

2021

ACOMPañARNOS

Desde la escucha

Hacia la acción

Por un aborto seguro y acompañado

Informe de atención
de la Línea Aborto:
Información Segura

ESTA ES UNA INVESTIGACIÓN MILITANTE A CARGO DE FEMINISTAS EN ACCIÓN LIBRE Y DIRECTA POR LA AUTONOMÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA (FALDAS-R) Y SU EQUIPO DE SISTEMATIZACIÓN E INVESTIGACIÓN.

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

Abyayala Esperanza Lanz Cumare
María Soledad Liparelli

EQUIPO DE CÁLCULO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Juan Villegas
Danmarys Hernández
Carolina Santiago

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Abyayala Esperanza Lanz Cumare
Manuela Fernández

EQUIPO DE REDACCIÓN

Abyayala Esperanza Lanz Cumare
Manuela Fernández

EQUIPO DE REGISTRO:

Danmarys Hernández
María Alejandra Reyes
María Soledad Liparelli
Ana Maneiro
Mariana Maneiro
María Alejandra Martín
Yuliana Mora
María Laura Salcedo
Steffany Alejandra Delgado Perdomo
Abyayala Esperanza Lanz Cumare
Carolina Santiago
Clay Alvino Thomas

EDICIÓN Y CORRECCIÓN:

María Soledad Liparelli

CONCEPTUALIZACIÓN, DISEÑO GRÁFICO Y DIAGRAMACIÓN:

Steffany Alejandra Delgado Perdomo
Clay Alvino Thomas



- ÍNDICE -

05

NOTA EDITORIAL

09

RESUMEN EJECUTIVO

12

**BREVE CONTEXTO SOBRE EL ABORTO
DESDE EL 2021 HASTA LA ACTUALIDAD**

13

MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

14 RECORRIENDO EL CAMINO DESDE EL DERECHO A LA
INFORMACIÓN HACIA EL ACOMPAÑAMIENTO

17 LA ESCUCHA COMO PRAXIS FEMINISTA

19 ¿QUÉ SIGNIFICA TRANSITAR EL CAMINO HACIA EL
ACOMPAÑAMIENTO?

22 EL CONTEXTO PANDÉMICO

24 RUTA METODOLÓGICA

25

RESULTADOS

26 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PANDEMIA

26 QUIÉNES SON Y DÓNDE ESTÁN

30 LA MATERNIDAD EN QUIENES ABORTAN

31 SALUD SEXUAL Y PLANIFICACIÓN

34 LA EXPERIENCIA DE ABORTAR

39

CONCLUSIONES

39

RECOMENDACIONES

41

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- ÍNDICE DE GRÁFICOS -

26

GRÁFICO I. Procedencia de llamadas en los casos registrados. Venezuela. 2021.

27

GRÁFICO 2. Fuente de información sobre la Línea Aborto: Información Segura en los casos registrados. Venezuela. 2021.

28

GRÁFICO 3. Edades de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. Venezuela. 2021.

28

GRÁFICO 4. Edad promedio de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. 2021. Venezuela.

29

GRÁFICO 5. Ocupación de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. Venezuela. 2021.

29

GRÁFICO 6. Nivel de instrucción de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. Venezuela. 2021.

29

GRÁFICO 7. Ingresos aproximados mensuales de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados de la segunda llamada. Venezuela. 2021.

30

GRÁFICO 8. Número de hijos de las mujeres y personas gestantes que fueron atendidas en segunda llamada. Venezuela. 2020.

30

GRÁFICO 9. Vínculo entre cantidad de hijos y edades de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados de la segunda llamada. Venezuela. 2021.

31

GRÁFICO 10. Uso de métodos anticonceptivos en la relación que provocó el embarazo. Venezuela. 2021.

31

GRÁFICO II. Uso regular de métodos anticonceptivos en los casos registrados. Venezuela. 2021.

32

GRÁFICO 12. Tipo de anticonceptivos utilizados por parte de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados de la segunda llamada. Venezuela. 2021.

32

GRÁFICO 13. Vínculo entre uso de anticonceptivos y edades de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. Venezuela. 2021.

33

GRÁFICO 14. Vínculo entre tipo de método anticonceptivo y edades de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. Venezuela. 2021.

33

GRÁFICO 15. Vínculo entre motivos para no usar métodos anticonceptivos y edades de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. Venezuela. 2021.

34

GRÁFICO 16. Cantidad de semanas de gestación de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados de la primera llamada. Venezuela. 2021.

34

GRÁFICO 17. Cantidad de semanas de gestación de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados de la segunda llamada. Venezuela. 2021.

35

GRÁFICO 18. Realización previa de un protocolo de aborto en los casos registrados. Venezuela. 2021.

35

GRÁFICO 19. Acompañantes del proceso de aborto de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados de la segunda llamada. Venezuela. 2021.

36

GRÁFICO 20. Experiencias de aborto en la vida de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados de la segunda llamada. Venezuela. 2021.

37

GRÁFICO 21. Razones para abortar de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados de la segunda llamada. Venezuela. 2021.

37

GRÁFICO 22. Opinión sobre la legalidad del aborto. Venezuela. 2021.

NOTA EDITORIAL

Los datos recabados en este informe se levantaron cuando aún estaba presente la pandemia y el confinamiento parcial por el COVID-19. Aunque de cierta manera la situación se encuentra controlada, la realidad es que la emergencia de salud internacional ha causado una profunda conmoción en nuestras economías y sociedades; ha impactado significativamente en la ya desproporcionada carga que las mujeres tienen en las labores de crianza y cuidado del hogar. Así mismo, ha puesto de manifiesto las desigualdades estructurales en todos los ámbitos, ya sean desigualdades económicas, sanitarias, de seguridad o de protección social. En tiempos de crisis, cuando los recursos escasean y la capacidad institucional se ve limitada, las mujeres y las niñas se enfrentan a consecuencias de gran alcance, agravadas por contextos de fragilidad y vulnerabilidad, como las provocadas por el confinamiento social. Los avances logrados con gran esfuerzo en materia de derechos de las mujeres también se encuentran amenazados, más aún en Venezuela con un contexto de profunda crisis económica.

Esta situación sin lugar a dudas impactó en nuestra organización, así como en nuestros procesos de atención de la Línea Aborto: Información Segura (entre otros procesos), lo que nos llevó a una profunda reflexión en torno al acompañamiento de casos de aborto como postura y acción política. En consecuencia, ratificamos que, aunque el trabajo que hacemos implica la escucha activa y ofrecer información oportuna, clara y amparada en evidencias científicas, no se agota allí. Significa también acompañamiento, que se hace presente para nosotres, ya que acompañar significa que cada mujer o persona gestante que contacta a la Línea Aborto: Información Segura pueda tener la certeza de que juntas vamos a construir la ruta para transitar por un proceso de interrupción de embarazo de una manera amorosa, sin culpas, respetando y reconociendo sus propias decisiones. Porque creemos en sus palabras, les escuchamos, no les juzgamos y hacemos lo posible por estar presentes en su proceso. Acompañar implica poner a la disposición de la mujer o persona gestante todas las herramientas, informaciones y recursos que manejamos, para que ella decida qué camino tomar.

NOTA EDITORIAL

Esta perspectiva es el resultado de nuestra fehaciente convicción de que el acceso a un aborto seguro es un derecho humano de las mujeres y personas gestantes. Lo cual implica comprometernos con la atención y el acompañamiento cotidianamente y caso a caso, construir estrategias colectivas para mitigar el estigma relacionado al aborto, así como encontrarnos en la calle y otros espacios con nuestras/es hermanas/es de organizaciones feministas para exigir la despenalización del aborto a través de la derogación de los artículos del Código Penal venezolano que criminalizan esta práctica.

Desde FALDAS-R, junto a otras colectivas y organizaciones, hemos participado en diversas reuniones con la Asamblea Nacional de Venezuela en donde surgió la creación de una propuesta de Proyecto de Ley sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Este Proyecto de Ley busca poner sobre la mesa temas como la salud sexual y reproductiva, la educación sexual integral y acceso a la anticoncepción, así como definir legalmente realidades como la de la interrupción voluntaria del embarazo, las garantías de los derechos de la diversidad sexual, entre otros.

Consideramos que la sanción efectiva del Proyecto de Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos permitirá avanzar en aspectos claves como:

- Que los prestadores de servicios de salud y de justicia respeten los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes.
- El derecho de las mujeres y personas gestantes a decidir sobre sus cuerpos.
- Atención pre y post aborto de calidad.

Por último, queremos agradecer a todas las mujeres y personas gestantes que día a día confían en nuestra organización y en cada compañera que lleva adelante los procesos de atención.

Seguiremos en la lucha hasta que todes podamos decidir libremente sobre nuestros cuerpos y sobre nuestras vidas.

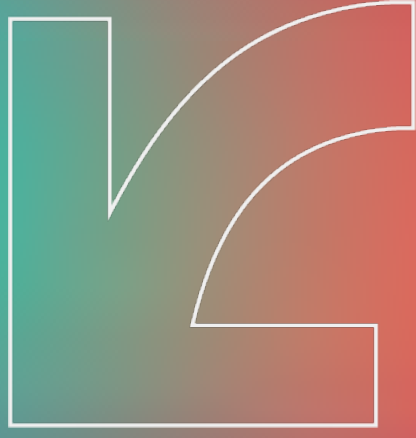
NOTA EDITORIAL

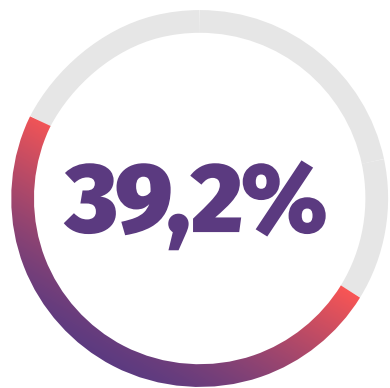
Celebramos y abrazamos la diversidad y apostamos por un feminismo floresta, inclusivo y que se comprometa por la transformación de todas las desigualdades sociales.

**¡JUNTES
SOMOS
INFINITAS!
¡ABORTO
SEGURO Y
ACOMPañADO!
¡SERÁ LEY!**

RESUMEN

EJECUTIVO





**DE LOS CASOS REGISTRADOS,
MANIFESTARON QUE LA PANDEMIA
HABÍA AFECTADO SUS POSIBILIDADES
DE EVITAR QUEDAR EMBARAZADAS.**

LA ESCUCHA COMO PRAXIS FEMINISTA

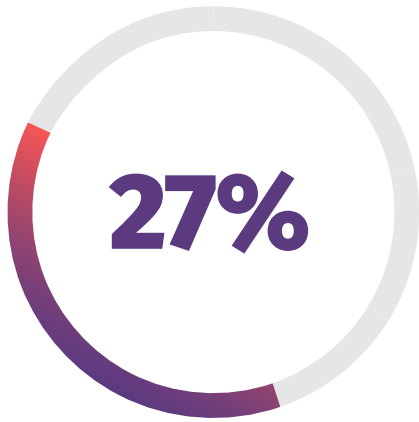
El acceso al aborto es una necesidad colectiva que en el caso venezolano no puede ser resuelta en el marco de la legalidad ni la seguridad, debido al contexto de penalización y estigmatización existente en nuestro país y otros países de Latinoamérica. Como fenómeno social involucra varios aspectos tanto del orden material como del orden ideológico y simbólico.

Es por ello que apostamos al abordaje del acompañamiento desde una perspectiva feminista que reconoce el carácter político de la corporalidad y de la sexualidad. Esto permite visibilizar la experiencia vital de las mujeres y su exclusión del campo de los derechos. El libre acceso a la información sobre el aborto con medicamentos permite a las mujeres y personas gestantes la realización de abortos seguros en casa, sin depender de ningún médico o médica y disminuyendo los riesgos de sufrir revictimización, dificultad de acceso, violencia obstétrica y criminalización.

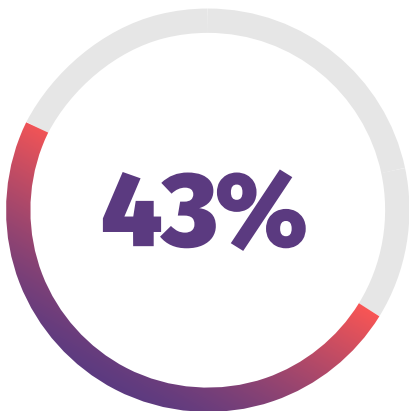
LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PANDEMIA

Sobre la incidencia de la pandemia en la capacidad para evitar un embarazo, aunque la mayoría respondió que no, nos parece importante señalar que en el 39,2% de los casos registrados, las mujeres y personas gestantes manifestaron que efectivamente la pandemia había afectado sus posibilidades de evitar quedar embarazadas.

Un gran porcentaje de casos, mujeres y personas gestantes expresaron haber tenido dificultades para acceder a servicios de medicina primaria (50%) debido a que en los centros de salud se priorizaron a los pacientes por COVID-19, por lo que muchas de las usuarias que nos contactaron tuvieron dificultades en momentos previos al aborto, para confirmar sus embarazos a través de pruebas sanguíneas o ecografías. Un alto porcentaje de las personas encues-



EL 27% DE LOS CASOS REGISTRADOS SEÑALA QUE NO UTILIZA NINGÚN TIPO DE MAC.



SE ENCONTRABAN EN ENTRE LA SEMANA 4 Y 6 DE GESTACIÓN CUANDO LLAMARON SOLICITANDO INFORMACIÓN

tadas (48%) también manifestó haber tenido complicaciones para acceder a métodos anticonceptivos (MAC) durante la pandemia y el confinamiento.

SALUD SEXUAL Y PLANIFICACIÓN

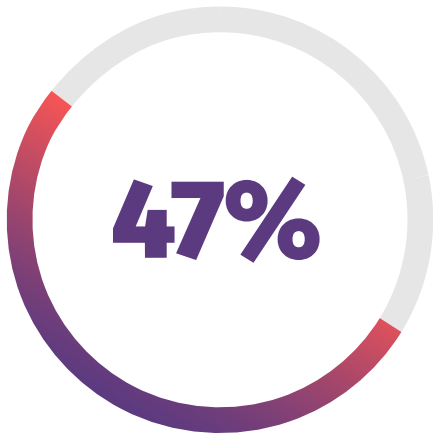
El 27% de los casos registrados señala que no utiliza ningún tipo de MAC. Sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos de barrera y métodos hormonales sigue significando un porcentaje considerable al igual que en años anteriores. Entre los más utilizados se encuentran los métodos hormonales como pastillas anticonceptivas, inyecciones o implantes, 27%; seguidos del condón masculino, 21%; y en menor porcentaje los dispositivos intrauterinos como T de cobre, 16%. Aunque no sean reconocidos como métodos anticonceptivos, un 4% de los casos registrados refirieron utilizar métodos naturales para prevenir el embarazo.

LA EXPERIENCIA DE ABORTAR

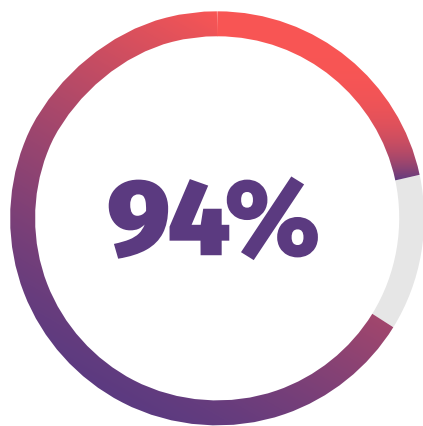
La mayoría de mujeres y personas gestantes atendidas en la primera llamada (solicitud de información) por la Línea Aborto: Información Segura se encontraron entre la 4ta y 6ta semana de gestación, 43%; seguido de un 32% entre la semana 7 y 9 de gestación. Este último es el rango comprendido entre el momento de la relación sexual insegura, la sospecha y confirmación del embarazo, la toma de decisiones y el manejo de opciones para la interrupción voluntaria del embarazo.

Sobre el segundo contacto, cuando ya tienen el medicamento, identificamos que en el 55% de los casos registrados las mujeres y personas gestantes tenían entre 7 y 9 semanas de gestación. Observamos un desplazamiento con respecto a la cantidad de semanas identificadas en la primera llamada, lo que puede indicar el tiempo que transcurre mientras logran obtener el medicamento y todos los recursos necesarios para interrumpir el embarazo.

En la ruta para concretar la interrupción del embarazo de manera segura, **las mujeres y personas gestantes logran finalizar el procedimiento antes**



**TENÍA UNA RED DE APOYO AL
MOMENTO DE INTERRUMPIR SU
EMBARAZO**



**DE LOS CASOS REGISTRADOS,
LAS MUJERES Y PERSONAS
GESTANTES MANIFESTARON
ESTAR A FAVOR DE LA
LEGALIZACIÓN/DESPENALIZACIÓN
DEL ABORTO.**

de la semana 12 de gestación en un 90% de los casos. Podemos señalar la efectividad de las rutas construidas por organizaciones que acompañan a mujeres y personas gestantes que necesitan abortar, así como las estrategias desplegadas por las propias mujeres y personas gestantes para lograr abortar.

SOBRE EL ACOMPAÑAMIENTO

Del conjunto de respuestas registradas se concluye que en la mayoría de los casos donde una mujer y persona gestante decidió interrumpir su embarazo, ocurrió un acompañamiento tanto de la pareja, 31%; como de los familiares, 15%; combinación de ambos o amigos, 47%; destacando así una red de apoyo importante al momento de interrumpir su embarazo

LA MATERNIDAD EN QUIENES ABORTAN

Entre los motivos por los que las mujeres y personas gestantes que nos contactaron decidieron interrumpir sus embarazos, predomina la situación económica, 39%, específicamente en el contexto de crisis que vive nuestro país donde el acceso a recursos económicos es limitado. Seguido de un 38% que nos dice que no lo desea, esto puede significar que la persona no está dispuesta a transformar sus sueños y proyecto de vida por un embarazo no planificado ni deseado.

OPINIÓN SOBRE EL ABORTO

Identificamos que en un 94% de los casos registrados, las mujeres y personas gestantes manifestaron estar a favor de la legalización/despenalización del aborto. Solo un 2% indicó que estaría de acuerdo en algunos casos sin especificar cuáles y un 1% manifestó no estar de acuerdo.

BREVE CONTEXTO SOBRE EL ABORTO DESDE EL 2021 HASTA LA ACTUALIDAD.

El aborto es una práctica común en la vida sexual y reproductiva de la mayoría de mujeres y personas gestantes en todo el mundo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 6 de cada 10 embarazos no deseados se interrumpen voluntariamente y cerca del 45% de estos se llevan a cabo en condiciones completamente inseguras (2021). Estas situaciones están relacionadas en gran medida con legislaciones restrictivas que criminalizan a las personas que deciden interrumpir un embarazo, lo cual trae como consecuencia dificultad para acceder a los medicamentos y servicios de salud, criminalización, estigma, entre otras.

Cada vez son más notables las exigencias de movimientos sociales feministas en los países de América Latina para que se legisle en concordancia con las necesidades de les ciudadanes. Un claro ejemplo de defensa de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, niñas y personas gestantes, es el emblemático caso de Colombia, que hizo historia en términos de legislación al ser el primer país latinoamericano en despenalizar el aborto hasta la semana 24 de gestación, derogando así la legislación anterior que solo permitía el acceso al aborto por causales hasta la semana 12 de gestación. La sentencia C-055 fue aprobada por la Corte Constitucional en febrero de 2022.

Por otro lado, la OMS ha publicado nuevas directrices sobre la atención de abortos, con información actualizada en materia de legislaciones, desarrollo de políticas públicas y agregando una vía para afrontar la clandestinidad asociada a abortos inseguros en países con leyes restrictivas: el aborto autogestionado (2022). Esto evidencia que el aborto quirúrgico o con asistencia médica no es el único método seguro para interrumpir un embarazo. Las mujeres y personas gestantes que buscan interrumpir un embarazo tienen derecho a elegir entre las diversas opciones para hacerlo, así como también tiene derecho al acceso a información certificada y condiciones seguras.

Las nuevas directrices de la OMS también reconocen que la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo puede desarrollarse con mínima supervisión médica, pero sobre todo plantea que personas sin obligatoria capacitación médica pueden ser proveedores de servicios de aborto con medicamentos. Según Ibis Reproductive Health, esto incluiría a “las grupos de acompañamiento feministas para el aborto seguro, que desempeñan un papel fundamental al brindar atención para el aborto seguro en entornos en los que el aborto es ilegal o está muy restringido” (2022). Este planteamiento es fundamental en el desarrollo de un acompañamiento centrado en la mujer o persona gestante que decide interrumpir un embarazo. Más allá de garantizar el acceso a un aborto seguro y acompañado en contextos con leyes restrictivas, las redes de acompañamiento inciden en la disminución del estigma, de la criminalización y de la clandestinidad asociada a este proceso.

MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO



RECORRIENDO EL CAMINO DESDE EL DERECHO A LA INFORMACIÓN HACIA EL ACOMPAÑAMIENTO

La Línea Aborto: Información Segura surge en mayo de 2011. Nuestro principal objetivo en ese momento era garantizar un derecho fundamental: el derecho a la información, para que las mujeres y personas gestantes pudieran tomar decisiones sobre sus cuerpos y sus vidas.

Como ya hemos mencionado, el aborto está penalizado en nuestro país, sin embargo, en nuestro marco regulatorio se encuentran una serie de derechos en los cuales nos hemos amparado para llevar a cabo nuestra labor a lo largo de estos años. Entre estos, podemos señalar el artículo 76 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece el derecho a “decidir libre y responsablemente el número de hijos o hijas que [las personas] deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho”; por otro lado, según lo establecido en el artículo 50 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente:

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados e informadas y educados o educadas, de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos. (...) Los y las adolescentes mayores de catorce años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismos y a recibir estos servicios.

“EN NUESTRO MARCO REGULATORIO SE ENCUENTRAN UNA SERIE DE DERECHOS EN LOS CUALES NOS HEMOS AMPARADO PARA LLEVAR A CABO NUESTRA LABOR A LO LARGO DE ESTOS AÑOS.”

Por consiguiente, tanto nuestra carta magna, como otros instrumentos legales¹ garantizan el derecho a recibir información oportuna, clara y amparada en evidencias científicas.

Para garantizar que la información que brindamos cumpla con estas características, desarrollamos y actualizamos los protocolos certificados por la OMS para la interrupción voluntaria del embarazo con medicamentos. Este proceso de construcción fue enriquecido gracias al permanente diálogo que tenemos con otras organizaciones feministas aliadas que realizan acompañamiento.

¹ Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013); 1er Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres (MINMujer - INAMUJER, 2014).

De esta manera, la dinámica de nuestra colectiva giraba en torno a dos elementos

centrales, por un lado, la escucha a quienes solicitan nuestro servicio y por el otro, garantizar que la información sobre la interrupción voluntaria del embarazo llegue de la manera más clara y expedita posible.

El proceso de atención telefónica que brindamos suministra la información por fases, para que las mujeres y personas gestantes puedan realizar un aborto autogestionado con misoprostol o la combinación de misoprostol con mifepristona, en las dosis adecuadas. En primer lugar, se identifican posibles riesgos vinculados a contraindicaciones, luego de este descarte se indica la manera correcta de realizar el procedimiento, se explican los síntomas normales y por último se alerta sobre determinados síntomas que no son normales y podrían indicar algún tipo de complicación durante el proceso. Si esto es llevado a cabo de forma adecuada y en la dosis recomendada, funciona entre la semana 7 y 12 de gestación, en 9 de cada 10 usuarias.

La OMS reconoce los medicamentos misoprostol y mifepristona como parte de los medicamentos esenciales, seguros y eficaces para la interrupción voluntaria del embarazo. La lista de medicamentos esenciales debe ser incluida en los sistemas de salud pública de todos los países, garantizando su calidad, disponibilidad y acceso. El uso y acceso del misoprostol y mifepristona para la interrupción voluntaria del embarazo incide de manera importante en la reducción de las tasas de mortalidad materna y las complicaciones por abortos inseguros en distintas partes del mundo (OMS, 2022).

A través de la articulación política con Líneas autónomas de información sobre aborto con medicamentos en Suramérica, identificamos que la experiencia de acompañamiento a mujeres y personas gestantes que necesitan interrumpir un embarazo es una ruta efectiva y positiva que garantiza niveles importantes de autonomía, frente a la medicalización del proceso de interrupción del embarazo y su dificultad de acceso. “La prestación de servicios con un mínimo de supervisión médica puede mejorar considerablemente el acceso al aborto, así como la privacidad, la comodidad y la aceptabilidad, sin comprometer la seguridad ni la eficacia.” (OMS, 2022). El método de interrupción del embarazo con medicamentos como mifepristona y misoprostol tiene la ventaja de ser menos riesgoso y más efectivo que cualquier otro mecanismo casero. Con el uso de medicamentos se evitan intervenciones quirúrgicas, por lo que las mujeres y personas gestantes tienen un mayor nivel de autonomía, seguridad y control sobre todo el proceso de aborto.

Consideramos que la innovación en las tecnologías para abortar con medicamentos tensiona la relación de poder entre saber popular y saber profesional. La medicalización suele considerar que los saberes populares orientados a la prevención son incorrectos o erróneos y por este motivo deben ser modificados (Mines-Cuenya, 2015). En este sentido, consideramos que no solamente los profesionales de salud pueden desarrollar conocimientos sistemáticos, efectivos y científicos sobre prácticas como el aborto. También, desde nuestra experiencia cotidiana como acompañantes fuimos identificando que la autonomía que proporciona el aborto informado, en casa, acompañado y seguro, tiene un impacto positivo en

aspectos como la reducción del estigma relacionado al aborto.

Además, dada la naturaleza del proceso de aborto médico, también es posible que las mujeres gestionen el proceso por sí mismas fuera de un establecimiento de atención de salud (por ejemplo, en el hogar), con apoyo si es necesario o cuando se necesite. Estos enfoques de autoevaluación y autogestión pueden empoderar a las mujeres y ayudar a seleccionar la asistencia, lo que conduce a un uso más centrado en la mujer y más óptimo de los recursos sanitarios (OMS, 2022)

Transitamos un proceso colectivo reflexionando sobre nuestra propia práctica, a partir de la cual evidenciamos la necesidad de hablar y vincularnos más con el acompañamiento en casos de interrupciones voluntarias de embarazos. Entendiendo que, aunque el acompañamiento implica la escucha activa y el proceso de ofrecer información, incorpora necesariamente otros aspectos que pueden aportar a la reducción del estigma relacionado al aborto, hacer el proceso más amigable y empoderar a las mujeres y personas gestantes.

LA ESCUCHA COMO PRAXIS FEMINISTA

El acompañamiento y la escucha activa, como prácticas políticas y herramientas para atender situaciones complejas, son aspectos que se están promoviendo desde organizaciones feministas, fundamentalmente para la atención de casos de violencia por razones de género y para la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Esta viene siendo la apuesta del feminismo o de los feminismos como proyecto ético-político, como crítica del poder y como capacidad de crear nuevas formas de pensar y ser.

FALDAS-R parte de reconocerse en la corriente política del feminismo popular, expresión relativamente nueva con la que designamos una postura feminista que pone la centralidad de su reflexión y su praxis en las mujeres que han protagonizado históricamente los procesos de resistencia al capitalismo y las apuestas contrahegemónicas. Consideramos que el feminismo popular forma parte de la apuesta decolonial, no solo como corriente académica, sino como contemporaneidad del feminismo en América Latina y el Caribe (Espinosa-Miñoso, 2014), que reivindica y se alimenta de epistemologías (comunitarias, saberes populares, indígenas. etc.), alternativas a los históricos referentes europeos (Espinosa-Miñoso, 2009), sin desmarcarse de la tradición filosófica latinoamericana y revolucionaria, encarnada en autores como Mariátegui, Freire, Cesaire, Fanon, entre otros.

En materia de aborto, este enfoque nos permitió específicamente dejar de centrarnos exclusivamente en la lucha por la aprobación de leyes y sus disputas parlamentarias, y abocarnos también a prestar un servicio que permitiera a las mujeres y otras personas gestantes tener acceso libre a la información para poder practicarse abortos seguros en casa. Es decir, que las mujeres y personas gestantes puedan acceder a información acerca de su cuerpo, su salud (incluyendo al aborto como parte de su vida sexual y reproductiva), así como a generar información, formar parte de estudios académicos y no académicos. El libre acceso permite divulgar, difundir y/o transferir conocimientos, informaciones, opiniones, discursos, etc., facilitando su accesibilidad, comprensión e interpretación; esto como una apuesta por la autonomía corporal y política de las mujeres y personas gestantes.

El acceso al aborto es una necesidad colectiva que en el caso venezolano no puede ser resuelta en el marco de la legalidad ni la seguridad, debido al contexto de penalización y estigmatización existente en nuestro país y otros países de Latinoamérica. Como fenómeno social involucra varios aspectos tanto del orden material como del orden ideológico y simbólico. Coincidimos con Sanseviero

"EL ACCESO AL ABORTO ES UNA NECESIDAD COLECTIVA QUE EN EL CASO VENEZOLANO NO PUEDE SER RESUELTA EN EL MARCO DE LA LEGALIDAD NI LA SEGURIDAD"

(2003) en que el aborto “ocurre en un contexto de relaciones de poder de distinto tipo: de género, económicas, legales-jurídicas, médicas; conlleva elementos del campo de la salud, de la sexualidad, de la moral y la ética, de los significados de la maternidad”.

Es por ello que apostamos al abordaje del acompañamiento desde una perspectiva feminista que reconoce el carácter político de la corporalidad y de la sexualidad. Esto permite visibilizar la experiencia vital de las mujeres y su exclusión del campo de los derechos. El libre acceso a la información sobre el aborto con medicamentos permite a las mujeres y personas gestantes la realización de abortos seguros en casa, sin depender de ningún médico o médica y disminuyendo los riesgos de sufrir revictimización, dificultad de acceso, violencia obstétrica y criminalización.

Compartimos lo planteado por el Fondo María respecto al acompañamiento en casos de aborto, al señalar que se trata de:

Un proceso que posibilita el fortalecimiento del poder personal para tomar decisiones y ejercer derechos. Mediante un protocolo de atención responde a las múltiples necesidades relacionadas con los diversos aspectos (individuales, familiares y sociales) que confluyen en los diferentes momentos que transita una mujer cuando elige el aborto como una opción. (Ortiz, 2010)

En el transcurso de estas reflexiones, desde FALDAS-R y la Línea Aborto: Información Segura, comenzamos a transitar un camino que comprende el acompañamiento integral a las mujeres y personas gestantes en todos los momentos del proceso de interrupción voluntaria del embarazo.

¿QUÉ SIGNIFICA TRANSITAR EL CAMINO HACIA EL ACOMPAÑAMIENTO?

Desde FALDAS-R nos hemos trazado un horizonte político que involucre el acompañamiento pre, durante y post aborto a mujeres y personas gestantes que deseen interrumpir su embarazo. Partimos identificando que el aborto en sí mismo es un enfrentamiento al mandato patriarcal sobre la maternidad obligatoria o el deseo innato de ser madre. Este mandato desvincula a las mujeres de su derecho a elegir sobre sus cuerpos/vidas y donde sus deseos y necesidades quedan en un segundo lugar frente a las necesidades de otros, sumado que el contexto venezolano criminaliza y rechaza profundamente el ejercicio de la autonomía sobre nuestros cuerpos.

En nuestra investigación *El aborto en Venezuela: una aproximación teórica* (FALDAS-R, 2021b), hicimos una caracterización de los procesos emocionales que transitaron las usuarias de nuestra Línea, identificando que en su mayoría prevalecían sensaciones negativas de vergüenza, culpa y rechazo, sobre todo en momentos previos al proceso de aborto. Pudimos ver que esto está íntimamente relacionado a la carga socio-cultural que se le atribuye a la interrupción voluntaria del embarazo, junto a las ideas preconcebidas sobre la familia, la sexualidad y el rol de las mujeres en estas. La toma de decisión sobre sus cuerpos se va complejizando en medio de un contexto donde la idea arquetípica de mujer se relaciona estrechamente con la maternidad y/o la anticoncepción eficaz, siendo la interrupción voluntaria del embarazo un marcador de fracaso o falla en esta relación.

"PARTIMOS IDENTIFICANDO QUE EL ABORTO EN SÍ MISMO ES UN ENFRENTAMIENTO AL MANDATO PATRIARCAL SOBRE LA MATERNIDAD OBLIGATORIA O EL DESEO INNATO DE SER MADRE."

Algunas mujeres manifiestan que a pesar de solventar con el proceso de aborto una situación compleja a nivel personal, socioeconómica o de cualquier otra índole, en lo emocional este tiene una carga negativa que las atraviesa y les genera una sensación de culpa. (FALDAS-R, 2021)

A pesar de que identificamos estas emociones negativas vinculadas a los procesos de aborto, también es posible distinguir una disputa de sentidos en el proceso, una disputa relacionada a construir otros sentires alrededor del aborto, donde las mujeres se sientan sostenidas por sus redes de apoyo.

A lo largo de los años, las organizaciones feministas han desarrollado diversos métodos vinculados al acompañamiento de mujeres y personas gestantes que deciden interrumpir sus embarazos, como líneas telefónicas, sitios en la web o encuentros personales. Estos espacios actúan como vehículos para revertir la vergüenza, el secreto y la ansiedad, elementos que suelen acompañar a la construcción de sentidos de las prácticas abortivas (Vaggione, en Bellucci 2014).

Desde nuestra práctica hemos corroborado que el acompañamiento y el apoyo de las redes afectivas es fundamental para que los abortos sean más llevaderos y esto, en gran medida, incide en la forma en que las mujeres y personas gestantes viven el estigma asociado al aborto (FALDAS-R, 2021b). Consideramos que es necesario centrar el acompañamiento en la persona que está transitando el proceso, donde esta pueda experimentar en el propio cuerpo que no está sola/e.

Uno de los aspectos que definen las prácticas de acompañamiento es la solidaridad que se teje entre mujeres y personas gestantes, entendiendo la sororidad como:

Una dimensión ética, política y práctica del feminismo contemporáneo. Es una experiencia de las mujeres que conduce a la búsqueda de relaciones positivas y a la alianza existencial y política, cuerpo a cuerpo, subjetividad a subjetividad con otras mujeres, para contribuir con acciones específicas a la eliminación social de todas las formas de opresión y al apoyo mutuo para lograr el poderío genérico de todas y al empoderamiento vital de cada mujer (Lagarde, 2006)

Esta solidaridad permite tejer lazos entre mujeres con características propias, reivindica la autonomía, la horizontalidad, la autodeterminación, la independencia y cuestiona los poderes dominantes, sus reglas y estructuras. El proceso de acompañamiento permite precisamente la construcción y fortalecimiento de estos lazos, debido a la complicidad que las mujeres y personas gestantes generan en torno a un evento que ha sido históricamente estigmatizado y criminalizado. El espacio de escucha y de contención que se genera en los acompañamientos hace que se les dé valor a las decisiones que toman las mujeres y las personas gestantes sobre sus cuerpos y sus vidas.

Otros dos elementos que caracterizan las prácticas de acompañamiento: la complicidad entre mujeres y personas gestantes, y el buen trato entre nosotres. Según Carmen Alborch (2011), el sistema patriarcal actual ha provocado el efecto perverso de la desvalorización de las mujeres por las propias mujeres. Por sobrevivencia, las mujeres se han vuelto enemigas potenciales: “disputando a las demás un lugar en el mundo a partir del reconocimiento del hombre y de su relación con él, de su pertenencia en instituciones sociales y al amparo del poder”. Ante esta rivalidad, la complicidad, la cual es entendida como la solidaridad entre mujeres, incorpora una mirada de respeto y de dignidad entre nosotras/es. Aunque la experiencia vital que atraviesan las personas gestantes no es transferible a la categoría de mujeres, consideramos que es pertinente caracterizar que el proceso de acompañamiento atraviesa tanto a mujeres como personas gestantes que viven un proceso de aborto.

Otro elemento que caracteriza esta complicidad es su horizontalidad. De manera que se genera una relación diferente a la propia de la jerarquía médica, donde las pacientes se subordinan al poder médico hegemónico, quedando en una posición de dependencia e indefensión. Acompañantes, mujeres y personas gestantes se vinculan en una relación de complicidad en la cual son las mujeres y personas

gestantes quienes conservan los conocimientos sobre su cuerpo y las acompañantes cuentan con información sobre la toma correcta de medicamentos, los síntomas normales, las posibles complicaciones, contención emocional, aspectos logísticos y demás elementos vinculados con el proceso de interrupción voluntaria del embarazo.

En el marco de la cultura patriarcal, las relaciones se basan en el poder y el maltrato, este sistema que configura relaciones desiguales y jerarquías sociales basadas en socialización de género nos atraviesa a todes en las diferentes esferas de nuestra vida, tanto en el plano personal como social. En oposición a este modelo, Fina Sanz (2016) propone una convivencia desde y para el buen trato. El buen trato es la forma de expresión del amor y una forma de vincularnos con les demás. Sanz lo describe como “la expresión de respeto y amor que merecemos y podemos manifestar con el entorno como un deseo de vivir en paz, armonía, equilibrio, desarrollándonos en salud, bienestar y gozo” (2016).

"EL ACOMPAÑAMIENTO DE ABORTO SE CARACTERIZA POR SER CÁLIDO, SORORO, AMOROSO."

El acompañamiento de aborto se caracteriza por ser cálido, sororo, amoroso. Atiende a la necesidad social de las mujeres y personas gestantes ante una crisis, la de un embarazo no deseado y la consecuente resolución en un aborto. Los vínculos sororarios que se tejen entre mujeres y personas gestantes acompañadas, y acompañantes, aunque de corta duración son imprescindibles para la consecución del derecho al aborto, pero sobre todo válida y fortalece el derecho de las mujeres y personas gestantes a la autonomía sexual y reproductiva.

Ante un sistema patriarcal opresivo y violento, donde prima la injusticia social, el racismo, el clasismo, la misoginia, etc., acompañar amorosamente, horizontalmente y con buen trato es una posición política importante que acerca a las mujeres y personas gestantes a su derecho a la salud. Garantizar este derecho de manera amorosa es una de las principales características del acompañamiento de abortos.

EL CONTEXTO PANDÉMICO

La emergencia sanitaria por COVID-19 y la consecuente saturación de los servicios de salud obligó a algunos países donde la interrupción del embarazo es legal, como Escocia, Gales e Inglaterra, a realizar este procedimiento en casa, de forma particular. En este contexto, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia consideró que, con un asesoramiento correcto, el aborto autogestionado² es una solución práctica e igual de segura que si se realiza en un centro de salud.

En Venezuela, donde el marco legal vigente penaliza el aborto, es necesario precisar que esta práctica se ha realizado históricamente de manera clandestina. De modo que las mujeres y personas gestantes que necesitan interrumpir un embarazo no deseado se pueden ver expuestas a redes fraudulentas de distribución de medicamentos, las cuales comercializan (en la mayoría de los casos) medicamentos ineficaces a precios especulativos. De manera similar, las mujeres y personas gestantes están propensas a acudir a clínicas y consultorios clandestinos que realizan el procedimiento de aborto de manera quirúrgica a costos excesivamente altos. Aunque frente a esto existen redes de acompañamiento con mayor conciencia del autocuidado y la prevención de complicaciones, toda esta situación relacionada a la clandestinidad del aborto en Venezuela se agudizó con las medidas preventivas de confinamiento por COVID-19.

"PUDIMOS EVIDENCIAR LAS DIFICULTADES DE ACCESO QUE TUVIERON LAS MUJERES PARA ACCEDER A LA INTERRUPCIÓN DE SUS EMBARAZOS EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR EL COVID-19"

A través de una investigación realizada por Ibis Reproductive Health, Sexual and Reproductive Health Matters y grupos de acompañamiento de abortos en Argentina, Indonesia, Nigeria y Venezuela (2022), pudimos evidenciar las dificultades de acceso que tuvieron las mujeres para acceder a la interrupción de sus embarazos en el contexto de pandemia por el COVID-19, donde el aborto autogestionado fue de vital importancia en un entorno de incertidumbre y desprotección de derechos sexuales y reproductivos en nuestro país.

Cabe señalar que, durante los primeros meses del confinamiento, cuando vivimos una importante restricción de la movilidad, identificamos la dificultad de acceso que sufrían las mujeres al momento de realizarse pruebas sanguíneas o ecografías para confirmar sus embarazos. Según la investigación de Ibis (2022), elementos como la prohibición de funcionamiento de determinados comercios e instituciones, así como las restricciones de transporte público, determinaron la manera en cómo la mayoría de las mujeres confirmaron sus embarazos: a través de pruebas de orina compradas, realizadas en sus casas.

². <https://www.figo.org/es/news/figo-apoya-el-fortalecimiento-del-acceso-la-telemedicina-aborto-auto-gestionado>

Sobre la toma de decisiones, a pesar de que el confinamiento en sí no predominó en las razones por las que las mujeres decidían interrumpir su embarazo, la reducción de ingresos económicos, debido a pérdidas de trabajo e inestabilidad financiera fueron de las razones de mayor importancia por las que las mujeres decidieron interrumpir sus embarazos.

La pandemia amplificó las barreras existentes para la atención del aborto, es decir, aumentó las dificultades financieras de las personas y empeoró el acceso tanto a la atención médica como a los medicamentos abortivos. Los participantes también señalaron una serie de desafíos que surgieron específicamente relacionados con la pandemia, incluidas las restricciones de movimiento, menos privacidad, cierres de farmacias y centros de salud, centros de salud sobrecargados y miedo a contraer COVID-19. Los grupos de acompañamiento ofrecieron apoyo a las personas para superar las barreras existentes y las nuevas barreras que surgieron relacionadas con el COVID-19, con compasión, privacidad, dignidad. (Ibis, 2022)

Por estas razones desde la Línea Aborto: Información Segura decidimos incorporar una serie de variables adicionales en nuestra encuesta durante un período de tiempo específico, con la finalidad de enriquecer el análisis y aportar elementos para la comprensión de esta coyuntura específica.

RUTA METODOLÓGICA

La metodología de este informe, al igual que en años anteriores, se enmarca en un análisis de estadística descriptiva. Con respecto a la muestra, el análisis parte de un segmento que no representa el total de llamadas recibidas en la Línea o la totalidad de mujeres y de personas con capacidad de gestar que efectivamente abortan en Venezuela; son solamente las personas que completaron de manera efectiva nuestras encuestas que realizan al finalizar la atención, tanto en nuestros Protocolo A y Protocolo B. Es importante destacar que las personas que nos contactan solicitan diferentes tipos de acompañamiento, consultas o información, y responder nuestra encuesta no es un paso obligatorio y necesario para que le brindemos el servicio, por lo que muchas de las personas que nos contactan pueden no responder y eso incide en el tamaño de la muestra.

Para garantizar la efectividad al momento de apoyar a las personas que nos contactan, nuestro protocolo de atención, como hemos mencionado en informes anteriores, se encuentra conformado por dos partes. En el primer contacto explicamos quiénes somos y qué hacemos, y en caso de que la persona esté interesada en la información que brindamos se aplica el protocolo A -primera llamada- donde a partir de una serie de preguntas se despejan dudas sobre alguna contraindicación a los medicamentos, se toma conocimiento de lo avanzado que esté el embarazo, las formas de su conocimiento y a partir de allí se brinda la información sobre cuál método es el más efectivo para abortar de manera segura y, si el caso lo requiere, se indican exámenes médicos o recaudos a tener en cuenta antes de tomar el medicamento. Por su parte, el protocolo B -segunda llamada- es por el cual se le ofrece a la persona las indicaciones del correcto uso del medicamento, todo lo relacionado a su ingesta y el acompañamiento telefónico para que pueda realizarse un aborto seguro. Cabe destacar que toda la información recabada es confidencial, y solo es solicitada con fines estadísticos.

"RESPONDER NUESTRA ENCUESTA NO ES UN PASO OBLIGATORIO Y NECESARIO PARA QUE LE BRINDEMOS EL SERVICIO"

Durante la pandemia, debimos realizar ajustes en nuestros procesos de atención y en la organización interna de quienes atienden la Línea Aborto: Información Segura. En este contexto, también convenimos adecuar las encuestas que aplicamos a les usuaries, con el objetivo de recabar información vinculada al impacto que el contexto pandémico generó en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes que nos contactan. Sobre estas encuestas construimos parte del análisis que tiene como objetivo mostrar la realidad del aborto en quienes nos contactaron, desde nuestra experiencia de atención. La pandemia y el confinamiento social impactaron nuestras vidas de manera significativa, y como demuestran una serie de estudios ya citados, afectaron con particular énfasis a las mujeres y personas gestantes, incrementándose los casos de violencia basada en género y las dificultades para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

RESULTADOS



LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PANDEMIA

A partir de resultados obtenidos en nuestra encuesta sobre la realidad del aborto en el contexto pandémico de Venezuela, la cual aplicamos a 293 usuarias que se comunicaron con la Línea Aborto: Información Segura, pudimos distinguir que la salud sexual y reproductiva de las mujeres y personas gestantes se vio impactada durante la emergencia sanitaria por el COVID-19.

En este sentido, sobre la incidencia de la pandemia en la capacidad para evitar un embarazo, aunque la mayoría respondió que no, nos parece importante señalar que en el 39,2% de los casos registrados, las mujeres y personas gestantes manifestaron que efectivamente la pandemia había afectado sus posibilidades para evitar quedar embarazadas.

A propósito de esto, un gran porcentaje de casos las mujeres y personas gestantes expresaron haber tenido dificultades para acceder a servicios de medicina primaria (50%) debido a que en los centros de salud se priorizaron a los pacientes por COVID-19, por lo que muchas de las usuarias que nos contactaron tuvieron dificultades en momentos previos al aborto, para confirmar sus embarazos a través de pruebas sanguíneas o ecografías. Así mismo, un alto porcentaje de las personas encuestadas (48%) también manifestó haber tenido complicaciones para acceder a métodos anticonceptivos (MAC) durante la pandemia y el confinamiento.

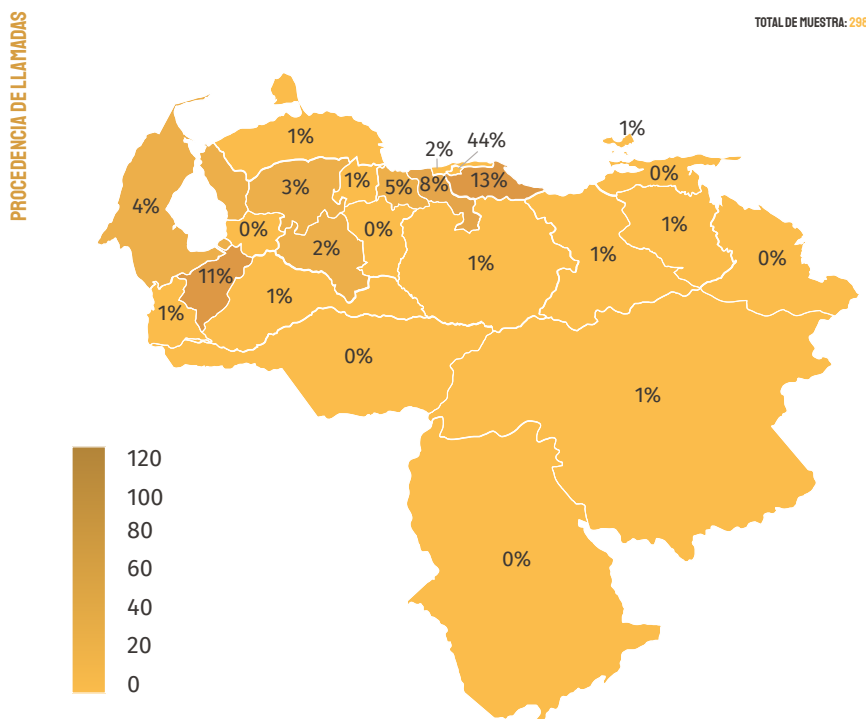


GRÁFICO I. PROCEDENCIA DE LLAMADAS EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA. 2021.
Fuente: elaboración propia

Durante el año 2021 la mayoría de los casos que atendimos se concentraron en la Región Central del país. Esto responde, al igual que en años anteriores, a una correlación directa con los estados del país con mayor concentración poblacional como centros urbanos, y mayor acceso a servicios como señal telefónica, electricidad, Internet. Sobre todo, en la Región Capital donde se concentró más de la mitad de los casos registrados en el país.

Otro de los estados con un registro de llamadas importante es el estado Mérida que, aunque tiene una densidad poblacional menor a otros estados con mayor cantidad de población, cuenta con la presencia de militantes de nuestra organización y otras organizaciones feministas que divulgan nuestro trabajo, garantizando el acceso de muchas más mujeres y personas gestantes a nuestros servicios de atención. Podríamos vincular esto con el hecho de que el 32% de las mujeres y personas gestantes que se comunicaron con la Línea Aborto: Información Segura supieron de la Línea a través de una amiga y no a través de nuestras redes sociales (RRSS), las cuales son nuestro mayor medio de divulgación.

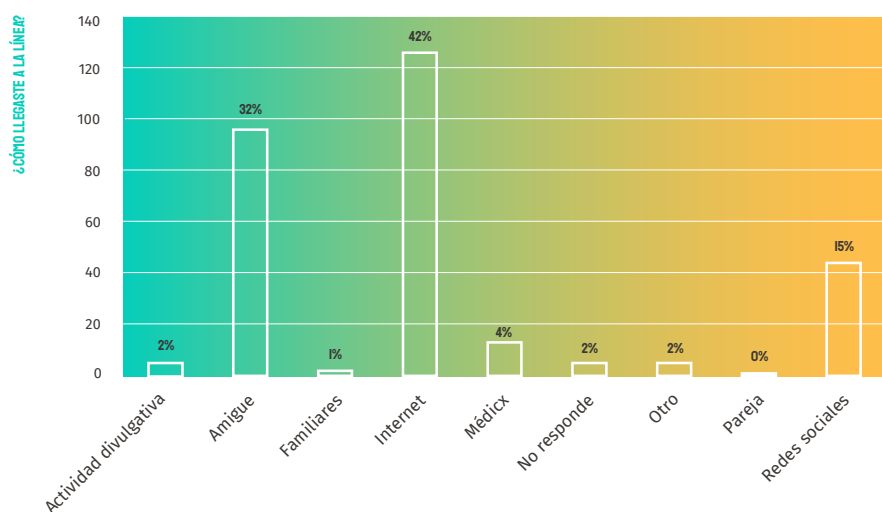


GRÁFICO 2. FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LA LÍNEA ABORTO: INFORMACIÓN SEGURA EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA. 2021.

Fuente: elaboración propia

En la mayoría de casos registrados, las mujeres y personas gestantes que se comunicaron con la Línea Aborto: Información Segura manifestaron conocer sobre nuestro trabajo a través de Internet o RRSS (57%), esto precisamente está relacionado, por un lado, con los canales que tenemos para difundir nuestros números de contacto, en su mayoría canales digitales como páginas web, RRSS, etc. Y, por otro lado, nos indica el poco alcance que tiene la Línea Aborto: Información Segura en zonas con dificultad para acceder a servicios de telefonía, internet y electricidad.

A su vez, hay un porcentaje importante de mujeres y personas gestantes que nos contactaron siendo remitidas por una amiga que conocía la Línea (32%).

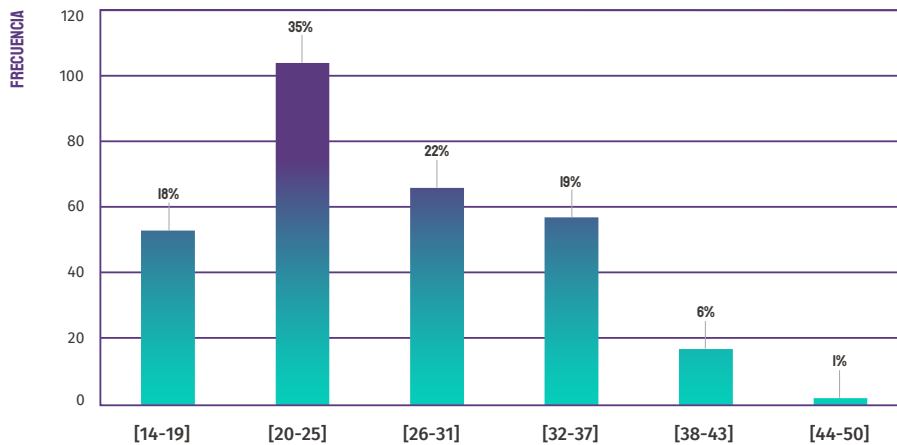


GRÁFICO 3. EDADES DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA. 2021.

Fuente: elaboración propia

En los casos registrados identificamos que la mayoría de las personas que nos contactaron se encuentran en un rango de edad entre 20 y 25 años (35%), seguido de un 22% con edades entre 26 y 31 años.

Pudimos identificar que la edad promedio es de 26,6 años. Esta distribución de edades se asemeja a las edades arrojadas desde el año 2015 hasta la actualidad, aunque presenta una mínima tendencia de disminución desde el año 2018.

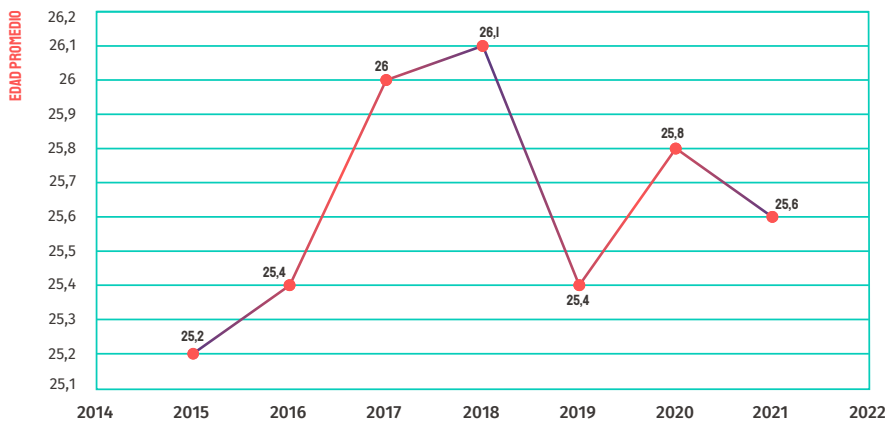


GRÁFICO 4. EDAD PROMEDIO DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA. 2021.

Fuente: elaboración propia

Este dato nos permite visibilizar la edad promedio en la que las mujeres y personas gestantes buscan interrumpir su embarazo, información que puede ser de utilidad para la creación de políticas públicas y proyectos destinados a este grupo etario.

En casi la mitad de los casos registrados, las mujeres y personas gestantes que llamaron a la línea manifestaron trabajar (49%), y un tercio (15%) manifestó trabajar y estudiar. Frente a otro 15% que solo estudia. De igual manera, aunque los porcentajes de personas que solo se dedican al trabajo doméstico es bajo, consideramos que la mayoría de las mujeres que trabajan y estudian también realizan labores domésticas que son invisibilizadas o no consideradas como un trabajo al tener otra ocupación remunerada.

TOTAL DE MUESTRA: 299

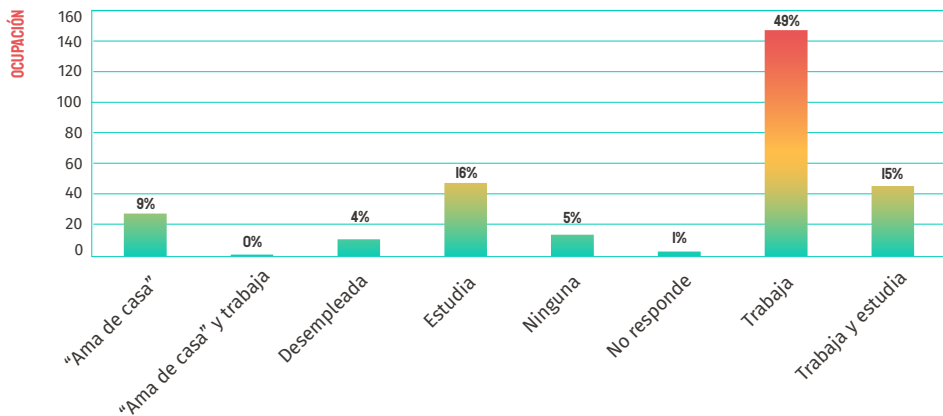


GRÁFICO 5. OCUPACIÓN DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA. 2021.
Fuente: elaboración propia

Con respecto al acceso a la educación formal, identificamos que en los casos registrados más de la mitad de las mujeres y personas gestantes que se comunicaron a la Línea durante el 2021 ha completado estudios de educación media (52%), seguido de un 27% que cuenta con estudios universitarios o de posgrado y un 8% que solo concluyó la primaria.

TOTAL DE MUESTRA: 299

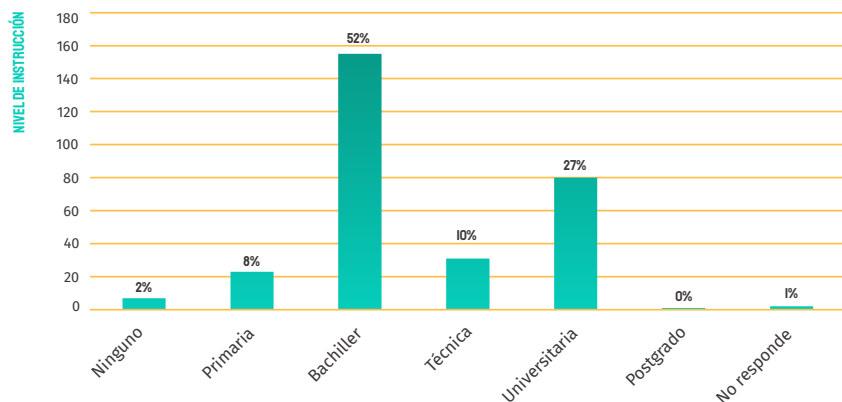


GRÁFICO 6. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. 2021.
Fuente: elaboración propia

A mediados del año 2021 comenzó a regularizarse el acceso a salarios en dólares en nuestro país. Para este informe, pudimos identificar que más de la mitad de los casos registrados en un segundo contacto (55%) recibe ingresos mensuales que rondan entre los \$20 y \$100. Esto supone una diferencia importante con respecto a nuestro informe del año 2020, en el cual solo el 5% de las mujeres y personas gestantes que se comunicaron con la Línea Aborto: Información Segura tuvo ingresos económicos mayores a los \$60 mensuales.

TOTAL DE MUESTRA: 75

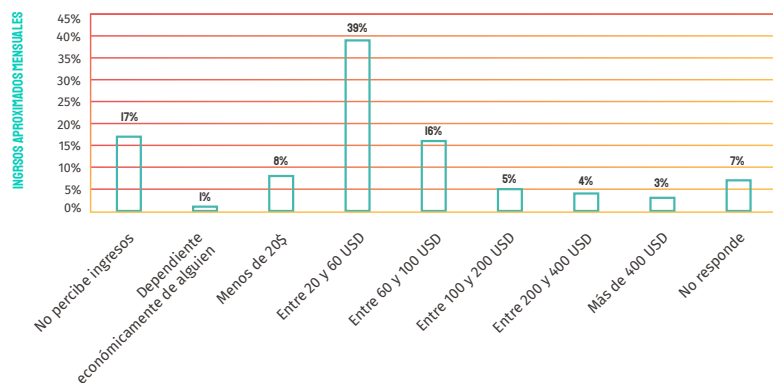


GRÁFICO 7. INGRESOS APROXIMADOS MENSUALES DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS DE LA SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2021.
Fuente: elaboración propia

Identificamos que en el 17% de los casos registrados, las mujeres y personas gestantes que nos contactan no perciben ingresos y se encuentran en situación de dependencia económica. Estos porcentajes relacionados a los ingresos económicos pueden tener relación con la decisión de la no utilización de métodos anti-conceptivos, siendo la presión económica un factor decisivo para la no adquisición de métodos anticonceptivos (MAC) y, por ende, la decisión de abortar.

LA MATERNIDAD EN QUIENES ABORTAN

En la mayoría de casos registrados, 63%, identificamos que las mujeres y personas gestantes no tienen hijos, frente a un 37% que son madres, teniendo entre 1 y 4 hijos.

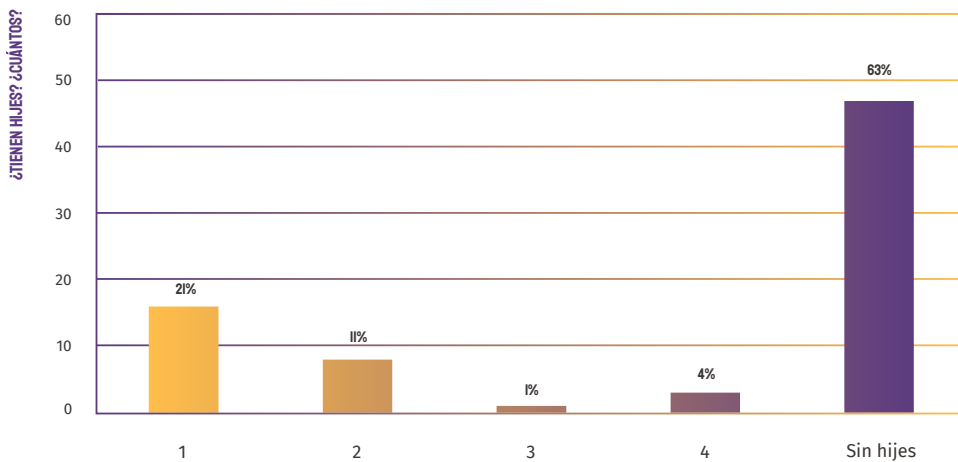


GRÁFICO 8. NÚMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS DE LA SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2021.

Fuente: elaboración propia

En relación con la edad, de acuerdo a los casos registrados, pudimos identificar que la mayoría de las mujeres y personas gestantes que nos contactan no tienen hijos hasta los 31 años. Pudimos identificar también que para el grupo de edades comprendidas entre los 32 y 37 años, la mayoría de las personas que han decidido interrumpir un embarazo tiene al menos un hijo.

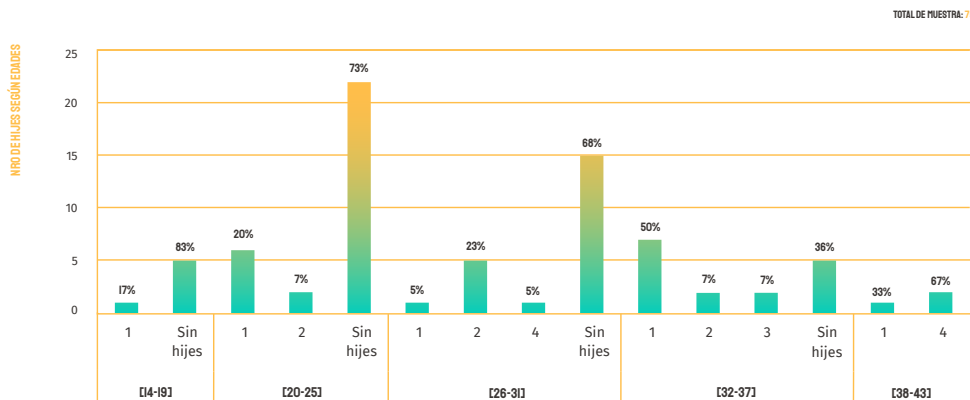


GRÁFICO 9. VÍNCULO ENTRE CANTIDAD DE HIJOS Y EDADES DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS DE LA SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2021.

Fuente: elaboración propia

SALUD SEXUAL Y PLANIFICACIÓN

Desde la Línea seguimos corroborando, como en años anteriores, que la maternidad y el aborto son experiencias no excluyentes en la vida sexual y reproductiva de quienes nos llaman. De quienes nos llamaron por segunda vez el 51% son madres, teniendo entre una y cuatro hijes. La mayoría de ellas, un 32%, es madre de un hijo.

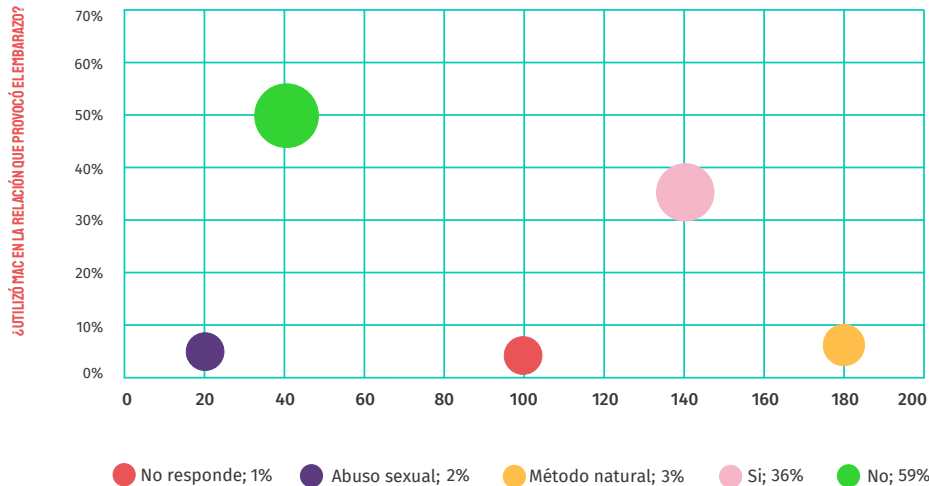


GRÁFICO 10. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA RELACIÓN QUE PROVOCÓ EL EMBARAZO. VENEZUELA. 2021.
Fuente: elaboración propia

La mayoría de las personas que nos llamaron por segunda vez expresaron utilizar regularmente anticonceptivos, representando un 52% del total. Mientras que un 47% manifestó no hacerlo.

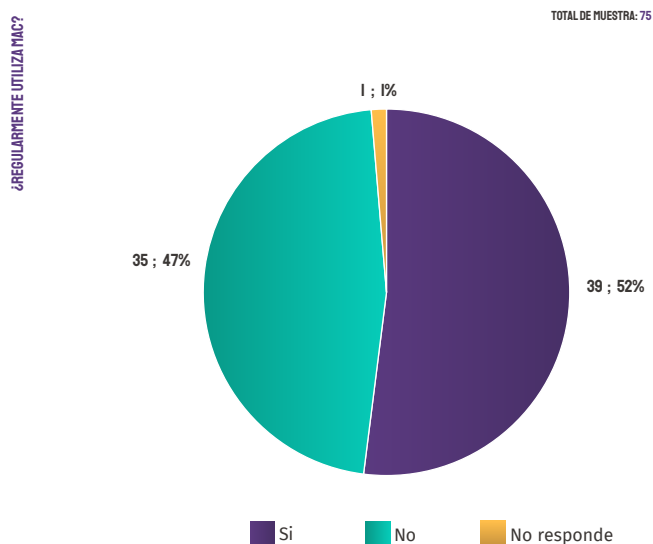


GRÁFICO 11. USO REGULAR DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA. 2021.
Fuente: elaboración propia

El 27% de los casos registrados señala que no utiliza ningún tipo de MAC. Sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos de barrera y métodos hormonales sigue significando un porcentaje considerable al igual que en años anteriores. Entre los más utilizados se encuentran los métodos hormonales como pastillas anticonceptivas, inyecciones o implantes 27%; seguidos del condón masculino, 21%; y en menor porcentaje los dispositivos intrauterinos como T de cobre, 16%. Aunque no sean reconocidos como métodos anticonceptivos, un 4% de los casos registrados refirieron utilizar métodos naturales para prevenir el embarazo.

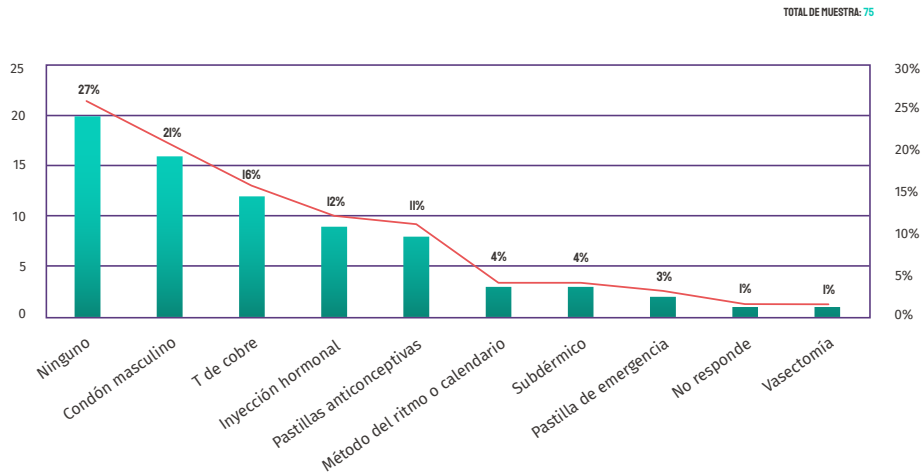


GRÁFICO 12. TIPO DE ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR PARTE DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS DE LA SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2021.

Fuente: elaboración propia

El uso de condón disminuye con el aumento de la edad al igual que la T de cobre. Llama la atención que las personas con edades comprendidas entre los 38 y 43 años son quienes tienen menor uso de anticonceptivos eficaces: el 67% no usa anticonceptivos y el 33% dice usar el método del ritmo o calendario.

Podemos identificar que a partir de los 31 años comienza a disminuir el uso de anticonceptivos, y según los casos registrados luego de los 44 años las mujeres dejan de usarlos. También se observa la frecuencia de abuso sexual desde el rango de los 20 a los 43 años, donde el grupo promedio de víctimas de agresiones sexuales es el comprendido por mujeres y personas gestantes que tienen entre 26 a 31 años.

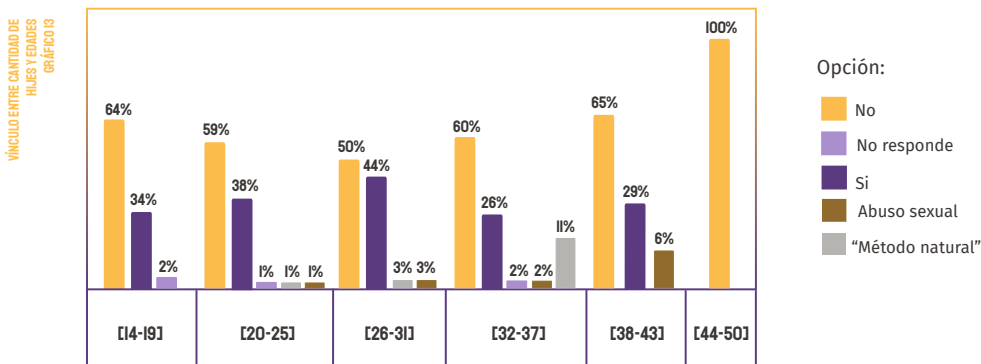


GRÁFICO 13. VÍNCULO ENTRE USO DE ANTICONCEPTIVOS Y EDADES DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA. 2021

Fuente: elaboración propia

Pudimos identificar que el condón masculino es usado en su mayoría por quienes se encuentran entre los 14 y 19 años de edad. Nos llama la atención este contraste entre nuestro registro, donde para este caso predominaba el uso de anticonceptivos de barrera en grupos de edades jóvenes, y los datos recogidos en otras investigaciones, donde se refleja una realidad con tasas altas de embarazo adolescente³.

Según nuestro registro, a medida que aumenta la edad, va disminuyendo el uso de anticonceptivos de barrera, al igual que los dispositivos intrauterinos. Cabe destacar que el grupo de edad con porcentajes más altos de anticoncepción ineficaz es el grupo de edad comprendido entre los 38 y 43 años, del cual el 67% no usa anticonceptivos y el 33% dice usar el método del ritmo o calendario.

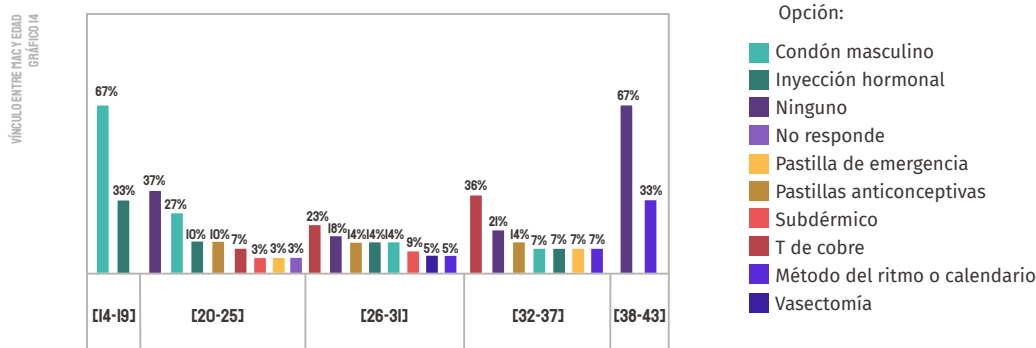


GRÁFICO 14. VÍNCULO ENTRE USO DE ANTICONCEPTIVOS Y EDADES DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA. 2021.

Fuente: elaboración propia

Aunque en la gran mayoría de los casos registrados, las personas no responden sobre los motivos para no usar MAC, identificamos que los efectos secundarios son una de las razones determinantes por la que la mujer y persona gestante decidan no usar MAC. Esto se ve representado de manera homogénea en todos los rangos de edades, seguido de la opción de difícil acceso por los altos costos de los métodos anticonceptivos.

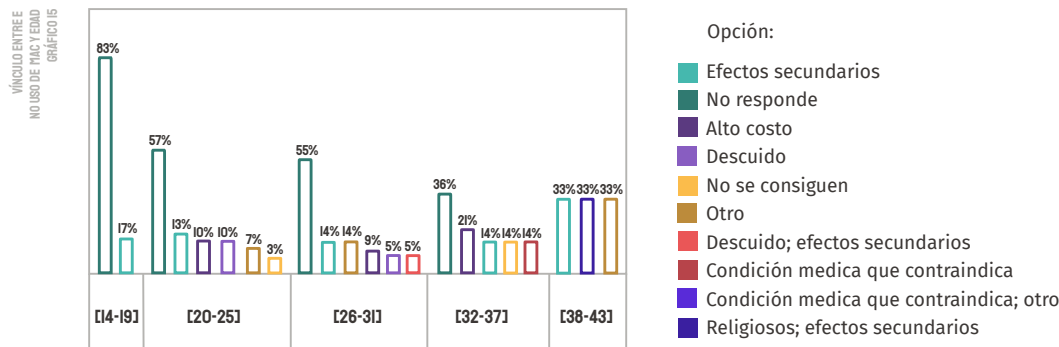


GRÁFICO 15. VÍNCULO ENTRE TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y EDADES DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA. 2021..

Fuente: elaboración propia

3. Las tasas estimadas de fecundidad en adolescentes más elevadas en América del Sur, Bolivia y Venezuela. Para el año 2015 la tasa de embarazo era de 80,9 (número de nacimientos por 1 000 mujeres en el grupo de 15 a 19 años de edad.) (Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016)

LA EXPERIENCIA DE ABORTAR

Al igual que la tendencia en años anteriores, la mayoría de mujeres y personas gestantes atendidas en la primera llamada (solicitud de información) por la Línea Aborto: Información Segura se encontraron entre la 4ta y 6ta semana de gestación, 43%; seguido de un 32% entre la semana 7 y 9 de gestación. Este último es el rango comprendido entre el momento de la relación sexual insegura, la sospecha y confirmación del embarazo, la toma de decisiones y el manejo de opciones para la interrupción voluntaria del embarazo.

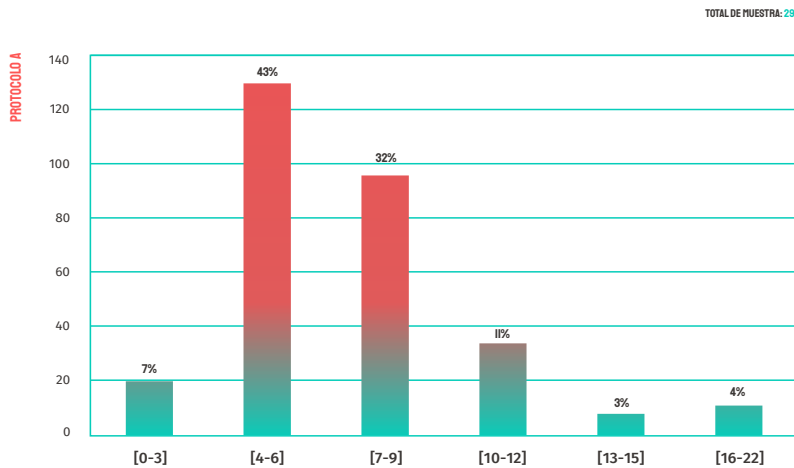


GRÁFICO 16. CANTIDAD DE SEMANAS DE GESTACIÓN DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS DE LA PRIMERA LLAMADA. VENEZUELA. 2021.

Fuente: elaboración propia

Sobre el segundo contacto, cuando ya tienen el medicamento, identificamos que en el 55% de los casos registrados las mujeres y personas gestantes tenían entre 7 y 9 semanas de gestación. Observamos un desplazamiento con respecto a la cantidad de semanas identificadas en la primera llamada, lo que puede indicar el tiempo que transcurre mientras logran obtener el medicamento y todos los recursos necesarios para interrumpir el embarazo.

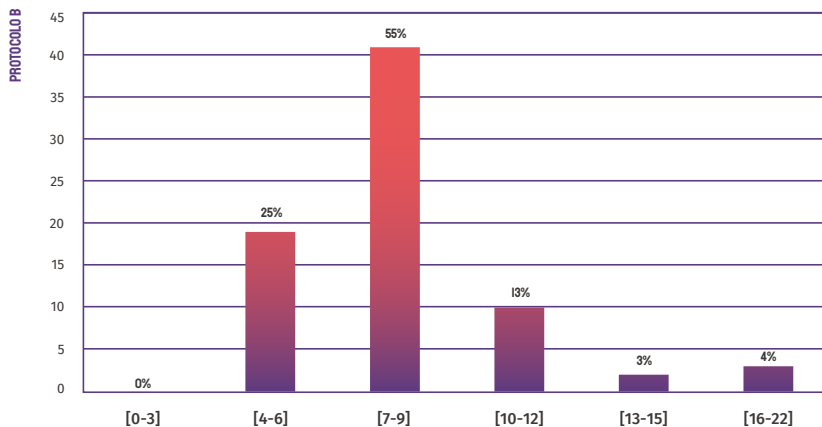


GRÁFICO 17. CANTIDAD DE SEMANAS DE GESTACIÓN DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS DE LA SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2021.

Fuente: elaboración propia

Nos parece importante destacar que, en la ruta para concretar la interrupción del embarazo de manera segura, las mujeres y personas gestantes logran finalizar el procedimiento antes de la semana 12 de gestación en un 90% de los casos. Teniendo en cuenta el contexto de ilegalidad y criminalización de la práctica de la interrupción del embarazo, podemos señalar la efectividad de las rutas construidas por organizaciones que acompañan a mujeres y personas gestantes que necesitan abortar, así como las estrategias desplegadas por las propias mujeres y personas gestantes para lograr abortar.

En la mayoría de los casos registrados, las mujeres y personas gestantes manifestaron que la Línea fue su primer contacto para solicitar información sobre aborto con pastillas, el 75%.

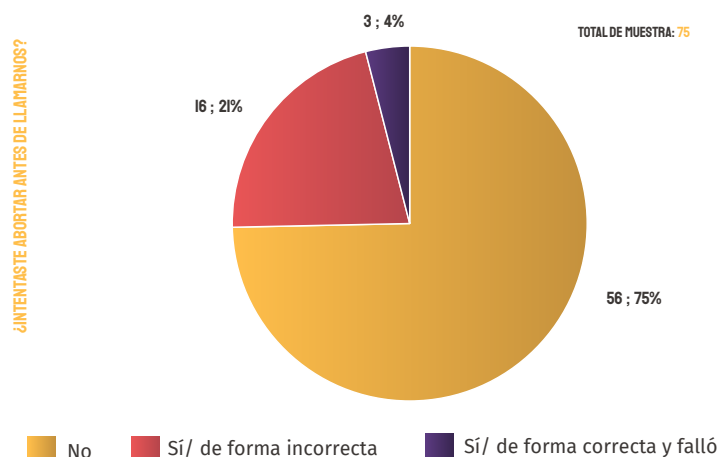


GRÁFICO 18.
REALIZACIÓN PREVIA DE UN PROTOCOLO DE ABORTO EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA. 2021.
Fuente: elaboración propia

En comparación con nuestros informes anteriores, identificamos un aumento de los casos registrados en donde los usuarios manifestaron que intentaron interrumpir sus embarazos con medicamentos de forma incorrecta antes de comunicarse a la Línea Aborto: Información Segura, el 21%. Esto podría reflejar, por un lado, la gran desinformación que existe alrededor de la práctica de interrupción del embarazo, donde las mujeres y personas gestantes no tienen acceso a protocolos seguros para llevar a cabo el procedimiento y por el otro; la incidencia que tienen las redes especulativas y fraudulentas que comercializan los medicamentos para interrumpir un embarazo en nuestro país, las cuales pueden poner en riesgo la salud e incluso las vidas de quienes recurren a ellas.

Del conjunto de respuestas registradas se concluye que en la mayoría de los casos donde una mujer y persona gestante decidió interrumpir su embarazo, ocurrió un acompañamiento tanto de la pareja, 31%; como de los familiares, 15%; combinación de ambos o amigos, 47%; destacando así una red de apoyo importante al momento de interrumpir su embarazo.

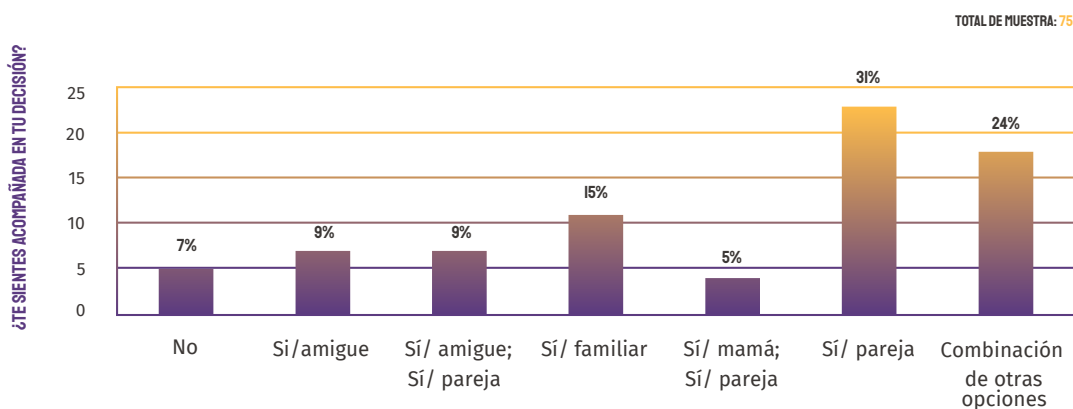


GRÁFICO 19.
ACOMPANANTES DEL PROCESO DE ABORTO DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS DE LA SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2021.
Fuente: elaboración propia

Considerando el estigma que conlleva la práctica de abortar, nos parece importante fortalecer las redes afectivas y de acompañamiento a mujeres y personas gestantes que atraviesan estos procesos, como una estrategia para la mitigación del estigma relacionado al aborto (FALDAS-R, 2021b).

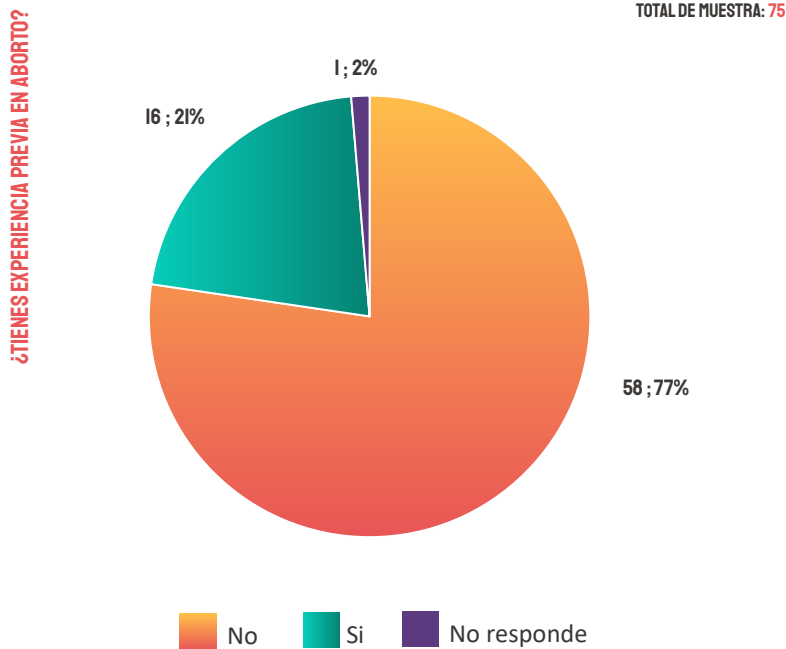


GRÁFICO 20. EXPERIENCIAS DE ABORTO EN LA VIDA DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS DE LA SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2021.

Fuente: elaboración propia

A pesar de la ilegalidad y la criminalización, el aborto es una práctica cotidiana por la que la mayoría de las mujeres y personas gestantes atraviesan al menos una vez en su vida. La ilegalidad del aborto afecta la salud física y mental de las mujeres y personas gestantes que viven este proceso con la carga que el contexto imprime en ellas y ellos; sin embargo, esto no aumenta o disminuye su ejercicio. Sin embargo, sobre esta práctica recaen muchos mitos, entre ellos el hecho de que una persona que aborta lo hará con tanta frecuencia que pondrá en riesgo su salud o su vida.

A diferencia de esta creencia, en la mayoría de los casos registrados, las mujeres y personas gestantes manifestaron que era la primera vez que decidían interrumpir su embarazo, el 77%. Esto frente a un 21% que ya había tenido al menos una experiencia de aborto espontáneo o inducido en su vida.

Como hemos identificado en años anteriores, existen tantas razones para abortar como mujeres y personas gestantes que abortan y desde nuestra práctica de escucha consideramos que todas y cada una de ellas son válidas. En la mayoría de los casos no existe solo un motivo para no continuar con el embarazo, las razones pueden ser múltiples y diversas. Pudimos observar que entre los motivos por los que las mujeres y personas gestantes que nos contactaron decidieron interrumpir sus embarazos, predomina la situación económica, 39%, específicamente en el contexto de crisis que vive nuestro país donde el acceso a recursos económicos es limitado. Seguido de un 38% que nos dice que no lo

desea, esto puede significar que la persona no está dispuesta a transformar sus sueños y proyecto de vida por un embarazo no planificado ni deseado.

TOTAL DE MUESTRA: 75

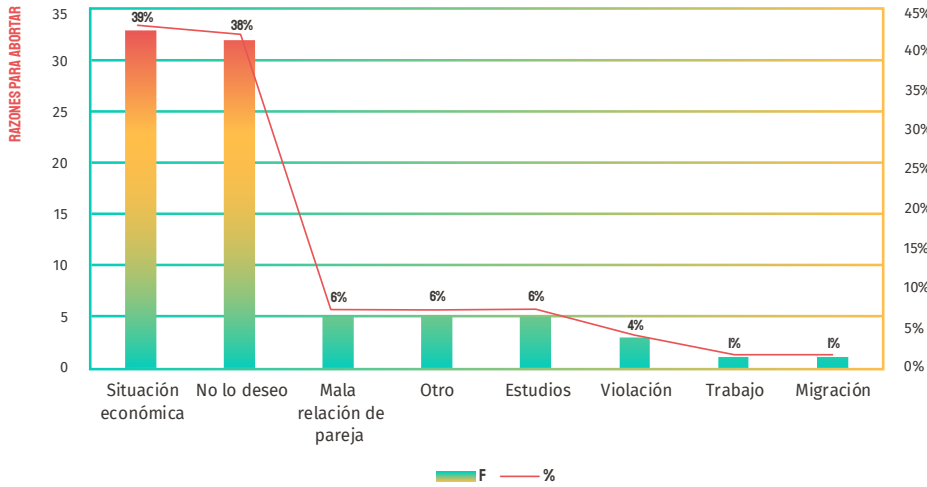


GRÁFICO 21. RAZONES PARA ABORTAR DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS DE LA SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2021.

Fuente: elaboración propia

OPINIÓN SOBRE EL ABORTO

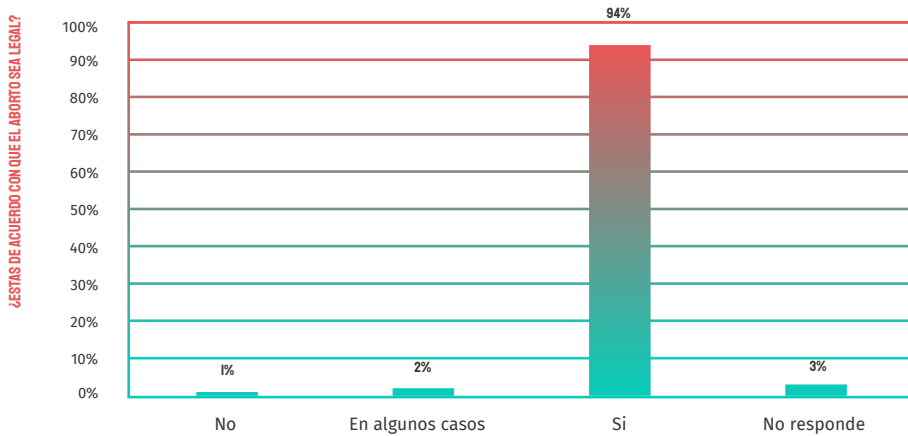


GRÁFICO 22. OPINIÓN SOBRE LA LEGALIDAD DEL ABORTO. VENEZUELA. 2021.

Fuente: elaboración propia

Identificamos que en un 94% de los casos registrados, las mujeres y personas gestantes manifestaron estar a favor de la legalización/despenalización del aborto. Solo un 2% indicó que estaría de acuerdo en algunos casos sin especificar cuáles y un 1% manifestó no estar de acuerdo. En nuestro informe del 2020 el 85% se consideraba a favor del aborto legal (FALDAS-R, 2021a), por lo que identificamos un incremento del sector que está a favor de la legalización del aborto en todas sus causales con respecto al año anterior.

En la actualidad existen diversos debates en torno a la ruta para garantizar el acceso al aborto seguro, gratuito y acompañado. Una de las posturas está relacionada con la despenalización como parte de la erradicación de culpabilidad

que recae sobre mujeres, personas gestantes, acompañantes y profesionales de la salud que viven o asisten este procedimiento. Otra posición más vinculada con la legalización del aborto plantea y exige al Estado el desarrollo de políticas públicas para el acceso al aborto legal, seguro y gratuito; y responsabiliza a este sobre el diseño de estas políticas, como garante de los derechos fundamentales y el principal responsable del diseño y desarrollo de planes abocados a la salud sexual y reproductiva.

Estos debates no necesariamente son excluyentes entre sí, pero implican rutas políticas, legislativas y jurídicas diferenciadas. Sin embargo, es importante destacar que en ambos casos se busca garantizar el derecho de las mujeres y personas gestantes a tomar decisiones libres, informadas, seguras y acompañadas sobre sus cuerpos y sus vidas.

CONCLUSIONES

Como cada año, publicar los datos que dan cuenta de nuestro proceso de atención telefónica responde a nuestro compromiso con sistematizar nuestra práctica, democratizar el acceso a la información y promover la producción colectiva de saberes, con el objetivo de consolidar una ruta que derive en la despenalización del aborto en Venezuela.

El marco legal de nuestro país no solo criminaliza a las mujeres y personas gestantes que deciden interrumpir un embarazo, sino también a médicos y acompañantes, con penas de prisión hasta de tres años. Pero este entorno conservador de ilegalidad y estigmatización no impide que las mujeres y personas gestantes aborten, siendo la práctica del control sobre la reproducción un hecho cotidiano que ha estado presente históricamente en la vida de las mujeres, como un ejercicio de autonomía sobre sus cuerpos. Es importante tener en cuenta que la interrupción voluntaria del embarazo es una práctica común que, en condiciones idóneas y con políticas adecuadas, puede ser más segura que un parto.

Consideramos que la falta de políticas de Estado y aparatos legales que garanticen el acceso al aborto como derecho, no solo pone la vida de la mujer y persona gestante en riesgo, sino que fomenta la desinformación, el estigma y la criminalización relacionada a la interrupción voluntaria del embarazo.

RECOMENDACIONES

En materia de despenalización del aborto, el contexto regional parece ser esperanzador con la transformación de los marcos legales restrictivos en algunos territorios de América Latina. En los últimos tres años Argentina, México y Colombia han legislado a favor de la despenalización del aborto, avances que consideramos trascendentales en la construcción del sendero para proteger la vida y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes latinoamericanas.

Desde esta perspectiva, cerramos este informe estadístico dando una serie de recomendaciones al Estado que permitan el fortalecimiento y el resguardo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes en nuestro país:

En primer lugar, declarar con lugar la acción de nulidad interpuesta en contra de los artículos del Código Penal venezolano que criminalizan el aborto. Este recurso fue presentado por integrantes de FALDAS-R durante el año 2018 ante la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia de Venezuela, exigiendo la derogación de los artículos que atentan contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes venezolanas.

Asimismo, planteamos la despenalización del aborto por solicitud hasta la semana 12 de embarazo y por causales de la semana 13 a la 22. Las causales que proponemos son las recomendadas por organismos internacionales, las cuales son: violación y/o incesto; en caso de inviabilidad del feto por malformaciones congénitas incompatibles con la vida; por resguardo de la salud física y mental de la mujer y persona gestante; por razones económicas; por minoría de edad y por presencia de alguna diversidad funcional que haga a la mujer y persona gestante no desear llevar a término el embarazo.

LEGISLAR PARA GARANTIZAR:

El uso del medicamento mifepristona en el tratamiento clínico de abortos en los protocolos de atención, cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia, lo que significa la autorización del registro sanitario del medicamento mifepristona en Venezuela.

GARANTIZAR EL ACCESO A:

- 1.** La educación sexual integral, con el objetivo de asegurar el derecho de todas las personas, incluyendo niños y adolescentes, a contar con información veraz y actualizada respecto a sus derechos sexuales y reproductivos.
- 2.** Métodos anticonceptivos modernos que permitan el disfrute efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.
- 3.** Misoprostol, actualmente incluido en la lista de medicamentos esenciales (Gaceta Oficial N° 40.777, de fecha 29 de octubre de 2015).



REFERENCIAS

Alborch, C. (2011). *Malas: Rivalidad y complicidad entre mujeres.* España: Editorial Aguilar.

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.* Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5453, del 24 de marzo del 2000.

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.185, 8 junio de 2015.

Bellucci, M. (2014) *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Capital Intelectual.

Espinosa-Miñoso, Y. (2009). *Etnocentrismo y colonialidad en los feminismos latinoamericanos: complicidades y consolidación de las hegemonías feministas en el espacio transnacional.* Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, volumen (14), número (33), pp. 37-54. [archivo en PDF]. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4137775>

Espinosa-Miñoso, Y. (2014) *Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica.* El Cotidiano, pp. 7-12 [archivo en PDF]. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32530724004>

Faldas-r (2021a). *De la escucha a la palabra* [archivo en PDF]. Recuperado de: <https://faldas.red/informe-el-aborto-desde-la-escucha-2019/>

FALDAS-R (2021b). *El aborto en Venezuela: una aproximación teórica* [archivo en PDF]. Recuperado de: <https://faldas.red/el-aborto-en-venezuela-una-aproximacion-teorica/>

Ibis Reproductive Health (2022) *Directrices sobre la atención para el aborto de la Organización Mundial de la Salud: Resumen de recomendaciones para el aborto autogestionado* [archivo en PDF]. Recuperado de: <https://www.ibisreproductivehealth.org/publications/directrices-sobre-la-atenci%C3%B3n-para-el-aborto-de-la-organizaci%C3%B3n-mundial-de-la-salud>

Lagarde, M., & De la Ríos, M. (2006). *Pacto entre mujeres. Sororidad. Aportes para el debate.* (Coordinadora Española para el lobby europeo de mujeres), (18) pp. 123-135. Disponible en: <https://www.asociacionag.org.ar/pdfaportes/25/09.pdf>

Mines-Cuenya, A. (2015). La percepción de los/as estudiantes

de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires sobre el tratamiento del aborto en la formación médica. Población y salud en Mesoamérica, volumen (13), pp. 20-47 [archivo en PDF]. Recuperado de: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-02012015000200002&script=sci_abstract&tlng=es

Ministerio del Poder Popular para la Mujer e Igualdad de Género-INAMUJER (2014). *1er Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres.* INAMUJER [archivo en PDF]. Recuperado de: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Plan%20Nacional-parala-Proteccion-de-los-DSR_1.pdf

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013). *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva.* Publicado con la colaboración y el apoyo de: Oficina Sanitaria Panamericana UNICEF; UNFPA, Caracas, Venezuela. Recuperado de: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/NormaOficial%20SSR%202013_1.pdf

Movimiento Amplio de Mujeres (2004). *Propuesta del Movimiento Amplio de Mujeres para el Proyecto de Código Penal venezolano en materia de interrupción del embarazo.* Revista Otras Miradas, Vol. 4 (N°2), 29-47. Disponible on line: http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/22832/articulo_5.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2022). *Las nuevas Directrices sobre la atención para el aborto de la OMS: Lo más destacada de sus Recomendaciones, Legislación y Política* [archivo en PDF]. Recuperado de: <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/05/WHOCenterSpanishFINAL.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe.* [archivo en PDF]. Recuperado de: *rencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (El Cairo, 5 a 13 de septiembre 1994), New York. UN Doc. A/CONF.171/13/Rev.1. Disponible on line: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL_5_0.PDF

Ortiz, O. (2010). *Acompañar para empoderar guía de apoyo para la formación de acompañantes a mujeres en situación de aborto* [archivo en PDF]. Recuperado de: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/613>

Sanseviero, R. (2003). *Condena, tolerancia y negación; el aborto en Uruguay.* In *Condena, tolerancia y negación; el aborto en Uruguay.* Recuperado de: https://www.academia.edu/1558987/Condena_tolerancia_y_negaci%C3%B3n_Situaci%C3%B3n_del_aborto_en_Uruguay

Sanz, F. (2016). *El buentrato: Como proyecto de vida.* España: Editorial Kairós.