



CONSORVEN



Informe para el Grupo de Trabajo previo al 84º Período de Sesiones Comité CEDAW

Etapa de Lista de cuestiones y preguntas

Junio, 2022

Presentado por la coalición de organizaciones conformada por:

- FUNVAPE
- CONSORVEN

1. Presentación de las organizaciones

Fundación Vanessa Peretti (FUNVAPE)

Fundada el 13 de Septiembre de 2007; es una organización de carácter social, sin fines de lucro, con persona jurídica, sin patrimonio propio, conformada para propiciar la participación social de los niños, niñas y adolescentes sordos y sus familiares, inspirada en los principios de los derechos humanos, enmarcados en los instrumentos legales nacionales e internacionales. Su propósito es promover la mejora de la calidad de vida de niños, niñas, adolescentes sordos y sus familiares, a través de programas educativos, actividades formativas y recreativas, que permitan superar las barreras de comunicación entre oyentes y sordos en Venezuela.

Confederación de Sordos de Venezuela (CONSORVEN)

Fundada en 2010 (aunque venía desarrollándose trabajo en el área desde 1989 como Federación Venezolana de Sordos). Es una Organización No Gubernamental a nivel nacional, que agrupa a veintitrés (23) asociaciones de personas sordas de dieciocho (18) estados del país. Nuestro objetivo fundamental es visibilizar a la comunidad sorda, impulsando la organización, la formación y el monitoreo en materia de derechos humanos.

2. Observaciones generales sobre el Informe Periódico Noveno de la República Bolivariana de Venezuela en relación con la situación de mujeres con discapacidad

6. El proceso de preparación del noveno informe incluyó una consulta pública desarrollada entre los meses de septiembre y octubre de 2020. La metodología abarcó una consulta difusa en redes sociales e internet en la cual participaron 11.962 personas, 10.933 mujeres (91,4%), y 1.029 hombres (8,5%); así como una consulta a autoridades de los cinco Poderes Públicos nacionales, autoridades de niveles estatales y municipales y 25 grupos focales, donde participaron 356 mujeres voceras y representantes de diversos sectores de la sociedad civil venezolana de los 24 estados del país, más de 75 organizaciones y 6 Universidades, destacando: académicas y científicas, mujeres con algún tipo de discapacidad o con personas con discapacidad a su cargo, mujeres rurales, campesinas y comuneras, movimientos de mujeres y feministas, mujeres de organizaciones de la diversidad sexual, jóvenes (18 a 30 años), organizaciones de derechos humanos, indígenas, afrodescendientes, privadas de libertad, adultas mayores, trabajadoras, productoras, entre otros.

Observamos que si bien el Estado se refiere a la adopción de algunas medidas relacionadas con la población de mujeres con discapacidad, no aporta información sobre la existencia de una política nacional consolidada en este ámbito y sobre la cual se conozcan sus impactos, balance de implementación y asignación de presupuesto, entre otros. El Estado tampoco informa cómo se incorpora el enfoque de discapacidad en otras políticas y medidas que menciona a lo largo de su informe en relación con la situación de derechos de las mujeres en Venezuela.

Considerando lo anterior, este informe trata de reflejar la situación de Derechos Humanos de la Mujer con Discapacidad Venezolana que además de enfrentar la realidad de vivir una

doble discriminación y estar expuesta a distintas formas de violencia basadas en género, se ve inmersa en el escenario incierto de un país que transita por una situación de Emergencia Humanitaria Compleja (EHC) protagonizada por situaciones de inseguridad, escases alimentaria, precariedad en los servicios de salud, además de la carencia de ajustes razonables en infraestructura y comunicación, lo que dificulta aún más las posibilidades de independencia, desarrollo educativo laboral y el disfrute de las libertades y vida plena.

En ese orden de ideas, la información que presentamos a continuación se basa en el monitoreo y documentación independiente que realizamos desde nuestras organizaciones. Asimismo, utilizamos como referencias el marco normativo nacional contemplado, Ley sobre el Derecho de mujeres a una vida Libre y sin Violencia³, la Ley para Personas con Discapacidad⁴, la propuesta de Ley Orgánica de Personas con Discapacidad⁵ que está en discusión y en cuyo proceso está interviniendo el CEDISC haciendo observaciones y recomendaciones, y diversos documentos emanados de investigaciones realizadas por las organizaciones de sociedad civil que hacen esfuerzo por recopilar datos que puedan servir para la estadística y el reporte. Esto debido a que hace más de 5 años el Estado no publica estadísticas, registros y documentos oficiales en casi todos los ámbitos de la función pública, incluyendo lo relativo a esta temática.

Ante estas circunstancias, nuestro balance general es que la situación de mujeres con discapacidad en Venezuela continúa completamente invisibilizada y que, en general, el Estado no ha adoptado medidas específicas para atender dicha situación, teniendo además en cuenta el impacto de la emergencia humanitaria compleja en el país así como la pandemia del COVID-19. Por ello, consideramos que existe un incumplimiento generalizado de las obligaciones del Estado de conformidad con lo establecido en la Convención de la CEDAW y las recomendaciones del Comité, así como la Convención de Naciones Unidas sobre las personas con discapacidad de la cual forma parte también el Estado venezolano.

A continuación nos referimos a tres temas específicos en relación con las mujeres con discapacidad y respecto de los cuales el Comité de la CEDAW ha formulado recomendaciones específicas al Estado venezolano, las cuales consideramos deben implementarse con un enfoque diferenciado que tenga en cuenta las necesidades específicas de este grupo así como los múltiples factores de discriminación a los que se enfrentan.

A. Marco normativo e institucional

Venezuela cuenta con un fuerte entramado jurídico que protege a las mujeres y niñas frente a la violencia basada en género, a través de la Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en donde se contemplan y penalizan hasta veinticinco (25) diferentes tipos de violencia sobre las mujeres. Sin embargo, queda mucho por hacer en términos de efectividad de aplicación de la Ley, impunidad, prevención de delitos sobre las mujeres, reconocer la doble vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad y generar mecanismos de protección. En este sentido y consientes de la situación de EHC se hace necesario no solo establecer leyes sino accionar en pro de esta población, ya que la

ausencia de programas sociales y de protección promueven la situación de vulnerabilidad, el aislamiento acentuado por la pandemia y la propensión a abusos de diversa índole.

En cuanto a los esfuerzos realizados por el estado venezolano, se conoce que en el año 2011 se tuvo la iniciativa de atender a la mujer y la familia con un programa diseñado desde el CONAPDIS, respecto del cual observamos que el Estado venezolano en su noveno informe no hace referencia y tampoco explica cómo se articularía con las otras instancias y programas referidos en dicho informe. En dicho marco, destacamos que en general la implementación del programa ha sido deficiente por diversas razones, entre otras, falta de personal formado en el área, se eliminó el Programa de Prevención, no se extendió a nivel nacional, había dudas y falta de comprensión sobre objetivos del mismo, y problemas presupuestarios limitantes para el pago del nivel de profesionales que requería.

Otra propuesta de atención a la mujer se hizo mediante el Instituto Nacional de la Mujer (INAMUJER) pero el mismo, no ofrece programas específicos para la mujer con discapacidad, su página no contempla información accesible y según lo reportado por los expertos durante la pandemia no ha habido posibilidad de comunicación con esta institución esta institución.

Como resultado de la ausencia de programas de protección en la actualidad así como la falta de una política y respuesta institucional concreta en este ámbito, ni las mujeres ni las familias con discapacidad son atendidas de manera integral, y es muy poco el alcance de los programas de información y formación vitales para darle herramientas que mejoren su calidad de vida. Esta carencia se evidencia con la desinformación por parte de las familias, que aun utilizan terminologías inadecuadas, protagonizan frecuentes situaciones de abuso físico y/o psicológico, la ausencia de aceptación y el abandono como factores predominantes, principalmente por la cantidad de familias que por la EHC han emigrado y dejan atrás a su familiar con discapacidad.

Por otra parte, el contexto pandémico de la COVID-19 también parece estar incidiendo en el incremento de casos de violencia basada en género, en tanto las medidas de confinamiento limitan el libre desenvolvimiento de las mujeres y las aísla en medio del aumento de las horas de convivencia al lado de su agresor, que, en la mayoría de los casos resulta ser o bien su pareja, o algún otro miembro masculino de su familia o entorno cercano.

Como referencia y ante la ausencia de cifras oficiales, en los primeros tres meses de 2021 se registraron en Venezuela 50 femicidios (18 en enero, 22 en febrero y más de 9 mujeres en marzo), esto equivale a decir que cada 36 horas o menos se cometió un femicidio en el país, siguiendo los datos presentados por el Observatorio Digital de Femicidios del Centro de Justicia y Paz (CEPAZ, 2021), lo que llama al estado de alarma frente a la vulneración del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Adicionalmente, el Estado venezolano no cuenta con un sistema que atienda a las necesidades de protección y denuncia, u ofrezca programas de educación integral que incluyan temas de sexualidad que sean accesibles para las personas con discapacidad. Lo que deja a la mujer con discapacidad en total indefensión para prevenir o defenderse de

situaciones de violencia, pues todavía son muchas las barreras jurídicas, actitudinales y físicas que dificultan el disfrute de este derecho.

B. Justa distribución, reconocimiento y remuneración de las cargas de cuidado

Observamos con preocupación que el Estado venezolano no hace mención en su noveno informe periódico a estos temas, pese a los impactos desproporcionados que generan para la vida de las mujeres en general, y especialmente para las mujeres con discapacidad; teniendo también en cuenta que esta problemática se ha exacerbado en el contexto de la pandemia del COVID-19.

De acuerdo con datos recabados por nuestras organizaciones, el 50% de las mujeres entrevistadas en un estudio independiente indicó que las medidas de cuarentena por COVID-19 han aumentado las cargas de cuidado a la que están sometidas, en tanto las medidas de restricción de la movilidad contribuyen a que permanezcan más tiempo en casa, y/o deban adquirir otras obligaciones no remuneradas en el hogar que se solapan con el desempleo consecuente a la cuarentena.

En dicho marco, destacamos que, en Venezuela, estos derechos, a nivel jurídico, social y en el ámbito de la política pública no están consagrados ni reconocidos ampliamente, a pesar de que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 reconoce el derecho al libre desenvolvimiento de la personalidad en su artículo 20¹.

Cuando la mujer enfrenta la discapacidad lo hace obedeciendo a dos dimensiones, como mujer con discapacidad o como cuidadora de la persona con discapacidad que está en la familia. Ante esta realidad advertimos que obedeciendo a esta dimensiones, es la mujer quien permanece en el hogar señalando que la misma invierte, 14 horas totales del día dedicándose, a labores domésticas y de cuidado de NNA y de la persona con discapacidad, esta actividad no es remunerada y pocas veces se comparten con otros familiares, sobre todo si estos son hombres.

Esto trae la necesidad de reconocimiento de remuneración del trabajo de cuidado y apoyo, tal y como lo refiere la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en sus artículos 9, literal b y 28, numeral 2, literal c. Ello también teniendo en cuenta lo que establece la Convención de la CEDAW en cuanto a la obligación de los Estados de sopesar las necesidades de cuidado de las personas que lo requieran y las cargas que históricamente recaen sobre las mujeres (artículo 11, incisos 2 y 2.c).

Ante estas circunstancias y la imposibilidad de contar con cifras oficiales actualizadas que permitan mostrar esta realidad, las organizaciones que presentamos este informe hemos realizado una investigación independiente² que buscó conocer la percepción de las mujeres

¹ “Toda persona tiene derecho al libre desenvolvimiento de su personalidad, sin más limitaciones que las que derivan del derecho de las demás y del orden público y social.”

² A continuación compartimos los datos de la metodología de la investigación:

- I. **Fecha de Campo:** I trimestre de 2021
- II. **Foco de Investigación:**

cuidadoras o acompañantes de personas con discapacidad en torno a la administración de las cargas de cuidado, además del reconocimiento de la violencia basada en género por parte de mujeres con discapacidad en el contexto COVID-19³.

Dicha investigación arrojó los siguientes resultados que muestran una preocupante carga diferenciada para las mujeres con discapacidad y cuidadoras de personas con discapacidad que permanece invisibilizada:

- **Casi un día entero** invierten las mujeres, en promedio, en diversas labores de cuidado del **hogar**, de **NNA** y de **persona con discapacidad**, por día, con lo cual o bien **las posponen o necesitan dos días o más para culminarlas**.
- **Estas cargas se distribuyen en horas de la siguiente manera: 8 horas diarias en labores del hogar**, como cocinar, calentar alimentos y bebidas, preparar meriendas o refrigerios (3 horas), limpiar el suelo, barrer, sacudir, arreglar y recoger la casa, lavar baños, fregar platos (2 horas), lavar, tender y/o secar ropa (3 horas).
- **6 horas diarias** en labores como calentar alimentos y suministrarlos a niños, niñas y adolescentes (2 horas), apoyarlos y apoyarlas en tareas escolares (3 horas) y en el traslado a la escuela y/o liceo (1 hora).
- **13 horas totales** invierten las mujeres en labores del hogar y cuidado de NNA⁴, que no son remuneradas y las cuales pocas veces se comparten con otros familiares, sobre todo si estos son hombres; sin contar labores de cuidado o apoyo de personas con discapacidad.
- **7 horas por día**, en promedio, invierten las mujeres en labores como aseo personal y apoyo técnico de la persona con discapacidad (2 horas), así como calentar los alimentos y proporcionarlos (2 horas), suministrar de medicamentos y otros tratamientos (2 horas), aplicar tareas o terapias (1 hora), **Además**, invierten **6 horas** al día en tareas que pueden no

1. Evaluar el uso del tiempo invertido por mujeres cuidadoras o acompañantes de personas con discapacidad en labores de cuidado y las inequidades que enfrentan en la distribución de las cargas en el hogar.

2. Indagar la percepción que tienen las mujeres con discapacidad en torno a la violencia basada en género y las barreras que enfrentan para el autorreconocimiento de situaciones de violencia en el caso de ser víctimas.

3. Examinar la posible incidencia de casos de violencia basada en género en mujeres con discapacidad, en el marco de las medidas de confinamiento consecuentes de la pandemia por COVID-19.

III. Técnicas de Recolección de Información:

1. Entrevistas Semi-Estructuradas Presenciales.
2. Entrevistas Semi-Estructuradas Telefónicas.

IV. Tamaño y Características de la Muestra:

1. 42 mujeres con discapacidad
2. 46 mujeres cuidadoras de personas con discapacidad.
3. Tipo de discapacidad: Intelectual (19), Motora (36), Múltiple (7), Psicosocial (11) y Sensorial (15).
4. Muestra total: 88 mujeres.

V. Cobertura: Carabobo, La Guaira, Lara, Miranda, Táchira y Yaracuy.

³ Las preguntas generales que nos hicimos fueron las siguientes: ¿Cómo se perciben y administran las cargas de cuidado que enfrentan las mujeres cuidadoras o acompañantes de personas con discapacidad, en el contexto de la administración de las cargas de trabajo en el hogar y en medio de las medidas de confinamiento consecuentes de la pandemia por COVID-19? Y ¿Cómo se percibe la violencia basada en género por parte de las mujeres con discapacidad y qué barreras enfrentan para el autorreconocimiento al ser víctimas de tales hechos, en el marco de la pandemia por COVID-19?

⁴ Esto de un grupo de **58,7%** de mujeres que tienen NNA en sus hogares, de las cuales, el **88,9%** realiza labores de cuidado o apoyo a NNA.

ser recurrentes como visitar al médico/a o a terapistas (3 horas), y acompañamientos en salidas por trabajo o diligencias (3 horas).

Este panorama muestra que cuando se tiene en casa a una persona con discapacidad que requiera cuidados o apoyos, las cargas se hacen mucho más pesadas para las mujeres. Implica una carga inmensa sobre las mujeres cuidadoras de personas con discapacidad, que las obliga o bien a limitar el descanso personal, el libre desenvolvimiento de la vida de la mujer o bien, entra en contradicción con las labores remuneradas que pudieran realizar estas mujeres. También, muchas de estas tareas necesitan ser pospuestas para otros días, en vista de que el tiempo se hace muy limitado.

Esto muestra la importancia de que las necesidades de cuidado sean cubiertas por medio de una **política pública**, a través de la cual el Estado provea de **remuneración** a las mujeres cuidadoras de personas con discapacidad, o bien sea prestado, por vía del sistema público de salud, los requerimientos de **apoyo técnico, terapias o suministro de tratamientos a domicilio**, pudiendo aliviar esto las cargas de cuidado que pesan sobre las mujeres.

En igual sentido, además de los esfuerzos que debe hacer el Estado para edificar una política de reconocimiento y remuneración de las labores de cuidado cuya carga recae principalmente sobre las mujeres, y para construir un sistema de salud inclusivo y que promueva políticas de apoyo a personas con discapacidad que disminuyan los tiempos de cuidado; también es necesario promover una sociedad más justa en cuanto a la justa distribución de las cargas de cuidado en el ámbito privado, a través del fomento de nuevas masculinidades cooperativas e integradas en el quehacer cotidiano y apoyo a personas con discapacidad.

En cuanto a los impactos en las labores de cuidado en el contexto del COVID-19:

- **La mitad de las mujeres** entrevistadas asume que la cuarentena por COVID-19 **ha aumentado** las cargas de cuidado a la que están sometidas, en tanto las medidas de restricción de la movilidad contribuyen a que permanezcan más tiempo en casa y/o deban adquirir otras demandas no remuneradas en el hogar que se solapan con el desempleo consecuente a la cuarentena.

Otro tema que identificamos son los tipos de violencia detectados como basada en el género, tales como la agresión física (reconocida por el **97,7%** de las mujeres con discapacidad), y el menos reconocido es la manifestación de palabras o propuestas de índole sexual sin consentimiento (sólo reconocida por el **79,5%** de las mujeres con discapacidad). Al respecto, nuestra investigación mostró lo siguiente:

- **7,8%** de las mujeres con discapacidad entrevistadas, en promedio, **han vivido algún tipo de violencia basada en género**.

- **56,8%** prefiere **no reconocer** haber sido víctima alguna vez de violencia basada en género, lo que muestra el posible **temor o renuencia** a hablar de este tema tan sensible para las mujeres.

- **47,6%** de las mujeres han vivido algún tipo de **impedimento de expresión o movilidad** por parte de algún miembro masculino de su familia o allegados.

- **29,5%** de las mujeres con discapacidad han vivido **agresiones verbales**.
- **27,2%** de las mujeres han debido enfrentar alguno de los tipos de **violencia sexual**, desde la **propuesta sexual sin consentimiento**, hasta **tocamientos con penetración** y la exigencia de realización de **actos sexuales o lascivos** perpetrados por la propia pareja o algún miembro masculino de la familia o comunidad cercana.
- **20,5%** han vivido situaciones de **violencia o degradación psicológica**.
- **15,9%** algún tipo de **agresiones físicas**.

Lo anterior muestra igualmente que es urgente la atención del Estado, para promover políticas de protección del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, pero esta vez, con un enfoque que incluya a las mujeres con discapacidad, quienes poseen una doble vulnerabilidad ante este tipo de situaciones.

C. **Salud sexual y reproductiva**

Sabemos que ser mujer es un reto en el contexto de la EHC, pero tener una discapacidad hace que las barreras para acceder a derechos fundamentales como el nivel de vida adecuado, a la salud o a la educación e información, sean más amplias. Es así como resulta necesario conocer la vida cotidiana de las mujeres con discapacidad en relación con los derechos sexuales y reproductivos en Venezuela, lo que incluiría el acceso de las mujeres con discapacidad a servicios de salud sexual y reproductiva, salud de las mamas, a métodos anticonceptivos y al manejo de información científica sobre el tema.

Sin embargo, en nuestro país, el contexto de Emergencia Humanitaria Compleja que se vive impide el alcance de estos derechos, en tanto que, por ejemplo, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos alcanza un 75% de la población, según datos de la ENCOVI (2021), lo que implica que buena parte de la población está expuesta a embarazos no deseados o a contraer infecciones de transmisión sexual. Esto colinda con un 12,2% de prevalencia de embarazo adolescente. Ahora bien, en cuanto al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, salud de las mamas y planificación familiar, se sabe que la Emergencia Humanitaria Compleja y el contexto de pandemia por COVID-19 ha reducido la disponibilidad de estos servicios; por una parte encontramos la ausencia de inversión del Estado, los problemas de infraestructura y servicios básicos en los centros de salud y la migración o renuncia de buena parte del personal de salud debido a los bajos salarios en el sistema público; y por otra, observamos que la atención a la COVID-19 condujo a la necesidad de desasistir servicios de salud para las mujeres, tras la obligatoriedad de concentrar los esfuerzos en la atención de la pandemia. Todo ello ha conducido a múltiples dificultades vividas por las mujeres para acceder a la salud pública, en todos los ámbitos, y la migración progresiva al sistema privado; pero, sabemos también que la mayoría de las mujeres no puede acceder, en su totalidad, a estos servicios privados de salud. Frente a esto, la ausencia de datos oficiales que den cuenta de la situación está a la luz del día, obligando a las organizaciones de la sociedad civil y derechos humanos a recabar datos necesarios para conocer los problemas en el acceso a salud de las mujeres.

Al respecto, las organizaciones que presentamos este informe también realizamos un estudio independiente en el último trimestre de 2021 que consistió en una investigación de corte cuantitativo que incluyó una Encuesta realizada a 175 mujeres con discapacidades

intelectual (35), motora (46), psicosocial (23) y sensorial (71), distribuidas en 9 Entidades federales del país (Bolívar, Carabobo, Distrito Capital, La Guaira, Lara, Miranda, Táchira, Yaracuy y Zulia). La muestra abarcó mujeres en edad reproductiva (99 mujeres con discapacidad de 18-45 años) y fuera de la edad reproductiva (76 mujeres con discapacidad de más de 46 años). El objetivo principal de la Encuesta incluyó la indagación sobre condiciones y barreras principales que caracterizan la vida de las mujeres con discapacidad en el acceso a salud sexual y reproductiva, salud de las mamas, a métodos anticonceptivos y al manejo de información que incluya orientación médica sobre el tema. Veamos ahora en detalle los principales hallazgos de la investigación.

Así las cosas, es posible concluir que las **dificultades económicas** es la principal causa **(54,3%)** que **impide a las mujeres con discapacidad acceder a servicios de salud ginecológica y a la realización de estudios o exámenes de mamas**, dejando por fuera de los servicios de ginecología a **1 de cada 10 mujeres con discapacidad**, y de los servicios de estudios o exámenes de las mamas a **6 de cada 10 mujeres con discapacidad**. Esto implica no sólo un riesgo de salud directo por no poder acceder a estos servicios ante una dolencia sobrevenida, sino también de forma indirecta, al no poder sostener procedimientos de salud preventiva, que vendrían a resguardar a las mujeres con discapacidad de enfermedades como el cáncer de mama o de cuello uterino, ubicados como las principales causas de muerte de las mujeres en Venezuela (OMS, 2020). Adicionalmente, frente al panorama de dificultades económicas que describen las propias mujeres con discapacidad, **7 de cada 10** indican que **deben acudir a servicios de salud privada para poder tratar su salud ginecológica y para la realización de estudios o exámenes de mamas**, lo que viene a corroborar el declive de los centros de salud pública a consecuencia de los aspectos narrados previamente y la exclusión de las más vulnerables de la posibilidad de acceder a la salud, aunado a amplios esfuerzos económicos entre las que logran acceder a estos servicios privados.

En este mismo orden, la OMS (2020) establece como estándar mínimo de frecuencia de asistencia a salud ginecológica y mastológica alrededor de 1 año, lo que permitiría mantener el acceso a procedimientos de salud preventiva y evitar dolencias sobrevenidas, sin embargo, el **43,7%** de las mujeres con discapacidad entrevistadas comentan que **asisten a servicios de salud ginecológica cada 3 años o más**, y lo mismo sucede en el **69,9%** de las mujeres con discapacidad para el caso de **estudios o exámenes de mamas**. Esto rompe directamente con el estándar de regularidad de acceso a la salud nombrado, y aumenta los riesgos de salud de las mujeres; además que corresponde con una violación de los derechos humanos por parte del Estado venezolano, al no permitir el acceso regular y preventivo a la salud por parte de las mujeres con discapacidad. Recordemos que estos derechos están consagrados, no solamente en los protocolos internacionales de salud sexual y reproductiva, avalados por Venezuela, sino también en la CDPD (2006), en la CRBV (1999) y las demás normas y reglamentos jurídicos que organizan el sistema de protección a la salud sexual y reproductiva en el país.

Con respecto al acceso a métodos anticonceptivos, se pudo determinar que **3 de cada 10** mujeres con discapacidad **no utilizan métodos anticonceptivos** y **5 de cada 10** indicaron que **no saben qué responder a la pregunta relativa al uso actual de métodos anticonceptivos con lo cual prefieren no contestarla**, lo que da cuenta de la demanda de

anticoncepción de estas mujeres y la desinformación que poseen sobre el tema. Además de ello, **67,3%** de las mujeres con discapacidad indican que **tienen 3 años o más sin emplear métodos anticonceptivos**. Ahora bien, desde el análisis que comúnmente se realiza sobre temas de salud sexual y reproductiva, pudiera asomarse que esta situación implica una alta demanda de anticoncepción de las mujeres y un riesgo elevado ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, sin embargo, esto colinda con el hecho de que **7 de cada 10** mujeres con discapacidad asumen que **no emplean métodos anticonceptivos por no poseer parejas sexuales en la actualidad**, a pesar de que 56,6% de las mujeres con discapacidad entrevistadas se encuentran en edad reproductiva. Esto retrotrae a aquella idea estereotipada, que incluso pudiera estar interiorizada, de que las personas con discapacidad, y en este caso mujeres, o bien son asexuales, o bien, suelen tener una vida sexual inactiva, enajenando con ello el derecho de estas al libre desenvolvimiento de su personalidad y los derechos sexuales y reproductivos. Tal situación se relaciona entonces con los niveles de rechazo ante la respuesta a esta pregunta, principalmente, entre las mujeres con discapacidad sensorial (36,7%) y con la desinformación sobre el tema (10,9% de las mujeres creen no necesitar métodos anticonceptivos, a pesar de los riesgos que implica no usarlos para la planificación familiar y la protección ante infecciones de transmisión sexual).

Aunado a ello, hay que señalar que las necesidades de anticoncepción están siendo cubiertas, en su mayoría, por la propia mujer con discapacidad, lo que excluye de este derecho a la planificación familiar y protección ante infecciones de transmisión sexual a aquellas que presenten dificultades económicas para su adquisición regular, colocándolas en riesgo de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados. Esto sobre la base de que el **86,7%** de las mujeres entrevistadas declararon que suelen **comprar o adquirir de forma propia los métodos anticonceptivos** que emplean regularmente.

Frente a un bajo porcentaje de **necesidades anticonceptivas insatisfechas (13,7%)** y un 69,7% de mujeres que no saben cómo responder ante la interrogante de sus necesidades anticonceptivas, por lo que prefieren no contestarla, encontramos un bajo porcentaje de deseos de fertilidad, en tanto que **37,7%** de las mujeres entrevistadas indican que **no desean actualmente tener hijos/as, no habiéndolos tenido**, y **50,6%** de las mujeres con discapacidad indican que **no desean tener más hijos/as actualmente, habiéndolos tenido ya**. Esto hace evidente, la conexión directa entre las bajas necesidades de anticoncepción, el alto deseo de no tener hijos/as y la no tenencia de pareja sexual por parte de las mujeres con discapacidad. Pero también coloca en evidencia la falta de acceso a los derechos sexuales y reproductivos, a la planificación familiar y a la información, en el contexto de Emergencia Humanitaria Compleja, en tanto que, las mujeres con discapacidad están dejando de satisfacer sus deseos y necesidades sexuales y reproductivas, debido a las dificultades económicas actuales, a la desinformación y a la imposibilidad de mantener parejas sexuales de forma activa. Con ello, el Estado estaría violando los derechos consagrados en los textos internacionales relativos a la salud sexual y reproductiva y en la CRBV (1999) en su artículo 76, que implica, como se ha dicho, la protección de las mujeres y hombres en el seno de la familia.

Cabe añadir que, entre las mujeres entrevistadas que han estado o están embarazadas, un **8,1%** **no pudieron asistir de forma regular al control prenatal durante el embarazo**, y

de este grupo, **44,2% no pudieron hacerlo por razones económicas**, en función de impedimentos para costear consultas y tratamientos médicos relativos. Además, del grupo que sí asistió, **1 de cada 10** mujeres con discapacidad tuvieron que hacerlo en **centros de salud privada** para poder acceder a los controles prenatales regulares. Incluso, **más de la mitad (52,6%)** de las mujeres con discapacidad **no conocían o conocen el Plan Parto Humanizado**, a pesar de ser la principal política pública en materia de salud reproductiva emanada del Estado venezolano. Incluso, **apenas un 13,7% reconocen al Plan como una política pública vigente**, e indicaron que la información que manejan es que se trata de un plan de apoyo económico y en atención en salud que ha empleado el Gobierno nacional, otras reconocen que se trata de orientación relativa al empoderamiento de las mujeres sobre el embarazo y proceso de parto, aunque otro tanto indica que lo conocen, pero no poseen suficiente información sobre el tema o que no ha llegado a su comunidad. Adicionalmente, un **12%** informó que **nunca había participado en alguna actividad del Plan Parto Humanizado**, y **83,6% no sabían cómo responder a esta pregunta, con lo cual prefirieron no responderla**.

En tal sentido, puede concluirse que la principal barrera encontrada que impide que las mujeres con discapacidad puedan acceder a una óptima salud sexual, reproductiva y de las mamas es la no existencia de información accesible y ajustada para personas con discapacidad, en tanto que **54,8%** de las mujeres con discapacidad entrevistadas **no reciben información científica o de fuentes confiables sobre salud sexual y reproductiva, salud de las mamas y métodos anticonceptivos**, y **3 de cada 10** mujeres con discapacidad **no reciben información accesible según su tipo de discapacidad sobre salud sexual y reproductiva, salud de las mamas y métodos anticonceptivos**. La imposibilidad de acceder a información sobre estos temas no sólo genera una barrera que aleja a las mujeres del libre desenvolvimiento en la vida pública sino también coloca a estas mujeres con discapacidad en riesgo indirecto de salud y al borde de necesidades insatisfechas de anticoncepción, tras no auto crear la necesidad de buscar orientación médica por creerlo no necesario para la prevención de dolencias sobrevenidas. Esto se expresa, de forma detallada, en el hecho de que **70%** de las mujeres **con discapacidad sensorial indicaron ausencia de accesibilidad comunicacional al momento de obtener información sobre salud sexual y reproductiva, salud de las mamas y métodos anticonceptivos**, y un **48,8%** de las mujeres con **discapacidad intelectual no han recibido ningún tipo de información sobre los temas descritos**. Esto demuestra la necesidad que poseen las mujeres con discapacidades sensoriales de la producción de información en formatos inclusivos (con Intérpretes de Lengua de Señas venezolana, subtítulos, Braille, letra grande, entre otros), y en contenidos ajustados para diversos tipos de discapacidades intelectuales, recordando que estas mujeres también tienen derecho a acceder a información sobre salud y a ejercer el libre desenvolvimiento de sus deseos sexuales y reproductivos, siguiendo lo establecido en la CDPD (2006), en sus artículos 9, 11, 21, 25, 28. Cabe añadir, por demás, que la principal fuente de información sobre salud sexual y reproductiva, salud de las mamas y métodos anticonceptivos, declarada por la mayoría de las mujeres con discapacidad (37,1%), resulta ser el círculo de familiares y amigas/os, lo que puede traer como consecuencia un alto manejo de información no científica y cargada de contenidos estereotipados o prejuiciosos.

Otro aspecto que viene a corroborar, por una parte, las barreras en el acceso a la información para el caso de las mujeres con discapacidad, y el declive del sistema de salud venezolano, por otra, es el desconocimiento que manejan las mujeres en torno a la existencia de servicios de salud ginecológica y mamaria en la ciudad o municipio de su residencia. Y es que, **3 de cada 10** mujeres con discapacidad **desconoce la existencia de servicios de ginecología** en su ciudad o municipio, y **5 de cada 10** de las mujeres con discapacidad **no conocen de la existencia de servicios de salud de las mamas** en su ciudad o municipio, aumentando esto los riesgos de salud de estas mujeres, quienes no lograrían saber a dónde acudir ante una dolencia sobrevenida. Además de ello, buena parte de las mujeres con discapacidad **no asisten a servicios de ginecología y de realización de estudios o exámenes de las mamas, porque no lo creen necesario (41,7% y 28%, respectivamente)**, incluso, recordemos que **69,7%** concluyó que **no sabe cómo responder a la pregunta de si necesitan anticonceptivos, por lo que prefirió no contestarla**.

Además, un porcentaje no desdeñable de mujeres con discapacidad refirieron como una **causa que les impide acceder a servicios de salud ginecológica, de estudios o exámenes de las mamas y de control prenatal**, a un conjunto de **barreras comunicacionales para interactuar de forma libre con el personal de salud (11,3% y 13%, respectivamente)**, lo que viene a corroborar la necesidad de incorporar ajustes razonables para diversos tipos de discapacidad (especialmente, discapacidades sensoriales) en los centros de salud, para que estas mujeres puedan comunicarse de manera efectiva con el personal que las atiende y poder tomar decisiones conscientes sobre su propia salud. Si estos ajustes no están disponibles, la brecha comunicativa se hace cada vez mayor y las mujeres con discapacidad ven impedidos el libre derecho a la salud y la información accesible, consagrados en la CDPD (2006), además del empoderamiento en las decisiones reproductivas y sexuales asociadas al libre desenvolvimiento de su personalidad.

Es que incluso, **2 de cada 10** mujeres con discapacidad que sí acceden a servicios de consulta ginecológica, estudios o exámenes de mamas y controles prenatales, **refieren algún tipo de desinformación sobre los procedimientos de rutina médica, los exámenes a realizar, sus resultados y riesgos**, aumentando esto las barreras para alcanzar un nivel óptimo de salud e información. De hecho, algunas mujeres con discapacidad relatan que **no han recibido un trato digno y respetuoso por parte del personal de salud en estos servicios**. La tendencia general es que el trato no digno o respetuoso tenga relación con las barreras actitudinales o estereotipos que existen hacia las personas con discapacidad.

Otra de las **barreras** referidas por las mujeres con discapacidad **para acceder a servicios de salud ginecológica y de realización de estudios o exámenes de las mamas** es la **accesibilidad física (19,8% y 18,6%, respectivamente)**. Esto se expresa en la ausencia de ajustes razonables para personas con discapacidad en el transporte público, en los espacios físicos y en las instalaciones de salud, así como en el traslado a través de largas distancias. Esto demuestra cómo la ausencia de rampas de acceso, ascensores en funcionamiento, entre otros ajustes, impiden directamente el necesario acceso a la salud de las mujeres con discapacidad, principalmente cuando esta es de tipo motora. Puede que estas mujeres, ante una dolencia sobrevenida, se trasladen a centros de salud a pesar de las dificultades de

movilidad impuestas por el medio y por la ausencia de políticas estatales en la materia, pero ante consultas preventivas, las mujeres preferirán no asistir para evitar estas barreras, colocándolas en riesgo de salud y violando sus derechos consagrados en la CDPD (2006) e incluso los derechos sexuales y reproductivos internacionales.

Por último, cabe agregar que **16,7%** de las mujeres con discapacidad explican que **no asisten a servicios de salud ginecológica** debido a que **las personas de su familia que le apoyan en los cuidados diarios requeridos no lo han considerado necesario**, colocándolas en una situación de coerción que interrumpe el derecho al libre desenvolvimiento de la personalidad y el acceso a la salud, tras impedir sus voluntades sexuales y reproductivas. Esto demuestra, aún más, las barreras que enfrentan las mujeres con discapacidad para acceder a la salud en un país en contexto de Emergencia Humanitaria Compleja y pandemia por COVID-19. Concluimos entonces que, no sólo se trata de factores económicos y sociales del contexto, sino también de barreras culturales, del medio físico y de información, que colocan a las mujeres con discapacidad a un margen mayor que el resto de sus iguales, para poder desarrollar su vida sexual y reproductiva de forma plena, colocándolas en un mayor riesgo de salud. Por ende, finalizamos este resumen ejecutivo con las siguientes recomendaciones al Estado venezolano, a la comunidad internacional y demás organizaciones de derechos humanos, de personas con discapacidad y de la sociedad civil toda:

Por otra parte, cabe destacar que el sistema de salud carece de ajustes razonables suficientes para que puedan acceder sin restricciones a los servicios de salud sexual y reproductiva. Más aun, no se tiene conocimiento sobre mecanismos del estado para acompañar la libre elección de tener hijos en el caso de las personas con discapacidad principalmente con discapacidad intelectual. No hay legislación que contemple este aspecto ni tampoco Instituciones como los Distritos Sanitarios que den trato preferencial a esta población.

En consecuencia, es común entre padres y familiares de personas con discapacidad intelectual la preocupación por embarazos no controlados y la crianza de los niños gestados, sin contar con sistemas de apoyo por parte del Estado; quedando en manos de la familia el control y la decisión en esta materia sin tener la formación y la información adecuada para ello; tampoco se registran programas de apoyo para que la familia se empodere de la situación de su familiar con discapacidad y mediante herramientas adecuadas le den la oportunidad de tomar sus propias decisiones, desarrollarse según sus características y habilidades para lograr una vida plena y autónoma, haciendo cada vez más vulnerable la situación de la mujer con discapacidad.

3. Preguntas propuestas al grupo de trabajo

Considerando la situación que hemos abordado en este informe, respetuosamente nos permitimos proponer al Grupo de Trabajo las siguientes preguntas para considerar en la elaboración de la lista de cuestiones en el proceso de Venezuela:

Educación

- 1) ¿Existe una política unificada nacional en materia de educación sexual integral? ¿Cómo fue implementada la educación sexual integral en modo virtual durante los dos años en que no hubo educación presencial en el país por la pandemia por COVID-19? ¿Cómo se articula con los distintos mecanismos e iniciativas informadas por el Estado desde la última revisión de país? ¿Cuál es el presupuesto asignado para su ejecución?
- 2) ¿Qué medidas se adoptaron para garantizar la participación amplia en la consulta adelantada por la Comisión Nacional por la Calidad Educativa (CNCE)? ¿Qué medidas se han adoptado para garantizar el acceso a los resultados de dicha consulta y difusión?
- 3) ¿Qué medidas específicamente adoptó la Asamblea Nacional Constituyente en materia de educación sexual integral? Proporcionar información sobre su contenido, implementación, monitoreo y asignación de presupuesto. ¿Cómo se articulan con la CNCE y el eje estratégico de educación de la Mesa Técnica Intersectorial de prevención del embarazo adolescente?
- 4) Presentar datos actualizados y desglosados por año (al menos desde el año 2014 a 2022) y por sexo, sobre las tasas de deserción escolar en todos los niveles de enseñanza escolar, en particular en las zonas rurales, así como información sobre las causas asociadas a dicha problemática y las medidas adoptadas para hacer frente a ésta, especialmente cuando se produce como resultado del embarazo.

Salud

- 1) Presentar cifras actualizadas y desagregadas según corresponda (sexo, año, edad) en relación con las tasas de mortalidad materna y sus causas incluyendo por abortos inseguros, embarazo adolescente y acceso a anticoncepción gratuita.
- 2) Presentar información detallada sobre los resultados e impacto de la implementación del Plan Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos 2014-2019
- 3) Presentar información actualizada sobre los resultados de las estrategias para la reducción de la mortalidad materna implementadas en 2015, 2016, 2017 y 2018 según lo reportado por el Estado.
- 4) ¿Qué medidas está adoptando el Estado para elaborar una política nacional en materia de derechos sexuales y reproductivos considerando las problemáticas identificadas en este ámbito? ¿Cómo se está garantizando en el proceso la participación amplia y diversa de distintos sectores de la sociedad?
- 5) ¿Qué medidas viene adoptando el Estado para priorizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia y desde su inicio?
- 6) ¿Qué medidas adopta el Estado para garantizar la difusión completa de la información epidemiológica con base en los sistemas de monitoreo y vigilancia reportados? ¿Por qué se ha dejado de emitir el Boletín Epidemiológico?
- 7) ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para atender situaciones de riesgo derivadas de la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva como en el caso de la Maternidad Concepción Palacios? ¿Qué respuesta ha dado el Estado a las medidas de protección emitidas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos?
- 8) Presentar información actualizada y desagregada según corresponde sobre la implementación del Plan de Parto Humanizado y lo relativo a asignación de presupuesto, mecanismos de monitoreo, transparencia y contraloría ciudadana.
- 9) ¿Cómo se articulan los programas sociales como el “Carnet de la Patria” para el acceso a la prestación de servicios en salud sexual y reproductiva? ¿Qué medidas ha adoptado el Estado

para atender las preocupaciones señaladas por la Alta Comisionada en cuanto a supuestos actos de discriminación por razones políticas y de control social?

10) ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para garantizar la adecuada gestión menstrual de las mujeres? Presentar cifras actualizadas sobre el acceso a productos sanitarios para la gestión de la menstruación. ¿Cuál es la política pública relacionada con la gestión de la salud menstrual y cómo se articula con otras medidas del ámbito de salud sexual y reproductiva? Identificar también medidas específicas para garantizar el acceso en las instituciones educativas, en el ámbito laboral y a las mujeres privadas de libertad.

11) Presentar información actualizada y desagregada según corresponda sobre el Plan Quirúrgico Nacional, específicamente sobre las jornadas de esterilización. ¿Cómo se justifica en esta política pública la realización de este tipo de cirugías de manera masiva a las mujeres en edad reproductiva?

12) Presentar información actualizada sobre la implementación de las estrategias informadas por el Estado en relación con el embarazo adolescente. ¿Qué medidas está adoptando el Estado para atender situaciones específicas como las del Arco Minero y la violencia sexual que afecta principalmente a niñas y mujeres jóvenes?

13) ¿Cuál es la política o medida actual para garantizar el acceso a anticoncepción de emergencia? Presentar datos actualizados.

14) ¿Cuál es el protocolo para la atención posaborto? Presentar datos actualizados sobre su implementación

15) Indicar qué medidas se han adoptado para incluir dentro de las propuestas de reformas al Código Penal o a la Ley Orgánica de Salud lo relativo a la flexibilización de la normativa sobre aborto en seguimiento a lo informado por el Estado en el año 2017. ¿Cuál es el plan o la estrategia del Estado para dar cumplimiento con esta recomendación específica?

16) ¿Cuál es la política nacional para garantizar el trabajo de defensores y defensoras de derechos humanos en el país y su enfoque en relación con las mujeres defensoras y de derechos sexuales y reproductivos?

17) ¿Qué medidas ha adoptado el Estado para garantizar el trabajo de las defensoras de derechos sexuales y reproductivos en condiciones de igualdad, seguridad y no discriminación?

4. Referencias

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013) Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva. Caracas, Venezuela. En: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NormaOficial%20SSR%202013_1.pdf

Organización Mundial de la Salud (2019) Salud sexual. En: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/

Organización Mundial de la Salud (2018) La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra, Suiza. En: <https://www.who.int/reproductivehealth/es/&ved=2ahUKewj1wsrwwf7kAhX4DGMBHeNHDokQFjACefQIB>

Organización de las Naciones Unidas (2006) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Universidad Católica Andrés Bello (2021) Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2021. En: https://assets.website-files.com/5d14c6a5c4ad42a4e794d0f7/6153ad6fb92e4428cada4fb7_Presen-tacion%20ENCOVI%202021%20V1.pdf

AVESA (2020) El tiempo que dedican las mujeres al cuidado familiar y su impacto en la pobreza de los hogares. En: <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2020/08/economiadelcuidado.pdf>

ONUMUJERES/CEPAL (2020) Cuidados en América Latina y El Caribe en tiempos de COVID-Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. En: https://www.cepal.org/sites/default/files/document/files/cuidados_covid_esp.pdf

ONUMUJERES (2021) La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento. En: https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19?gclid=Cj0KCOjwsLWDBhCmARIsAPSL3_1COpivsUP7c1lyNF5eX6_84rRiWvCSnG9taag-GNrCt7HToG9N4M8aAtGoEALw_wcB

Confederación de Sordos de Venezuela y Centro de Estudios para la Discapacidad – Universidad Monteávila. Informe de resultados de Mesas Técnicas en materia de discapacidad en Venezuela. Junio, 2019. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1cJdqy-Q4eYGVYvjwrl3duIADoR_rRb0W/view?usp=sharing

Confederación de Sordos de Venezuela y Fundación Vanessa Peretti (2021). Mujeres y Discapacidad: Uso del tiempo en las labores de cuidado y violencia basada en género. Disponible en: <https://docs.google.com/document/d/1apO1FkG6xjvmvqkERTIzfNwibvYqe2Mx/edit>

Ley sobre el Derecho de mujeres a una vida Libre y sin Violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Caracas, Lunes 23 de Abril de 2007 N° 38.668. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>

Ley para Personas con Discapacidad. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. N° 38.598 del 05 de enero de 2007. Disponible en: <http://www.juris-line.com.ve/data/docs/149.pdf>

Proyecto de Ley Orgánica para la Protección de las Personas con Discapacidad

Confederación de Sordos de Venezuela y Centro de Estudios para la Discapacidad – Universidad Monteávila. Informe de resultados de Mesas Técnicas en materia de discapacidad en Venezuela. Junio, 2019. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1cJdqy-Q4eYGVYvjwrl3duIADoR_rRb0W/view?usp=sharing

Observatorio Digital de Femicidios del Centro de Justicia y Paz (CEPAZ). Disponible en: <https://cepaz.org/noticias/cepaz-lanza-observatorio-digital-de-femicidios/>

