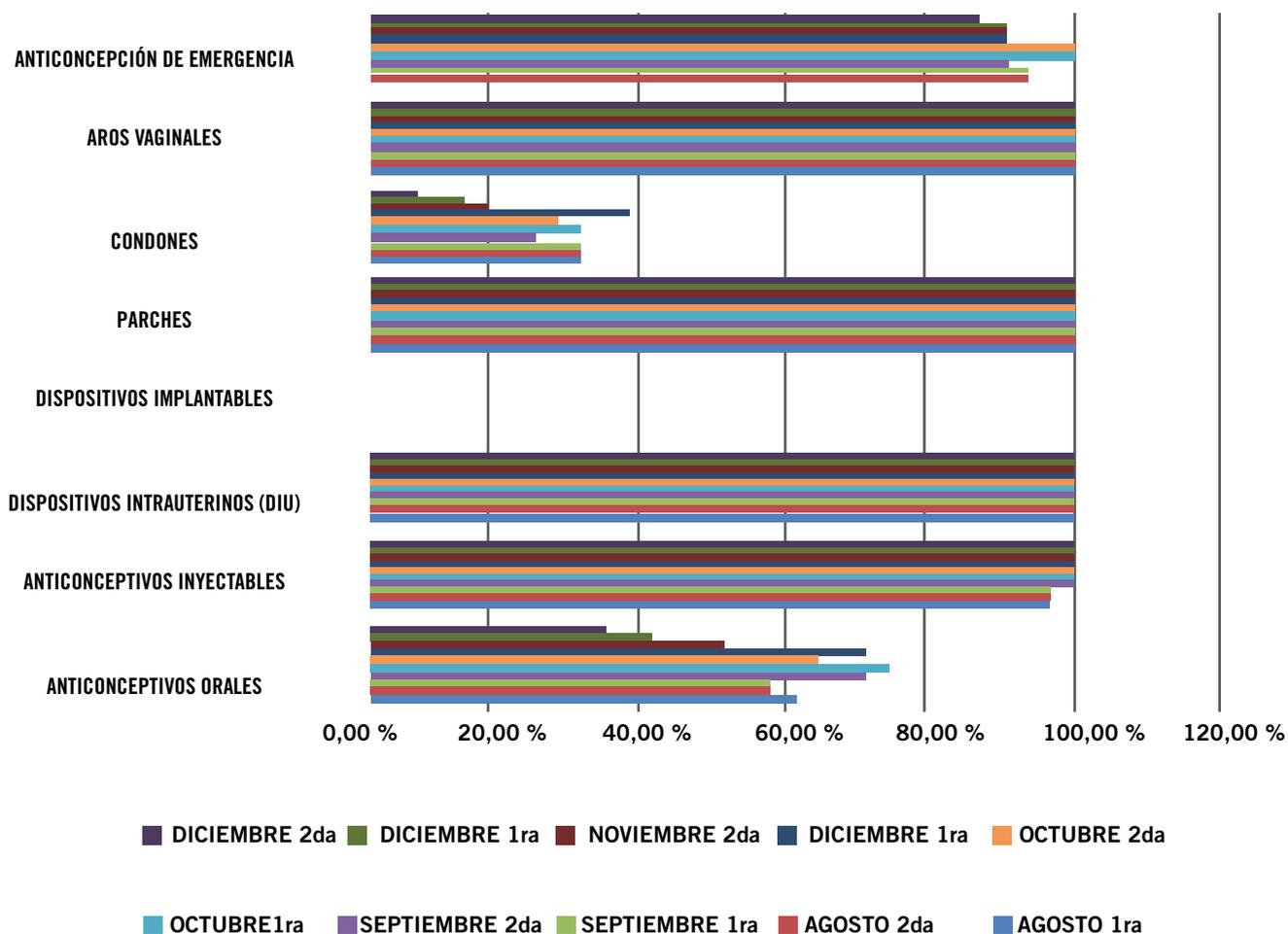


FUENTE : EQUIVALENCIAS EN ACCIÓN 2019 a

Maracaibo fue la ciudad donde la escasez de anticonceptivos orales fue menor en relación a otras ciudades (48,4%), al igual que en el caso de los condones (16,1%) (ver Gráfico 4). Sí bien la medición no indagó sobre las posibles razones para esta diferencia, personas y organizaciones aliadas en esa ciudad manejan la hipótesis de que la relativamente mayor disponibilidad de éstos dos métodos se deban a dos causas: **1.** la circulación de un número no determinado pero importante de medicamentos (no sólo anticonceptivos orales) que entran

a territorio venezolano por contrabando desde Colombia y son vendidos en diversos establecimientos; y **2.** la compra directa de medicamentos en el exterior con divisas adquiridas en el llamado mercado negro e importadas directamente por parte de algunas farmacias de esa ciudad. Esta hipótesis se ve reforzada al observar que el índice de escasez es menor en establecimientos independientes y cadenas locales donde el escrutinio del Estado sobre sus actividades es menor en comparación con las cadenas nacionales.

GRÁFICO 4: ÍNDICE DE ESCASEZ DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN FARMACIAS DE MARACAIBO, EDO. ZULIA. AGOSTO-DICIEMBRE 2018



b) Anticonceptivos inyectables: entre agosto y septiembre mantuvieron un IEMA elevado, siempre por encima del 95%. En la segunda medición del mes octubre 2018 alcanzó un 100%, es decir, escasez absoluta de este método en farmacias.

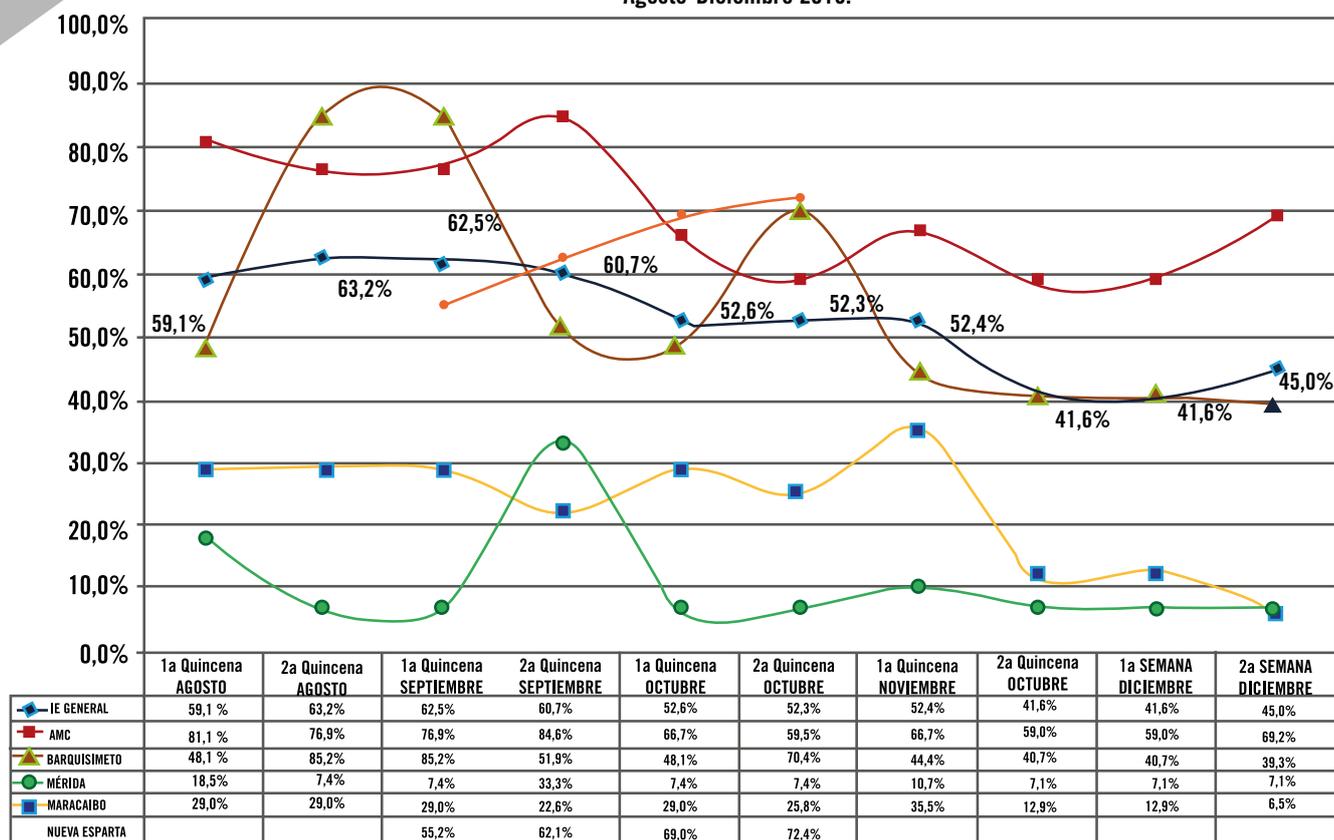
c) Dispositivos intrauterinos: mostró un IEMA que varió entre 83% y 97,3%. Es importante destacar que este método constituía el tercero más empleado por las mujeres y adolescentes venezolanas, luego de la esterilización quirúrgica (Fernández, López, & Martínez, 2009; Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013).

d) Dispositivos implantables: en ciudades como Barquisimeto y Maracaibo (2 de las más importantes del país), este método anticonceptivo presentó 100% de escasez a lo largo del estudio, al igual que en el Área Metropolitana de Caracas (AMC) a partir de la segunda medición del mes de agosto 2018. Sólo en Mérida había cierta disponibilidad, aunque mínima (índice de

escasez entre 91,8% y 96,3%) durante los primeros meses del estudio, pero en el mes noviembre la escasez fue de 100%. Destaca que en la segunda medición del mes de diciembre 2018, el índice de escasez disminuyó ligeramente en el AMC (94,9%) y en Barquisimeto (96,4%). e) Parches anticonceptivos: la escasez fue del 100% en casi todas las mediciones de las ciudades, y sólo en algunas de ellas se registró cierta disponibilidad. En el mes de noviembre, el índice de escasez fue de 100% en todas las ciudades. Cabe destacar que este es un método anticonceptivo que, históricamente, ha sido poco empleado por las mujeres y adolescentes en Venezuela (0,37%) (Fernández, López, & Martínez, 2009).

f) Condones: constituyen el método con mayor disponibilidad en todas las ciudades consultadas, exhibiendo índices de escasez que oscilaron entre 41,6% y 62,5%. Sin embargo, cuando se encuentran disponibles, su precio los hacen inaccesibles a la gran mayoría de personas en un contexto de hiperinflación y pérdida de poder de compra de la moneda.

Gráfico 5: Comportamiento y evolución del Índice de Escasez para Condones Agosto-Diciembre 2018.



FUENTE: EQUIVALENCIAS EN ACCIÓN, 2019a

g) Aros vaginales: presentó un índice de escasez del 100% en Mérida y Barquisimeto a lo largo de todo el estudio, mientras que en las otras ciudades se ha mantenido por encima del 91%. En el mes noviembre el índice de escasez general se encontró en 100% y en la segunda medición de diciembre disminuyó a 96,7%, gracias a la ligera disminución en AMC (94,9%) y Barquisimeto (96,4%).

h) Anticoncepción de emergencia: luego de los condones, la anticoncepción de emergencia es el segundo método anticonceptivo que ha presentado un índice de escasez ligeramente menor a lo largo del estudio, manteniéndose entre 71 y 88%, pero que en todo caso sigue siendo elevado.

TABLA 2: ÍNDICE DE ESCASEZ DE ANTICONCEPTIVOS ACUMULADO POR TIPO AGOSTO-DICIEMBRE 2018

ANTICONCEPTIVOS	1a Ago	2a Ago	1a Sep	2a Sep	1a Oct	2a Oct	1a Nov	2a Nov	1a Dic	2a Dic
ORALES	82,5 %	81,8%	83,0 %	86,6 %	86,6%	85,4%	82,9%	81,1%	75,2 %	74,7 %
INYECTABLES	97,5 %	100,0 %	99,0 %	96,1 %	98,5 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	98,0 %	96,7 %
DIU	97,0 %	96,6 %	97,3%	98,5 %	92,5 %	93,4 %	89,8 %	91,4 %	92,5 %	88,6 %
IMPLANTABLES	98,4 %	100,0 %	99,9 %	99,9 %	99,9 %	99,9 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	96,7 %
PARCHES	97,7 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	99,3 %	100,0%	100,0%	94,7 %
CONDONES	59,1 %	55,2 %	62,5 %	60,7 %	52,6 %	52,3 %	52,4 %	44,5 %	41,6 %	45,0 %
AROS VAGINALES	98,6 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	99,9 %	99,9 %	99,9 %	100,0 %	100,0 %	96,7 %
ANTE DE EMERGENCIA	83,6%	100,0%	88,7%	88,8%	86,4%	86,9%	81,6%	71,4%	69,0%	73,0%
IE General	89,3%	91,7%	91,3%	91,3%	89,6%	89,7%	88,2%	86,1%	84,5%	83,3%

FUENTE: EQUIVALENCIAS EN ACCIÓN, 2019

En general, el índice de escasez de métodos anticonceptivos en farmacias osciló entre 83,3% como valor mínimo y 91,7% como valor máximo en las cinco ciudades consultadas. Sin embargo, la ciudad que mostró, en promedio, mayores niveles de escasez fue Caracas (con un 90,1%). Los anticonceptivos inyectables, dispositivos implantables, parches y aros vaginales son los métodos con índices más elevados de escasez a lo largo de todas las mediciones. El índice de escasez de anticonceptivos orales (método de mayor uso entre las venezolanas) y de emergencia se mantiene por el orden de un 85% (excepto en el mes de diciembre cuya escasez fue ligeramente menor), mientras que los condones en un promedio de 50%. Estos últimos son, en definitiva, los más disponibles en el mercado.

1.2. DOTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN CUATRO INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

Las cuatro instituciones hospitalarias parte de la observación hecha entre agosto y diciembre 2018,⁸ se mantuvieron sin dotación de anticonceptivos orales, inyectables parches y aros vaginales durante los cinco meses del estudio (a excepción del CHET donde en el mes de diciembre hubo dotación irregular de aros vaginales). Se encontró dotación (irregular y normal) de preservativos masculinos en el Hospital Victorino Santaella (Estado Miranda) y en la Maternidad Con-

cepción Palacios (Caracas), mientras que en la Maternidad del Sur y en el CHET (ambos en Carabobo) hubo dotación (irregular y normal) de dispositivos intrauterinos. La única ocasión y establecimiento donde se registró disponibilidad de dispositivos implantables, con dotación normal, fue en la Maternidad del Sur en el mes de diciembre. La anticoncepción de emergencia sólo estuvo disponible (dotación irregular o normal) en la Maternidad Concepción Palacios.

TABLA 3: DOTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. AGOSTO-DICIEMBRE

	MATERNIDAD DEL SUR					HOSPITAL VICTORINO SANTAELLA					MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS					CHET				
	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
A ORALES																				
A INYECTABLES																				
DIU																				
D IMPLANTABLES																				
PARCHES																				
AROS VAGINALES																				
CONDONES MASC.																				
A DE EMERGENCIA																				

Estos resultados demuestran que la disponibilidad de métodos de planificación familiar en las instituciones hospitalarias donde se llevó a cabo la medición no está garantizada, y corroboran la información di-

vulgada según la cual desde el año 2015 el Estado, a través del MPPS, no se realiza compras de anticonceptivos para la dotación del sistema público de salud.

⁸ A diferencia de los otros 3 establecimientos hospitalarios, la medición en el CHET se realizó entre septiembre y diciembre 2018.

1.3. CONSECUENCIAS DE LA VULNERACIÓN DEL DERECHO AL ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

26

Si bien se trata de datos parciales no generalizables estadísticamente a la realidad nacional, sí indican una clara situación de ausencia de disponibilidad de métodos de planificación familiar tanto a nivel comercial en las farmacias de las ciudades exploradas, como en las cuatro instituciones hospitalarias observadas. Los resultados obtenidos coinciden, además, con los porcentajes de escasez denunciados por FEFARVEN, y sugieren que se mantiene la tendencia hacia la escasez de métodos anticonceptivos tanto a nivel de establecimientos comerciales (farmacias) como en centros de salud públicos.

De manera que podemos afirmar que, al menos en las 5 ciudades incluidas en la medición (entre las cuales se cuentan 3 de las principales ciudades del país), no está garantizada la disponibilidad y distribución suficiente y adecuada de métodos anticonceptivos variados, incluyendo anticoncepción de emergencia, lo que constituye una clara vulneración en general a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y adolescentes venezolanas, y en particular a su autonomía reproductiva, amparada por el artículo 76 de la CRBV, al no poder tomar decisiones fundamentales sobre su sexualidad y reproducción por no contar con los medios para ello.

La educación integral de la sexualidad, el acceso a métodos anticonceptivos y a servicios de planificación familiar constituyen la base de las garantías de los derechos sexuales y reproductivos, su ausencia genera una serie de consecuencias negativas, tales como:

- ❖ Aumento de embarazos no planificados (incluidos los de madres adolescentes)
- ❖ Aumento de maternidad forzada
- ❖ Aumento de abortos inseguros
- ❖ Aumento de muertes maternas asociadas a abortos inseguros
- ❖ Aumento de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA.

En el contexto venezolano actual de EHC, la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres profundiza las brechas de género, atrapan-do a las mujeres en su dimensión reproductiva y en las tareas de cuidados, haciéndolas más propensas a mantenerse en situación de pobreza, disminuyendo sus posibilidades de incorporarse al trabajo productivo y quedando expuestas a diversas formas de violencia, incluida la violencia sexual, la trata y la explotación. Por otro lado, tiene una incidencia directa en el aumento de embarazos no deseados, muchos de los cuales terminan en abortos practicados en condiciones inseguras que implican altos riesgos para la salud y la vida de las mujeres.

En este punto es importante señalar que ante la ausencia de métodos de planificación familiar, el Estado venezolano ha promovido las esterilizaciones quirúrgicas de mujeres dentro del denominado “Plan Quirúrgico Nacional,” que se viene desarrollando al menos desde el año 2014. Las jornadas mediante las cuales se implementa este Plan Quirúrgico no incluyen vasectomías, lo cual es una medida discriminatoria y sesgada que confirma que en Venezuela las decisiones en materia reproductiva son consideradas como una responsabilidad de las mujeres y no de los hombres. No obstante, si bien la esterilización quirúrgica es un método anticonceptivo de elección válido y goza de buena aceptación entre las mujeres venezolanas,⁹ preocupa que la decisión para someterse a esta intervención irreversible la estén tomando en base al temor de tener un embarazo no deseado y al desespero derivado de no contar con otros métodos, con lo cual queda claro que no se trata de una decisión libre - y no se sabe hasta qué punto informada - de las mujeres de conformidad con lo establecido por estándares internacionales de derechos y salud sexual y reproductiva y la misma CRBV en su artículo 76, sino coaccionada por la actual crisis.

Se calcula que, de acuerdo con información de órganos oficiales, al menos 4.500 mujeres han sido esterilizadas en los siguientes estados del país: Bolívar¹⁰, Carabobo¹¹, Zulia¹², Guárico¹³, Táchira¹⁴, Yaracuy¹⁵, Trujillo¹⁶, Miranda¹⁷, Barinas¹⁸, y Lara¹⁹.

⁹De acuerdo a cifras del ENDEVE (2010) el 26% de mujeres venezolanas optó por la esterilización quirúrgica como método anticonceptivo (este dato también incluye las mujeres histerectomizadas). Norma Oficial de SSR (2013)



¹⁰Gobernación de Bolívar, <http://www.e-bolivar.gob.ve/noticias/detalle/gestion-rangel-ha-esterilizado-mas-de-2-mil-165-damas-para-mejorar-su-calidad-de-vida>; Alcaldía Bolivariana de Heres, 28 de junio de 2018, <http://www.alcaldiadeheres.gob.ve/noticias/equipo-de-salud-municipal-participa-en-el-plan-quirurgico-nacional>; Alcaldía Bolivariana de Caroní, 21 de febrero de 2018, http://www.alsobocaroni.gob.ve/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2226:alcalde-tito-oviedo-inicio-segunda-fase-del-plan-quirurgico-nacional-en-caroni&catid=31&Itemid=101; Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica, 11 de diciembre de 2017, <http://www.corpoelec.gob.ve/noticias/jornada-de-esterilizacion-quirurgica-atendio-mas-de-70-mujeres>; Alcaldía Bolivariana de Caroní, 11 de junio de 2016, http://www.alsobocaroni.gob.ve/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1237:-fundacion-social-caroni-beneficio-a-20-mujeres-en-jornada-quirurgica-de-esterilizacion&catid=25&Itemid=101.

¹¹Gobernación de Carabobo, 8 de abril de 2018, <http://www.carabobo.gob.ve/plan-quirurgico-nacional-ha-atendido-a-mas-de-200-mujeres-en-guacara/>; Gobernación de Carabobo, 9 de marzo de 2018, <http://www.carabobo.gob.ve/gobernacion-activo-jornada-de-esterilizacion-en-guacara/>; Gobernación de Carabobo, 22 de marzo de 2018, <http://www.carabobo.gob.ve/mas-de-130-mujeres-han-sido-esterilizadas-en-hospital-miguel-malpica/>; Alcaldía de Guacara, 24 de febrero de 2018, <https://www.alcaldiadeguacara.gob.ve/plan-quirurgico-nacional-llego-a-guacara/599/>; Gobernación de Carabobo, 17 de noviembre de 2017, <http://www.carabobo.gob.ve/este-sabado-inicia-plan-quirurgico-nacional-en-el-hospital-prince-lara/>.

¹²Gobernación Bolivariana de Zulia, 11 de octubre de 2017, <http://saludzulia.gob.ve/noticias/gobernador-arias-da-respuestas-quirurgicas-a-mujeres-del-municipio-colon/>.

¹³Gobernación del Estado de Guárico, 9 de octubre de 2017, http://www.guarico.gob.ve/pagina_oficial/wp-content/uploads/ciudad_guarico/09-10-2017/09-10-2017.pdf; Gobernación del Estado de Guárico, 29 de junio de 2017, http://guarico.gob.ve/pagina_oficial/plan-quirurgico-nacional-ha-atendido-a-mas-de-400-pacientes/; Gobernación del Estado de Zulia, 25 de octubre de 2016, <http://www.zulia.gob.ve/gobierno-regional-continua-desarrollando-jornadas-de-esterilizacion-femenina-en-el-hospital-central-de-maracaibo/>; Gobernación del Estado de Guárico, 5 de diciembre de 2016, http://guarico.gob.ve/pagina_oficial/exitosa-jornada-medico-asistencial-se-llevo-a-cabo-en-el-socorro/; Sistema de Información de

Seguridad Social, 5 de septiembre de 2016, <http://www.siss.gob.ve/jornada-de-esterilizacion-masiva-en-hospital-de-calabozo/>; Ministerio del Poder Popular para la Salud, 9 de septiembre de 2016, <http://www.sahum.gob.ve/19308-gobernacion-del-zulia-realiza-jornadas-de-esterilizacion-totalmente-gratis-en-el-sahum/>.

¹⁴Hospital Central de San Cristóbal, 3 de abril de 2017, <http://hospitalcentralsc.gob.ve:8080/index.php/author-login/jornadas>; Gobernación del Estado de Táchira, 4 de abril de 2017, <http://www.tachira.gob.ve/web/2017/04/con-exito-se-realizaron-40-esterilizaciones-en-el-hospital-central-de-san-cristobal/>.

¹⁵Gobernación del Estado de Yaracuy, 9 de septiembre de 2017, <https://yaracuy.gob.ve/web/noticias/more/16082-Jornada-de-Esterilizacin-benefici-a-mujeres-de-Pea>; Gobernación del Estado de Yaracuy, 4 de junio de 2017, <https://yaracuy.gob.ve/web/noticias/more/15064-Pueblo-Sano-realiz-jornada-especial-de-esterilizaciones-en-Nirgua>.

¹⁶Gobernación del Estado de Trujillo, 9 de abril de 2018, <http://www.trujillo.gob.ve/index.php/component/content/article/8-noticias/5477-gobierno-regional-retoma-plan-de-esterilizacion-quirurgica>

¹⁷Correo del Orinoco, 17 de abril de 2018, <http://www.correodelorinoco.gob.ve/atendidas-84-mujeres-con-el-plan-quirurgico-nacional-en-la-maternidad-de-carrizal/>; Correo del Orinoco, 20 de marzo de 2018, <http://www.correodelorinoco.gob.ve/plan-quirurgico-electivo-arranca-en-la-maternidad-de-carrizal/>; Ministerio del Poder Popular para la Salud, 18 de julio de 2017, <http://espromedbio.gob.ve/min-salud-realizo-jornada-de-esterilizacion-quirurgica-y-colocacion-de-implantes-subdermicos/>; Alcaldía de Chacao, 15 de mayo de 2015, <http://chacao.gob.ve/?p=10970>; Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, 20 de marzo de 2017, <http://www.sahum.gob.ve/21474-mas-de-80-mujeres-fueron-ligadas-en-jornada-de-esterilizacion-en-la-maternidad-concepcion-palacios/>.

¹⁸Ministerio del Poder Popular para la Salud, 5 de septiembre de 2017, <https://www.dirsaludbarinas.gob.ve/index.php/site/contenido/690/plan-quir%C3%BAgico-nacional-un-gesto-de-amor-en-revoluci%C3%B3n>

¹⁹El Impulso. En Duaca 35 mujeres fueron esterilizadas quirúrgicamente. 26 de mayo de 2015. <http://www.elimpulso.com/noticias/regionales/en-duaca-35-mujeres-fueron-esterilizadas-quirurgicamente>.

Algunos medios de comunicación han documentado historias de mujeres que han recurrido a esterilizaciones. Por ejemplo, una madre de dos niñas, esterilizada en el año 2016 manifestó que:

“Es muy difícil encontrar métodos anticonceptivos y las necesidades más básicas del bebé también son muy difíciles satisfacer” (The Intercept, 2018).

En una entrevista, una mujer de 28 años de edad expresó de manera contundente:

“Me asusta un poco esterilizarme, pero prefiero eso antes que tener más hijos ya que tener un hijo ahora significa hacerlo sufrir” (Sandy Aveledo.com, 2016).

Otra mujer de 27 años de edad, madre de dos niñas, relató a un medio de comunicación que aunque se sentía asustada, pensaba en muchas otras cosas, como el hecho de que en el futuro le gustaría tener otro hijo, pero que por la situación del país era mejor darle comodidad y seguridad a las hijas que ya tenía, antes de pensar “en traer más hijos al mundo a sufrir” (The Intercept, 2018).

28

En el contexto de la implementación del Plan Quirúrgico, se han registrado varios casos de mala praxis y al menos una muerte de mujeres a quienes se les practicaron esterilizaciones quirúrgicas. El 4 de octubre de 2017, una paciente de 35 años fue ingresada sin signos vitales al Complejo Simón Bolívar del Hospital José Ignacio Baldó (conocido como El Algodonal), tras habersele practicado una esterilización el domingo 24 de septiembre por médicos del Plan Quirúrgico Nacional llevada a cabo en ese mismo hospital. Según reportes de prensa, la paciente no había sido operada por personal médico del Algodonal, sino por personal del Plan Quirúrgico (El Pitazo, 2017). Otra paciente de 31 años, tras someterse a una esterilización en abril de 2018 en la jornada del Plan Quirúrgico Nacional que se desarrolló también en el Algodonal, terminó con complicaciones días después de la intervención porque su intestino delgado se empezó a salir por la incisión que tenía en el estómago.²⁰

Preocupa que la información sobre estos procedimientos no sea pública. Se desconoce en general los objetivos, metas, asignación presupuestaria o ente administrativo de adscripción del Plan Quirúrgico. La única información disponible es que las esterilizacio-



nes, junto con otras intervenciones quirúrgicas consideradas de baja complejidad, son realizadas durante jornadas de uno o dos días en las que participan personal de salud que no se desempeña regularmente en los establecimientos en los cuales las mismas se realizan, y no quedan registros de historias médicas de las pacientes atendidas. Según una nota de la Vicepresidencia de la República, el “Plan” se implementa en coordinación con la data suministrada a través del “Carnet de la Patria.”²¹

²⁰El Pitazo. 1 de mayo 2018. Mujer ingresó a El Algodonal con el intestino afuera tras quedar mal operada en el Plan Quirúrgico. <https://www.youtube.com/watch?v=tQaBjwBacMU>; EP. Mundo, 2 de mayo de 2018, <http://epmundo.com/2018/terrible-lo-que-le-hicieron-a-esta-mujer-en-el-plan-quirurgico-nacional/>.

²¹Gobierno Bolivariano de Venezuela, 11 de junio de 2017, <http://www.vicepresidencia.gob.ve/index.php/2017/06/11/mas-de-21-mil-pacientes-atendidos-por-el-plan-quirurgico-nacional/>. Respecto al uso del llamado “carnet de la patria”, CIDH ha expresado preocupación por “la utilización de mecanismos de control de la ciudadanía para acceder a los servicios de salud y alimentación, que resulten discriminatorios con base en la opinión política” (CIDH, 2017. Párr. 444).

2. EMBARAZOS EN ADOLESCENTES



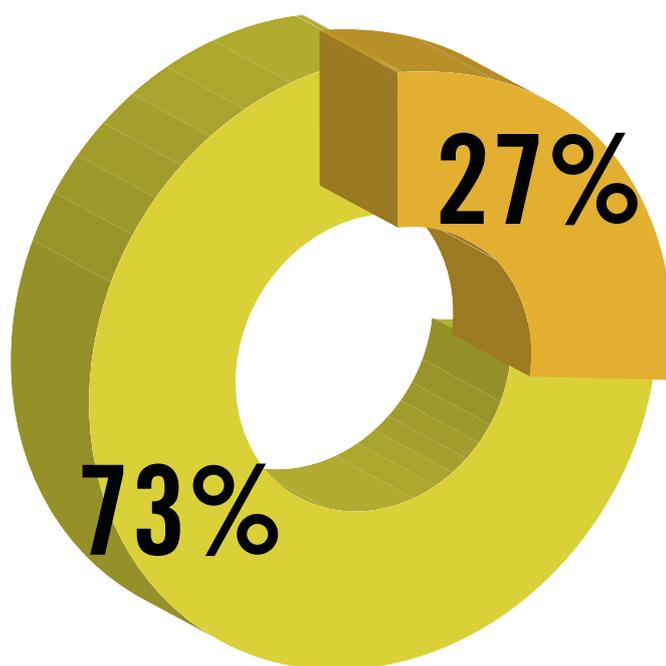
Para el año 2011, según datos del INE, el 24% de los nacidos vivos registrados (NVR) eran de madres menores de 19 años (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013). Se desconoce la situación actual ya que no hay datos que nos aproximen a la realidad de los indicadores de salud sexual y reproductiva. Las cifras de abortos, embarazos adolescentes, y mortalidad materna, entre otras que afectan a las mujeres no son divulgadas.

Según el informe Estado de la Población Mundial publicado por el UNFPA (2019) la tasa de embarazos entre adolescentes en Venezuela se ubica en 95 nacimientos por cada 1.000 adolescentes entre 15 y 19 años de edad. Cabe destacar que las cifras en este informe provienen de fuentes oficiales y, en el caso de Venezuela, se utilizan datos que exhiben un rezago de 4 años o más. Pero aún con datos desactualizados, Venezuela sigue estando entre uno de los países donde el embarazo entre adolescentes presenta niveles elevados: para 2019 se ubica como el tercer país con mayor tasa de fecundidad adolescente sólo detrás de Ecuador (111) y Honduras (103), y muy por encima del promedio regional (62) (UNFPA, 2019).

En función del vacío de información existente, la coalición Equivalencias en Acción, tal y como se señaló en el punto anterior, realizó una investigación descriptiva de carácter cuali- cuantitativo, transversal con los enfoques de derechos humanos y de género, en el que se llevaron a cabo: entrevistas a proveedores de salud, grupos focales con usuarias de los servicios, y encuestas a proveedores de salud para conocer la situación de los servicios, así como un registro diario de casos de muertes maternas, embarazos adolescentes y abortos, en cuatro instituciones hospitalarias durante el período agosto a diciembre del 2018 (Equivalencias en Acción, 2018); (Equivalencias en Acción, 2019b).

De las 8.518 parturientas contabilizadas en todo el período para los 4 establecimientos –Maternidad del Sur, Maternidad Concepción Palacios, Hospital Victorino Santaella y CHET-, 2.339 fueron adolescentes menores de 19 años, lo cual equivale al 27% de todos los partos. Estos resultados sugieren que las cifras de embarazos en adolescentes comparadas con años anteriores (cuando las mismas estaban disponibles) no han disminuido.

GRÁFICO 6: PORCENTAJE TOTAL DE PARTOS ENTRE ADOLESCENTES. AGOSTO-DICIEMBRE 2018



PARTURIENTAS MENORES DE 19 AÑOS

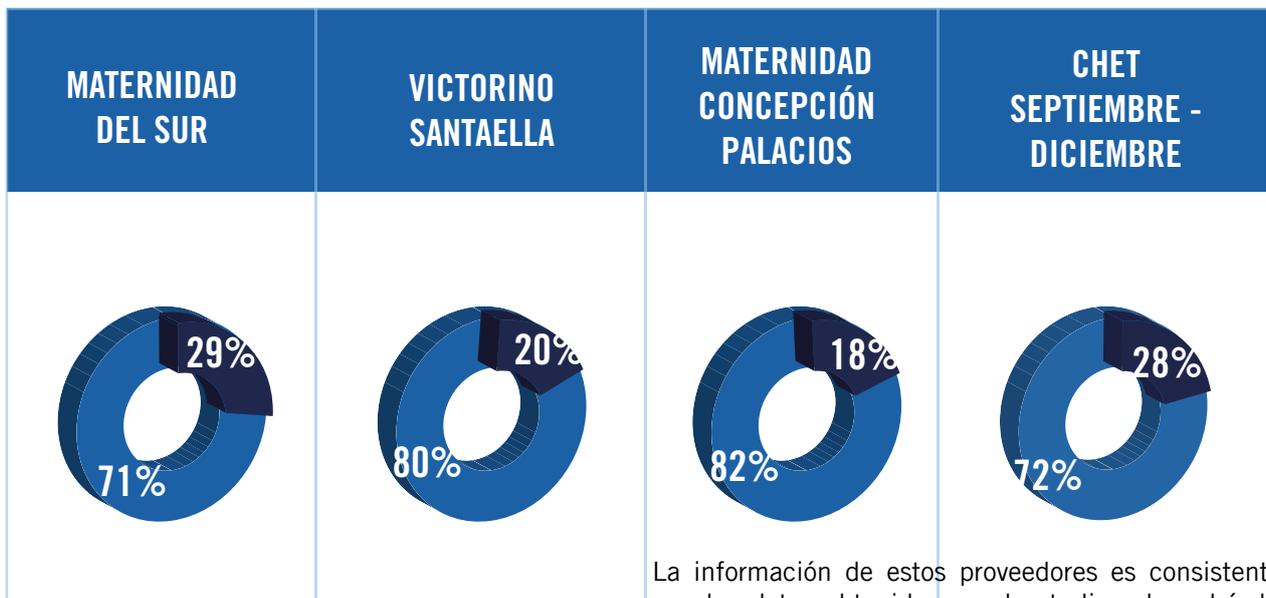
PARTURIENTAS DE 20 AÑOS O MÁS

FUENTE: EQUIVALENCIAS EN ACCIÓN, 2019B

Al observar los datos discriminados por establecimiento hospitalario encontramos que la Maternidad del Sur en Valencia (Estado Carabobo), es el que exhibe el mayor porcentaje de embarazos en adolescentes (ver Gráfico 7). Estos datos pudieran ser interpretados como una confirmación de que en los sectores socioeconómicamente deprimidos y con altos índices de pobreza, como en el que se encuentra ubicada la Maternidad del Sur, el embarazo en adolescentes presenta cifras

más elevadas, siendo 3 a 4 veces mayor entre quienes no tienen acceso a la educación formal. Las adolescentes de escasos recursos y en zonas menos urbanizadas se embarazan y constituyen su propia familia después de abandonar los estudios, mientras que en contextos urbanos las adolescentes más instruidas retardan la iniciación sexual y la primera unión (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013).

**GRÁFICO 7: PROPORCIÓN DE PARTOS EN MENORES DE 19 AÑOS.
DATOS POR ESTABLECIMIENTO AGOSTO-DICIEMBRE 2018²²**



■ PARTURIENTAS MENORES DE 19 AÑOS

■ PARTURIENTAS MENORES DE 20 AÑOS O MÁS

En opinión de las y los proveedores de salud de estos centros hospitalarios, el alto índice de embarazos y partos en adolescentes está asociado a deficiencias en la educación integral para la sexualidad, la escasez de métodos anticonceptivos y los elevados costos de aquellos que puedan encontrarse en el mercado. Con respecto a la educación sexual un proveedor de salud señala:

“Todavía no hemos logrado atacar en la educación sexual como debería ser, deberíamos educar desde las familias, deberíamos educar desde las escuela con materias de educación sexual, debemos quitar el mito de la sexualidad; la sexualidad no es algo malo, la sexualidad es buena si se hace con ciertas condiciones de seguridad y madurez, tanto biológica como psicológica. A pesar de que estamos en la época del internet, en Venezuela es sorprendente el nivel de desconocimiento que existe en la materia de la educación sexual.”

Sobre el acceso a los métodos anticonceptivos, otro proveedor de salud explica:

“(…) es dificultoso conseguir los métodos anticonceptivos en Venezuela, y esto ha generado un mercado negro. Vemos cómo los pocos anticonceptivos que se consiguen se venden en dólares, aumentando el costo de los mismos, haciéndolos inaccesible a muchas pacientes.”

La información de estos proveedores es consistente con los datos obtenidos en el estudio sobre el índice de escasez de métodos anticonceptivos en cinco ciudades del país presentado en el punto anterior, así como con los resultados obtenidos por la iniciativa regional Mira que te Miro (2017) que realiza un monitoreo social a los compromisos adoptados en el Consenso de Montevideo, documento aprobado por la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe (Montevideo, 2013). Dicha iniciativa ha recomendado al Estado venezolano asignar un presupuesto adecuado para cubrir un mayor porcentaje de anticonceptivos, así como para las líneas operativas relacionadas con su distribución, de manera progresiva pero constante, a fin de alcanzar la meta establecida en el Programa Nacional de SSR. En Venezuela, el derecho a la educación en salud sexual y reproductiva está establecido en la Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) para niños, niñas y adolescentes y en la Ley del Poder Popular para la Juventud para el caso de jóvenes. También está reconocido el derecho de la madre joven, trabajadora o estudiante a la protección del embarazo y cuidado de los hijos e hijas durante el ejercicio de sus actividades estudiantiles o laborales. Sin embargo, esta norma jurídica no se ha materializado efectivamente, ya que no existe un programa específico en materia de educación sexual y los contenidos vinculados a ésta aparecen dispersos en los diferentes programas educativos para cada grado escolar. Tampoco se conocen programas de capacitación a docentes, no se identifican campañas realizadas desde el Ministerio del Poder Popular para la Educación ni aparecen líneas presupuestarias específicas para educación integral en sexualidad en el presupuesto de este ministerio. La iniciativa regional Mira que te Miro califica como deficiente el contenido curricular en educación integral de la sexualidad en Venezuela, así como también la capacitación a profesionales y los recursos presupuestarios asignados (Mira que te Miro, 2017).

CLINICA GINECOLÓGICA

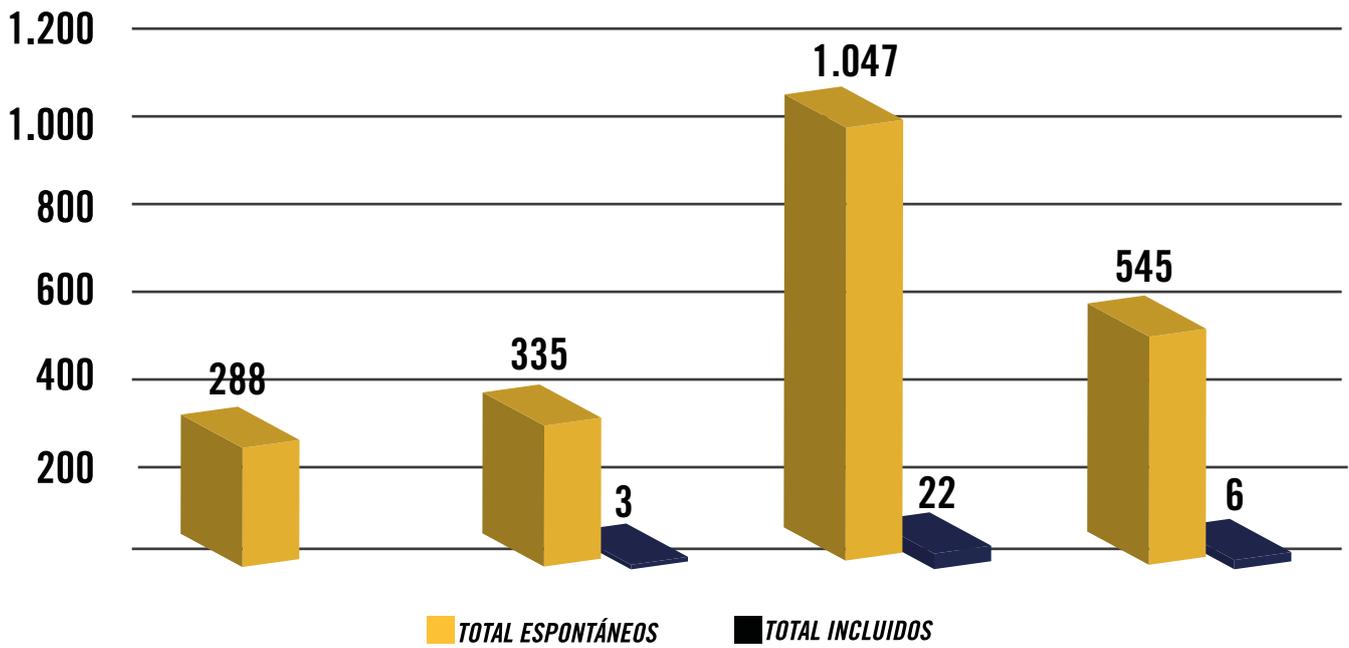
3. ABORTOS INSEGUROS

La situación de escasez de métodos anticonceptivos, tanto en establecimientos privados (farmacias) como en establecimientos hospitalarios, unida a la precariedad del sistema de salud y al dramático deterioro de la calidad de vida donde las necesidades básicas de subsistencia no pueden ser cubiertas, coloca a las mujeres y adolescentes en edad reproductiva en una situación de vulnerabilidad frente a embarazos no deseados dentro de un contexto normativo-legal que restringe las posibilidades de las mujeres de acceder a abortos seguros.

En el seguimiento hecho a 4 instituciones hospitalarias durante el período agosto-diciembre 2018 (Equivalencias en Acción, 2018); (Equivalencias en Acción, 2019b), se registró un total 2.246 abortos (15 abortos diarios en promedio). La institución que reportó un mayor número de abortos fue la Maternidad del Sur (1069 abortos), seguida del CHET (551 abortos)²³; el Hospital Victorino Santaella (338 abortos); y finalmente la Maternidad Concepción Palacios (228 abortos) (ver Gráfico 8). Estos datos indican que aproximadamente por cada 4 partos se registró un aborto.

²³La observación en este centro hospitalario fue entre septiembre y diciembre 2018.

GRÁFICO 8 : TOTAL DE ABORTOS POR CENTRO HOSPITALARIO. AGOSTO - DICIEMBRE 2018



FUENTE: EQUIVALENCIAS EN ACCIÓN, 2019b

El 69% de los abortos correspondieron a pacientes mayores de 18 años, mientras que el 31% correspondió a adolescentes menores de 18 años, lo cual reafirma la situación en torno a las altas tasas de embarazos entre adolescentes (ver Gráfico 9). Se registró también

un total 4 abortos en niñas menores de 12 años, todos en el Estado Carabobo (3 en la Maternidad del Sur y 1 en el CHET), detrás de los cuales pudieran existir casos de violencia sexual Gráfico 10).

GRÁFICO 9: NÚMERO TOTAL DE ABORTOS POR EDADES

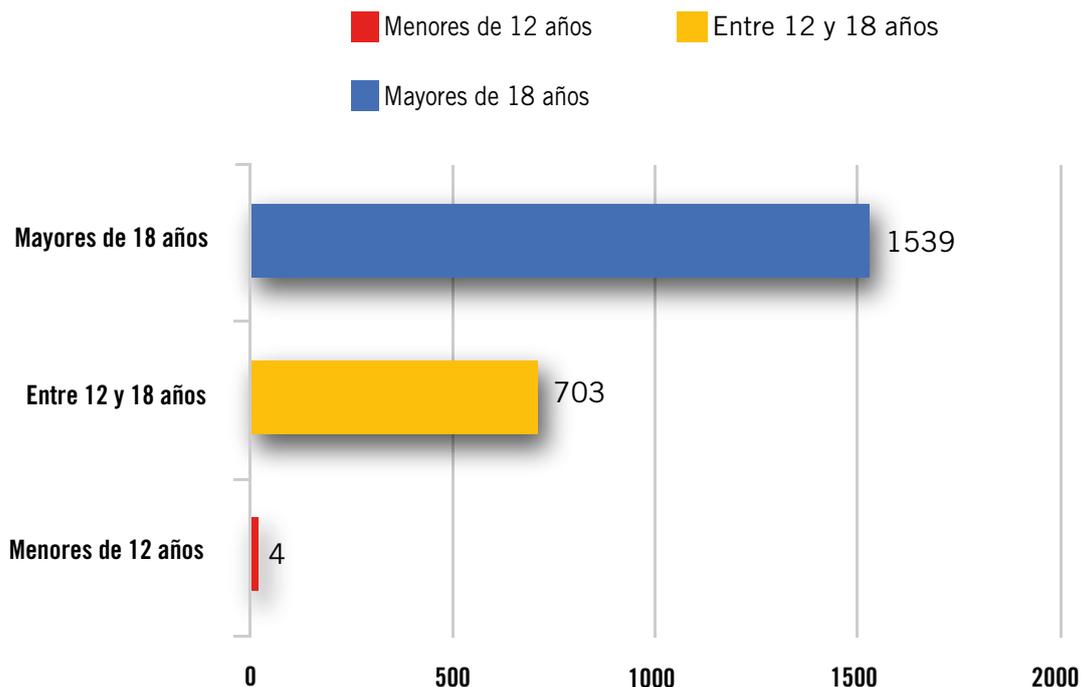
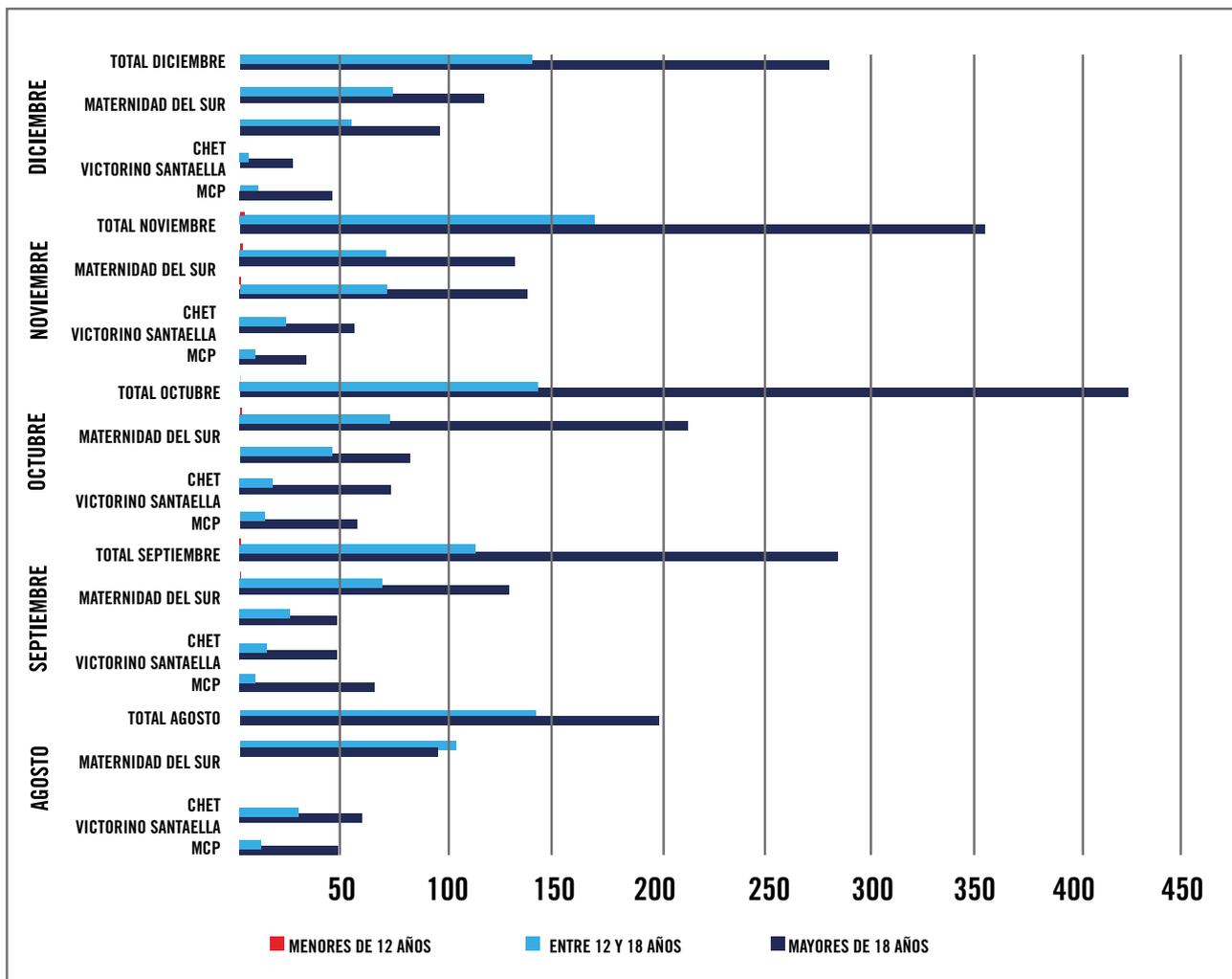


GRÁFICO 10: ABORTOS DESAGREGADOS POR MES, GRUPO ETARIO E INSTITUCIÓN ²⁴



Fuente: Equivalencias en Acción, 2019b

En la Maternidad del Sur (Carabobo) reportan que sólo reciben un máximo de 8 mujeres diarias con abortos debido a que es el máximo de su capacidad de atención (no poseen más camas para legrado). Por tanto, las pacientes que acuden luego de haberse agotado esta capacidad son remitidas a otros centros hospitalarios.

Del total de abortos registrados, sólo 31 fueron reportados como inducidos (ver Gráfico 8). Es importante destacar que la distinción entre abortos espontáneos o inducidos no es tarea fácil para las y los proveedores de salud, quienes pueden tener sospechas de estar ante abortos inducidos. Pero al no tener la certeza quedan registrados como abortos espontáneos, conforme a lo manifestado por las propias mujeres. También es importante destacar que en los casos en lo que se identificó el aborto inducido, las pacientes no fueron denunciadas ante el sistema de justicia, lo que parece

mostrar la flexibilidad de las y los proveedores de salud al abordar el aborto como delito.

En el mes de octubre se registró una muerte materna (MM) a causa de un aborto inducido en una paciente de 23 años que presentó múltiples perforaciones en el útero y colon. Posteriormente en el mes de diciembre, se registró una MM por aborto inducido en una paciente de 33 años, luego de permanecer 5 días en cuidados intensivos. El aborto fue practicado con soluciones jabonosas que ocasionaron necrosis en el útero. Si bien no se cuenta con datos para comparar estos resultados, las y los proveedores de salud refieren un aumento de abortos en sus instituciones. También vinculan el aumento de los abortos espontáneos con deficiencias nutricionales y la falta de atención prenatal. Mientras que los inducidos son asociados a fallas en la planificación familiar y dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos.

²⁴No se dispone de datos del CHET para el mes de agosto.



FOTO: SHUTTERSTOCK

En cuanto a los abortos espontáneos un proveedor de salud manifestó:

“(...) Ya la gente no se alimenta como antes. Y es común que las pacientes embarazadas no puedan adquirir los medicamentos para su tratamiento prenatal. Todo eso influye”

Sobre los abortos inducidos, señalaron:

“La causa fundamentalmente es la falta de Planificación Familiar. La crisis económica es tan fuerte que han escaseado los métodos anticonceptivos en farmacias. Cuando sí se consiguen, llegan a precios exorbitantes. La mayoría de las mujeres prefieren comprar comida que gastarlo en anticonceptivos. Un embarazo no deseado, en este contexto, significa que algunas familias agobiadas buscarán soluciones inadecuadas, como abortos que conllevan a usar sustancias o implementos en condiciones que no están reñidas por la salubridad.”

Es preciso destacar que el Código Penal vigente (elaborado en 1915 y con última reforma en el 2005) en su capítulo IV prohíbe el aborto en sus diversas formas, excepto para salvar la vida de la parturienta (aborto terapéutico, artículo 435) y disminuye la penalidad en el caso que se haya cometido para salvaguardar el honor (aborto honoris causa, artículo 436). Esto quiere decir que tenemos una de las legislaciones más restrictivas en materia de interrupción del emba-

razo de América Latina. La terminación inducida del embarazo no está despenalizada, ni legalizada en casos de embarazos producto de violación sexual, incesto o malformación congénita del feto. El aborto es un delito que se castiga con prisión de seis meses a dos años a la mujer que se lo practica, y de uno a tres años a quien lo ejecuta.

Al menos dos Comités de Naciones Unidas²⁵ le han recomendado al Estado venezolano en diferentes oportunidades flexibilizar la norma que penaliza el aborto. El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 2013), suscrito por Venezuela, insta a los Estados a “considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos” (párrafo 42, 2013).

Por su parte, la iniciativa Mira que te Miro (2017) recomendó al Estado incluir al Mifepristone en el listado de medicamentos esenciales para garantizar que ingrese al uso común en las emergencias obstétricas vinculadas con abortos incompletos en la salud pública y privada, así como eliminar aquellos artículos que impiden garantizar a las mujeres acceso al aborto seguro, conjuntamente con la promulgación de una ley que incluya la interrupción del embarazo en una diversidad de situaciones, entre ellas, la interrupción voluntaria.

En ninguno de los casos el Estado venezolano ha cumplido.

²⁵ Recomendaciones del Comité de la CEDAW (2014) y el Comité de Derechos Económicos y Sociales (2015)



4. MORTALIDAD MATERNA

36

La mayoría de las muertes maternas son prevenibles. Se estima que desde el año 1990, la mortalidad materna ha disminuido un 44% en todo el mundo (UNFPA, 2016). Hoy en día existen intervenciones y recursos altamente eficientes para tratar la eclampsia, las hemorragias graves, sepsis o las consecuencias derivadas de abortos practicados en condiciones inseguras, todas ellas principales causas de mortalidad materna.

Cuando las madres mueren, sus familias son mucho más vulnerables y sus hijas/os tienen mayores posibilidades de morir antes de cumplir los 2 años (2016). Pero la mortalidad materna es también un indicador importante del estado de los sistemas de salud pública, dado que junto con otros indicadores de importancia, constituyen "(...) medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud (...) que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla" (González Blanco, 2017).

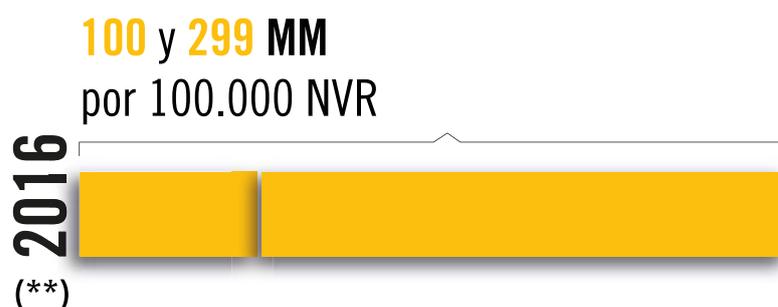
La mortalidad materna en Venezuela ha experimentado un alarmante repunte en los últimos años, el cual ante la ausencia de cifras oficiales, sólo se presume ha sido agravado por el contexto de EHC (ver Gráfico 1). Como se ha señalado, la mortalidad materna aumentó 66% en solamente un año (2015-2016) siendo ésta la última cifra disponible sobre este indicador, divulgada en mayo de 2017. En esa ocasión, las cifras fueron presentadas en base a números absolutos: 756 MM

para el año 2016. Este uso de cifras absolutas impide la realización de análisis definitivos y comparaciones que permitan una aproximación real a la magnitud de la problemática. Por ello se deben usar los indicadores diseñados específicamente para medir la MM tales como la razón de MM que representa el riesgo asociado con el embarazo y el riesgo obstétrico y se calcula con el número de mujeres que fallecen durante un año determinado a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio por cada 100 000 nacidos vivos registrados (NVR) ese mismo año. Así por ejemplo, no es lo mismo 6 muertes maternas en Delta Amacuro que en Nueva Esparta. Para destacar la importancia de usar los indicadores adecuados y no los números absolutos, González Blanco (2017) hizo el ejercicio de calcular la razón de muerte materna para ambos estados conforme a los datos disponibles correspondientes al año 2016 (6 MM cada uno), considerando el número de NVR del año 2012. El resultado fue que la MM de Delta Amacuro sería 128,7 x 100.000 NVR (una de las más elevadas del país) y la de Nueva Esparta, 60,95 por 100.000 NVR. Considerar que ambos estados tienen una situación similar en relación a la mortalidad materna por tener el mismo número de muertes sería un error. Aun cuando estas cifras no son válidas por incorporar un denominador de un periodo diferente (2012), dejan de manifiesto la necesidad de identificar los indicadores de salud específicos a fin de que los análisis y comparaciones se ajusten a la realidad y puedan servir de base para intervenciones efectivas.



FOTO: SHUTTERSTOCK

MORTALIDAD MATERNA



Fuente: (*) González Blanco, 2017. / (**) UNFPA, 2016.

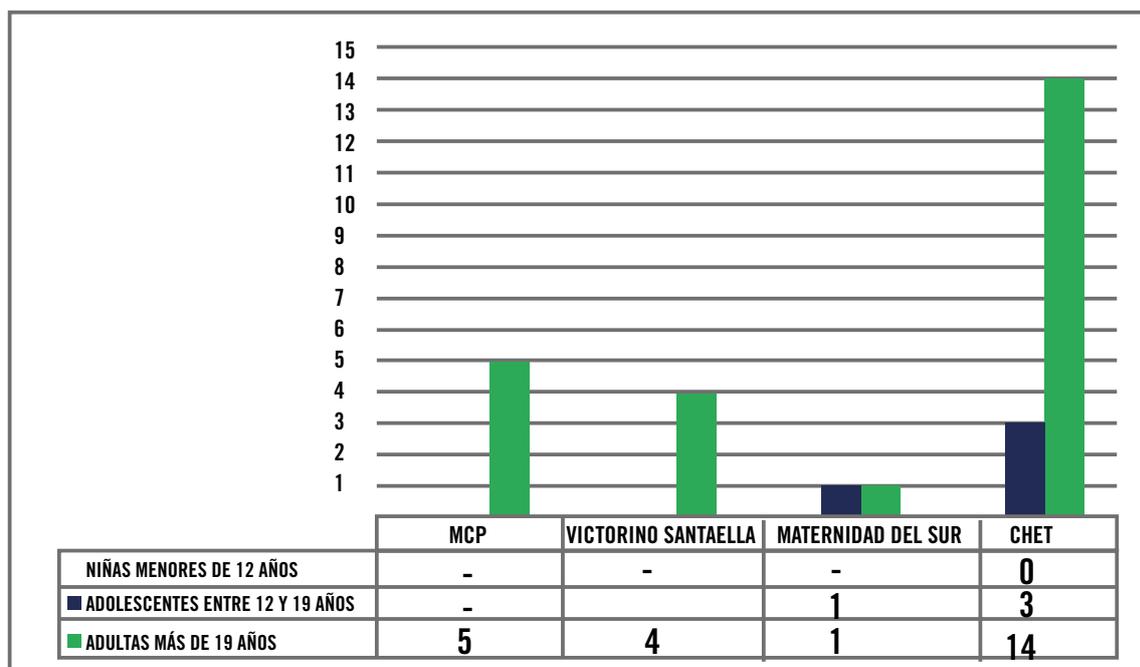
Algunas estimaciones ubican la razón de MM para 2015 entre 68,46 por 100.000 NVR y 92,55 por 100.000 NVR y para 2016, entre 113,51 por 100.000 NVR y 153,44 por 100.000 NVR (González Blanco, 2017). Por su parte, el UNFPA ubica a Venezuela en el grupo de países con razón de MM entre 100 y 299 MM por 100.000 NVR (UNFPA, 2016).

Como se ha señalado antes, dada la ausencia de cifras oficiales, se realizó un estudio de casos donde se observó la situación de la mortalidad materna, los embarazos entre adolescentes, el aborto y las condiciones

hospitalarias de 4 centros de salud entre los meses de agosto y diciembre 2018.

Durante el período de la medición en los 4 centros hospitalarios (Maternidad Concepción Palacios, Hospital Victorino Santaella, Maternidad del Sur y CHET), el total de MM acumuladas fue 28. En su mayoría se trató de mujeres mayores de 19 años (ver Gráfico 11). Al observar el total discriminado por causa de muerte (ver Gráfico 12), los trastornos hipertensivos y las hemorragias prevalecen como las principales causas de mortalidad materna.

GRÁFICO 11: MM POR INSTITUCIÓN HOSPITALARIA. AGOSTO-DICIEMBRE 2018



Fuente: *Equivalencias en Acción, 2019b*

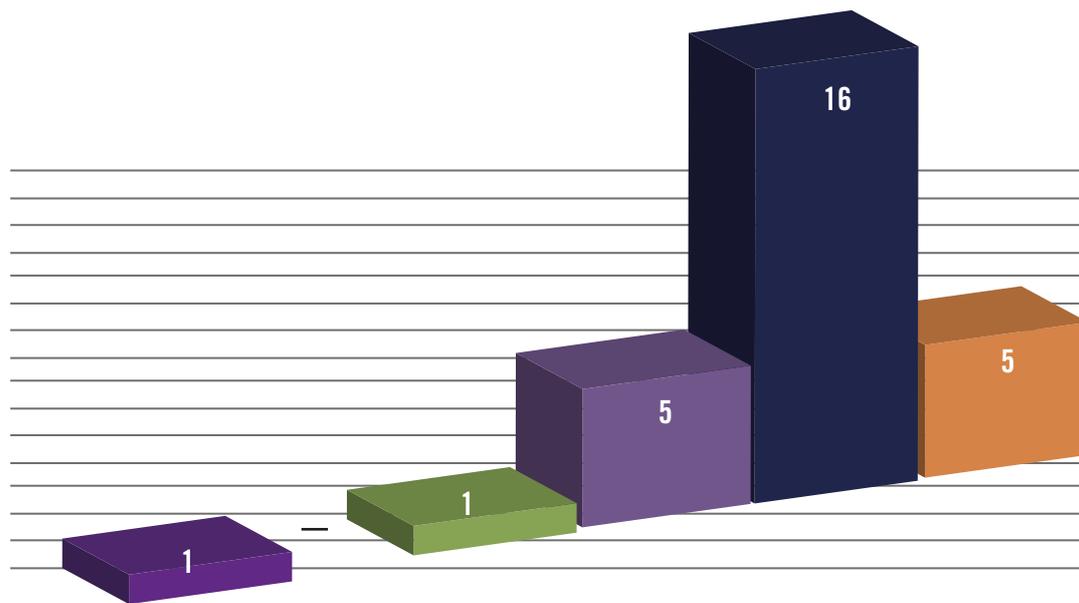
Como se indicó en otra sección de este informe, se registraron dos MM asociadas a la realización de abortos en condiciones inseguras. Cabe señalar que los informantes en los establecimientos de salud manifestaron que en las emergencias están observando prácticas abortivas que no se veían desde hace algunos años, tales como la inserción de elementos punzo-penetrantes, la utilización de hierbas y bebidas caseras así como la introducción de sustancias de diversa índole, incluyendo jabo-

nosas. Ello, señalan los informantes, pudiera estar asociado a la incapacidad de acceder a abortos quirúrgicos practicados en condiciones seguras, que a pesar de ser clandestinos se ofrecen pero a precios que la mayoría de las mujeres no puede pagar, y a la ausencia de insumos (como Misoprostol) para la realización de abortos farmacéuticos. Este medicamento se encuentra disponible a través de redes de comercio informal (comúnmente llamadas “bachaqueros”), pero a elevados costos.²⁷

²⁶No se incluyen datos del CHET para el mes de agosto.

²⁷Al respecto ver: BuzzFeed. 28 de febrero 2019. “This Woman Performed Her Own Abortion — And Was Lucky To Survive.” <https://www.buzzfeednews.com/article/karlazabludovsky/venezuelas-crisis-is-pushing-women-to-have-illegal-abortions>

GRÁFICO 12: NÚMERO TOTAL DE MUERTES MATERNAS PARA TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS POR CAUSA AGOSTO-DICIEMBRE 2018 ²⁸



- HEMORRAGIAS POR ABORTO
- HEMORRAGIAS GRAVES POR OTRAS CAUSAS
- INFECCIONES POR ABORTO
- INFECCIONES POR OTRAS CAUSAS
- TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS
- OTRAS CAUSAS

La mayoría de las MM se registraron en el CHET (17) seguido de la Maternidad Concepción Palacios (5), el Hospital Victorino Santaella (4) y la Maternidad del Sur (2). Las cifras registradas por el CHET, en el Estado Carabobo, resultan llamativas y sugieren que persisten en ese Estado condiciones que inciden en altos números de MM. Cabe recordar que Carabobo ocupó el segundo lugar en números de MM en el año 2016 (76MM) lo cual significó un aumento de 484% con relación al número de MM registradas en el año 2015 (13MM) (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2016).

Es preciso destacar que, si bien se registraron 2 MM en la Maternidad del Sur de Valencia, los profesionales de salud de este hospital reportan que “(...) debido a que en esa institución no cuentan con anestesiólogo, equipos ni insumos para atender pacientes con complicaciones, los casos de pacientes en riesgo son referidos al CHET y es allí donde son atendidas y se registran los casos de muertes maternas (Equivalencias en Acción, 2019b).”

Al consultar sobre las razones vinculadas a estas muertes maternas, el personal médico hace referencia

al modelo de las 4 demoras, resumido a continuación (UNFPA Guatemala, 2010):

- Primera Demora: vinculada al desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, posparto y del recién nacido;
- Segunda Demora: Aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no le permite asumir su derecho y ejercer la toma de decisión por sí misma, sino que debe ser decidido por su

²⁸Los datos del CHET para el mes de agosto no están disponibles.



FOTO: SHUTTERSTOCK

pareja o familiar cercano (padres, suegros, comadrona, entre otros);

- Tercera Demora: tiene que ver con las limitaciones que existen por falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud;

- Cuarta Demora: asociada a una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud, falta de insumos, medicamentos y equipo adecuado.

Y enfatizan que la cuarta demora (atención institucional deficiente) opera como factor precipitante de las MM. Al respecto, uno de los médicos consultados señala,

(...) actualmente la carencia de insumos a nivel nacional hospitalario limita la prevención de las muertes maternas, algunas instituciones medio tienen insumos, pero otras no tienen nada. Dentro de las primeras causas de muerte materna tienes a los trastornos

hipertensivos, y la verdad es que los antihipertensivos no los tienes" (...) "Muchas cosas son las que nos hacen falta a nivel hospitalario para poder resolver esas situaciones y prevenir una muerte materna."

Otro profesional explica,

"Viene sucediendo que las pacientes se nos están complicando desde antes de dar a luz, o sea, durante el embarazo se complican con infecciones, hipertensión arterial o hemorragias, y estas son las principales tres causas de muertes maternas. Infecciosas, porque no hay antibióticos, no se les garantiza su administración en los centros hospitalarios ya que no hay o la paciente no tiene el dinero para comprarlo, entonces las pacientes terminan complicándose con infecciones y se nos mueren. En los casos de hipertensión arterial, tenemos que no hay remedios para la tensión arterial y son costosísimos, la paciente no los cumple, terminan complicándose y fallecen. En cuanto al problema hemorrágico hay pacientes que, por su desnutrición y anemia, cualquier sangramiento -que otra paciente en estables condiciones lo hubiese

soportado- se complica de una manera tal que termina en la muerte, en momentos, en segundos".

Esta información es consistente con los datos recolectados sobre la situación de los hospitales en términos de dotación e insumos que se muestran en otro apartado.

Las cifras recogidas sugieren que se mantiene la tendencia al aumento de las muertes maternas en el país. En el caso de la Maternidad Concepción Palacios, al comparar la información obtenida con algunos datos disponibles de años anteriores, podemos observar un progresivo aumento del número de casos en cifras absolutas (Cabrera, Martínez, & Zambrano, 2014).²⁹ El registro de 5 MM entre los meses de agosto y diciembre 2018 en ese establecimiento de salud apunta a que la tendencia se mantiene (ver Tabla 4).

Según información extraoficial, en todo el año 2018 la Maternidad Concepción Palacios registró un total de 15 MM.

²⁹ No hay acceso a la cifra de nacidos vivos registrados a fin de realizar el cálculo de la razón de MM.



FOTO: SHUTTERSTOCK

 TABLA 4: MUERTES MATERNAS MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS. 2009 - 2013	
AÑOS	MUERTES MATERNAS
2009	2
2010	2
2011	6
2012	8
2013	9

Fuente: Cabrera, Martínez, & Zambrano, 2014.

La información obtenida indica que los planes y programas que ha venido implementando el Estado venezolano para reducir la mortalidad materna no han resultado exitosos. Estos planes tocan aspectos socio-culturales, de conocimientos y prácticas, que favorecen la toma de decisión y la búsqueda de ayuda de las mujeres embarazadas ante posibles riesgos obstétricos (primera y segunda demora) así como aspectos formativos del personal de salud (cuarta demora), pero dejan por fuera aspectos vinculados al acceso a los servicios (tercera demora) y las deficiencias de la atención institucional en cuanto a condiciones de los servicios

y dotación (cuarta demora), los cuales se encuentran en una grave situación de precariedad. En ese sentido, es de suma urgencia que las políticas oficiales atiendan aspectos estructurales y sistémicos que impiden al personal y a los establecimientos de salud atender y prevenir las muertes maternas. En las condiciones actuales, los riesgos de morir por complicaciones asociadas al embarazo y el parto en Venezuela son altos, dado el contexto de precariedad de las condiciones de vida de la población y el derrumbe del sistema de salud, todo lo cual constituye una vulneración de derechos de las mujeres y adolescentes venezolanas.

5. CONDICIONES Y ACCESO A SERVICIOS EN CENTROS HOSPITALARIOS

42

Las condiciones y capacidades para facilitar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en instituciones hospitalarias son un factor en problemáticas tales como la mortalidad materna, el embarazo entre adolescentes y abortos inseguros. En el contexto de EHC por el que atraviesa Venezuela, no cabe duda que el colapso del sistema de salud público, particularmente las agudas deficiencias de los hospitales, tienen un impacto directo sobre estas situaciones que afectan de manera específica a mujeres, niñas y adolescentes.

Es por lo anterior que nos planteamos conocer más en detalle las condiciones para la prestación de servicios de 4 centros hospitalarios, con especial énfasis en servicios de alimentación, agua, suministro de electricidad; servicio de laboratorio clínico; dotación de medicinas e insumos; recursos humanos y equipamiento; costos, horarios y transporte para acceder a los servicios; y nivel de acceso a servicios de planificación familiar (especialmente servicios diferenciados para adolescentes.

Esta exploración fue realizada a través de una encuesta

en línea aplicada entre agosto y diciembre 2018 en la Maternidad del Sur (Valencia, Estado Carabobo), la Maternidad Concepción Palacios (Caracas), y el Hospital Victorino Santaella (Los Teques, Estado Miranda). La Maternidad de Alto Riesgo "Hugo Chávez" de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera (CHET, Valencia, Estado Carabobo) también fue incluida en la aplicación de la encuesta en línea entre los meses de septiembre y diciembre 2018. Sin embargo, para este último establecimiento están disponibles el número de pacientes examinadas en triaje o las admitidas en hospitalización.

Se realizaron además entrevistas a proveedores de salud y grupos focales de usuarias de éstos establecimientos hospitalarios en Valencia, Caracas y Los Teques a fin de indagar sobre las condiciones y el acceso a los servicios. Los resultados obtenidos permiten comprender cuáles son los mecanismos que generan discriminación y/o exclusión en el acceso a los servicios (barreras) o cuáles factores están facilitando su ingreso y atención en el sistema de salud (facilitadores).

CONSULTAS
MEDICINA INTERNA
ONCOLOGICA

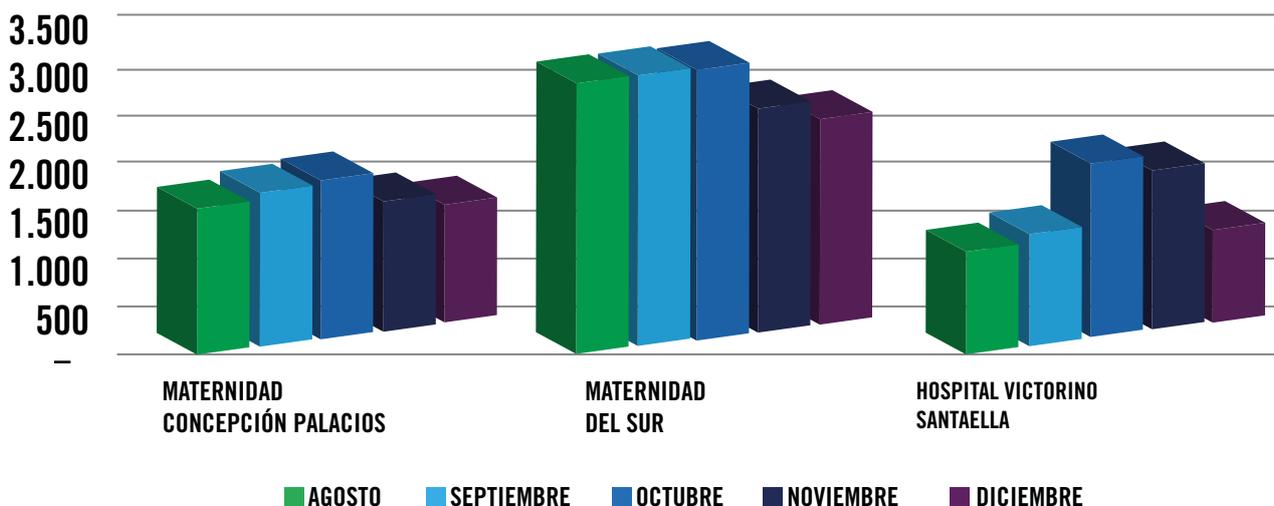
5.1. CAPACIDAD DE ATENCIÓN

Durante los meses de agosto y diciembre 2018, se midió el número de pacientes atendidas en triaje ambulatorio y el número de pacientes ingresadas a hospitalización de 3 hospitales (Maternidad Concepción Palacios, la Maternidad del Sur y el Hospital Victorino Santaella) como un factor indicativo de la capacidad

de atención en estos establecimientos. En el caso de las atendidas en triaje ambulatorio se registró un total de 28.328 mujeres (ver Gráfico 13), mientras que las ingresadas a hospitalización fueron 8.722 (ver Gráfico 14).

LAS TARJETAS SERÁN RECIBIDAS HASTA LAS 8:00 AM (DESPUÉS DE LAS 8:00 AM NO SE RECIBEN MÁS Y DEBE CAMBIAR SU CITA).
SE LE AGRADECE A LOS PACIENTE CITADOS EL DÍA DE SU

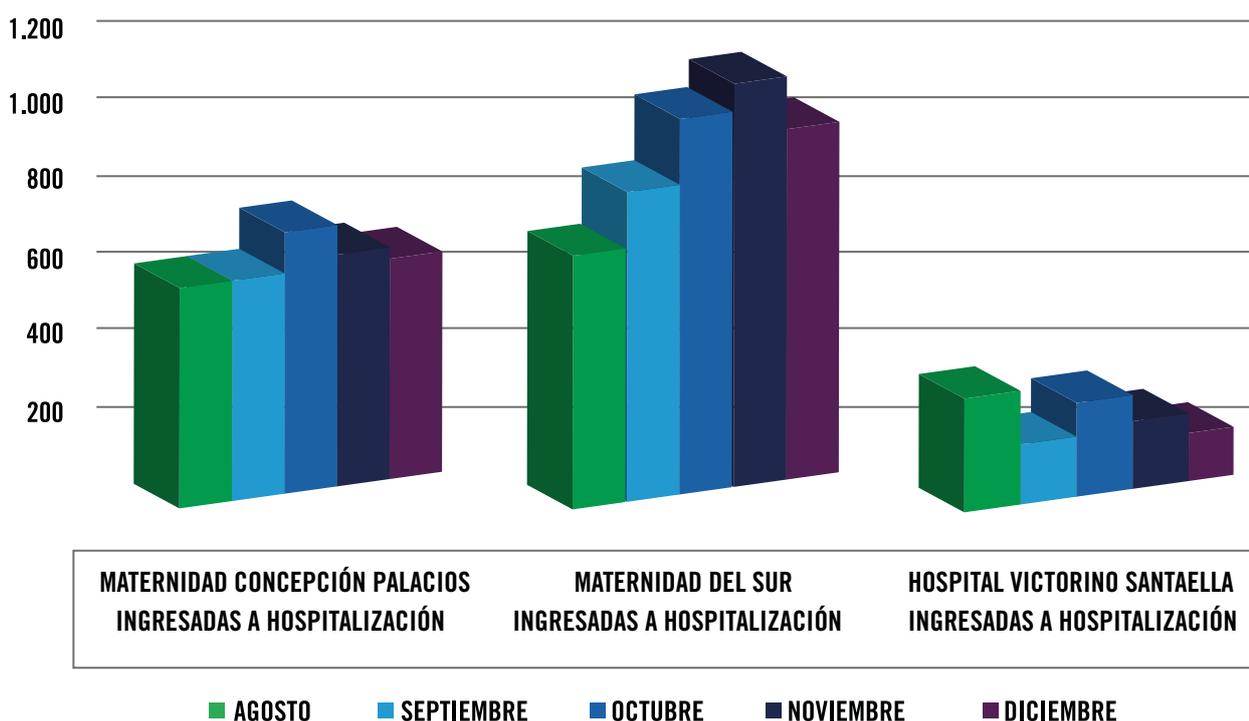
GRÁFICO 13: NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS EN TRIAJE AMBULATORIO AGOSTO-DICIEMBRE 2018



A lo largo de toda la medición, la Maternidad del Sur mostró la mayor capacidad de atención, con un promedio mensual de hospitalización de unas 700 pacientes, superior a la de los otros dos establecimientos. Llama la atención las diferencias en números de casos atendidos por triaje y por hospitalización entre la Maternidad Concepción Palacios y la Maternidad del Sur siendo que ambos son establecimientos teóricamente comparables por ser hospitales especializados de atención materno-infantil tipo IV. Estas diferencias pudieran estar asociadas a las deficiencias en

dotación de insumos y medicamentos, personal e infraestructura para recibir casos y prestar atención debida. A partir de estos datos (traje, hospitalización y número de partos) podemos afirmar que la Maternidad Concepción Palacios está operando a la mitad o menos de su capacidad. En el caso del Hospital Victorino Santaella, a pesar de tratarse de un establecimiento tipo IV, el menor nivel de pacientes embarazadas o en trabajo de parto es esperado en razón de que no se trata de una institución especializada en atención materno-infantil.

GRÁFICO 14: INGRESOS POR HOSPITALIZACIÓN. AGOSTO - DICIEMBRE 2018



Así mismo, de los 4 establecimientos (incluyendo el CHET) se evidencia que la Maternidad del Sur es el centro con mayor número de parturientas atendidas, en algunos casos constituyendo más del doble de aquellas atendidas en los otros establecimientos (ver Gráfico 15). Del total de 10.059 parturientas registradas, el 40% correspondían a la Maternidad del Sur, seguida de 32% del CHET, ambas en el Estado Carabobo (ver Gráfico 16).

GRÁFICO 15: TOTAL DE PARTURIENTAS POR MES Y ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO ³⁰

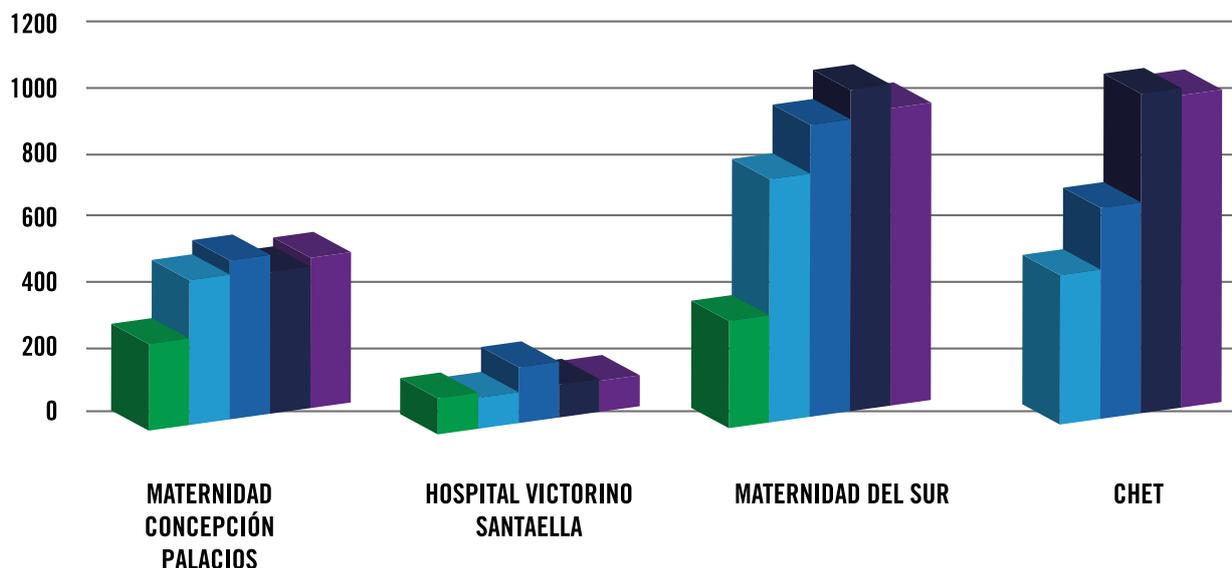
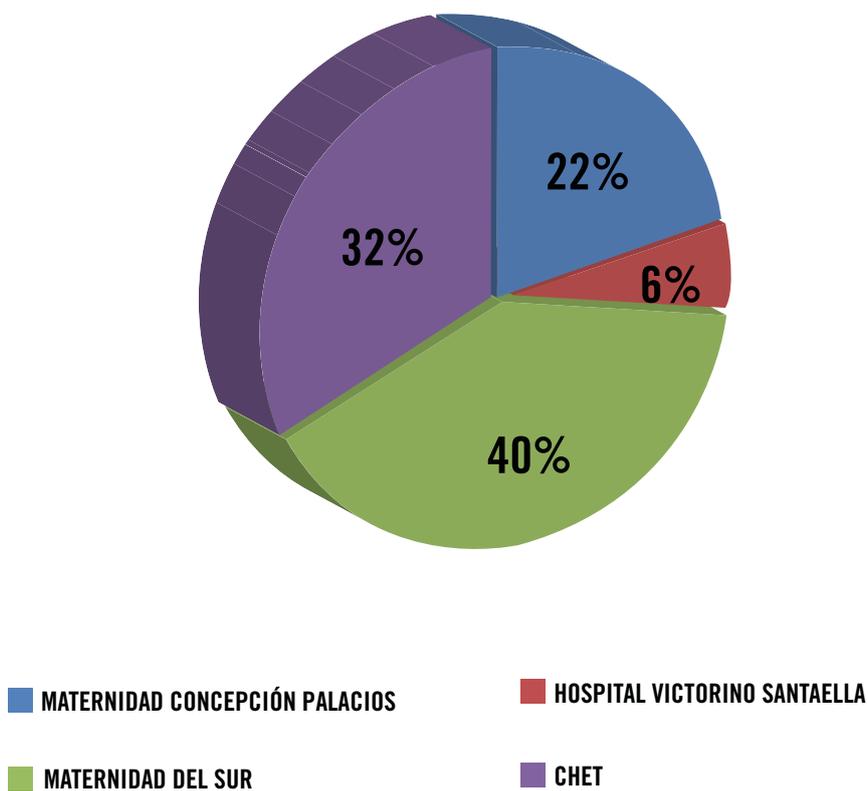


GRÁFICO 16: PARTURIENTAS ATENDIDAS POR INSTITUCIÓN HOSPITALARIA. AGOSTO - DICIEMBRE 2018



³⁰ Los datos para el mes de agosto para la Maternidad Concepción Palacios, la Maternidad del Sur y el Hospital Victorino Santaella van del 15 al 31 de ese mes. No incluye datos para el mes de agosto del CHET.

5.2. CONDICIONES GENERALES DE LOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS

FOTO: ALICIA MONCADA

46

Las condiciones generales de los 4 centros hospitalarios en relación a la dotación, la infraestructura, los servicios y el recurso humano mostró pocas variaciones sustanciales a lo largo del período, presentándose serias deficiencias en la prestación de servicios de alimentación e interrupciones en el suministro de servicios de agua y electricidad, cierre parcial o total de los laboratorios clínicos, dotación irregular de medicamentos e insumos, y fallas en los equipos de trabajo, entre otros.

Agua, servicio eléctrico y alimentación

A lo largo de la medición, ni el Hospital Victorino Santaella ni el CHET contaron con servicio de alimentación, (ver Tabla 5). Por su parte, la Maternidad del Sur estuvo sin servicio de alimentación durante todo el período de la medición a excepción de diciembre, cuando el servicio fue reanudado. En la Maternidad Concepción Palacios dicho servicio fue intermitente.

TABLA 5: SERVICIO DE ALIMENTACIÓN Y SUMINISTRO DE AGUA Y ELECTRICIDAD. AGOSTO-DICIEMBRE 2018

	MATERNIDAD DEL SUR					HOSPITAL VICTORINO SANTAELLA					MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS					CHET				
	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
ALIMENTACIÓN	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
AGUA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
ELECTRICIDAD	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■	FALLA ABSOLUTA (SIN SERVICIO DURANTE TODO EL MES)
■	INTERMITENTE (SIN SERVICIO MÁS DE 5 HORAS CONTINUAS O DISCONTINUAS AL MES)
■	NORMAL (SERVICIO LAS 24 HORAS AL DÍA DURANTE TODO EL MES)
□	SIN DATOS DISPONIBLES

La inoperancia total o parcial de los servicios de alimentación traslada a las propias pacientes y a sus familiares la responsabilidad y los costos de garantizar los alimentos en caso de que requiera ser hospitalizadas, lo cual en las condiciones socioeconómicas actuales se hace difícil para la mayoría de quienes acuden a estos centros hospitalarios. Los costos por alimentos dentro o fuera del hospital usualmente superan lo que las pacientes y sus familias pueden costear, por lo que su alimentación debe provenir de sus hogares. Esto involucra dos aspectos problemáticos importantes: el primero es que la familia no siempre está en capacidad de proveer una alimentación balanceada y acorde a las necesidades nutricionales de la paciente; y el segundo, está vinculado a los aspectos de preparación y transporte de los alimentos a las pacientes que se encuentran hospitalizadas.

Las fallas en el suministro de alimentación afecta la calidad de la atención brindada a las pacientes e interfiere con su permanencia en los hospitales. Por ejemplo, se tiene información de que para ingresar a las pacientes en algunos centros hospitalarios se requiere del compromiso de la familia en garantizar su comida, toda vez que la institución no la está suministrando. De los 4 establecimientos, sólo el Hospital Victorino

Santaella presentó suministro de agua normal en 3 de los 5 meses de observación. Todos los demás presentaron suministro irregular. Sin embargo, es preciso resaltar que en el grupo focal realizado con usuarias del Hospital Victorino Santaella, las mujeres participantes reportaron que las escaleras oían a orine y estaban en pésimas condiciones de higiene. En el grupo focal de Valencia, las mujeres reportaron la intermitencia en el suministro del agua como una barrera en el acceso a los servicios de salud, vinculada a las condiciones de higiene de los mismos.

Al igual que en el caso del suministro de agua, los dos establecimientos de la ciudad de Valencia (Maternidad del Sur y CHET), presentaron irregularidades en el suministro eléctrico. El Hospital Victorino Santaella presentó irregularidad en el suministro en 2 de los 5 meses de medición, y la Maternidad Concepción Palacios tuvo suministro normal a excepción del mes de septiembre cuando se registraron serias interrupciones. Al indagar con los proveedores de salud de los establecimientos de la ciudad de Valencia sobre la continuidad en la prestación de la atención en momentos donde no cuentan con servicio eléctrico, respondieron que muchas de sus actividades las llevan a cabo valiéndose de la luz del celular o con la luz del día.

Laboratorio clínico

La mayor parte del tiempo los laboratorios clínicos de los 4 hospitales estuvieron operando de manera intermitente, y hubo meses en los que los mismos permanecieron cerrados (ver Tabla 6). Esto implica que las pacientes deben realizarse los exámenes de laboratorio correspondientes en otras instituciones públicas que presten el servicio o de manera privada, siendo esta segunda opción la más frecuente, debido a las fallas en el servicio de laboratorio de las diferentes instituciones públicas del país.

TABLA 6: FUNCIONAMIENTO DE LABORATORIO CLÍNICO. AGOSTO - DICIEMBRE 2018

CENTRO HOSPITALARIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
MATERNIDAD DEL SUR	NO OPERATIVO	OPERATIVO CON FALLAS INTERMITENTES			
HOSPITAL VICTORINO SANTAELLA	OPERATIVO CON FALLAS INTERMITENTES	NO OPERATIVO	OPERATIVO CON FALLAS INTERMITENTES	OPERATIVO CON FALLAS INTERMITENTES	OPERATIVO CON FALLAS INTERMITENTES
MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS	OPERATIVO CON FALLAS INTERMITENTES	NO OPERATIVO			
CHET	SIN DATOS	NO OPERATIVO	OPERATIVO CON FALLAS INTERMITENTES	OPERATIVO CON FALLAS INTERMITENTES	OPERATIVO CON FALLAS INTERMITENTES

- NO OPERATIVO
- OPERATIVO CON FALLAS INTERMITENTES
- 100% OPERATIVO
- SIN DATOS

Las participantes del grupo focal de Valencia señalaron:

“Me mandaron a hacer los exámenes y todas las muestras llevarlas a otro lado y traer los exámenes para que la doctora lo revisara.

No había nada, ninguno de los implementos y me mandaron a hacer los exámenes a otro lado. En el sitio público donde asistí no había absolutamente nada. En el privado sí.

Cuando te haces la citología, le dan a uno la muestra para que uno venga a la Cruz Roja para que evalúen la muestra.

La doctora le decía a uno que llevara la muestra a otro lugar para que la evaluaran y después que le trajera los resultados para ella evaluarla.”

Uno de los proveedores de salud del Hospital Victorino Santaella señala sobre esta situación,

“No tenemos ni laboratorio clínico. En este momento no está funcionando el banco de sangre, no está funcionando la parte de radiografías. Todas las pacientes que acuden tienen que procesar sus exámenes en centros privados.”

Con todo esto la atención médica se retrasa, lo cual puede convertirse en una demora indebida que pone en riesgo la salud de las mujeres. Las pacientes deben acudir a otras instituciones para practicarse los estudios. Las que pueden pagar los exámenes acuden a centros privados, mientras que las que van a centros públicos deben pasar por procesos de espera en las citas para laboratorio.

Algunas no logran continuar con su proceso de atención por carecer de los recursos económicos para realizarse los estudios solicitados. Todo esto se transforma en una barrera en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres. Una proveedora de servicios reporta,

“(…) la situación económica no escapa de ninguna parte y son pacientes que generalmente acuden a la primera consulta... uno solicita una serie de paraclínicos que están establecidos en los protocolos de atención a la mujer embarazada y a la parte ginecológica, y me imagino que la limitación que hay también es que no se cuenta con institutos públicos que procesen este tipo de paraclínicos, bien sea hematología completa o pruebas especiales, y me imagino que más que todo la parte económica no lo pueden pagar en privado y es una limitante para que ellas acudan nuevamente a servicio (...)”

DOTACIÓN DE MEDICINAS E INSUMOS

La dotación de medicinas e insumos básicos para la atención en salud sexual y reproductiva, incluyendo emergencias obstétricas, presenta brechas importantes en los 4 hospitales que incluidos en la medición (ver Tabla 7 y Tabla 8). Los rubros cuya dotación es normal son pocos. La mayoría posee una dotación irregular o inexistente. El establecimiento que exhibió mejores niveles de dotación fue la Maternidad Concepción Palacios, a diferencia de los otros 3 que mostraron brechas considerables en rubros fundamentales como antibióticos. Las fallas son reportadas tanto por los proveedores de salud como por las usuarias de los servicios.

TABLA 7: DOTACIÓN DE MEDICAMENTOS. AGOSTO-DICIEMBRE 2018

	MATERNIDAD DEL SUR					VICTORINO SANTAELLA					MCP					CHET				
	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Oxitocina 10 UI/ml	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Methergin 0.2 Mg/ml	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Misoprostol 200 mcg	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ampicilina parenteral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ceftriaxona parenteral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Clindamicina	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Furosemida parenteral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Gentamicina parenteral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Metronidazol parenteral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Paracetamol, dipirona o metamizol	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ranitidina parenteral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Gluconato de calcio parenteral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Hidralazina líquida parenteral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Nifedipina oral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sulfato de magnesio parenteral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

- Sin dotación
- Dotación irregular
- Dotación normal
- Sin datos

Al respecto, un proveedor de servicios señala,

“(...) no hay insumos, no hay medicamentos, no hay lo necesario en el hospital. Eso lo viví yo también, o sea lo viven los pacientes y lo vivo yo, lo veo todos los días y lo vivo como familiar, y luego de que logras salvarte milagrosamente de esa urgencia en la que entras desesperado (...) los médicos hacen magia con lo que encuentran, solucionas la urgencia y después viene todo el karma y la calamidad de quedarte en ese mismo hospital convaleciente. En-

tonces mira, te tenemos que poner antibiótico para cubrirte después que te operamos pero aquí no lo hay, consíguelo tú. Y sales y te encuentras con que necesitas treinta y pico de ampollas por ponerte. Un ejemplo cualquiera y cada ampolla te cuesta millones de bolívares, o sea yo digo ¿quién tiene ese alcance hoy día para cubrir esa necesidad? (...) veo como llora la que no lo puede comprar y como lloré yo como familiar con lo tuve que vivir para cubrir esa necesidad, porque eso mata, eso te mata más que la misma enfermedad.”

El costo y la responsabilidad de conseguir las medicinas e insumos, como en el caso de la alimentación y los servicios de laboratorio, se traslada del hospital a la paciente y sus familiares. Una participante del grupo focal de Valencia plantea,

“El doctor que me estaba atendiendo me dice que él ponía los guantes y ponía con lo que se hacía la citología, que yo ponía lo demás.”

Insumos básicos para la atención como sutura, tubos de ensayo, gasas y guantes poseen una dotación irregular o no hay dotación. Según información suministrada por proveedores de salud, algunos de estos insumos son vendidos por comerciantes informales en los alrededores de los hospitales. Por ejemplo, los tubos de ensayo (cuya dotación fue irregular o inexistente en todos los centros de salud durante todo el período) se comercializan a 12.000 bolívares soberanos (unos 2 dólares de los Estados Unidos). Para la mayoría de las pacientes que acuden a estas instituciones, es prácticamente imposible asumir dichos costos.

TABLA 8: DOTACIÓN DE INSUMOS. AGOSTO - DICIEMBRE 2018

	MATERNIDAD DEL SUR					VICTORINO SANTAELLA					MCP				CHET					
	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
SOLUCIÓN FISIOLÓGICA 0,9 500 CC																				
SOLUCIÓN RINGER -LACTATO (SOL HARTMANN) 500 CC O 1000 CC																				
SONDA NELATON O FOLEY 14 FR																				
BOLSA RECOLECTORA DE ORINA																				
CETETER JELCO NO 14-16																				
SUTURA CATGUT CRÓMICO 2 0 Y 0																				
SUT NYLON O SEDA SIN AGUJA (SUTUPAK) 1 0 0																				
SISTEMA DE INFUSIÓN EV - MACROGOTERO																				
MASCARILLA DE OXÍGENO CON RESERVORIO																				
CÁNULA DE MAYO NO. 4 O 5																				
JERINGAS 10 CC																				
GUANTES ESTÉRILES TALLAS 7 Y 8																				
GASAS ESTÉRILES GRANDES																				
TUBO DE ENSAYO CON ANTICOAGULANTE																				
TUBO DE ENSAYO SIN ANTICOAGULANTE																				



estas dos manos pero si a mí me ponen una paciente enferma con una emergencia y no tengo (...) la sutura adecuada para abrir y cerrar el útero, ¡no! Si yo no tengo con qué coserla después que la abra para sacar el bebé ¿cómo la atiendo?

Una proveedora de salud señala:

“Aquí hay toda la intención de ayudarte, aquí está el quirófano, aquí están los médicos pero no tenemos tal cosa, y ya la paciente por mucha voluntad que tenga, cualquier personal del hospital desde los más elevados hasta los más abajo, hablando de los directores hasta los médicos, que tengan voluntad e intención de ayudar, si no existe el insumo o si no existe el material, ¿cómo nos las ingeniamos? Porque yo puedo tener

Así grande, ¡NO!, no hay infraestructura adecuada, no hay insumos para atenderlas, no hay. Así en dos platos, no hay más nada qué decir. Déficit, es la palabra, no hay nada.”

Las mujeres en todos los grupos focales mencionaron haber tenido que comprar insumos dada su ausencia en estos en los servicios y ante la posibilidad de quedarse sin atención o tener que asistir al sector privado para recibir la atención completa, algo que la mayoría no puede costear:



////////////////////////////////////
“A mi cuñada la atendieron, pero tuvo que comprar todo porque no había nada.”
////////////////////////////////////

Las mujeres de menores recursos y las adolescentes son potencialmente las más afectadas ya que no cuentan con el dinero necesario para realizarse exámenes de laboratorio y otros estudios en centros privados y/o adquirir las medicinas y materiales médico-quirúrgicos. Esto constituye una barrera determinante en el acceso oportuno a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Aunque los hospitales públicos deberían brindar servicios gratuitos, en la práctica esta gratuidad no es tal. Como se ha venido comentando, las mujeres deben practicarse y pagar con sus propios recursos exámenes de laboratorio y otros estudios en centros privados, además de costear su propia alimentación, las medicinas y los insumos requeridos para poder acceder a la atención médica.

Teniendo en cuenta que en Venezuela, de conformidad con datos de la ENCOVI (UCAB, UCV y USB, 2018), el 94% de los hogares no cuentan con recursos suficientes para cubrir sus necesidades, está claro que la mayoría de las mujeres que acuden a estos centros hospitalarios públicos no están en capacidad de asumir la totalidad de los costos señalados, lo cual impone una limitación en su acceso a los servicios, muy particularmente a las adolescentes. Al quedar la salud supeditada a las condiciones económicas de las pacientes, estaríamos entonces ante una suerte de privatización de los servicios, incompatible por demás con lo establecido en la CRBV donde se establece que la salud es un derecho protegido que debe ser garantizado por el Estado venezolano.



ACCESO A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y A LOS SERVICIOS

52

Los horarios y procedimientos para solicitud de citas para asistir a servicios de salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud presentan obstáculos que dificultan el acceso oportuno a la atención. Una proveedora de servicios plantea,

“(...) si yo me embarazo hoy y tengo cuatro semanas (...) y yo de forma responsable quiero ir a controlarme y voy porque tengo un mes y yo quiero empezar desde ahorita, a mí me van a dar la cita probablemente para mes y medio, dos meses cuando ya yo tenga ocho semanas, dos meses. Entonces el propósito o la intención de la paciente de ir a controlarse de manera adecuada la pierde cuando ve que la cita se la dan en tanto tiempo. Y así pasa con los controles con todo. A veces los controles prenatales que

son mensuales en las primeras semanas, llegan a ser no mensuales sino de mes y medio, de dos meses porque las citas están tan colapsadas y las consultas están tan full de pacientes que terminan siendo mucho más largas. Entonces ¿cuál es el control real o regular de esa paciente? Muy pocas logran llegar de verdad a la meta del buen control del embarazo.”

De acuerdo a esto, la ausencia de control prenatal de las mujeres también está vinculada a las barreras en el acceso a los servicios. Esta ausencia de control durante el embarazo supone un riesgo para la vida y la salud de las mujeres y sus hijos/as.

En palabras de otra proveedora de servicios,

“(...) no existe en realidad la cantidad de hospitales que puedan llevar la asistencia adecuada al número de pacientes que se deberían ver en cada uno de ellos, y en los niveles de atención que tenemos dentro de la salud son precarios, porque antes la paciente que iba a un ambulatorio donde había un médico capacitado de decirle (...) ‘esos son los primeros dolorcitos,’ o ‘vamos a esperar un poquito, mira que estoy tocando, tu bebé está bien, tienes que esperar un poco para que no te tacten demasiado en el hospital.’ Ya eso no existe. El sistema de salud esta tan deteriorado, está tan precario, que ese sistema de salud primaria que existía, que era el que nos ayudaba a compensar el trabajo hospitalario que era el del ingreso real, de emergencia real, ahora está colapsado porque



esos centros no existen o no están, no tienen los insumos, no tienen el médico, no tienen el personal, o por la inseguridad los cierran, por cualquier causa no existen. O sea existen en nombre, en estructura (...) pero no están capacitados para atender la paciente. Entonces ¿qué pasa? Que colapsan los sistemas que van más arriba, los hospitales que deberían recibir la emergencia real, que ya la vio en el ambulatorio, el del centro de atención primaria la está recibiendo todo el hospital. Está siendo prácticamente emergencia y consulta, todo. Entonces eso ya obviamente implica que los niveles de asistencia ya no existen. Esos centros que deberían recibir a las pacientes no están trabajando como debería ser.”

Sobre esto, el personal médico reporta que dada la reducción de la capacidad de los servicios de atención primaria, las pacientes acuden a centros hospitalarios tipo IV como la Maternidad del Sur, el Hospital Victorino Santaella, o la Maternidad Concepción Palacios, que también están presentando serias deficiencias. Esto se traduce en retrasos en la asignación de citas e importantes rezagos en la atención de emergencias y la capacidad resolutoria de los casos, en un contexto en el cual los hospitales de la red pública enfrentan severas condiciones de precarie-

dad. En otras palabras, hay menos servicios y los que existen están colapsados.

En entrevistas realizadas a usuarias de los hospitales participantes en la medición, se pudo conocer que para acceder a los mismos se topan con varias barreras: escasez de cupos para la atención en los servicios, inseguridad, transporte y dinero. Algunas de ellas manifestaron,

“(...) para poder llegar al sitio hay que llegar a las 3am para poder agarrar el número porque dan muy poquitos números y va mucha gente. Y la inseguridad está muy fuerte porque ¿cómo salgo yo a esa hora de mi casa? Hay malandros y la situación no está muy bien”.

“(...) no hay transporte, no hay muchas camionetas y por más que te pares a las 4am no va a haber transporte, tienes que caminar para poder llegar a la hora”.

“(...) transporte, seguridad y dinero. Para poder llegar a tiempo porque dan diez números nada más, y el dinero porque está muy caro.”

“Inseguridad, dinero y transporte. Porque tengo que salir muy temprano para poder llegar y a veces

duro en la parada como tres horas esperando un carro. No llego a tiempo.”

Por su parte, los proveedores de salud señalaron,

“(...) tenemos pacientes que tienen una estancia hospitalaria nocturna, que se quedan - en criollo - divagando y caminando por el hospital. Porque llegan porque le dieron una cola, porque llegan porque alguien en el día las empujó hasta allá o consiguieron un transporte medianamente malo donde se montan, ¿cómo le llaman? ¿Las perreras?”³¹

“(...) te encuentras que la paciente tú la ves cuando entra en la emergencia (...) y sigues viendo pacientes en todo el día, (...) te paras a las seis de la tarde y das una vuelta por los alrededores del hospital y te puedes encontrar con la misma cara que evaluaste a las dos de la tarde. Te la encuentras allá afuera, y cuando (...) te acercas a esa paciente a ver qué pasó y le preguntas que por qué sigue allí ¿qué te dice? Que no tiene como irse (...) porque transporte no hay, y no tiene como irse (...) no tiene como irse porque el familiar no tiene vehículo (...)”

³¹ El término “perrera” designa un tipo de transporte de carga para el traslado de animales. Su uso para el traslado de personas en Venezuela se ha popularizado en los últimos meses a causa de un déficit severo de unidades de transporte público

RECURSO HUMANO Y EQUIPAMIENTO

Los 4 centros hospitalarios presentaron brechas considerables en relación al recurso humano con el que cuentan para prestar servicios, particularmente en el área de anestesiología y pediatría/neonatología. Conforme a los datos aportados por proveedores de salud de la Maternidad Concepción Palacios, la atención se vio severamente restringida por la intermitencia de todo el personal, pero particularmente por la ausencia de profesionales en anestesiología. El mes de agosto por ejemplo, no se contó con personal médico alguno en esa área. El Hospital Victorino Santaella también presentó ausencias, con excepción del servicio de gi-

neco-obstetricia que se mantuvo completo a lo largo de la medición. Por su parte, la Maternidad del Sur también presentó deficiencias en materia de personal, pasando de tener los equipos completos en el mes de noviembre, a parcialmente incompletos (entre 6 a 20 inasistencias) durante el mes de diciembre. Por su parte, el CHET también presentó deficiencias preocupantes. Sólo en el mes de septiembre tuvo un equipo completo (pediatría-neonatología). El resto de la medición, los equipos estuvieron incompletos en mayor o menor medida (ver Tabla 9).

TABLA 9: RECURSOS HUMANOS. AGOSTO-DICIEMBRE 2018

	MATERNIDAD DEL SUR					HOSPITAL VICTORINO SANTAELLA					MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS					CHET				
	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
GINECO-OBSTETRICIA																				
PEDIATRÍA - NEONATOLOGÍA																				
ANESTESIOLOGÍA																				
ENFERMERÍA																				
LIMPIEZA (CAMARERAS)																				

- INCOMPLETO (MÁS DE 20 DÍAS DE INASISTENCIA)
- PARCIALMENTE COMPLETO (ENTRE 1 Y 5 INASISTENCIAS)
- PARCIALMENTE INCOMPLETO (ENTRE 6 Y 20 INASISTENCIAS)
- COMPLETO (NINGUNA INASISTENCIA)
- SIN DATOS

Tenemos entonces que estos centros hospitalarios no cuentan con el recurso humano requerido, lo cual disminuye la capacidad de respuesta y prestación de servicios a las pacientes. Este factor puede ser determinante en la atención oportuna, particularmente en el caso de complicaciones y emergencias obstétricas que pueden derivar en muertes maternas.

Los kits de bioseguridad estuvieron ausentes la mayor parte de la medición en todos los establecimientos (ver Tabla 10). La ausencia de este kit se ha convertido en una barrera para la atención de embarazadas con VIH, toda vez que por no contar con el mismo, se les niega la realización de cesáreas indicadas para evitar la transmisión vertical de madre a hijo/a en el momento del parto (Kislinger, 2018).

TABLA 10: DISPONIBILIDAD DE KIT DE BIOSEGURIDAD. AGOSTO - DICIEMBRE 2018

	MATERNIDAD DEL SUR					HOSPITAL VICTORINO SANTAELLA					MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS					CHET				
	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
KITS DE BIOSEGURIDAD (MONO, LENTES, GUANTES)																				

NO

SI

SIN DATOS

En cuanto a condiciones de infraestructura y equipamiento, tales como el servicio de ambulancia, los datos mostraron situaciones dispares en los cuatro establecimientos. La Maternidad del Sur y el CHET contaron con 1 ambulancia operativa pero con intermitencia a largo de todo el período. En el Hospital Victorino Santaella no hay ambulancia y en la Maternidad Concepción Palacios se encuentra no operativa. En general, las camas tanto en emergencia como en sala de parto estuvieron operativas, pero con variaciones sensibles. En el Hospital Victorino Santaella, los proveedores de salud informan que la UCI pediátrica no funciona desde hace algún tiempo.

Todo lo hasta aquí descrito habla de una disminución sustancial de la capacidad de atención de los centros de salud y de gravísimas carencias de recursos y condiciones mínimas necesarias para brindar el servicio adecuado a las mujeres y garantizar sus derechos en materia de salud, incluyendo salud sexual y reproductiva. Como señala una proveedora de servicios,

“De los aparatos como tal, no los tenemos, ausentes **los ecógrafos, ausentes los monitores fetales, ausentes los monitores de TRF, eh... ausente, ausente, ausente, ausente, las camillas ginecológicas dete-**

rioradas; se usan, pero hay muchas que huelen hasta mal, es más, ahí hubo hasta un diagnostico hace unos meses de una camilla que tenía una miasis, eso es literalmente gusanos, que después que nos quejamos mil veces la sacaron, nos quejábamos: eso tiene gusanos, huele mal y está podrido; huele mal, tiene gusanos, está podrido, está podrido, tiene gusanos, huele mal; dos mil veces repetir lo mismo, hasta que por fin alguien dijo: si los tiene. Y los sacaron. Por ahí tú sacas la cuenta.”

No se puede soslayar el hecho de que, sin lugar a dudas, estas condiciones de precariedad y escasez generalizada en estos establecimientos de salud tienen un impacto directo no sólo sobre el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, sino que representan un riesgo para la salud de las mujeres y recién nacidos. Así lo vio la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) al momento de decidir el otorgamiento de medidas cautelares a favor de la Maternidad Concepción Palacios (CIDH, 2019).

La depauperación de los centros de salud y la falta de respuestas por parte de organismos del Estado han motivado protestas por parte del personal obrero, administrativo y de salud de estos establecimien-

tos hospitalarios. En este contexto, se ha registrado un aumento de casos de hostigamiento a los y las trabajadoras, aunado a una mayor presencia de cuerpos de seguridad o grupos afectos al oficialismo. Por ejemplo, en la Maternidad Concepción Palacios se reportó la presencia de efectivos militares, colectivos paramilitares y, más recientemente, de elementos de la milicia.

Los casos de hostigamiento y amenazas a todo el personal que labora en los establecimientos de salud se han convertido en una señal del interés por desestimar los intentos por denunciar las condiciones en esos centros, lo cual se ha convertido en una política de Estado. Pero también se han registrado casos de hostigamiento y amenazas de parte de pacientes o sus familiares ante la desesperación por recibir atención. La Maternidad del Sur en Valencia fue el centro que reportó mayores casos de hostigamiento y amenazas provenientes de los mismos pacientes, mientras que en la Maternidad Concepción Palacios dichos hostigamientos y amenazas provenían no sólo de las pacientes, sino también de colectivos y los directivos del hospital. En ese mismo centro de salud se reportó un caso de agresión de parte del director hacia una doctora-residente.³²

³²Al respecto ver: <http://efectococuyo.com/salud/medicos-denunciaron-agresion-a-residente-por-parte-del-director-la-maternidad-concepcion-palacios/>

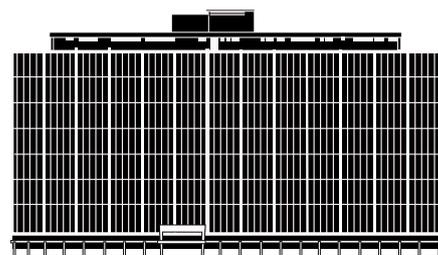
MORIR O MIGRAR

Medidas Cautelares a favor de la Maternidad Concepción Palacios

¿Qué medidas otorgó?

Adoptó medidas cautelares a favor de las mujeres pacientes y recién nacidos del Hospital Maternidad Concepción Palacios

(Resolución 13/2019 el 18-03-2019)



¿Por qué?

Consideran que los pacientes se encuentran en situación de gravedad y urgencia de riesgos de daños irreparables a sus derechos.

CIDH

¿Quiénes las solicita?

Asociación Civil Mujeres en Línea, AVESA, CEPAZ, FREYA y Women's Link Worldwide

¿Qué solicita el CIDH al Estado venezolano?

- adoptar las medidas necesarias para garantizar la vida, integridad personal y salud de las beneficiarias;
- garantizar la provisión de insumos, medicamentos y servicios médicos adecuados para dar una atención efectiva a las emergencias;
- asegurar que la perspectiva de género se encuentre incorporada en la protección y el acceso a la salud materna y servicios dirigidos a las necesidades médicas propias de las beneficiarias;
- garantizar la provisión de programas de nutrición y controles médicos adecuados previos al embarazo, durante el embarazo y en el periodo posterior al parto, tanto para las pacientes mujeres como para las y los recién nacidos;
- asegurar condiciones mínimas de infraestructura, electricidad y agua, así como de suficiente personal médico;
- involucrar a beneficiarias y personal de la Maternidad en las medidas a adoptar y que se respete y garanticen sus derechos humanos, especialmente su derecho a participar libre y adecuadamente, sin ser objetos de represalias.



 FOTO: AMNISTIA



II. MUJERES EN EL CONTEXTO DE LA MOVILIDAD HUMANA VENEZOLANA

FOTO: LAURA RANGEL

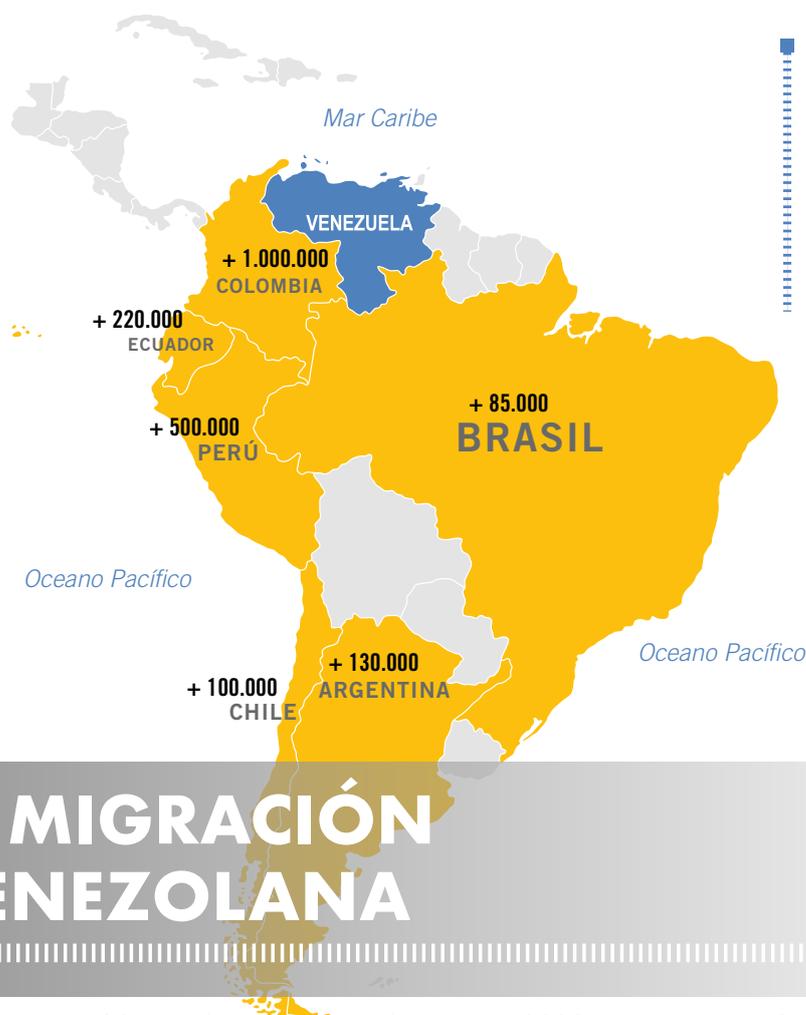
Los procesos de movilidad humana no son fenómenos nuevos en el desarrollo de la humanidad, y los mismos han estado asociados a los procesos históricos de las naciones. Sin embargo, en los últimos años se ha visto un incremento del movimiento migratorio que, si bien ha sido facilitado por el proceso de globalización y al auge de nuevas tecnologías que permiten un mayor desplazamiento y conexión entre los límites fronterizos, desde nuestro enfoque de género y de derechos, está íntimamente asociado a un importante déficit en la capacidad o voluntad de los Estados de cumplir con su responsabilidad de proteger. En otras palabras: mundialmente y en especial en el caso venezolano, la migración ha sido fomentada y propulsada por la grave violación de derechos fundamentales, violación que afecta a las mujeres de manera diferenciada.

Para entender este fenómeno de movilidad humana se hace necesario aplicar un enfoque de derechos humanos ya que los factores que inciden en estos flujos migratorios son en sí mismos multicausales, pues expresan la combinación de violación de derechos fundamentales, generada tanto por la condición humanitaria interna como la situación político-institucional. Aquí se incluye una variedad de razones que van desde la inseguridad y la violencia, la falta de alimentos, medicamentos o el acceso a servicios sociales esenciales hasta la pérdida de ingreso. Lo anterior justifica

plenamente la designación de la situación venezolana como una de emergencia humanitaria compleja (EHC) la cual ha generado una aguda crisis de movilidad humana sin precedentes en América del Sur.

A pesar de que desde la década de los ochenta se inició la atención al tema de migraciones y mujeres, al análisis con visión de género en los estudios de movilidad humana todavía no se le ha dado el peso y la relevancia que requiere. Esto involucra comprender los cambios ocurridos en las relaciones de poder o en los roles tradicionales, y el aumento en la presencia y características de los movimientos migratorios de las mujeres, así como el protagonismo de ellas en el proceso de movilidad.

Este capítulo fue elaborado a partir de los resultados obtenidos del estudio de la “Situación de la Movilidad Humana de las mujeres y niñas venezolanas con enfoque diferencial y de género” realizado con el objetivo de reconocer los factores de riesgo y vulnerabilidades experimentados por las mujeres venezolanas migrantes (Asociación Civil Mujeres en Línea, AVESA, CEPAZ y FREYA, 2019). Los datos de este estudio son el resultado de 605 encuestas realizadas a mujeres que estaban iniciando su proceso migratorio por vía terrestre en la ciudad de Caracas y de San Antonio de Ureña, Estado Táchira.



La oleada migratoria venezolana, se ha sentido en prácticamente todos los países de la región, debido en gran medida al corredor geográfico que se ha constituido entre Venezuela

Fuente: OIM, 2018.

1. MIGRACIÓN VENEZOLANA

La región de América Latina y el Caribe no ha escapado de la tendencia al alza de los movimientos migratorios. La muestra más palpable de este flujo latinoamericano ha sido el éxodo de personas provenientes de Venezuela quienes, en los últimos tres años, huyen de la grave crisis económica, social y política que ha producido un marcado deterioro en las condiciones de vida.

El primer pico en la movilidad de migrantes de nacionalidad venezolana se produjo entre los años 2002 y 2003, en un contexto marcado por una alta inestabilidad política, económica y social que caracterizó los primeros años de gestión del entonces presidente Hugo Chávez Frías. A partir de 2014 el número de personas que abandonaron el país comenzó a aumentar: según la OIM, si bien los venezolanos han estado abandonando su país durante años, entre 2014 y 2017 la migración global de venezolanos se incrementó en 132% y en ese mismo lapso, su número aumentó 895% hacia países suramericanos. Sin embargo, estos movimientos se

agudizaron en 2018, alcanzando su punto más álgido. La OIM estima que hay más de 3 millones de venezolanas y venezolanos migrantes y refugiados en distintos países del mundo, lo cual indicaría que un promedio de 5.500 personas abandonaron el país cada día en 2018 (OIM, 2018). La OIM ha alertado que esta crisis de movilidad humana en Venezuela es tan grave que podría igualar a la diáspora del Mediterráneo, la cual en el año 2015 se convirtió en una situación humanitaria crítica agudizada por el incremento del flujo descontrolado de refugiados, solicitantes de asilo político y otros migrantes en condición de vulnerabilidad.

La oleada migratoria venezolana, producto de la EHC, se ha sentido en prácticamente todos los países de la región, debido en gran medida al corredor geográfico que se ha constituido entre Venezuela, Colombia, Ecuador y Perú y por la cercanía y la facilidad de desplazamiento entre ellos, asociado a la accesibilidad del transporte y los costos relativamente asequibles. Los países de América Latina y el

Caribe albergan a aproximadamente 2,4 millones de personas refugiadas y migrantes de Venezuela. Colombia alberga al mayor número con más de 1 millón. Le siguen Perú, con más de medio millón y Ecuador, con más de 220.000. Por su parte Argentina acoge a 130.000, Chile a más de 100.000 y Brasil, a 85.000 (OIM, 2018).

El ingreso migrantes provenientes de Venezuela ha comenzado a generar presión en los gobiernos de los países de acogida, debido al impacto que se está produciendo a lo interno de los mismos. La inversión social requerida para dar atención a la población aumenta y las necesidades económicas y sociales con las cuales están ingresando y permaneciendo son complejas, por lo cual los Estados receptores se ven obligados a generar respuestas institucionales para atender a las y los venezolanos. La creciente afluencia de venezolanos y venezolanas en los países de acogida también ha generado situaciones de rechazo y actos de xenofobia por parte de las poblaciones autóctonas.

2. MIGRANTES VENEZOLANAS

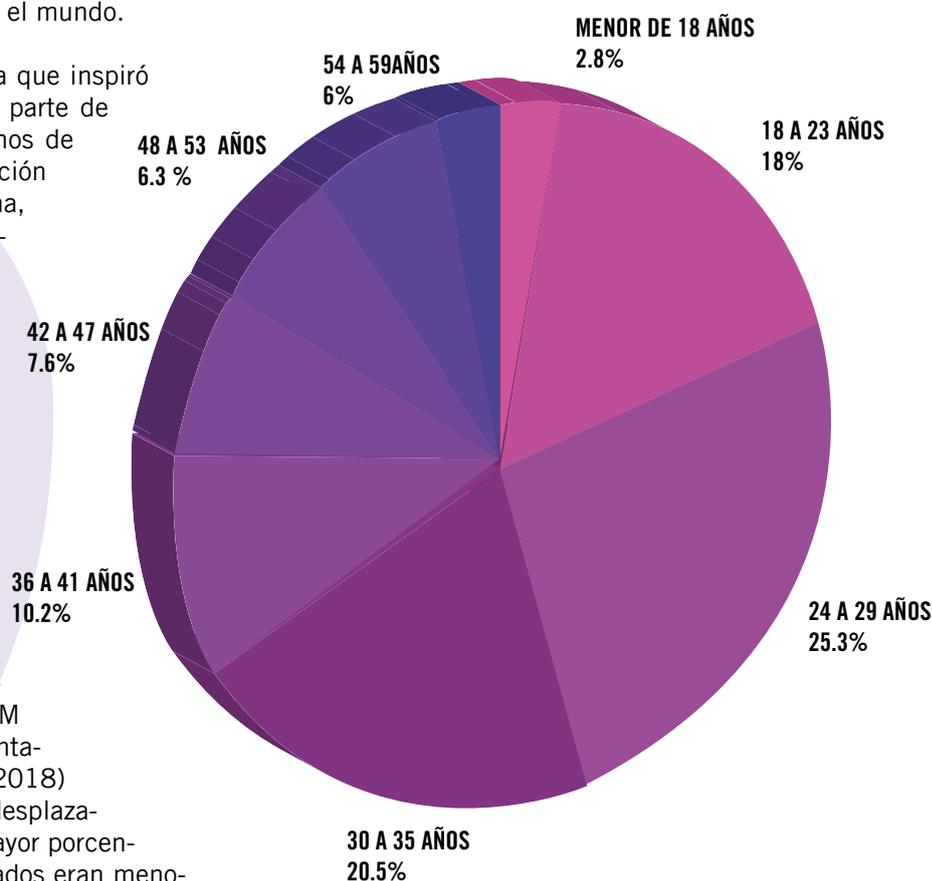
La situación de los derechos de las mujeres en Venezuela no puede ser vista de manera aislada ni desconectada del contexto de EHC y su directa incidencia al incremento de los flujos migratorios de la movilidad humana venezolana en la región y en el mundo.

En este sentido, la visión compartida que inspiró la elaboración del presente capítulo parte de la idea de que el disfrute de derechos de las mujeres y la garantía a su protección en contextos de movilidad humana, solo será posible con el entendimiento de la interrelación que existen en contextos de movilidad humana y situaciones de graves violaciones de derechos humanos o crisis humanitarias.

A partir de los datos obtenidos se puede delinear un perfil de las mujeres que se movilizan desde Venezuela a países de la región. En el grupo de edad con mayor representación fue el de jóvenes entre los 18 y 29 años (46,09%). Esta tendencia se observa en los diferentes informes realizados por la OIM y otras organizaciones no gubernamentales (Servicio Jesuita de Venezuela, 2018) en sus estudios de seguimiento de desplazamiento durante el 2018, donde el mayor porcentaje de las y los venezolanos movilizados eran menores de 30 años. El segundo rango representativo fue el de 30 a 47 años (38,33%).

La edad en conjunto con el género son factores que pueden impulsar la triple discriminación en los contextos de acogida, es decir, por ser mujer, joven y migrante. Este fenómeno puede afectar en varios niveles, desde lo micro como es la integración con las comunidades donde hace vida la joven, en lo laboral, o en lo económico donde pueden verse excluidas o subordinadas a las condiciones establecidas por los locales.

GRÁFICO 17: MUJERES ENTREVISTADAS, POR EDAD



MIGRANTES VENEZOLANAS

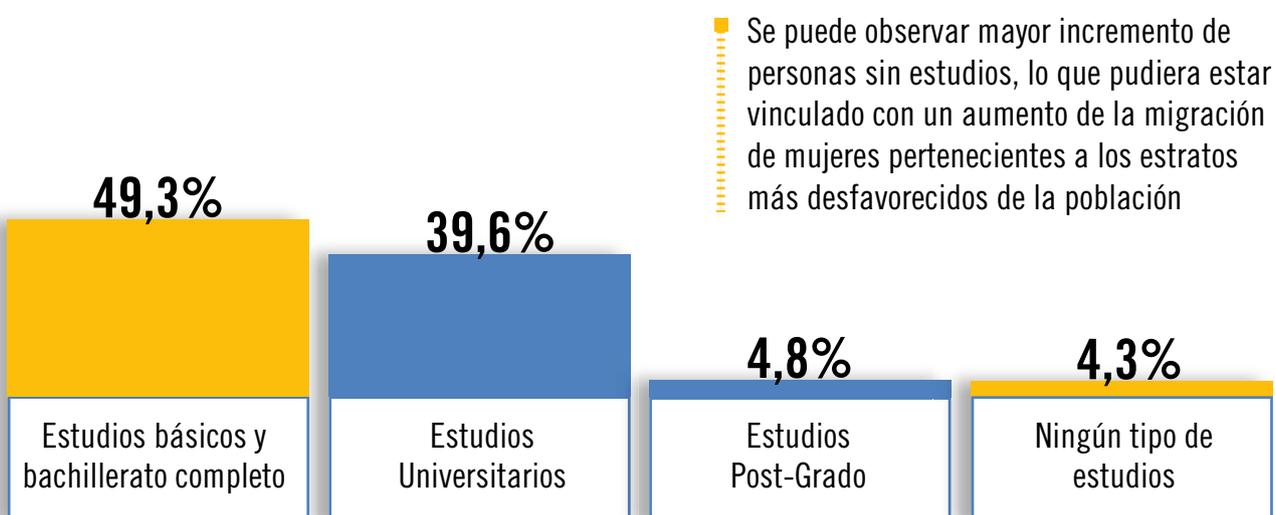
Situación de su estado civil



En cuanto a la vinculaciones legales y afectivas (estado civil) de las mujeres se encontró que el 43,6% eran solteras; el 18,7 % estaban casadas, el 11,4 % estaban separadas, el 10,10% son divorciadas, el 11,2% viven en unión de hecho y el 5 % restante son viudas. Más del 70 % del grupo declara no estar en una relación, lo que podría implicar un espacio de autonomía en el proceso de toma de decisiones de su viaje. Se pueden observar cambios en los roles de género en los hogares de estas mujeres, convirtiéndolas en las proveedoras de las familias. Este rol no implica una transformación en las relaciones de poder de las mujer con los miembros de su familia, pero sí una redefinición de las responsabilidades de cuidado otras personas.

MIGRANTES VENEZOLANAS

Último nivel de estudio cursado



Al indagar sobre el último nivel de estudios cursado, 49,3 % manifestó contar con estudios básicos y bachillerato completo. Un 39,6% realizó estudios universitarios, 4,8% finalizó estudios de post grado y el 4,3 % restante manifestó no tener ningún tipo de estudios.

Haciendo una comparación de los datos obtenidos con otros reportes sobre las y los migrantes venezolanos durante el 2018, se observa una variación del perfil educativo. Vemos una disminución del porcentaje con nivel educativo superior y un incremento de las personas sin estudios, lo que pudiera estar vinculado con un aumento de la migración de mujeres pertenecientes a los estratos más desfavorecidos de la población. Esta situación genera mayores condiciones de vulnerabilidad en las comunidades receptoras en cuanto al ingreso al mercado laboral y el ingreso económico de las mujeres ya que las lleva a oficios de cuidado a terce-

ros que la población local no quiere asumir, y que están generalmente asociados a remuneraciones bajas.

La composición de los grupos muestran que en el subgrupo del Estado Táchira se encuentra un porcentaje más alto de personas sin profesión (54,30%), mientras que en el subgrupo de Distrito Capital las mujeres sin profesión representan un 41,5%.

En términos de ejercicio profesional, en el Táchira las profesiones asociadas a la salud representan el porcentaje más alto con 14,32%, mientras que en Distrito Capital el mayor porcentaje (19%) se dedica al área de educación.

En cuanto a la ocupación, las mujeres que viajan desde el Distrito Capital reportaron en su mayoría desempeñarse en el área de apoyo administrativo (20,5%) y como estilistas (16,5%). En el Táchira se observó una distribución más

amplia de las ocupaciones y en actividades que generan menores ingresos. En este grupo, un 8.40% reporta no tener ningún oficio. En total un 1,32% de las mujeres consultadas manifestó dedicarse al trabajo sexual.

Estos datos nos muestran un mayor nivel de vulnerabilidad de las mujeres para insertarse en el mercado laboral y un factor de riesgo a ser víctimas de violencia en cualquiera de sus formas. La ciudad colombiana de Cúcuta, en la frontera con Venezuela, se ha convertido en una zona de captación de grupos para el comercio sexual situación que, de acuerdo a reportes de prensa, va en aumento (ABC Internacional, 2019), al igual que las redes de trata de mujeres (La Nación, 2019). Según estas informaciones, los prostíbulos de esa ciudad habrían sido tomados por mujeres venezolanas, viéndose las colombianas disminuida su participación en estos espacios.

MIGRANTES VENEZOLANAS

Tasa de fecundidad de las mujeres venezolanas



3. FACTORES DE VULNERABILIDAD Y RIESGO PARA MUJERES MIGRANTES

FOTO: SHUTTERSTOCK

Todos los migrantes son vulnerables al abuso y la explotación, pero las mujeres migrantes se encuentran especialmente en riesgo. Por ejemplo, las mujeres y las niñas representan el 71 por ciento de todas las víctimas de trata de seres humanos (UNFPA, 2018). Cuando el desplazamiento de mujeres y niñas ocurre en razón de conflictos, desastres naturales o, como en el caso de Venezuela, por una emergencia humanitaria compleja, ellas enfrentan vulnerabilidades adicionales:

“El caos y la ruptura de los sistemas de protección significan que los infractores pueden abusar con impunidad. La falta de refugio, la superpoblación en los campamentos y los escasamente iluminados baños públicos aumentan el riesgo de violencia de género, incluida la violencia sexual” (UNFPA, 2018).

Situaciones de emergencia humanitaria como la venezolana, tienen un impacto desproporcionado en mujeres y niñas lo cual las empuja a migrar de sus lugares de origen en la búsqueda de mejoras en sus niveles de vida. A continuación se examinan algunos factores de riesgo y vulnerabilidad que enfrentan las mujeres venezolanas de cara al proceso de movilidad.



3.1. EMPLEO

 FOTO: SHUTTERSTOCK

El 66,6% de las mujeres entrevistadas se encontraban trabajando antes de su salida, mientras que el 14,2 % no tenían empleo y el 15,2% estaban en la búsqueda del mismo. El 4% restante, a pesar de encontrarse empleadas, buscaban una mejor opción. Cabe señalar que en Venezuela, contar con un empleo no es suficiente garantía del logro de ingresos

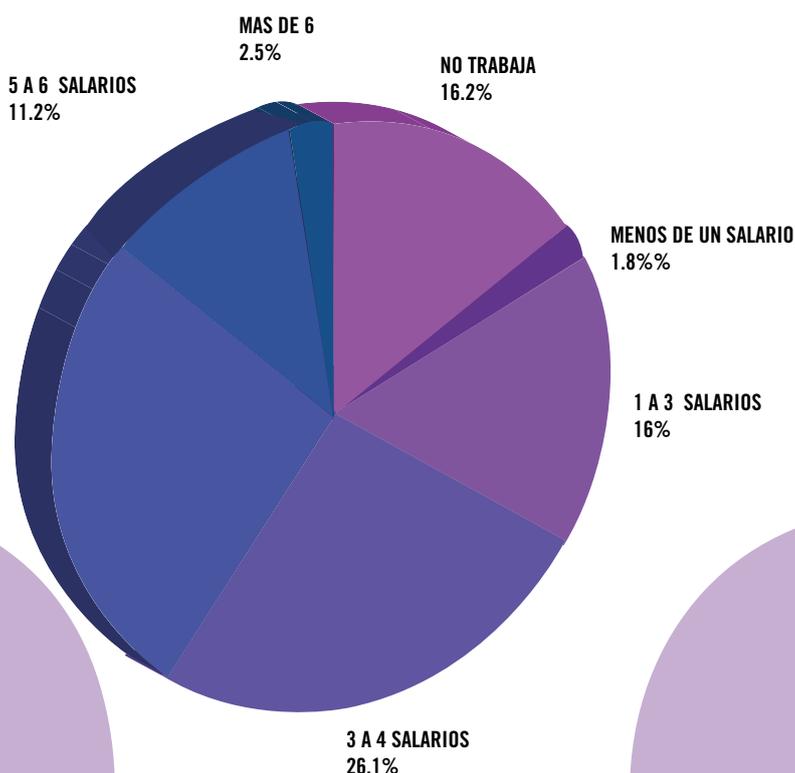
suficientes para cubrir las necesidades de los hogares debido a los altos niveles de inflación, que han anulado el poder de compra de la moneda local.

El 47,4% de las mujeres estaban en trabajos formales, lo cual implica su inclusión en el sistema de protección social. Este régimen de seguridad involucra el

marco de protección laboral y de salud tales como: las prestaciones sociales, bono de alimentación, seguro social o contratación de pólizas de seguro hospitalarios, entre otros. El 34,5% de la muestra estaba en trabajos eventuales los cuales no ofrecen continuidad laboral, estabilidad en el ingreso o acceso al sistema del seguro social.

3.2. INGRESO

GRAFICO 18 INGRESOS



El salario percibido por las mujeres se midió a través del indicador de salario mínimo, medida establecida por el ejecutivo nacional a partir de la variable de la llamada cesta básica, conjunto de productos de primera necesidad y servicios requeridos por una familia promedio para subsistir durante un mes. Encontramos que el 16,06% reportó devengar entre 1 a 2 salarios mínimos, un 26,12% de 3 a 4 salarios mínimos y un 26,12 % de 4 a 5 salarios mínimos. Sólo un 2,48% percibía más de 6 salarios (ver Gráfico 18).

En cuanto al ingreso total del hogar (considerando todos los salarios de las personas que viven en él), el 66.61 % de los hogares de las mujeres percibían de 4 a más de 6 salarios mínimos y el 33,39% contaba con menos de 3 salarios mínimos para cubrir los gastos de la canasta básica. Observando el indicador aislado pudiera parecer que el ingreso de las mujeres y de los hogares es adecuado por el número de salarios mínimos

percibidos, sin embargo, debido al contexto hiperinflacionario y de desabastecimiento, dicho monto no es suficiente para cubrir toda la cesta básica. De acuerdo al Centro de Documentación y Análisis para los Trabajadores (CENDA) para enero del 2019, se requerían de 23 salarios mínimos para cubrir solo la canasta básica alimentaria y no la canasta básica completa que abarca otras necesidades más allá de alimentos.

En materia de seguridad alimentaria, en lo relativo al acceso a alimentos se reportó que un total de 91,24% de mujeres han tenido que dejar de comer por falta de recursos. Estos datos hablan, además, de la imposibilidad de las mujeres de ahorrar dinero para su viaje, y de poder contar con los recursos suficientes para su traslado y llegada al país de destino, lo cual se convierte en un factor de riesgo en su movilidad, ya que la falta de dinero pueden empujarlas a las redes organizadas de delito.

3.3. VIVIENDA

66

FOTO: SHUTTERSTOCK

En relación a la propiedad de la vivienda en donde habitaban antes de su salida del país, el 31,6 % de las mujeres consultadas reportó ser propietarias de sus viviendas; mientras que el 68,4 % no. Del grupo de mujeres que no poseen vivienda, el 21,8% vivía en casa de un familiar, el 24,6% alquilaban vivienda, un 9,1 % vivían acogida por algún familiar, el 5.9% residía en un inmueble de la Misión Vivienda³³, el 5,3% alquilaban una habitación y el 0,2% restantes vivían en un refugio.

Las mujeres como grupo, son más vulnerables a la violación del derecho a una vivienda adecuada. Este acceso restringido puede originarse en las condiciones de discriminación estructural originadas por los roles de género y factores sociales, económicos y culturales o aspectos legales discriminatorios y prácticas sociales que perpetúan la desigualdad entre los hombres y las mujeres, y limita su adquisición de vivienda.

Las brechas de género mantienen a las mujeres en espacios de cuidadoras y responsables por el bienestar

y funcionamiento del hogar, pero sin independencia económica, lo que genera barreras de acceso a la compra de vivienda. Esta situación mantiene a las mujeres en dependencia y subordinación ante un otro que la acoge. Este “apoyo” las subordina y las deja expuestas a la posibilidad de ser víctimas de violencia u otras formas de violación de derechos, como la expulsión forzada del lugar de residencia.

En el caso de las mujeres que residen en viviendas adjudicadas por el Estado en los llamados complejos “Misión Vivienda,” el control político se ha convertido en un mecanismo de subordinación y generación de dependencia, al condicionar su permanencia en la vivienda a su participación en actividades proselitistas o a no expresar opiniones contrarias al gobierno de facto y su partido. Se han hecho denuncias públicas sobre la expulsión de personas de esos complejos de viviendas como medida de retaliación por expresar opiniones consideradas contrarias a la línea oficial.³⁴ Estas medidas vulneran el derecho a la vivienda de las mujeres.

³³ “Misión Vivienda” se refiere a complejos habitacionales de interés social regentados por el Estado.

³⁴ Al respecto ver: <https://infovzla.net/noticias/que-abuso-mujer-denuncio-que-fue-despedida-y-desalojada-de-su-vivienda-en-fuerte-tiuna-por-reirse-de-maduro/>



3.4. SALUD

La salud como derecho fundamental implica las garantías para el alcance de un estado de bienestar en todas sus dimensiones biopsicosociales. Como se ha detallado en otros apartados de este informe, el sector salud es uno de los más afectados por la EHC que atraviesa Venezuela. Ello ha afectado severamente el ejercicio y disfrute del derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva.

Durante la medición, se encontró que el 84,63% de las mujeres no poseen seguros privados, y sólo el 15,37 % posee alguna póliza de atención en salud. En Venezuela contar con un seguro privado se ha convertido en una necesidad básica, debido a las profundas condi-

ciones de precariedad del sistema de salud público. El acceso a los servicios de las mujeres se ve limitado sí sólo cuenta con la posibilidad de acceder a la oferta de los hospitales, las cuales están limitadas y saturadas.

En cuanto a la percepción sobre su salud, el 63,31% expresan estar saludables, un 22,31% se perciben como no tan saludables, un 2,64% padecen de una enfermedad crónica y el 11,74% no lo sabe. Así mismo, algunas mujeres expresaron que su salida del país se debía a padecimientos de una condición crónica de salud para la cual requerían de medicamentos y controles que no se encontraban disponibles en Venezuela.

Finalmente, se solicitó información en relación al más reciente control médico, a lo que el 32,23% expresó que hacía más de un año de su último control, el 21,49% lo hizo hace un año, el 25,45% hace ocho meses y el 20,33% hace menos de 3 meses.

Una de las razones por las que las mujeres no están accediendo a los servicios de salud requeridos para su bienestar son las limitaciones económicas. Por su parte, las condiciones del sistema de salud limitan también el acceso a servicios esenciales para garantizar su bienestar y evitar diagnósticos tardíos o el deterioro de condiciones preexistentes.



3.4.1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Dentro del área a la salud, un eje considerado fundamental fue la salud sexual y reproductiva, como parte esencial en el ejercicio del derecho a la salud. Para ello, se tomaron en cuenta dos dimensiones: el acceso a los servicios y la disponibilidad de los métodos de planificación familiar como indicador del ejercicio de la autonomía reproductiva.

FOTO: SHUTTERSTOCK

3.4.2. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Más de la mitad de todas las mujeres consultadas (56,04%) indicó que su último chequeo ginecológico se realizó hace un año o más; el 21,82% hace menos de ocho meses y el 20,33% restante indicó habérselo realizado hace menos de 3 meses. El 56,36% de la muestra acudió a centros hospitalarios públicos o CDI³⁵ y el 43,64% acudieron a servicios privados.

³⁵Centro de Diagnóstico Integral dependiente del Estado.

3.4.4. ACCESO A LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



70

FOTO: DESIGNED BY BEDNEYIMAGES / FREEPIK

La segunda dimensión considerada fue el acceso a los métodos anticonceptivos, que permiten a las mujeres el disfrute de su sexualidad, así como el poder decidir cuándo y cuántos hijos/as tener. En ese sentido, el 30 % de las mujeres consultadas afirmó no usar ningún método anticonceptivo antes de su salida del país y el 69 % usaba algún método de planificación. Un 25 % de las mujeres que hacen uso de algún método, el reportó estar esterilizadas; un 21% usa preservativos y solo un 15.21% usaba pastillas. El porcentaje restante usaba otros métodos.

Al indagar conocimientos en torno a infecciones de transmisión sexual y a la capacidad para protegerse

ante las mismas, el 23,47% de las mujeres expresó no tener ningún tipo de información al respecto, mientras que el 16,53% tiene información y no se protege. El 59,67% tiene información y se protege. Y el 0,33% restante no tiene información ni se protege.

Las dos dimensiones de necesidades insatisfechas identificadas son el acceso a los servicios de planificación familiar y la prevención de infecciones de transmisión sexual. La barreras al ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres debe ser un área de atención prioritaria en los países de acogida, como lo señala ACNUR en su nota de orientación sobre el flujo de venezolanos (2018).

4. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

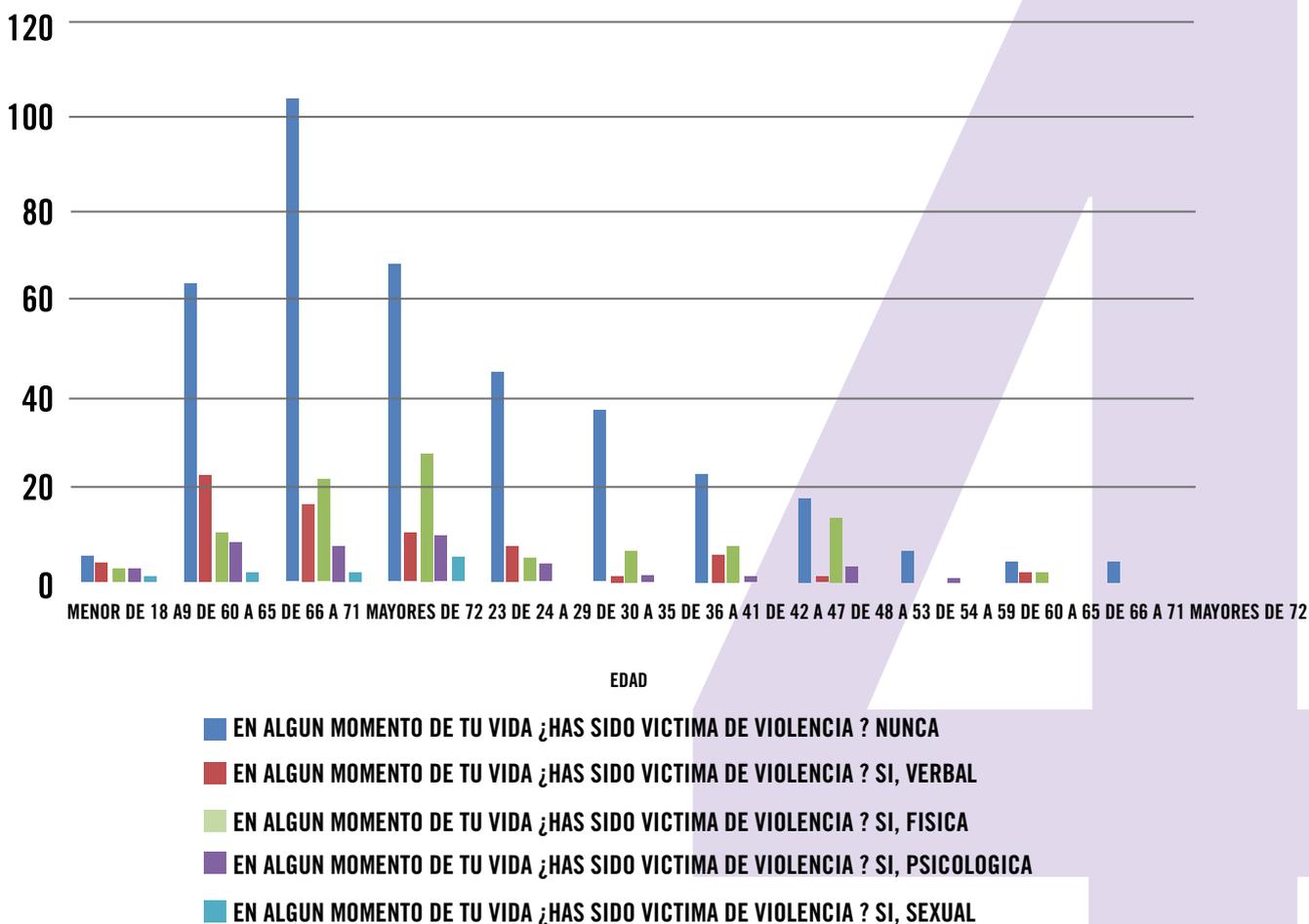
En Venezuela no se conoce la magnitud real de la violencia contra la mujer al no estar disponibles cifras oficiales en relación a esta problemática. La LODMVLV establece 21 modalidades de violencia que, se supone, deberían generar amplio abanico de protección. La realidad sin embargo es otra.

Al ser consultadas en relación a haber sido objeto de algún tipo de violencia, se encontró que el 37,02% de las mujeres había sufrido algún tipo de violencia, contra 63.97% que no. Desagregado por

tipo de violencia, el 18,67% reportó violencia verbal y psicológica, 16,56% violencia física y 1,82% reportó haber sido víctima de violencia sexual.

En cuanto a los grupos de edad en los cuales fue más frecuente la violencia, encontramos que en los rangos más jóvenes de la muestra presentaron mayor número de víctimas (ver Gráfico 19). De lo anterior se podría concluir que estaría operando una doble discriminación: por género y por edad.

GRÁFICO 19: TIPO DE VIOLENCIA Y EDAD



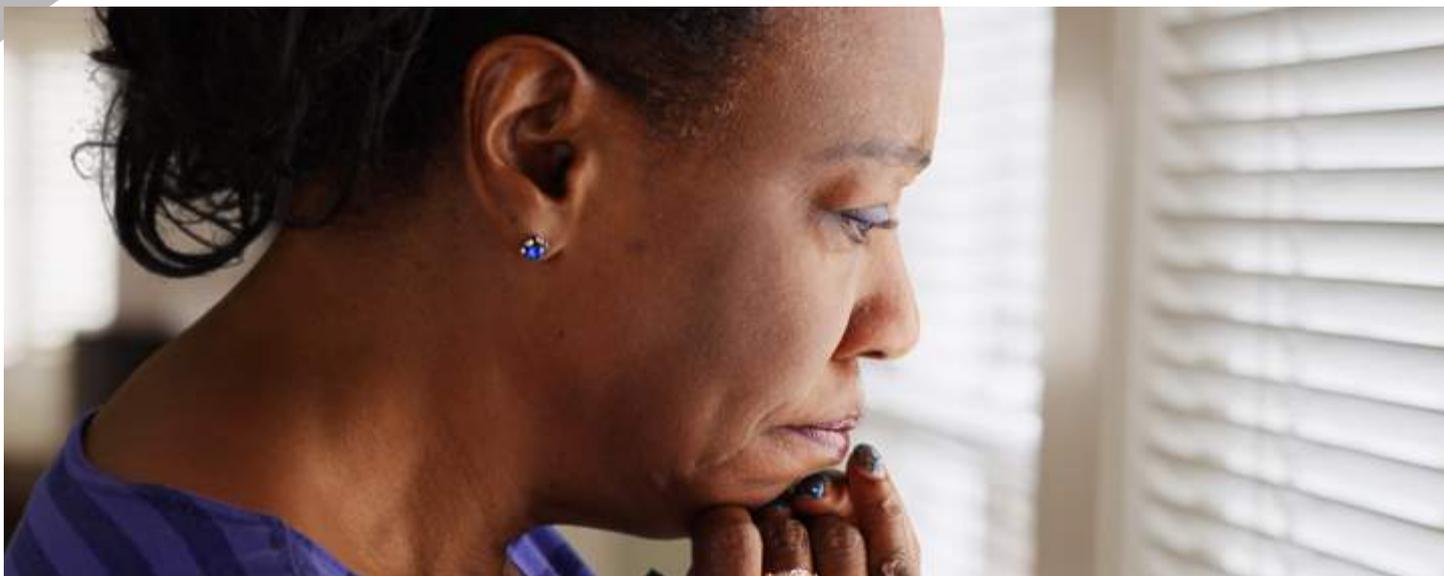


FOTO: SHUTTERSTOCK

La violencia vivida por las mujeres puede incidir tanto en su proyecto migratorio como en los tipos de violencia del que puede ser objeto en los países de acogida:

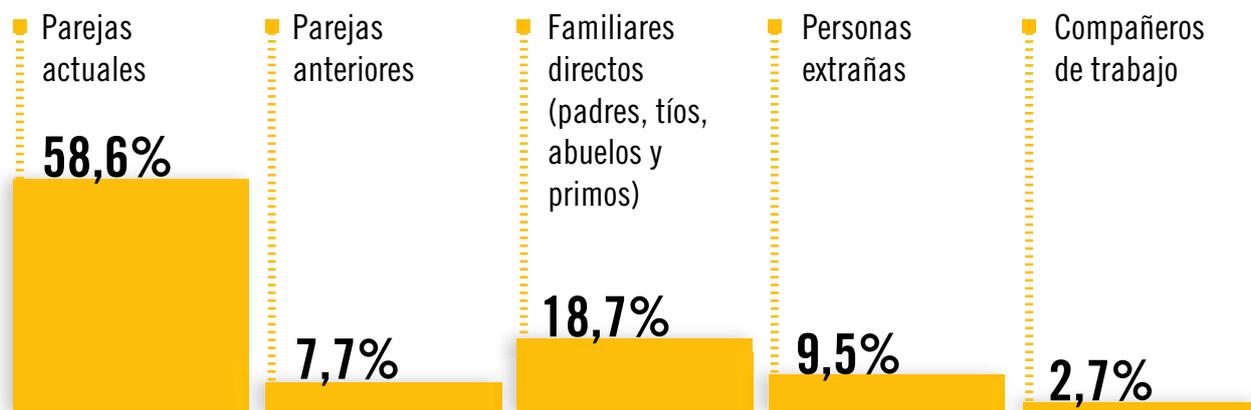
las mujeres en los países de la región donde retornan las mujeres.” (Gimenez, 2016)

72

“La violencia contra las mujeres puede ser un detonante para la emigración desde los países de origen, preparación y salida, pero se vuelve una amenaza durante el resto de la ruta migratoria tránsito, destino y durante el retorno; sobre todo si se toma en cuenta los indicadores de seguridad ciudadana y violencia contra

En el 15,8% de los casos la situación de violencia había pasado hacía menos de 3 meses, en 20,6% hacía ocho meses, en el 18,4% hacía un año, el 17,1% hacía más de un año y el 28,1% restante hacía más de dos años. 63,6% de las víctimas manifestaron que la situación de violencia tuvo una duración superior al año.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



En el 58.6 % de los casos, los victimarios fueron sus parejas actuales, en el 7,7 % las parejas anteriores, en el 18.7 % fueron familiares directos (padres, tíos, abuelos, primos), en el 9.5% fueron extraños y en el 2,7% restante fue un compañero de trabajo.

En cuanto al proceso de denuncia de las mujeres que vivieron violencia sólo el 32,14 % de ellas acudió ante los órganos competentes.



5. ROLES Y RESPONSABILIDADES

5.1. MATERNIDAD Y CUIDADO DE OTRAS PERSONAS

 FOTO: DESIGNED BY *senivpetro / Freepik*

Uno de los roles asociados a la construcción de lo femenino está vinculado a la maternidad y al cuidado de otras personas, al ser estas formas de expresión de los roles de género. Las responsabilidades de cuidado y la toma de decisiones dentro de los hogares recaen en los hombros de las mujeres. El cuidado de la familia y la toma de decisiones ha venido cambiando a nuevas formas de expresión y prácticas como, por ejemplo, la maternidad a distancia o transnacional. Estas construcciones generan transformaciones en los vínculos entre los miembros de las familias, lo que implica un reacomodo de la división sexual del trabajo.

Ante estas construcciones alternativas, la primera decisión que enfrentan las mujeres que deciden migrar es si llevarse o no a sus hijos/as con ellas. En el caso de las mujeres consultadas, el 39,9% de las que tienen hijos indicó que realizaría el viaje con ellos, mientras el 48,3% los dejaría en Venezuela. El 3,7% señaló que el padre se los llevó antes. El 3,4% manifestó que sus hijos/as se fueron con un familiar y 4,7% dijo que se fueron solos.

La razones por las cuales las mujeres no se llevan

a hijas e hijos, dejándoles al cuidado del padre y/o terceros son variadas. Sin embargo, la principal razón señalada está asociada a factores económicos (44,2%); seguida de quienes dijeron no poder salir del país con sus hijos/as porque los padres se negaron a dar el permiso o no tienen contacto con ellos (21,5%).

Dentro de este último porcentaje también se encuentran casos en los que el padre ha denunciado a la madre ante las instancias de protección, negando éstas el permiso. Esta situación puede generar más sentimientos de culpa, tristeza y confusión en la mujer, por la construcción social de lo que implica ser madre y las expectativas y responsabilidades asociadas a ello.

En relación a la dinámica de la transferencia del cuidado a terceros ocurre más hacia figuras femeninas, especialmente abuelas maternas u otra mujer de la familia materna (46%). También se señaló parejas de abuelos maternos (21,6%). En los casos restantes el cuidado lo asumen el padre (14,8%), el abuelo paterno (5,7%) y otros familiares (tía, madrinas, primos) 9,7%.



5.2. REMESAS

 **FOTO: EFE/Schneyder Mendoza**

Otro de los cambios en los roles de género en el contexto de la movilidad humana es el de proveedora como función principal y no el de cuidadora, sin que esta variación implique necesariamente cambios en las relaciones de poder entre hombres y mujeres. La transferencia de dinero se convierte en una estrategia de subsistencia para la

familia del país de origen, usado principalmente para la manutención y alimentación de hijos e hijas, así como para apoyar en cubrir las necesidades del hogar donde permanecen.

El 70,58% de las mujeres expresó tener la responsabilidad de enviar remesas a sus familias y/o hijos/as,

mientras que un 29,42% no tiene responsabilidades con algún tercero en Venezuela. El 22,48% de las mujeres señalaron que sería para apoyar a ambos padres, 15,20% a la madre, 9,25% a hijos e hijas y ambos abuelos, en 8,1% a hijos/as y abuela, y 7,6% sólo para los hijos/as.

6. CONDICIONES DE VIAJE

El proceso de partida del país de origen implica importantes acciones y toma de decisiones por parte de las mujeres, así como el tránsito y la llegada al país de destino.



6.1. PARTIDA Y TRANSITO

FOTO: SHUTTERSTOCK

En relación a la partida se consideraron aspectos relativos a la organización del viaje, la información que posee la mujer y los recursos disponibles para el mismo. En relación al proceso de planificación se indagó sobre el tiempo invertido en la preparación del mismo, encontrándose que el 2,31% lo organizó en menos de 1 mes, el 18,68% en un mes, el 26,96% se llevó de 1 a 3 meses, y el 27,27% lo planificó en un periodo de 3 a 6 meses. El 14,05% se tomó de 6 meses a un año planificar el viaje y un 10,74% más de un año.

Otro aspecto considerado fue el proceso investigativo que realizaron las mujeres sobre los países de destino. El 22,64% no investigó contra un 60,83% que si lo hizo. En cuanto a la información que poseen, 41,65% investigó sobre aspectos económicos del país de llegada, 33,55% sobre los trámites migratorios,

4,63% sobre el sistema de salud, 4,13% sobre los alquileres, 1,98% sobre las oportunidades de estudio y 1% sobre la cultura y las costumbres.

En cuanto a los recursos económicos, el 92,56% de las mujeres manifestó tener dinero para el viaje contra un 7,44% que dijo no contar con recursos, a pesar de encontrarse en proceso de abandonar el país. El 65,12% reportó que los recursos en mano cubrían los gastos de transporte hasta el país de destino, 19,83% podía cubrir comidas durante el viaje y el 9,75% podía responder ante una emergencia. Estos datos sugieren que el nivel de vulnerabilidad en el que se encuentran estas mujeres es bastante alto, quedando expuestas a personas o grupos de delincuencia organizada o a situaciones imprevistas que le impedirían llegar al destino.



6.2. LLEGADA

En relación a la llegada y las condiciones que pueden tener las mujeres, se indagó sobre la disponibilidad de dinero para cubrir los gastos de ingreso en el país de destino. El 79,70% de las mujeres poseen dinero para ello mientras que el 20,33% expresó no contar con recursos para la llegada.

El 13,55% expresó que podrían sostenerse por 3 días con el dinero que llevan, 33,06% podría cubrir su estancia por una semana, 21,65% tendrían para vivir por un mes y al 15,20% les rendiría para más de un mes. Estos datos también son indicativos del alto nivel de vulnerabilidad en el cual se encuentran estas mujeres en los países de acogida. Las mujeres arriban en condiciones de subsistencia a su llegada y sin redes de apoyo en el destino, lo cual las hace vulnerables a la explotación y a redes de prostitución, trata y tráfico.

Con los marcos regulatorios que se presentan en algunos de los países de destino, la regularización de los documentos para ingresar al mercado laboral puede llevar más un mes de gestión, lo cual impone barreras importantes para el logro de la inserción laboral, el arriendo de la vivienda o el pago de los costos de documentación. Esta situación hace que la mujer pueda entrar en una espiral de exclusión y discriminación.

En relación a las redes de apoyo con las que cuenta a su llegada, el 38,84% de las mujeres cuenta con amistades presentes en el país a su llegada, el 33,72% tiene un familiar en el país de destino, 15,04% cuen-

ta con un referido y 12,40% no cuenta con nadie al llegar. El tener una persona que reciba a las migrantes es un factor de protección importante, ya que permite que el proceso de integración sea más fácil de llevar y proporciona una guía para la comprensión de los marcos culturales.

Otro factor de riesgo es el lugar de acogida al llegar al país de destino. Los datos revelan que un 7,60% de las mujeres no cuentan con un lugar al llegar y 3,80% cuenta con un espacio que es parte de una oferta de trabajo. Si bien se han establecido refugios en los 4 países receptores principales, los mismos están a su capacidad máxima con venezolanas/os que no cuentan con vivienda. Estas condiciones las exponen, además, a la posibilidad de dormir en la calle. De las mujeres que cuentan con albergue al llegar, el 15,54% pudo alquilarlo, el 27,60% estará temporalmente con un familiar, el 32,90% estará temporalmente con un amigo o amiga y por último, el 12,56% será recibido por un referido.

En cuanto al conocimiento sobre las redes de apoyo institucional para la protección en caso de emergencia en los países de destino, el 87,60% no posee información de ningún tipo, mientras el 12,40% conocen algunas organizaciones de apoyo en casos de emergencia.



FOTO: SHUTTERSTOCK

Todos los hallazgos hasta aquí comentados nos permiten esbozar algunas conclusiones. En primer lugar, se observa que el grupo etario de mujeres más jóvenes y el grupo sin formación universitaria es el de mayor representatividad. Sus condiciones socioeconómicas las ubican en niveles de riesgo y vulnerabilidad importantes por la ausencia de medios para la subsistencia y generación de condiciones adecuadas para el viaje. Las condiciones sociales y educativas de estas mujeres las exponen a mercados laborales limitados, de baja calificación o bajos salarios en los países de acogida.

Las violaciones del derecho a la salud, empleo y a condiciones de vida digna que caracterizan la EHC en Venezuela, empuja a las mujeres a emprender viaje sin condiciones idóneas para el tránsito y el asentamiento, volviéndolas vulnerables a factores de exclusión y discriminación. Así, las mujeres están más expuestas a ser víctimas de tráfico y trata, en virtud de la ausencia de condiciones que las protejan en el tránsito o en el país de acogida. Las vulnerabilidades se incrementan exponencialmente cuando a la mujer le toca ser migrante, ya que se mezclan otros factores como lo

es el estatus migratorio, ser extranjera, la posibilidad de sufrir de actos de xenofobia, trata u otras formas análogas de esclavitud moderna.

La comprensión de la interrelación entre la movilidad humana y el impacto diferenciado en mujeres migrantes permite vislumbrar la forma en que el género incide en la experiencia de las personas en contextos de crisis, abordar la protección y las necesidades de asistencia específicas según el género, y prevenir y actuar frente a nuevas formas de violencia contra las mujeres.

La enorme escasez de datos, investigaciones y análisis en relación con las mujeres migrantes en general, y particularmente en Venezuela, llama a reflexionar sobre hasta qué punto han sido ignoradas. En el caso específico de la crisis migratoria venezolana, producto de la EHC, se hace necesario contar con diagnósticos realistas a fin de mejorar las respuestas nacionales y regionales y asegurar que las mismas incorporen debidamente una perspectiva de género que atienda las necesidades particulares de niñas, adolescentes y mujeres venezolanas migrantes.



IV. OTRAS SITUACIONES QUE AFECTAN LA VIDA DE MUJERES, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL MARCO DE LA EHC

1. VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LA MUJER

 FOTO: SHUTTERSTOCK

Los datos más recientes publicados por el Estado venezolano sobre la violencia de género contra la mujer datan del año 2016. Los mismos fueron incluidos y comentados en nuestro informe anterior (2017). Pero sí para ese momento dichos datos eran escasos, ahora son inexistentes. Ello en razón de que persiste la política oficial de ocultar (o no generar) cifras oficiales que permitan conocer la magnitud de la problemática. La única información oficial disponible es la respuesta del Estado venezolano a las preguntas formuladas por el Comité de la CEDAW como seguimiento a la presentación de informes periódicos de cumplimiento de la convención. Esta respuesta del Estado presenta información incompleta o que no responde debidamente a las preguntas del Comité (CEDAW, 2018). Ello a pesar de que el mismo Comi-

té de la CEDAW instó a Venezuela a actuar a fin de 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). Sin embargo, siguen sin emprenderse iniciativas para tales fines.

Así pues, dada la ausencia de información oficial, en esta sección presentaremos algunos aportes propios para la comprensión de la situación actual en materia de violencia de género contra las mujeres en Venezuela.



1.1. BRECHAS EN EL MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICAS PÚBLICAS, ASÍ COMO EN LA PRODUCCIÓN DE CIFRAS EN VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES

FOTO: SHUTTERSTOCK

A partir de 2018, se observa una tendencia de parte de altos representantes del Ministerio Público y otros entes competentes, de informar verbalmente algunas cifras. Por ejemplo, en octubre de 2018, en una rueda de prensa, el Fiscal General designado informó que “desde su llegada a la institución se han recibido 93 causas, 63 de ellas femicidios consumados y 30 frustrados”³⁶ y que “por estos hechos fueron privados de libertad 83 presuntos responsables, se han realizado 75 imputaciones y presentado 70 acusaciones.”³⁷ Es decir, que según cifras oficiales, en un período transcurrido entre agosto 2017 y octubre 2018, la Fiscalía General de la República registró 93 femicidios. Esta modalidad de rendición de información es problemática. Por un lado, la información no es verificable ya

que no se dispone de informes oficiales que detallen estos datos, ni la metodología para su recolección y, por otro, no es periódica lo cual dificulta establecer un panorama general de los niveles de violencia y femicidio. Además, esta información es inconsistente con aquella que se reúne desde la sociedad civil y los medios de comunicación. Por ejemplo, según el portal Cotejo.info, ocurrieron 448 femicidios en Venezuela durante todo el año 2018, con lo cual se incrementó en 10,89 % la tasa de femicidio con respecto a 2017 (2018). Según el mismo portal, 35 de cada 100 femicidios en el país ocurrió a mujeres cuya edad oscilaba entre 25 y 45 años; mientras que en aproximadamente 27 de cada 100 se trató de mujeres de menos de 25 años.

³⁶Tarek William Saab fue designado Fiscal General por la Asamblea Nacional Constituyente en Agosto 2017.

³⁷Declaraciones del Fiscal General. 05-10-2018. Portal: Con el mazo dando. <https://www.conelmazodando.com.ve/saab-ministerio-publico-no-tolerara-impunidad-en-relacion-con-los-femicidios>

A partir 2018

Altos representantes del Ministerio Público y otros entes competentes informan verbalmente algunas cifras.

■ Octubre 2018, rueda de prensa

Fiscal General designado informó que “desde su llegada a la institución se han recibido 93 causas, 63 de ellas femicidios consumados y 30 frustrados” y que “por estos hechos fueron privados de libertad 83 presuntos responsables, se han realizado 75 imputaciones y presentado 70 acusaciones.”



- Modalidad de rendición es problemática.
- La información no es verificable no se dispone de informes oficiales.
- La metodología no es periódica.
- Información inconsistente con aquella que se reúne desde la sociedad civil y los medios de comunicación.

Cifras oficiales entre agosto 2017 y octubre 2018, la Fiscalía General de la República registró 93 femicidios.

81

Según el sitio web
Cotejo.info

10,89 % incremento en tasa de femicidio con respecto a 2017 (2018).
448 femicidios en Venezuela. Año 2018.



35 de cada **100** femicidios, la edad oscilaba entre **25** y **45 años**;
aproximadamente **27** de cada **100** mujeres de menos de **25 años**.

Como se ha señalado, la ausencia de cifras oficiales en materia de violencia contra la mujer persiste. Se desconoce el número de casos que reciben anualmente los órganos receptores de denuncias, así como los casos procesados y aquellos que llegan a juicio.

El Estado venezolano continúa sin aprobar un plan de acción nacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. De conformidad con la LODMVLV (Artículo 18) es responsabilidad del Minis-

terio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género (MINMUJER), en tanto ente rector, formular las políticas de prevención y atención de la violencia contra la mujer. Pero éste organismo no ejerce sus responsabilidades en calidad de mecanismo nacional de coordinación y vigilancia, fundamentalmente en razón de la gran carga político-ideológica que caracteriza sus actividades en detrimento de asuntos fundamentales relativos a la atención y prevención de la violencia contra la mujer.



 **FOTO: SHUTTERSTOCK**

Otro obstáculo para la atención y prevención de la violencia contra la mujer y para la debida aplicación de la LODMVLV es la ausencia de su reglamento. Transcurridos 11 años desde su aprobación y 5 desde la reforma en la cual se incluyó el femicidio como tipo penal, el ejecutivo nacional continúa eludiendo su responsabilidad de dictar éste reglamento. Aun cuando el mismo MINMUJER reconoce la necesidad de proceder a su formulación y aprobación y se han hecho algunos esfuerzos encaminados a tal fin, los mismos no han dado resultados (MINMUJER, 2017). De manera pues que, a la fecha de elaboración del presente informe, Venezuela carece de un reglamento de ley que permita definir los procedimientos para la prevención, atención, protección y reparación de las mujeres víctimas de violencia que facilite la articulación de actores nacionales en el contexto actual. Cabe recordar que

el Comité de la CEDAW pidió al Estado venezolano dar plena efectividad a la LODMVLV adoptando los reglamentos y protocolos necesarios para velar que la misma se ajuste a normas internacionales, y aprobar un plan de acción nacional sobre la violencia contra la mujer e incorpore medidas específicas para combatir todas las formas de violencia, que cuente con un mecanismo nacional de coordinación y vigilancia en relación con la violencia (CEDAW, 2014).

A todo lo anterior se suma el hecho de que no hay información sobre las asignaciones y ejecución presupuestaria, ni de las actividades ejecutadas por MINMUJER ni por sus diferentes direcciones y programas para los años 2016, 2017 y 2018 dado que no ha hecho públicas las memorias y cuentas correspondientes a dichos años.

1. 2. INACCIÓN DE ENTES PÚBLICOS

Una de las características de la crisis en Venezuela, devenida en EHC, es el debilitamiento de las capacidades de las instituciones y organismos del Estado para cumplir sus obligaciones, lo cual incluye la falta de asignación presupuestaria a entes oficiales y la consecuente suspensión de programas y actividades por falta de personal o insumos (o ambos). Esta situación se entrelaza con la falta de voluntad política exhibida desde instancias oficiales en dar respuestas y cumplimiento a lo dispuesto en la LODMVLV.

Un ejemplo de lo anterior es la situación en torno a las casas de abrigo, definidas por MINMUJER como:

“...establecimientos discretos y confidenciales destinados a hospedar temporalmente a mujeres en esta situación, cuya vida e integridad física se encuentran en peligro inminente, para protegerlas y brindar atención tanto a ellas como a sus hijos e hijas menores de 12 años (...) Estos espacios ofrecen atención psicológica, legal, social, médica y asesoría en proyectos socioproductivos a las mujeres hospedadas (...) Para ingresar al programa, la mujer sobreviviente debe denunciar y el Ministerio Público debe dictar la medida de protección y seguridad correspondiente (...)”³⁸

No existe información oficial sobre el número de casas de abrigo existentes, su capacidad de atención, o el número de mujeres beneficiadas. Según información no oficial, existían cuatro en los estados Aragua, Cojedes, Sucre y Trujillo de las cuales las dos últimas funcionaron hasta el primer semestre de 2018, y las dos primeras continuaban abiertas pero con importantes dificultades de funcionamiento.³⁹ Existen otras informaciones extraoficiales señalan que todas las casas de abrigo han cerrado sus operaciones. Por su parte, las casas de abrigo regentadas por organizaciones de la sociedad civil han debido suspender o reducir al mínimo sus programas de atención a mujeres víctimas de violencia por falta de recursos. Ante las peticiones de albergue, las y los fiscales del Ministerio Público en

violencia contra la mujer expresan que carecen de la posibilidad de dictar esta medida de protección.

De otra parte, la Defensoría del Pueblo, como órgano integrante del Poder Ciudadano, tiene la responsabilidad de promover, defender y vigilar los derechos y garantías establecidos en la CRBV y en los instrumentos internacionales de derechos humanos. A pesar de que entre sus competencias se encuentra el ejercer acciones frente a la amenaza o violación de los derechos humanos de las mujeres, niñas, niños y adolescentes (Asamblea Nacional de Venezuela, 2004), no existe evidencia de actuaciones en ese sentido. Sólo se conocen algunas iniciativas puntuales en sensibilización y capacitación.

El Subcomité de Estadísticas de Género que funciona desde el INE, tiene entre sus competencias identificar las necesidades de información en materia de estadísticas de género; promover las estadísticas de género en el Plan Estadístico Nacional, y posibilitar la articulación y cooperación de oficinas estadísticas públicas y de particulares para actualizar, integrar, armonizar, homogeneizar y hacer seguimiento a las estadísticas en materia de género. Sin embargo, se desconoce si este Subcomité continúa operativo. El último boletín de género elaborado por esa instancia del que se tenga conocimiento, fue publicado en 2014.⁴⁰

Tenemos entonces que, a pesar de contar con un marco normativo e institucional en materia de violencia contra la mujer, el acceso a la justicia, así como la atención y prevención de la violencia contra las mujeres, presenta serias brechas. Existen deficiencias estructurales que impiden que los casos sean debidamente atendidos, canalizados y resueltos; las medidas de protección no son efectivas y las víctimas se suelen sentir desamparadas en medio de lo que se convierte en un calvario judicial. Además, el sistema de administración de justicia no cuenta con programas, servicios, ni personal especializado para atender cabalmente la problemática de la violencia contra la mujer, con lo cual la revictimización es un lugar común.

³⁸ Al respecto ver: <http://minmujer.gov.ve/?q=minmujer/programas/casa-de-abrigo>

³⁹ Informe anual 2018: Desde nosotras. Situación de los derechos humanos de las mujeres venezolanas. Entrompe de Falopio.

⁴⁰ Boletín de Indicadores de Género. II Semestre 2013. N° 3. Julio 2014. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/documentos/Boletines_Electronicos/Estadisticas_Sociales_y_Ambientales/Indicadores_de_Genero/pdf/201407.pdf

DIFICULTADES EN EL ACCESO A LA JUSTICIA POR PARTE DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Rutinas, circuitos y trámites que impactan de manera desigual sobre los derechos de mujeres víctimas de violencia.



- Práctica del “peloteo” de las víctimas al acudir a los cuerpos policiales a colocar denuncias.
- Retardo en la atención de víctimas en las fiscalías.
- Inoperantes Medidas de protección para las víctimas, particularmente aquellas de prohibición al agresor de acercamiento a la víctima, ante el incumplimiento de éste es difícil conseguir el apoyo inmediato de funcionarios policiales y tampoco que se presuma de la buena fe de la víctima cuando al ésta acudir a quejarse ante la fiscalía de turno.
- Dificultades físicas de ingreso a la sede del Tribunal que laceran la dignidad de las víctimas y sus familiares.
- Los espacios no están condicionados para que víctimas y agresores en libertad no coincidan.
- Se registran extravíos de expedientes, cuya ubicación física resulta en una rutina anímicamente agotadora. Los escritos consignados por la partes, generalmente, tardan en ser agregados al expediente un promedio de 15 a 20 días.
- Las partes interesadas deben procurar todo tipo de material para que el personal de los tribunales trabajen en los expedientes.
- Por falta de papel y tinta para su impresión, las boletas de convocatoria a los actos de las víctimas y sus representantes judiciales no son emitidas.
- No se observan los horarios fijados para audiencias.
- Los juicios se interrumpen entre 3 y 4 veces.
- Falla regularmente el Sistema Integral de Gestión, Decisión y Documentación JURIS 2000 utilizado para el manejo de casos, lo cual dificulta consultar la fijación de actos, el estatus de los procesos y la ubicación física de los expedientes. Tampoco puede ser utilizado para la obtención de información estadística.



El poder judicial tiende a ignorar los problemas estructurales profundos con lo que la inauguración de nuevas sedes (como las cortes de apelaciones con competencia en violencia contra la mujer en los Circuitos Judiciales de Santa Bárbara del Zulia y en Valencia, Estado Carabobo)⁴¹ no otorga garantías de acceso a la justicia a las víctimas. Mientras continúen existiendo deficiencias estructurales en el sistema judicial, y mientras se sigan soslayando aspectos de fundamental importancia como la capacitación de funcionarios y funcionarias, entre muchos otros, el Estado venezolano seguirá en deuda con sus obligaciones de prevenir, investigar y castigar la violencia contra la mujer.

Las brechas, deficiencias e inacción del Estado venezolano en materia de violencia contra la mujer quedan evidenciadas en la inédita decisión de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que condena al Estado venezolano en relación al caso de Linda Loaiza, quien fue víctima de violencia sexual, torturas, violencia física, violencia psicológica e intento de homicidio a lo largo de un período de 4 meses en los que su agresor la mantuvo secuestrada. Este es un caso emblemático no sólo por las agresiones sufridas por Linda Loaiza, de las cuales todavía vive secuelas de orden físico y psicológico, sino por la revictimización de la que fue objeto tanto ella como su familia a lo largo de dos juicios en los que sus derechos fueron vulnerados (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018). La sentencia condenatoria de la CortelDH encuentra al Estado venezolano responsable por las diversas viola-

ciones de derechos humanos que fueron catalogadas no sólo como vulneraciones de la integridad personal, dignidad, autonomía y vida privada de Linda Loaiza, sino también como actos de tortura y esclavitud sexual, en los términos establecidos por la Convención Americana sobre los Derechos Humanos y la Convención Belem Do Pará.

Por su parte, el Estado venezolano reconoció su responsabilidad derivada de la violación de los derechos a las garantías judiciales, protección judicial y el deber de investigar actos de violencia contra la mujer ya que Linda Loaiza no recibió la atención y trato adecuado en su condición de víctima de violencia contra la mujer desde el momento de su rescate y en los momentos posteriores al mismo, resultando patente que los graves hechos de violencia que sufrió fueron investigados y juzgados en un marco normativo discriminatorio.

La sentencia es inédita en tanto que se trata de la primera vez que el sistema interamericano declara la responsabilidad de un Estado por estos hechos atroces cometidos por un particular, debido a la grosera omisión del Estado venezolano en proteger y prevenir la violencia en contra de Linda Loaiza, pese a que tuvo pleno conocimiento del riesgo en el que se encontraba. Y es también la primera vez que condena al Estado venezolano por actos de violencia contra la mujer, reconociendo que el caso de Linda Loaiza ocurrió además en un contexto de graves fallas institucionales muchas de las cuales persisten en la actualidad.

⁴¹TSJ INAUGURÓ CORTE DE APELACIONES CON COMPETENCIA EN MATERIA DE DELITOS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN EL ESTADO CARABOBO <http://www.tsj.gob.ve/-/tsj-inauguro-corte-de-apelaciones-con-competencia-en-materia-de-delitos-de-violencia-contra-la-mujer-en-el-estado-carabobo>

OBLIGACIONES DEL ESTADO VENEZOLANO EN MATERIA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DERIVADAS DE LA SENTENCIA DEL CASO DE LINDA LOAIZA (SEPTIEMBRE 2018)

1. El Estado debe publicar la sentencia: a) en un Diario Oficial en un tamaño de letra legible y adecuado; b) el resumen oficial de la sentencia elaborado por la Corte, por una sola vez, en un diario de amplia circulación nacional en un tamaño de letra legible y adecuado, y c) la sentencia en su integridad, disponible por un período de un año, en un sitio web oficial del Estado, de manera accesible al público desde su página de inicio;

2. El Estado debe realizar un acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional en Venezuela, en relación con los hechos de este caso. En dicho acto se deberá hacer referencia a las violaciones de derechos humanos declaradas en la presente sentencia;

3. El Estado debe dictar el reglamento correspondiente de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia;

4. El Estado debe poner en funcionamiento adecuadamente los tribunales de violencia contra la mujer en cada capital de estado;

5. El Estado debe adoptar, implementar y fiscalizar protocolos que establezcan criterios claros y uniformes, tanto para la investigación como para la atención integral de actos de violencia que tengan como víctima a una mujer. Estos instrumentos deberán ajustarse a los lineamientos establecidos en el Protocolo de Estambul, el Manual sobre la Prevención e Investigación efectiva de Ejecuciones Extrajudiciales, Arbitrarias y Sumarias de Naciones Unidas y las

directrices de la Organización Mundial de la Salud, así como en la jurisprudencia de la Corte IDH. Estos protocolos deberán estar dirigidos al personal de la administración de justicia y del ámbito de la salud, pública o privada, que de alguna manera, intervenga en la investigación, tramitación y/o atención de casos de mujeres víctimas de alguno de los tipos de violencia señalados en la LODMVLV;

6. El Estado debe incorporar al currículo nacional del sistema educativo nacional, en todos los niveles y modalidades educativas, un programa de educación permanente bajo el nombre de “Linda Loaiza;”

7. El Estado debe implementar de forma inmediata, a través del organismo estatal correspondiente, un sistema de recopilación de datos y cifras vinculadas a los casos de violencia contra las mujeres en todo el territorio nacional;

8. El Estado debe, dentro de un plazo razonable, determinar, por intermedio de las instituciones públicas competentes, las eventuales responsabilidades de los funcionarios que no investigaron desde un primer momento lo sucedido a Linda Loaiza, como así también de aquellos responsables por las irregularidades y las dilaciones injustificadas durante la investigación y sustanciación de los procesos judiciales llevados a cabo en el ámbito interno y, en la medida que corresponda, aplicar las consecuencias que la ley pudiera prever.



1.3. VIOLENCIA SEXUAL EN EL CONTEXTO DE LA EHC

 FOTO: SHUTTERSTOCK

Al igual que en contextos de conflictos armados o desastres naturales, la EHC exagera las vulnerabilidades de la población. Es una situación caracterizada por condiciones de vida precarias y escasos medios para cubrir necesidades básicas, lo cual convierte a buena parte de la población en “personas explotables” (León, 2018).

Estas vulnerabilidades, combinadas con la debilidad institucional y la cultura patriarcal de mercantilización de los cuerpos centrada en el placer sexual masculino que mira a mujeres y niñas como objetos sexuales, se convierten en un escenario que facilita el incremento de la violencia sexual asociada a la comercialización y/o al sexo

como moneda de cambio. Pero dicha violencia es ejercida también por grupos de poder como parte de una política represiva de derechos civiles y políticos.

En el contexto de la EHC por la que atraviesa Venezuela, se identificamos dos grandes dinámicas en relación a la violencia sexual: la primera vinculada a fines económicos que se aprovechan de las condiciones de pobreza y vulnerabilidad de la población, especialmente mujeres, adolescentes, niñas y niños, categorizada como “explotación sexual comercial;” y la segunda vinculada al ejercicio del control de la población, usada para intimidar y desmoralizar a las víctimas, especialmente manifestantes y/o personas

detenidas, lo cual constituye “violencia sexual por razones políticas” (León, 2018).

A.Explotación sexual comercial:

Abarca diversas formas de violencia sexual que involucran la transferencia de dinero o el intercambio de bienes en especies o servicios a cambio de sexo con una mujer, una niña o un niño (Aya y Borges, citadas por León, 2018, p. 13), incluyendo i) la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, entendida ésta como una violación fundamental de los derechos de la infancia que implica el abuso sexual por parte de un adulto y remuneración en dinero o en especie para el niño/a o para una tercera persona o personas; y ii) la



FOTO: SHUTTERSTOCK

trata y tráfico para fines sexuales, sobre todo de mujeres, que supone el traslado de personas dentro y fuera del país para explotarlas sexualmente, a través de la prostitución forzada, el turismo sexual y la pornografía.

Es necesario subrayar que en el entorno socio-cultural venezolano, y particularmente tras la precarización de las condiciones de vida de la población en razón de la EHC, se observa una cultura que alienta la explotación sexual de mujeres y niñas, donde la prostitución es considerada como opción válida para afrontar la crisis. De otra parte, las redes de explotación parecieran no ser evidentes, con lo cual no hay una cara visible de quien capta a las víctimas sino, más bien, información de “boca en boca” como parte de una estructura informal de captación. Existe información de que, en algunos casos, mujeres y adolescentes deben ubicar a otras para incorporarlas en la red de explotación como parte del pago de sus propias deudas (León, 2018).

No obstante lo anterior, en Venezuela no se cuenta con información detallada (oficial o extraoficial) sobre la explotación sexual comercial de acuerdo a tipos

de delito, grupos afectados y zonas de mayor riesgo. Pero información publicada por la prensa nacional e internacional evidencian que éstas situaciones están ocurriendo. Algunos casos (citados por León, 2018) son por ejemplo: la explotación sexual de niñas y adolescentes, incluidas niñas y adolescentes indígenas de la etnia Wayuú en el sector Mercado Los Plataneiros (Maracaibo, Estado Zulia); niñas y adolescentes explotadas sexualmente en La Guaira, Estado Vargas; la identificación de una red de trata y tráfico de mujeres, adolescentes y niñas venezolanas que operaba en el Estado Táchira, en la región fronteriza con el departamento Norte de Santander de Colombia. Las víctimas eran traficadas hacia Brasil y Colombia.

En lugares como Barcelona (Estado Anzoátegui), y en puntos de Caracas tales como Sabana Grande, Plaza Caracas, La Hoyada, Catia, San Martín, Coche, Avenida Libertador, La Florida y la Avenida Andrés Bello, se han identificado niños, niñas y adolescentes que viven en la calle y son objeto de explotación sexual. Igualmente existe información sobre diversas formas de explotación sexual de mujeres, niñas y adolescentes indígenas en la zona del Arco Minero del Orinoco.

B. VIOLENCIA SEXUAL POR RAZONES POLÍTICAS

Comprende “toda forma de violencia sexual ejercida por los cuerpos de seguridad del Estado en contra de manifestantes y/o personas detenidas en el marco manifestaciones y protestas políticas y sociales” (León, 2018). Algunas de sus manifestaciones pueden ser: tocamientos al cuerpo y los genitales, malos tratos verbales y las burlas sexuales, amenazas de violación, desnudez forzada (de todo el cuerpo o de alguna de sus partes), exposición a genitales o a masturbación de otras personas, exigencias de actos sexuales, nalgadas, pellizcos y mordidas en los senos y la violación sexual.

Según datos de las organizaciones Foro Penal y Human Rights Watch, de 88 casos documentados de víctimas de violaciones graves de derechos humanos en el contexto de manifestaciones públicas ocurridas entre abril y septiembre de 2017, 53 fueron sometidas a abusos físicos y psicológicos que incluyeron abuso sexual y violación. El informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre violaciones de DDHH en Venezuela (2018) también señaló que las personas detenidas durante las manifestaciones de ese año fueron objeto de malos tratos e insultos sexuales, desnudez forzada, amenazas de violación y otras formas de violencia sexual.

Es importante señalar que la respuesta del Estado a la violencia sexual ha sido históricamente deficiente. En razón de ello, más de 95 organizaciones de la sociedad civil venezolana emitieron un comunicado alertando sobre una serie de fallas en materia de prevención y trabas en el acceso de las mujeres y adolescentes víctimas a la justicia y al restablecimiento de su dignidad, particularmente de aquellas que han sido objeto de violencia sexual. Entre los obstáculos identificados

están la falta de respuesta rápida, transparente y eficaz a la que están obligadas las instituciones del Estado conforme a la LODMVLV; la persistencia de mitos y falsas creencias en torno a la dinámica y las formas de violencia sexual en personas que deben brindar apoyo a las víctimas y canalizar los casos; y un sistema de administración de justicia que revictimiza a las mujeres, incluyendo profesionales que insisten en legitimar interpretaciones positivistas de la ley tendientes a preservar el “orden jurídico” por encima de los derechos de las víctimas de violencia sexual, favoreciendo con estos ardides y tecnicismos a los perpetradores de estos delitos, lo cual tiene un impacto grave en el proceso de recuperación de las víctimas y en su acceso a la justicia (Avesa, 2017).

Ahora bien, sí la respuesta del Estado a la violencia sexual ya era deficiente, en el contexto de la EHC la misma ha empeorado. León (2018) señala que no se están recibiendo denuncias en los órganos receptores, lo cual impulsa a la búsqueda de mecanismos individuales de protección por parte de las víctimas y sus familiares por considerar que las instituciones del Estado no están brindando la respuesta adecuada. Se registran mayores números de denuncias en casos donde las víctimas son niños, niñas o adolescentes, lo cual pudiera estar asociado a un mejor funcionamiento del Sistema Rector Nacional para la Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes. Pero los mismos son recibidos 4 o 5 meses después de haber ocurrido la agresión sexual y no se implementa un protocolo de atención médica ante estos casos. Los casos más invisibles son aquellos que involucran personas LGBTI, los cuales quedan sin respuesta, principalmente por no reconocerse que la violencia sexual en contra de estas personas es un delito, sino más bien visto como un “merecido castigo” en razón de su orientación sexual o identidad de género (2018, pág. 11).



2. MUJERES INDÍGENAS

FOTO: ALICIA MONCADA

La situación general de ausencia de datos oficiales limita el goce de derechos constitucionales y el ejercicio pleno de ciudadanía en Venezuela. Esto es todavía más grave cuando la situación de precariedad y discriminación estructural de los pueblos indígenas limitan aún más la generación de información que posibilite la elaboración de diagnósticos apegados a la realidad para dar respuestas al contexto de emergencia humanitaria compleja.

La información epidemiológica, cuando está disponible, no incluye la variable etnia, de modo que se estima la existencia de un sub-re-

gistro de información epidemiológica muy importante sobre todo en territorios de difícil acceso y con muy poca cobertura del sistema de salud (Moncada, 2018).

Sin embargo, a pesar de lo anterior, resulta evidente que los pueblos indígenas, especialmente las mujeres indígenas, continúan siendo el sector más marginado y objeto de desidia estatal, lo cual contribuye con la agudización de sus precarias condiciones de vida caracterizadas por los peores indicadores socioeconómicos y de salud del país.

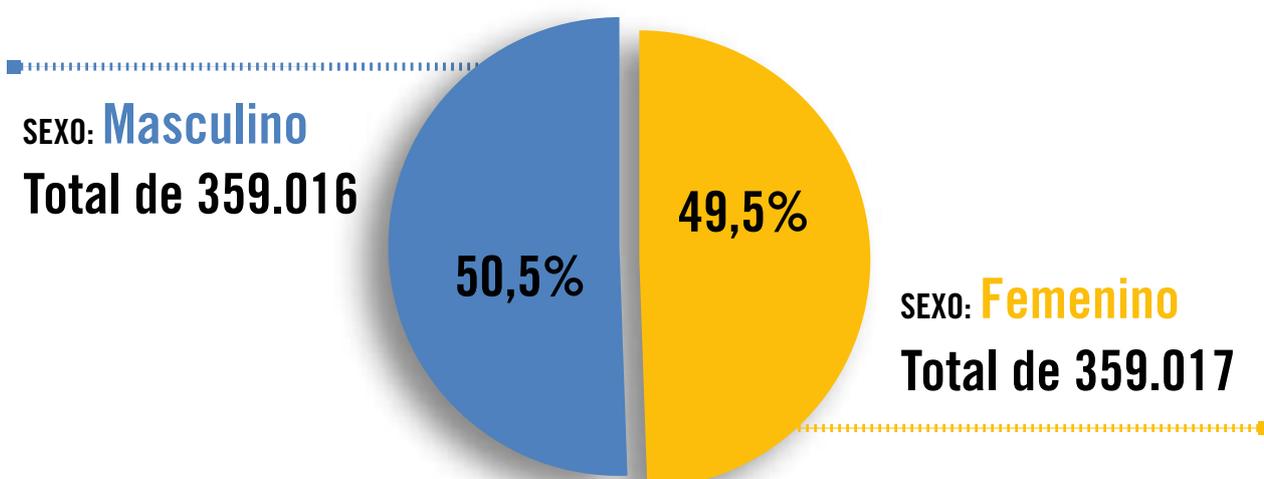
En Venezuela hay 51 pueblos indígenas. Conforme a los Censos de Población y Vivienda de 2001 y 2011 se observa que el pueblo con mayor declaración para el 2011 es Wayúu/Guajiro (57,1%), siguiéndole Warao (6,7%), Kariña (4,7%), Pemón (4,1%), Jivi/Guajibo (3,3%), Kumanagoto (2,9%) y Añú/Paraujano (2,9%).

El resto de los pueblos indígenas alcanza 16,2 % mientras que 2,1 % representa a la población que sólo se declaró indígena sin especificar el pueblo de pertenencia.

MUJERES INDÍGENAS

Distribución de la población indígena por Estado

ENTIDAD FEDERAL	HOMBRES INDÍGENAS	MUJERES INDÍGENAS	POBLACIÓN TOTAL
Amazonas	38.542	37.772	76.314
Anzoátegui	17.638	16.210	33.848
Apure	5.952	5.607	11.559
Bolívar	27.755	26.931	54.686
Delta Amacuro	21.312	20.231	19.636
Monagas	9.219	8.679	17.898
Sucre	11.504	10.709	22.230
Zulia	222.067	221.477	443.544
Resto de entidades	11.587	11.401	22.988



Fuente: INE, 2011.



FOTO: ALICIA MONCADA

En Venezuela las mujeres indígenas en edad fértil (15-49 años) representan 73,4% del total de mujeres de dicha población. Igualmente, el promedio de hijos por mujer para el Censo 2011.

La preminencia de las poblaciones indígenas en estos estados del país retrata una distribución geográfica relacionada directamente con procesos extractivistas tales como el Arco Minero del Orinoco y a otro, menos conocido, pero igual de pernicioso: el Arco Carbonífero del Zulia. La conflictividad en esas áreas se ha visto agudizada no solo por la EHC sino por el plan macroeconómico del Estado que ha reconfigurado la explotación del territorio nacional, seccionándolo en las llamadas Zonas Económicas Especiales (Pacheco, 2017). Esto sumado a la implementación del plan denominado "15 Motores Económicos" que se formalizó en el año 2014 y que ha afianzado la lógica extractivista en detrimento de los bienes naturales y su explotación descontrolada (Ministerio de Finanzas, 2016).

Mundialmente, las condiciones de vida de las poblaciones indígenas, y muy particularmente las condiciones de vida de las mujeres indígenas, se inscriben dentro de ciertos patrones que acentúan las desigualdades y afectan de manera negativa los indicadores de mortalidad, educación formal, y esperanza de vida, entre otros. En Venezuela, una característica del ambiente encubridor de estas realidades es el acompañamiento de variables asociadas a la identidad étnica, los datos casi siempre se circunscriben a reflejar la distribución de la población indígena por área geográfica, etnia y grupos de edad, sin dar información detallada sobre condiciones de las mujeres indígenas.

La necesidad de incluir la especificidad de la población femenina indígena en estos contextos, evidencia los alcances de la visión del enfoque de interseccionalidad,⁴² incluyendo la cosmovisión de las mujeres racializadas frente a un estereotipo de mujer universal en su carácter criollo/urbano. Esto configura contextos donde la dinámica entre el sexo, el género, la clase, la raza y la orientación sexual actúan como "mochilas" que pesan sobre los hombros de las niñas, jóvenes y mujeres indígenas.

Los avances en términos de marcos jurídicos y de reconocimiento de los derechos indígenas, así como la inclusión de los principios de la pluriculturalidad, multietnicidad y multilingüismo en la CRBV, no han sido suficientes para la reivindicación efectiva de los pueblos originarios, lo que ha profundizado su situación de pobreza y discriminación.

Más compleja aún es la situación de vulnerabilidad de las mujeres, niñas y adolescentes indígenas, las cuales son objeto de múltiples tipos de discriminación y violencia, en un sistema global donde predominan relaciones y estructuras patriarcales y dinámicas extractivistas de su entorno. Estas niñas y mujeres tienen el reto de vencer la invisibilización y el riesgo de la fusión de sus reivindicaciones étnicas, de género y de clase frente una institucionalidad pensada y destinada para el estereotipo de mujer "universalizada" que no encaja con sus características y, al mismo tiempo, enfrentar la desigualdad a lo interno de las estructuras organizacionales de sus propios pueblos.

⁴² La interseccionalidad es una herramienta para el análisis, el trabajo de abogacía y la elaboración de políticas, que aborda múltiples discriminaciones y nos ayuda a entender la manera en que conjuntos diferentes de identidades influyen sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades (AWID, 2004).



2.1. MUJERES, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL CONTEXTO DEL ARCO MINERO DEL ORINOCO

El creciente proceso de degradación ambiental producido por la puesta en marcha y profundización de proyectos extractivos en el territorio nacional, del cual el Arco Minero del Orinoco es un caso alarmante, están incidiendo de manera creciente y con diversos grados de intensidad sobre la calidad de vida de toda la población, especialmente de las comunidades indígenas, afectando directa e indirectamente su salud y condiciones de existencia.

Las comunidades indígenas venezolanas, que representan el 2,7% de la población (INE, 2011), participan intensivamente de la defensa de sus territorios y la preservación de sus entornos, constantemente asediados por múltiples y complejos intereses. Sin embargo, no hay que perder de vista que varias de las principales causas del deterioro ambiental están determinadas por profundas inequidades sociales, económicas y de manera especial y acentuada por razones de género, en un contexto de emergencia humanitaria compleja.

FICHA TÉCNICA PROYECTO ARCO MINERO DEL ORINOCO (DECRETO NRO. 2248)

Fecha de promulgación	El 24 de febrero de 2016 se oficializa la creación de la "Zona de Desarrollo Estratégico Nacional Arco Minero del Orinoco, decreto Nro. 2248.	Gaceta Oficial Nro. 40855.	Se enmarca en la Ley de Regionalización Integral para el Desarrollo Socioprodutivo de la Patria", conocida como Ley de Zonas Económicas Especiales.
Territorios comprendidos	11.843,70 km2.	12% del territorio venezolano.	Área representa extensiones territoriales de países enteros como Cuba o Bulgaria.
Empresas	Incorporación de 150 compañías internacionales.	Empresas provienen de al menos 35 países.	Incluyendo Estados Unidos, Canadá, Rusia, China, Turquía, Italia.
Minerales a explotar	Bauxita, cobre, coltán, diamantes, hierro y por supuesto oro.	Para la explotación de estos minerales se hace uso de sustancias sumamente contaminantes como cianuro y mercurio.	Sin importar la escala de la minería (pequeña, mediana o mega minera) las afectaciones hacen imposible la denominada "minería ecológica".
Estrategia del gobierno	Transformar el territorio nacional bajo un esquema de Zona Económica Especial y en una Zona Militar Estratégica.	Implementar los "15 motores económicos" de la mano de inversionistas rusas, chinas y otras potencias globales a través de proyectos extractivistas. El Arco Minero del Orinoco es un proyecto del 8vo Motor, el Motor Minero.	Empresas militares como la CAMIMPEG, corporativización del estado.
Control territorial	Control delictivo ejercido por el pranato minero, denominados "sindicatos".	Control social asistencial, lógicas delincuenciales desde el Estado.	Imbricaciones del rol del Estado y sus cuerpos de seguridad con el pranato minero imperante.
Afectación ambiental	Cauces de los ríos: Orinoco, Caroní, Caura, Aro, Parguaza, Cuyuní.	Áreas Bajo Régimen de Administración Especial, el Parque Nacional Jaua-Sarisariña-ma, la Reserva Forestal El Caura, Monumentos Naturales Ichún-Guanacoco, Cerro Guiquinima y la Zona Protectora Sur de Bolívar.	El territorio afectado se caracteriza por extensos bosques, mesetas aplanadas y acantilados siendo el hogar de miles de especies animales y cientos de miles de personas.
Pueblos indígenas involucrados	Más afectados: Waraos, Pemones, Pumé, Jivis, Guajibos, Kariñas y Piaroas.	También afectados: Mapoyo, Eñepá, Kariña, Arawak, Akawako, Yekwana y Sanema.	Bolívar, Amazonas, Delta Amacuro y parte de Monagas concentran la mayor cantidad de pueblos originarios de Venezuela.



 **FOTO: SHUTTERSTOCK**

A simple vista el proyecto extractivista del Arco Minero llama la atención no sólo por la extensión de los territorios que abarca, sino por la magnitud de las inversiones y movimientos financieros que se han hecho cada vez más frecuentes en los noticieros e informaciones circulantes del último año. Según información oficial, el Arco Minero del Orinoco entregó 10,5 toneladas de oro al Banco Central de Venezuela (BCV) durante el año 2018, resultado “del trabajo de extracción de

mineros artesanales asociados con el Estado” (El Universal, 2019). Detrás de estas actividades, existe una situación generalizada de precariedad e indiferencia de las poblaciones mineras, asediadas por enfermedades, desidia institucional, represión estatal desmedida y por un sistema de bandas criminales autodenominadas “sindicatos” que se imponen a través del uso de la violencia como un nuevo orden paraestatal, donde las mujeres y niñas juegan un rol crucial.

2.2. SITUACIÓN DE LA SALUD

96

Según reportes de la OMS, Venezuela superó en 2017 los 400.000 casos de enfermos palúdicos representando el 53% de los reportados en todo el continente Americano (OPS, 2017). El municipio Sifontes (Bolívar), donde se concentra una parte de la actividad minera, resulta ser el área geográfica de mayor incidencia de paludismo, aportando casi la mitad de todos los casos del país. Ante la progresiva propagación de la malaria ésta resulta en la primera causa de mortalidad en las comunidades indígenas del estado Bolívar.

En el año 2018 el Plan Maestro para el fortalecimiento de la respuesta al VIH, la Tuberculosis y la Malaria (ONUSIDA, PAHO, Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2018) registraba una situación epidémica en 9 estados (Bolívar, Amazonas, Sucre, Monagas, Delta Amacuro, Anzoátegui, Nueva Esparta, Miranda y Zulia) con incremento en la dispersión de la malaria a nuevos municipios y parroquias al interior de los municipios ya afectados.

Entre 1990 y el 2009 la mortalidad materna se mantuvo relativamente estable en Venezuela, con 60 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Posteriormente hubo un incremento, alcanzando 70 casos por cada 100.000 nacidos vivos en el 2015. Las principales causas fueron la hemorragia y la enfermedad hipertensiva. De los casos, 3,17% ocurrieron en madres indígenas y 1,85% en afrodescendientes (Amnistía Internacional, 2018).

Desde el año 2016, el MPPS no publica cifras que permitan una aproximación al estado de salud, especialmente de salud sexual y reproductiva, de las mujeres indígenas. Para ese momento, la entidad con

mayor número de muertes maternas (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%). En Bolívar, estado con preminencia del pueblo Pemón, la mortalidad materna global aumentó más del 60% en relación al 2015. Mientras que en Amazonas el aumento fue de 50%, en Delta Amacuro también se registró un aumento del 50% de los casos de defunción siendo las principales causas hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo, así como infecciones.

Estos datos están asociados a la precariedad del sistema de salud que impide el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, lo cual constituye una vulneración de sus derechos.

Por otro lado, químicos usados en la minería ilegal tales como mercurio y cianuro, así como el polvillo de las explosiones tienen graves consecuencias en mujeres jóvenes y, especialmente, en las embarazadas. El mercurio orgánico (metilmercurio) que se concentra en los peces de los ríos contaminados afecta de igual forma a los embarazos. El mercurio pasa al feto dañando su sistema nervioso y cerebro. Los químicos en el cuerpo de las mujeres dan lugar a nacimientos de niños y niñas con graves deficiencias motoras, neuronales y cerebrales (Wanaaleru, 2016). Las concentraciones de estos químicos en el cuerpo de las mujeres perjudican su salud, llegando a ocasionar cáncer. Se ha vinculado el cáncer de útero y mama con altas concentraciones de químicos (usados y desechados en las operaciones mineras) en la sangre de mujeres afectadas por los megaproyectos extractivistas y zonas de minería ilegal.

2.3. VIOLENCIA MILITAR Y PARAMILITAR CONTRA LAS MUJERES INDÍGENAS



En los últimos años, el sector militar (expresado en componentes de la FANB) se ha consolidado en la intervención directa e indirecta del proceso de extracción, procesamiento y comercialización del oro y demás minerales explotados en la región, en todas sus escalas (Pacheco, 2018). En primer lugar, con el decreto del Arco Minero se le otorgan poderes especiales para garantizar el pleno desarrollo de todas las actividades mineras y comerciales realizadas en la zona, a lo que habría que agregar el establecimiento de las minas como zonas de seguridad administradas directamente por el Ministerio de

Defensa, como lo establece el artículo 38 de la Ley de Exploración y Explotación del Oro (Gaceta Oficial No. 6.210 Extraordinaria, 2015). Así pues, se evidencia la militarización plena de la zona del Arco Minero, en la cual los cuerpos de seguridad actúan con libertad para impedir y reprimir cualquier tipo de protesta o queja en contra del proyecto al ser éstas consideradas “ (...) actuaciones tendentes a la obstaculización de las operaciones(...)” (Gaceta Oficial Nro. 40.855, 2016).

La militarización del territorio del Arco Minero, decretado también

como Zona Militar⁴³ no ha disminuido los niveles de violencia y criminalidad en los estados que abarca.

Más bien el Estado actúa a través de una serie de imbricaciones entre el pranato⁴⁴ y las fuerzas de seguridad, constituyendo lo que algunos investigadores han insistido en denominar “pranato minero” (Romero, 2017). En el estado Bolívar los tres municipios con mayores tasas de muertes violentas se corresponden a la zona minera El Callao con 816 víctimas por cada 100 m/h, Roscio (capital Guasipati) con 306 por cada 100 m/h; y

⁴³Telesur (2016), Maduro crea zona militar para protección de mineros en el país

⁴⁴“Pranato” se refiere al poder ejercido por los “pranes” entendidos éstos el cual en el lenguaje coloquial venezolano como los líderes negativos que mantienen el control de un penal (cárcel o sitito de reclusión) y cuentan con redes delictivas cuya influencia es ejercida dentro y fuera de esos recintos.



FOTO: ALICIA MONCADA

Sifontes (capital Tumeremo) con 274 por cada 100 m/h. Sólo entre 2012 y 2018 la nación ha conocido al menos 30 masacres perpetradas en zonas mineras.⁴⁵ Esto sin profundizar en la caracterización de nuevos actores que se suman a la trama de violencia como factores del Ejército de Liberación Nacional (ELN), contra quienes se han registrado enfrentamientos.

Es un hecho ampliamente conocido es que en los contextos de violencia en general aumentan en considerablemente la violencia de género contra las mujeres, trayendo consigo el aumento de femicidios, violencia sexual, trata y explotación, entre otras manifestaciones. .

El Observatorio Guayanés de Violencia de Género, reportó que en el estado Bolívar se registraron 28 femicidios durante el primer se-

mestre del 2017, con un 40% de víctimas con edades comprendidas entre 13 y 21 años (Equivalencias en Acción, 2017).

Según Transparencia Venezuela en el primer semestre de 2018 hubo 12 mujeres asesinadas en el estado Bolívar, entre los municipios Caroní, Heres, El Callao y Sifontes. El mes más violento fue mayo, en el que ocurrieron cinco homicidios de mujeres, equivalentes al 41% de los crímenes registrados ese mes.

En 2018, la violencia contra la mujer aumentó en todo el estado Bolívar. De acuerdo con datos de la Comisión para los Derechos Humanos y Ciudadanía (Codehciu), entre enero y junio se registró un total de 14 femicidios concentrados en el Estado Bolívar. y 5 víctimas de violencia sexual, abuso de autoridad por parte de efectivos del Estado,

e incluso femicidios en grado de frustración.⁴⁶ (Transparencia Venezuela, 2018)

Aunque no existen datos discriminados por etnicidad respecto a la violencia de género y femicidios, en un contexto general de ausencia de datos e información, podemos inferir que los mismos deben estar ocurriendo toda vez que los entornos de minería ilegal son altamente agresivos con mujeres criollas e indígenas. En el caso de las mujeres indígenas resulta aún más compleja la situación de violencia ante el poco acceso a la justicia y las herramientas para la denuncia. Otro aspecto lo podría configurar el hecho de que para los pueblos indígenas la realidad de la violencia de género tiene concepciones e interpretaciones particulares y existe poca costumbre (y posibilidad) de realizar denuncias.

⁴⁵Correo del Caroní (2018), El Callao y Roscio fueron los municipios más violentos de Venezuela durante 2018

⁴⁶Observatorio de Violencia Armada con Enfoque de Género <http://www.correodelcaroni.com/index.php/nacional/1715-en-monagas-y-bolivar-hubo-13-femicidios-entre-diciembre-y-febrero>

2.4. DEGRADACIÓN DE LA VIDA DE MUJERES Y NIÑAS EN LAS ZONAS MINERAS

Las actividades mineras realizadas en el territorio han producido constantes enfrentamientos entre las bandas armadas y de éstos con las fuerzas de seguridad, conflicto motivado por el control de territorios. Muchos de estos enfrentamientos han tenido lugar en las intermediaciones de las propias comunidades indígenas, desplazando y atemorizando a la población. Recientes casos de asesinatos de indígenas en la comunidad pemón San Luis de Morichal (Municipio Sifontes, Estado Bolívar) y en comunidades Jivis (Municipio Sucre, Estado Bolívar) hablan de la violencia estatal y paraestatal de la que son objeto estas poblaciones. Cabe señalar que los reportes suelen visibilizar sólo las muertes de los varones, mientras se hace poca referencia a casos de intimidación y abuso sexual que, como en el caso de San Luis de Morichal, han sido perpetrados en contra mujeres (Entrompe de Falopio, 2018).

Según la Organización de Mujeres Amazónicas Wanaaleru, la violencia hacia las mujeres por motivos asociados a la actividad minera se centra en la construcción de poblados donde se instalan bares, casas de prostitución y ventas de comida controladas y administradas por los mismos trabajadores de la minería, quienes terminan haciendo negocios con fines de explotación sexual que derivan a su vez en altos índices de feminicidios y violencia territorial (Diario de Caracas, 2016).

“En las zonas mineras las mujeres son compradas como objeto. En las denominadas ‘currutelas’ la explotación sexual es un elemento propio de la dinámica extractiva. Como los mineros no pueden dejar las minas llevan a las mujeres para allá, donde además de

prostituir las explotan laboralmente, principalmente en la tarea de la cocina” (Wanaaleru, 2016).

Estos espacios de prostitución o “currutelas,” dominados por los agentes encargados para llevar los trabajos mineros, compran mujeres como objeto de uso diario con el fin de generar más ganancias en los negocios. La mayoría de las mujeres compradas son niñas y adolescentes quienes son violadas, maltratadas y obligadas a involucrarse en actividades criminales por militares, mineros o grupos armados. Al mismo tiempo, existen reportes que indican que las niñas y adolescentes que se encuentran obligadas en la vitrina de escogencia para intercambios sexuales o compra de esclavas son cambiadas por gramos de oro (entre 5 y 10), siendo las más pequeñas las más costosas, pues mientras más edad tenga la mujer será menos solicitada y por tanto, más económica (Licón, s/f).

Según la documentación llevada a cabo por la Red de Activismo e Investigación por la Convivencia (REACIN), en varios municipios del estado Bolívar, mineros y mineras viven y trabajan en condiciones de esclavitud, y sus dueños son las bandas criminales que dominan el sector aurífero (Moreno Lozada, 2018). En este contexto, sobre las mujeres recae el peso de una “triple jornada” donde, además de la minería, se ejercen las labores de cuidado y domésticas, y el trabajo dedicado a la comunidad, a través de la participación social destinada a la organización y funcionamiento de la mina y la comunidad que se forma alrededor de ella. Se calcula que en Centroamérica, por ejemplo, en promedio, estas mujeres trabajan al menos 3 horas más que los hombres (Fundación Heinrich Böll, 2018).

2.5. CRIMINALIZACIÓN CONTRA MUJERES INDÍGENAS Y LUCHADORAS AMBIENTALES



FOTO: ALICIA MONCADA

Según Amnistía Internacional, América Latina es la región más peligrosa del mundo para los y las activistas ambientales (Malkin, 2017). Al menos 207 activistas perdieron la vida en 22 países - casi cuatro por semana - siendo 2018 el peor año del que se tiene registro, y el 60 por ciento de los asesinatos registrados tuvo lugar en países latinoamericanos.⁴⁷

En Venezuela a lo largo del año 2018 se registraron numerosos casos de intimidación, hostigamiento y omisión institucional contra mujeres indígenas líderes de sus comunidades, y objeto agresiones que van

desde la difamación y acusación sin pruebas hasta el secuestro y tratos crueles (Alba TV; Wainjirawa/Aporrea.org, 2018). Los casos de mujeres indígenas que protagonizaron algunos de estos conflictos ambientales y/o territoriales fueron notables durante el año 2018, pero siguen estando invisibilizados por los medios de comunicación y las instituciones del Estado.

Uno de esos casos se corresponde a la resistencia del pueblo Pemón en los territorios del Arco Minero del Orinoco, que tuvo como una de sus líderes a Luisa Henrito

⁴⁷ EFE (2018), América Latina: La región más peligrosa para ambientalistas, según expertos

LIDERESAS INDÍGENAS AGREDIDAS U HOSTIGADAS DURANTE EL AÑO 2018

Caso	Fecha y características de la agresión	
Luisa Henrito 23 de julio 2018	Fue señalada de “traición y secesión” por un alto vocero militar en un programa por la televisora del Estado.	Aunque la agresión fue duramente rechazada por el pueblo Pemón, el hostigamiento ha continuado y el gobierno no se ha retractado de los señalamientos.
Mary Fernández 24 de noviembre 2018	Maestra Yukpa hija de la cacica Carmen “Anita” Fernández. Fue secuestrada y torturada por intereses relacionados a la ganadería en el estado.	Fue liberada el 29 de noviembre y aunque la denuncia fue interpuesta todavía no se ha avanzado en la identificación de los responsables de este crimen.
Cacica Carmen “Anita” Fernández 23 de noviembre 2018	La casa de Anita Fernández, cacica de Kuse en Sierra de Perijá fue saqueada y quemada y las reses de su propiedad fueron robadas.	El caso permanece impune y sus pérdidas no fueron repuestas
Lucía Romero A lo largo de 2018	Su lucha por justicia en el caso del asesinato de su esposo Cacique Sabino Romero la ha llevado a una denuncia férrea que ha traído más muerte y represión a su familia. Durante 2018 denunció agresiones contra sus familiares y amenazas.	Continúan sin procesar a los autores intelectuales señalados por la comunidad Yukpa. No hay medidas de protección para efectiva para Lucía ni su familia.

Fuente: Elaboración propia

Las actividades mineras y petroleras predominantes en los territorios donde se encuentran concentradas las poblaciones indígenas son actividades altamente masculinizadas. Son varones quienes toman las decisiones en la mayoría de los casos, y existe una rígida dinámica de poder institucionalizado a través de las fuerzas militares del Estado así como de las

fuerzas paraestatales que cohabitan, se relacionan e interactúan con las primeras. Asociado a estas actividades y a la EHC, está el fenómeno de la migración forzada interna de poblaciones indígenas, especialmente mujeres, el cual está invisibilizado e insuficientemente documentado.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Cuando escribimos nuestro primer informe Mujeres al Límite en el año 2017, la situación social, política y económica del país era muy grave. Lo suficiente como para afirmar que estábamos ante una emergencia humanitaria que afectaba de manera diferenciada – y a menudo desproporcionada – la vida de mujeres, niñas y adolescentes. Hoy somos testigos del agravamiento de esa emergencia y sus efectos más evidentes: muertes evitables de mujeres embarazadas frente a un sistema de salud sin capacidades para dar respuestas a requerimientos mínimos en materia de insumos y medicamentos; mujeres sin métodos anticonceptivos para quienes la única opción disponible para controlar sus embarazos es una esterilización quirúrgica; mujeres con cada vez más embarazos no deseados sin opciones más allá de poner su vida en peligro con un aborto inseguro o abandonar a su bebé por no tener recursos para

sostenerlo; aumento de embarazos entre adolescentes e incremento de la pobreza entre mujeres; mujeres indígenas siendo objeto de explotación y violencia en medio de la despiadada depredación que ocurre en el Arco Minero; violencia contra las mujeres exacerbada por la debilidad e indolencia estatal que propicia un ambiente de impunidad; mujeres trans invisibilizadas e ignoradas; mujeres que cambian sexo por alimentos para ellas y sus familias; mujeres migrantes, refugiadas o desplazadas que dejan atrás a sus hijos/as en búsqueda de ingresos o que cruzan las fronteras hacia Colombia o Brasil para obtener atención médica adecuada para sus partos. Esas son solo algunas de las mujeres que la emergencia humanitaria compleja ha llevado al límite de sus capacidades de aguante en una espiral descendiente que lesiona su dignidad y vulnera sus derechos.

El Estado venezolano tiene la responsabilidad de garantizar los derechos humanos de la población, incluidos los de mujeres, niñas y adolescentes. Así lo establece la Constitución y así lo estipulan los diversos convenios internacionales en materia de derechos humanos. Pero el Estado se encuentra en mora.

El gobierno ocupado actualmente por el régimen de facto de Nicolás Maduro, es el único responsable de la situación por la que atraviesa Venezuela. A él le reclamamos atender a sus responsabilidades y, más aún, las violaciones de derechos de las mujeres que hoy estamos observando de las cuales en este informe hay numerosos ejemplos.

Pero también le reclamamos a otros actores suscribir y atender nuestro llamado a promover y respetar los derechos de las mujeres. Por ello exigimos que cualquier respuesta a la crisis humanitaria en Venezuela,

tenga en cuenta las necesidades y riesgos diferenciados de mujeres, niñas y adolescentes. Hacemos entonces un llamado a las agencias de las Naciones Unidas y a otros actores humanitarios desplegados o por desplegarse en el terreno, así como a actores políticos nacionales y extranjeros, para que tomen en cuenta dichas necesidades y riesgos diferenciados mediante la debida incorporación de una perspectiva de género en sus planes y programas para atender la crisis venezolana, bien sea dentro o fuera del territorio.

En ese contexto, es primordial priorizar asuntos de relevancia como la atención a necesidades específicas en salud sexual y reproductiva, incluyendo las de las adolescentes; la provisión de métodos de planificación familiar; el acceso a insumos de higiene menstrual; el suministro de complementos alimenticios a

mujeres embarazadas y sus hijos/as en riesgo de desnutrición; la atención debida a casos de violencia sexual; y respuestas institucionales ante casos de violencia contra la mujer, particularmente los femicidios, la explotación sexual, la trata y el tráfico.

Las situaciones estructurales agravadas por la EHC deben también ser atendidas. La ayuda humanitaria no solucionará el que las mujeres no tengan a dónde acudir cuando son agredidas física, sexual o psicológicamente, o cuando acuden a realizarse un aborto en condiciones inseguras a causa de un embarazo no deseado por falta de métodos anticonceptivos. Ni cambiará los problemas sistémicos que impiden a la Maternidad Concepción Palacios proveer a sus pacientes la atención que ellas y sus bebés requieren, sin riesgos de muerte. De manera que es im-

prescindible que tanto los planes para una transición democrática como para la recuperación económica y social del país reconozcan a las mujeres en sus experiencias y sus derechos, y las incorporen en sus demandas y aspiraciones así como en los procesos de toma de decisión.

El anhelo de ver a Venezuela transitar por la senda del desarrollo y la democracia necesariamente pasa por la incorporación plena de las mujeres en todos los planos, promoviendo y respetando sus derechos. Nuestro país debe reinsertarse en la escena mundial regida por los objetivos trazados por la Agenda 2030, donde la igualdad de género, el desarrollo sostenible y la observancia de los derechos humanos son ejes fundamentales.

Esa es la nueva Venezuela a la que apostamos.

BIBLIOGRAFÍA

- ABC Internacional.** (2019). Las venezolanas desbordan los burdeles de Cúcuta para sobrevivir. Obtenido de https://www.abc.es/internacional/ab-ci-venezolanas-desbordan-burdeles-cucuta-para-sobrevivir-201902160109_noticia.html
- ACNUDH.** (2018). Violaciones de los Derechos Humanos en la República Boliviana de Venezuela: una espiral descendente que no parece tener fin. Ginebra: ONU.
- ACNUR.** (2018). Nota de orientación sobre el flujo de venezolanos. Obtenido de <https://www.refworld.org/es/docid/5aa076f74.html>
- Agencia EFE.** (2018). La escasez de anticonceptivos dificulta la planificación familiar en Venezuela. Obtenido de <https://www.efe.com/efe/america/entrevistas/la-escasez-de-anticonceptivos-dificulta-planificacion-familiar-en-venezuela/50000489-3688889>
- Alba TV.** (s.f.). Terratenientes de la Sierra de Perijá secuestran a Mary Fernández, hija de la cacica Carmen Fernández. Obtenido de <http://www.albatv.org/Terratenientes-de-la-Sierra-de.html>
- Amnistía Internacional.** (2018). Salida de Emergencia. Obtenido de <https://www.amnistia.org/ve/especiales/salida-de-emergencia/exodo/>
- Asamblea Nacional de Venezuela.** (2004). Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo. Caracas: AN.
- Asamblea Nacional de Venezuela.** (2014). Reforma a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Obtenido de https://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_feminicidio_ley_organica_sobre_derecho_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf
- Asociación Civil Mujeres en Línea, AVESA, CEPAZ y FREYA.** (2019). Situación de la Movilidad Humana de las mujeres y niñas venezolanas con enfoque diferencial y de género. Obtenido de <https://ce paz.org.ve/wp-content/uploads/2019/03/Informe-DEF-EDI.pdf>
- Avesa.** (2017). Por la dignidad y el acceso a la justicia de las mujeres y adolescentes víctimas de violencia sexual en el caso del psicólogo Carlos Ortiz Mora. Comunicado a la opinión pública y a las instituciones del Estado". Obtenido de <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2017/09/comunicado-carlos-ortiz-mora-con-adhesiones.pdf>
- AVESA, ACCSI, Aliadas en Cadena.** (2015). Los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva en Venezuela. Tomo 1: Reconocimiento de los Derechos Sexuales y Redproductivos. Caracas.
- AVESA, CEPAZ, FREYA y Mujeres en Línea.** (2019). "Informe Situación de la movilidad humana de mujeres y niñas venezolanas con enfoque diferencial de derecho y de género. Obtenido de <https://ce paz.org.ve/wp-content/uploads/2019/03/Informe-DEF-EDI.pdf>
- AWID.** (2004). Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. Obtenido de http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/21639/1/2_awid_interseccionalidad.pdf
- Bethencourt, L.** (1998). Mujeres, trabajo y vida cotidiana. Caracas: CENDES.
- Cabrera, C., Martínez, M., & Zambrano, G. (2014).
- Mortalidad materna en la Maternidad Concepción Palacios: 2009 - 2013.** Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 74(3), 154-161. Obtenido de Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000300003#cua1
- Cáritas Venezuela.** (Julio-Septiembre de 2018). Boletín Saman. Obtenido de <http://caritasvenezuela.org/wp-content/uploads/2019/02/8-vo-Boletin-Saman-Julio-Septiembre-2018.pdf>
- CEDAW.** (2014). Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de la República Bolivariana de Venezuela. Obtenido de Documento CEDAW/C/VEN/CO/7-8: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fVEN%2fCO%2f7-8&Lang=en
- CEDAW.** (2018). Información suministrada por Venezuela sobre el seguimiento de las observaciones finales. Nueva York: ONU.

- CEPAL.** (2013). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Obtenido de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2013/9232.pdf?view=1>
- CIDH.** (2017). Institucionalidad democrática, Estado de derecho y derechos humanos en Venezuela. Washington, D.C.: OEA.
- (2019). **RESOLUCIÓN 13/2019.** Obtenido de Medida cautelar No. 150-19: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2019/13-19MC150-19-VE.pdf>
- Correo del Caroní.** (s.f.). El Callao y Roscio fueron los municipios más violentos en Venezuela durante 2018. Obtenido de <http://correodelcaroni.com/index.php/sucesos/884-el-callao-y-roscio-fueron-los-municipios-mas-violentos-de-venezuela-durante-2018>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos.** (2018). CASO LÓPEZ SOTO Y OTROS VS. VENEZUELA. Obtenido de http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_362_esp.pdf
- Cotejo.info.** (2018). 448 asesinatos a mujeres en Venezuela ocurrieron durante 2018. Obtenido de <https://cotejo.info/2018/12/mas-400-mujeres-asesinadas-venezuela-2018/>
- Diario de Caracas.** (2016). Megaproyectos como el Arco Minero afectan sobremanera a mujeres y niñas. Obtenido de <https://diariodecaracas.com/dinero/megaproyectos-como-el-arco-minero-afectan-sobremanera-mujeres-ninas>
- Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo.** (2006). Definición de Emergencia Compleja. Obtenido de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/85>
- El Pitazo.** (6 de Octubre de 2017). Mujer Operada por Plan Quirúrgico Nacional ingresó sin vida al Hospital de El Algodonal. Obtenido de <https://elpitazo.com/gran-caracas/mujer-operada-por-plan-quirurgico-nacional-ingreso-sin-vida-al-hospital-de-el-algodon/>
- El Universal.** (7 de enero de 2019). 10,5 toneladas de oro entregó Arco Minero al Banco Central. El Universal, pág. 1.
- Entrompe de Falopio.** (2018). Desde Nosotras.
- Equivalencias en Acción.** (Noviembre de 2017). Mujeres al Límite. El peso de la Emergencia humanitaria: vulneración de los derechos humanos de las mujeres. Obtenido de <https://avesawordpress.wordpress.com/2017/11/11/mujeres-al-limite-el-peso-de-la-emergencia-humanitaria-vulneracion-de-los-derechos-humanos-de-las-mujeres/>
- (2018) “Salud Sexual y reproductiva de mujeres, adolescentes y niñas en Venezuela”. Obtenido de <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2019/02/salud-sexual-y-reproductiva.-agosto-2018-1.pdf>
- (2019a). **Índice de escasez de métodos anticonceptivos en farmacias de cinco ciudades del país.** Obtenido de <https://avesawordpress.wordpress.com/2019/02/24/indice-de-escasez-de-metodos-anticonceptivos-en-farmacias-de-cinco-ciudades-de-venezuela/>
- (2019b). **Incidencia de muertes maternas, partos de madres adolescentes y abortos en 3 centros hospitalarios de la zona central de Venezuela.** Obtenido de <https://avesawordpress.wordpress.com/2019/02/25/algunos-datos-sobre-la-mortalidad-materna-embarazos-adolescentes-y-abortos-en-tres-hospitales-de-la-region-central-del-pais/>
- FAO.** (2018). **El Estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el Mundo.** Obtenido de <http://www.fao.org/3/I9553ES/i9553es.pdf>
- Fernández, J.** (2017). **Amnistía Internacional Venezuela.** Obtenido de Impunidad y Violencia de Género: sin justicia no es posible la igualdad: <https://www.amnistia.org/ve/blog/2017/05/2420/impunidad-y-violencia-de-genero>
- Fernández, R., López, L., & Martínez, H. (2009). **Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital” Materno Infantil del Este”**, Petare. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 69, 28-34. Obtenido de http://www.scielo.org/ve/scielo.php?pid=S0048-77322009000100005&script=sci_arttext&tlng=en
- Fundación Heinrich Böll.** (2018). Podcast Género y Minería. Obtenido de <https://mx.boell.org/es/podcasts-claroscuros-de-la-mineria-en-latinoamerica>
- Gaceta Oficial No. 6.210 Extraordinaria.** (2015). Decreto No. 2.165, mediante el cual el Presidente de la República dictó el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley Orgánica que Reserva al Estado las Actividades de
- Exploración y Explotación del Oro y demás Minerales Estratégicos.**
- Gaceta Oficial Nro. 40.855.** (2016). Decreto de creación de la Zona de Desarrollo Estratégico Nacional “Arco Minero del Orinoco”.
- Gimenez, F. (2016). **Factores de riesgo y necesidades de atención para las mujeres migrantes en Centroamérica.** Obtenido de <http://rosanjose.iom.int/site/sites/default/files/Factores%20de%20riesgo%20y%20necesidades%20de%20las%20mujeres%20migrantes%20en%20Centroam%C3%A9rica%20-%20WEB.pdf>
- González Blanco, M. (2017). **Mortalidad materna en**

Venezuela. ¿Por qué es importante conocer las cifras? Obtenido de Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322017000100001

Grupo de Mujeres Sin Tregua. (2017). Escasez de anticonceptivos: ¿guerra económica o responsabilidad del gobierno? Obtenido de Aporrea: <https://www.aporrea.org/actualidad/n304357.html>

INE. (2010). Indicadores Disponibles con Perspectiva de Género. Obtenido de http://www.ine.gov.ve/documentos/SEN/menuSEN/pdf/subcomitesociales/Indicadores_Disponibles_con_Perspectiva_de_Genero_2010.pdf

-(2011). **Censo de Población y Vivienda.**

-(2016). **Encuesta de Hogares por Muestreo.** Situación de la fuerza de trabajo en Venezuela. Caracas: INE.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2003). Promoción y defensa de los derechos reproductivos: nuevo reto para las instituciones nacionales de derechos humanos. San José: UNFPA.

Kislinger, L. (2018). Derechos Humanos de las mujeres venezolanas con VIH/SIDA en el contexto de la crisis del sector salud. Obtenido de <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2019/04/mujeres-y-vih-luisa-kislinger-definitivo.pdf>

La Nación. (2019). Reclutaban chicas venezolanas en Cúcuta y las obligaban a prostituirse en Bogotá. Obtenido de <https://lanacionweb.com/sucesos/reclutaban-chicas-venezolanas-en-cucuta-y-las-obligaban-a-prostituirse-en-bogota/>

León, M. (2018). Violencia sexual en la emergencia compleja venezolana. Obtenido de <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2019/02/violencia-sexual-en-la-ecv.pdf>

Licón, Y. (s/f). Mujeres y niñas son las más afectadas ante megaproyectos de explotación como el Arco Minero del Orinoco. Obtenido de Brújula Internacional: <http://brujulainternacional.net/mujeres-y-ninas-son-las-mas-afectadas-ante-megaproyectos-de-explotacion-como-el-arco-minero-del-orinoco/>

López, A. (2017). Situación, derechos y garantías para las mujeres en la Venezuela bolivariana. Quito: Fundación Rosa Luxemburgo.

Malkin, E. (2017). EL asesinato de un ambientalista en México genera alarma en América Latina. Obtenido de <https://www.nytimes.com/es/2017/01/18/asesinato-ambientalista-en-mexico-isidro-baldenegro-bera-caceres/>

Mantovani, E. (2017). Naturaleza y territorialidad en

disputa: los ecologismos populares venezolanos. En M. E.T, Venezuela desde Adentro: 8 investigaciones para un debate necesario (págs. 17-73). Quito: Fundación Rosa Luxemburgo.

Migración Colombia. (Abril-Junio de 2018). Informe Final: Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos en Colombia. Obtenido de <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/64101.pdf>

Ministerio de Finanzas. (2016). Agenda Económica Bolivariana. Obtenido de <http://www.mppf.gob.ve/agenda-economica-bolivariana-es-el-mapa-para-la-construccion-del-futuro-productivo-nacional/>

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2013). Norma Oficial para la Integración en Salud Sexual y Reproductiva. Obtenido de https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NormaOficial%20SSR%202013_1.pdf

-(2016). **Boletín Epidemiológico.** Semana Epidemiológica 52°. Obtenido de <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-2016.pdf>

MINMUJER. (2017). Reglamentar la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia garantizará su efectiva aplicación. Obtenido de MINMUJER: <http://www.minmujer.gob.ve/?q=noticias/reglamentar-la-ley-org%C3%A1nica-sobre-el-derecho-de-las-mujeres-una-vida-libre-de-violencia-garantizar%C3%A1-su-efectiva-aplicaci%C3%B3n>

Mira que te Miro. (2017). Monitoreo social de los compromisos en salud y derechos sexuales y reproductivos del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

Moncada, A. (2018). Situación de los Derechos de las Mujeres Indígenas. Caracas: Amnistía Internacional. Moreno Lozada, V. (2018). Estudio en el Arco Minero revela relación entre el auge del sector aurífero y la violencia. Obtenido de <http://efectococuyo.com/principales/estudio-en-el-arco-minero-revela-relacion-entre-el-auge-del-sector-aurifero-y-la-violencia/>

Observatorio de Seguridad Alimentaria. (2018). Las cifras que confirman una emergencia humanitaria en Venezuela. Obtenido de <http://hambrometro.com/informe-las-cifras-que-confirman-una-emergencia-humanitaria-en-alimentacion-en-venezuela/>

OIM. (2018). El número de refugiados y migrantes de Venezuela alcanza los 3 millones. Obtenido de <https://www.iom.int/es/news/el-numero-de-refugiados-y-migrantes-de-venezuela-alcanza-los-3-millones>

OMS. (2014). Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones. Obtenido de OMS: https://www.who.int/topics/human_rights/derechos_humanos_anticoncepcion_spa.pdf?ua=1

ONU. (1994). Programa de Acción de la Conferen-

cia Mundial sobre Población y Desarrollo. Obtenido de Organización de las Naciones Unidas: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf

ONU Mujeres. (2017). ONU Mujeres ante los contextos de crisis y emergencias en América Latina y el Caribe. Nueva York.

ONUSIDA, PAHO, Ministerio del Poder Popular para la Salud. (Julio de 2018). Plan Maestro para el fortalecimiento de respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria en la República Bolivariana de Venezuela desde una perspectiva de salud pública.

OPS. (2017). Salud en las Américas. Obtenido de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>

-(2018). **Informe sobre la Emergencia Humanitaria en Venezuela.** Obtenido de <https://www.ovsalud.org/noticias/2018/emergencia-venezuela-organizacion-panamericana-salud/>

Pacheco, A. (2018). CAMIMPEG y el Motor Militar. Obtenido de Boletín de la Plataforma contra el Arco Minero del Orinoco: <https://www.derechos.org.ve/actualidad/plataforma-contra-el-arco-minero-del-orinoco-presento-el-primero-boletin-desarmando-el-arco-minero>

Profamilia Colombia e IPPF. (2019). Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Bogotá: Profamilia. Obtenido de <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/02/Evaluaci%C3%B3n%20de%20las%20necesidades%20insatisfechas%20en%20sss%20reproductiva%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20migrante%20venezolana%20en%20cuatro%20ciudades%20de%20la%20frontera%20colombo-venezolana.pdf>

Sandy Aveledo.com. (2016). La respuesta de las mujeres venezolanas a la crisis económica es esterilizarse. Obtenido de <https://www.sandyaveledo.com/la-respuesta-las-mujeres-venezolanas-la-crisis-economica-esterilizarse/>

Servicio Jesuita de Venezuela. (2018). Informe sobre la movilidad humana venezolana. Perspectivas y realidades de quienes emigran. . Obtenido de <https://cpal-social.org/documentos/570.pdf>

Telesur. (2016). Maduro crea zona militar para protección de mineros en el país. Obtenido de <https://www.telesurtv.net/news/Maduro-crea-zona-militar-para-proteccion-de-mineros-en-Venezuela-20160308-0066.html>

The Intercept. (2018). Lacking birth control options, desperate Venezuelan women turn to sterilization and

illegal abortion. Obtenido de <https://theintercept.com/2018/06/10/venezuela-crisis-sterilization-women-abortion/>

Transparencia Venezuela. (2018). Aumenta violencia armada contra las mujeres en Bolívar durante el primer semestre de 2018. Obtenido de <https://transparencia.org.ve/aumenta-violencia-armada-contra-las-mujeres-en-bolivar-durante-el-primer-semestre-de-2018/>

UCAB, UCV y USB. (2018). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Obtenido de Avances de Resultados: <http://elucabista.com/wp-content/uploads/2018/11/RESULTADOS-PRELIMINARES-ENCOVI-2018-30-nov.pdf>

-(2017). **Encuesta de Condiciones de Vida. Salud.** Obtenido de <https://www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ENCOVI.-Salud-2017.-21-de-febrero-2017.pdf>

UNFPA (2015). **Muerte materna en crisis humanitarias y contextos frágiles.** Obtenido de Statistics Brief: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MMR_in_humanitarian_settings-final4_0.pdf

-(2016). **Salud materna.** Obtenido de <https://www.unfpa.org/es/salud-materna>

-(2018). **Cinco motivos por los que la migración es una cuestión feminista.** Obtenido de <https://www.unfpa.org/es/news/migración-feminista>

-(2019). **Estado de la Población Mundial.** Obtenido de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/>

UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf

UNFPA Guatemala. (2010). Plan de Acción para la reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010 - 2015. Obtenido de <https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20DE%20REDUCCION%20DE%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf>

USAID (s.f.). Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. Obtenido de https://www.k4health.org/sites/default/files/Ready%20Lessons%20I_Overview_esp.pdf

Wainjirawa/Aporrea.org. (2018). Caciques Pemón responden a acusaciones de Gral. Roberto González: “no somos secesionistas”. Obtenido de <http://rupturaorg.blogspot.com/2018/07/caciques-pemon-responden-acusaciones-de.html>

Wanaaleru (2016). Cómo afecta la minería a las mujeres indígenas. Obtenido de Revista SIC: <http://revistasic.gumilla.org/2016/como-afecta-la-mineria-a-las-mujeres-indigenas/>





JUNTOS PODEMOS MAS



CONVENCIÓN SOBRE
LA ELIMINACIÓN DE
TODAS LAS FORMAS
DE DISCRIMINACIÓN
CONTRA LA MUJER

Las mujeres, niñas y adolescentes venezolanas son afectadas de manera diferenciada por la emergencia humanitaria compleja que vive Venezuela, la cual a su vez amplía la discriminación y las brechas de género. Con el fin de documentar y visibilizar lo que ocurre con las mujeres, niñas y adolescentes en Venezuela, hemos elaborado esta segunda entrega del informe “Mujeres al Límite: derechos de las mujeres de cara al agravamiento de la emergencia humanitaria compleja.”

El aumento de la pobreza y el desempleo entre las mujeres, la escasez aguda de anticonceptivos, la migración forzada en busca de mejores oportunidades o la explotación sexual a la que son sometidas las mujeres y niñas indígenas en el Arco Minero del Orinoco, son sólo algunos ejemplos de afectación diferenciada que, además, vulnera la dignidad y los derechos de las venezolanas.