



FALDASR



DE LA ESCUCHA A LA PALABRA

El aborto como derecho

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:

Manuela Fernández
María Soledad Liparelli

**EQUIPO DE CÁLCULO Y
ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Organización Ecofeminista
(asesoras)
Mariana Maneiro
Carolina Santiago

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Clay Alvino Thomas
Yelena Carpio Cuesta
Manuela Fernández
Danmarys Hernández
Abyayala Lanz
María Soledad Liparelli
Mariana Maneiro
María Alejandra Reyes
Carolina Santiago

EQUIPO DE REGISTRO:

Clay Alvino Thomas
Danmarys Hernández
Abyayala Lanz
María Soledad Liparelli
Mariana Maneiro
María Alejandra Reyes
Carolina Santiago
Isha Tapia

EQUIPO DE REDACCIÓN:

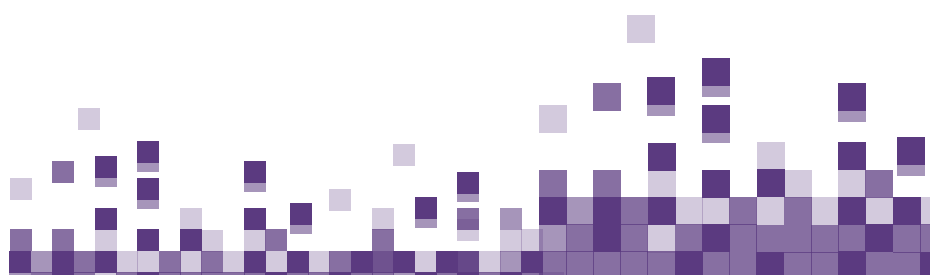
Yelena Carpio Cuesta
Manuela Fernández
Abyayala Lanz
María Soledad Liparelli
Carolina Santiago

EDICIÓN Y CORRECCIÓN:

María Soledad Liparelli

**CONCEPTUALIZACIÓN, DISEÑO
GRÁFICO Y DIAGRAMACIÓN:**

Clay Alvino Thomas
Steffany Delgado



ÍNDICE

05

NOTA EDITORIAL

09

RESUMEN EJECUTIVO

14

MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

15 EL ESTATUS LEGAL DEL ABORTO: CONTEXTO REGIONAL Y NACIONAL

17 EL ABORTO Y LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

20 EL CASO VENEZOLANO:

2020 Contexto nacional

COVID-19

Situación del servicio de atención durante el 2020

27 METODOLOGÍA

Encuesta

29

RESULTADOS

30 LA ATENCIÓN TELEFÓNICA

Distribución mensual y tasa diaria de llamadas

Procedencia de las Llamadas

33 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edades

Ocupación, nivel de instrucción e ingresos

36 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La maternidad en las mujeres que abortan

Semanas de gestación

Anticoncepción y planificación familiar

40 DEL PROCESO DE ABORTO

Procedimientos abortivos previos

Acceso al medicamento abortivo

El aborto acompañado

La experiencia de aborto en la vida de las mujeres y personas gestantes

Razones y opinión sobre el aborto

45

CONCLUSIONES

46

RECOMENDACIONES

48

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

30

GRÁFICO 1. Distribución del número de llamadas. Venezuela. 2020.

31

GRÁFICO 2. Tasa diaria de llamadas desde 2011 hasta 2020 (no incluye 2014). Venezuela.

32

GRÁFICO 3. Distribución porcentual de las llamadas en el territorio. Venezuela. 2020.

33

GRÁFICO 4. Edades de las mujeres y personas gestantes. Venezuela. 2020.

33

GRÁFICO 5. Edad promedio de las mujeres y personas gestantes que llamaron entre los años 2015 y 2020. Venezuela.

34

GRÁFICO 6. Ocupación de las mujeres y personas gestantes. Venezuela. 2020.

35

GRÁFICO 7. Ingresos mensuales aproximados de las mujeres y personas gestantes que fueron atendidas en segunda llamada. Venezuela. 2020.

36

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

37

GRÁFICO 9. Uso de anticonceptivos en la relación que provocó el embarazo. Venezuela. 2020.

39

GRÁFICO 10. Vínculo entre uso de anticonceptivos en la relación que provocó el embarazo y edad. Venezuela. 2020.

39

GRÁFICO 11. Tipo de anticonceptivos utilizados por parte de las mujeres y personas gestantes que fueron atendidas en segunda llamada. Venezuela. 2020.

40

GRÁFICO 12. Realización previa de un protocolo de aborto. Venezuela. 2020.

41

GRÁFICO 13. Posición de la pareja respecto a la decisión de abortar de las mujeres y personas gestantes que fueron atendidas en segunda llamada. Venezuela. 2020.

42

GRÁFICO 14. Acompañantes del proceso de aborto de las mujeres y personas gestantes que fueron atendidas en segunda llamada. Venezuela. 2020.

42

GRÁFICO 15. Experiencias de aborto en la vida de las mujeres y personas gestantes atendidas en la segunda llamada. Venezuela. 2020.

43

GRÁFICO 16. Razones para abortar de las mujeres y personas gestantes que fueron atendidas en segunda llamada. Venezuela. 2020.

44

GRÁFICO 17. Opinión sobre la legalidad del aborto. Venezuela. 2020.

Una vez más les presentamos el informe de atención de la Línea Aborto: Información Segura, el cual se da en el marco de nuestro décimo aniversario. En estos diez años son muchos los aprendizajes y experiencias que tanto a nivel colectivo como individual hemos tenido. Uno de los más valiosos es la comprensión del acompañamiento como una práctica política transformadora. En este sentido, para nosotras y nosotres un aborto seguro es un aborto autónomo y acompañado, siendo esto una de nuestras principales apuestas organizativas.

También este informe se forja al calor de la legalización del aborto en Argentina luego de una intensa lucha. Damos un enorme saludo feminista para la ola verde y las compañeras y compañeros que hicieron de lo imposible una realidad.

En este trabajo una vez más ratificamos nuestro compromiso con el lenguaje inclusivo, hablamos aquí no solo de mujeres sino también de personas gestantes. Nos parece fundamental visibilizar que todos los cuerpos con capacidad de gestar deben no solo tener acceso a este derecho, sino también deben ser nombrados en su diversidad.

Desde nuestra organización luchamos por los derechos sexuales y derechos reproductivos -DSDR- de las mujeres y personas gestantes, en este sentido tenemos dos líneas de trabajo que consideramos claves en el marco de la lucha que sostenemos desde hace diez años por el derecho al aborto. Por un lado, la prevención de los abortos inseguros, garantizando el acceso a información sobre cómo interrumpir embarazos con medicamentos de forma segura. Por el otro, desarrollando procesos formativos sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y DSDR. Esto último lo abordamos en el marco de la Ruta por la Sexualidad Responsable y Placentera, donde también hemos distribuido métodos anticonceptivos.

NOTA EDITORIAL

Entre los principales logros de esta estrategia podemos mencionar:

2017: Se distribuyeron 150 dispositivos intrauterinos en comunidades urbanas y rurales de cuatro estados del país. Se repartieron 500 condones masculinos y 1000 femeninos en diversas actividades de agitación.

2018: Se articuló con 6 organizaciones sociales en favor del seguimiento a la colocación de 350 dispositivos intrauterinos en diversos territorios del país. El seguimiento fue acompañado de actividades de sensibilización y formación en torno a la sexualidad responsable y placentera y al ejercicio de los DSDR de las mujeres.

2019: Se implementó la Ruta por la Sexualidad Responsable y Placentera con adolescentes. Se realizó en grupos mixtos en una casa cultural de una comunidad popular y también en un liceo nacional. Durante este año también se distribuyeron condones masculinos.

2020: Se desarrolló el curso “Sexualidad y Empoderamiento Femenino Adolescente”. Dada la situación sanitaria global, el curso se llevó a cabo de forma virtual, en el que se inscribieron 102 adolescentes para recibir formación en cuanto al ejercicio de los DSDR y en el que 43 participantes se certificaron como Formadoras Teen. En el mismo curso participaron 102 adultos significantes (docentes, padres, orientadores, personal de salud) en el que se certificaron para formación 56 asistentes.

2021: Se creó un banco de métodos anticonceptivos, con el objetivo de cubrir a 150 mujeres de diferentes localidades rurales y urbanas del país. Acompañado de talleres de formación en el ejercicio de DSDR que serán 6 presenciales y 4 virtuales. Para la continuidad del año 2021 nos proponemos alcanzar a 300 mujeres aproximadamente. En este mismo proceso se han realizado talleres de abordaje de salud sexual y reproductiva, y DSDR, así como entrega de métodos anticonceptivos hormonales y métodos de barrera (preservativos masculinos) en comunidades rurales, periurbanas y urbanas en los estados Mérida, Miranda y Distrito Capital.

NOTA EDITORIAL

Queremos destacar que publicamos este trabajo en medio de la ebullición de lo que hemos construido como "Ruta Verde Venezuela", una articulación diversa de organizaciones, mujeres y disidencias feministas que este 28 de septiembre se movilizaron desde distintos territorios del país¹ para exigir ante la Asamblea Nacional Legislativa la despenalización del aborto en Venezuela. Esta movilización logró por primera vez en la historia de nuestro país que más de 400 mujeres y personas gestantes marcharan por el aborto seguro. Sin duda este acontecimiento es un hito en la larga lucha por el acceso al aborto legal que se ha llevado a cabo en Venezuela y el giro hacia la construcción de una agenda política común que permita posicionar el derecho al aborto en la agenda política nacional.

Nos queda aún mucho camino por recorrer, celebramos los pasos que hemos avanzado y queremos agradecer a todas y todes, mujeres y personas gestantes, que han confiado en nosotras y nosotres para acompañarles.

¹ Participaron los estados: Mérida, Miranda, Lara, Carabobo, Anzoátegui, Sucre, entre otros.

**¡UN ABORTO SEGURO
ES UN ABORTO
AUTÓNOMO Y
ACOMPAÑADO!**

**¡SEGUIREMOS EN
LUCHA POR TODOS
NUESTROS DERECHOS
Y POR TODOS
NUESTROS SUEÑOS!
¡JUNTAS SOMOS
INFINITAS!**



RESUMEN

EJECUTIVO





**LLAMADAS ATENDIDAS
EN 2020**



**EDAD PROMEDIO DE QUIENES
NOS LLAMAN**

LA ATENCIÓN TELEFÓNICA

Durante el año 2020 atendimos 781 llamadas; 619 para recibir información en una primera llamada (protocolo a) y 162 nos llamaron por segunda vez con el medicamento a la mano (protocolo b). En términos generales para el año 2020 se atendieron un promedio de 2,7 llamadas diarias.

La tendencia de llamadas por mes es similar a la de años anteriores exceptuando el último trimestre; a partir del 15 de octubre se suspendió la atención por razones de seguridad lo que llevó a que se dejara de atender un aproximado de 187 llamadas, proyectando el número de llamadas recibidas en ese período durante el año 2019.

Los estados con mayor número de llamadas fueron: Dto. Capital, Miranda, Aragua y Carabobo, pues cuentan con centros urbanos relevantes poblacionalmente, lo que significa que tienen un mejor acceso a telefonía e internet, a diferencia de zonas rurales y periféricas de estados en el interior del país. Esto es relevante ya que el 73% de los casos atendidos en 2020 llegaron a nosotras mediante redes sociales. No recibimos ninguna llamada de estados como Amazonas y Delta Amacuro; y de los estados Apure, Cojedes, Yaracuy y Bolívar recibimos muy pocas llamadas. Estados como Mérida, Zulia y Lara continúan siendo importantes.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La edad promedio de quienes nos llaman es de 25, 8 años. El 42% del total de casos atendidos visibilizó que realiza un trabajo rentado frente a un 24% que solo estudia. Un 12 % reconoció trabajar y estudiar y el 9% expresó dedicarse solo al cuidado doméstico.

Por otro lado, del universo de quienes reportaron percibir ingresos, el 45% indicó recibir entre uno y dos salarios mínimos, lo que en 2020 se traducía en nuestro país entre 5\$ y 12\$ mensuales. Seguidamente un 31% indicó percibir de tres a cuatro salarios mínimos (14\$ a 18\$).



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El 51% de quienes nos llamaron son madres, teniendo entre una y cuatro hijes. La mayoría de ellas, un 32%, es madre de un hijo.



SON MADRES

Las mujeres y personas gestantes que nos llaman por primera vez tienen en su mayoría 12 semanas o menos de embarazo, esto es así para el 90% de los casos; siendo el promedio 7,7 semanas de embarazo. Para la segunda llamada el 92% se sigue encontrando en menos de 12 semanas, estando el promedio en 8,5 semanas de gestación. A partir de este dato inferimos que las mujeres y personas gestantes tardan aproximadamente una semana o un poco menos (0,8) en conseguir el medicamento para abortar.



EXPRESÓ NO HABER USADO NINGÚN TIPO DE M.A.C EN LA RELACIÓN QUE PROVOCÓ EL EMBARAZO

En el 2020 registramos un 29% de casos que expresaron haber utilizado algún método anticonceptivo -MAC- en la relación que provocó el embarazo (gráfico 9) y un 69% de casos en la categoría de no haberlos utilizado. Un 2% expresó no haberlos utilizado por haber sufrido abuso sexual. La mayor cantidad de casos que reportaron no usar anticonceptivos en la relación que provocó el embarazo se encontraban entre los 20 y 25 años de edad seguidos de las mujeres y personas gestantes entre 26 y 31 años y 14 y 19 años.

Es importante resaltar que de los casos de abuso sexual que recibimos en la Línea el 50% se presentaron en mujeres de 20 y 25 años de edad, mientras que un 30% fueron adolescentes de 14 a 19 años. Este último dato nos alarma por ser el grupo con menor edad que nos contacta el que continúa sufriendo el flagelo de la violencia sexual en mayor proporción.

Dentro de los MAC más utilizados encontramos el condón masculino (27%), seguido por las pastillas anticonceptivas (13%), y en menor grado los anticonceptivos hormonales como el anillo, parche o inyección hormonal. El condón masculino es usado en su mayoría por quienes se encuentran entre 20 y 25 años de edad, las pastillas anticonceptivas fueron reportadas con mayor proporción por quienes tenían entre 32 y 37 años. El llamado “método de calendario” es reportado en su mayoría por mujeres de 26 a 31 y de 32 a 37.



DE LOS CASOS DE ABUSO SEXUAL FUERON ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS



DECIDIÓ ABORTAR POR RAZONES ECONÓMICAS

DEL PROCESO DE ABORTO

Para el 85% de las mujeres y personas gestantes que nos llamaron en 2020 la Línea fue su primer contacto con información sobre aborto con pastillas. Esto no fue así para el 15% restante, quienes antes de comunicarse con nosotras intentaron realizarse un protocolo de aborto con pastillas sin éxito. Preguntamos sobre la realización de un protocolo previo con el propósito de indagar y visibilizar los casos que antes de llegar a nosotras ya habían intentado un procedimiento de forma incorrecta (14%) o de forma correcta, pero sin lograr interrumpir el embarazo.

Las mujeres y personas gestantes que nos llamaron con el tratamiento a la mano pagaron por él de 2\$ a 20\$ por pastilla. Esto significa que el costo mínimo pagado en el mercado clandestino/especulativo por un tratamiento de 12 misoprostol fue de 24\$ y el máximo de 240\$. Del porcentaje de mujeres y personas gestantes que tenían pareja (70%), el 58% de estas estaban de acuerdo con su decisión de abortar, un 6% no sabía del embarazo o de la interrupción y un 4% estaba en contra.

El 91% de los casos manifestó sentirse acompañada en el proceso de aborto frente a un 8% que no. El 51% de quienes se sintieron acompañadas se apoyó en su pareja, un 24% en un familiar, un 8% por un amigo y un 6% por la activista de Faldas-r al otro lado del teléfono.

La realidad es que de las mujeres y personas gestantes que acompañamos en la segunda llamada, un 78% no había vivido antes una experiencia de aborto. Solo un 19% había pasado por un proceso abortivo espontáneo o inducido. Al igual que en años anteriores, la razón económica es la más compartida, representada por un 45% de los casos. Seguidamente, un 35% nos dice que simplemente no lo desea; los estudios siguen siendo la tercera razón más compartida y la violencia sexual presentó una disminución respecto al año 2019 en el que el 4% compartió que abortaba por haber sufrido violencia sexual frente a un 2% en el 2020.



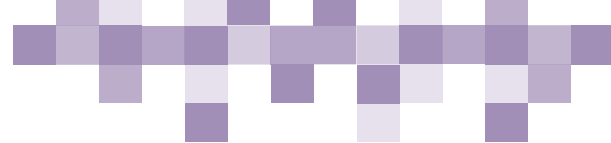
**ESTÁN DE ACUERDO CON
LEGALIZAR EL ABORTO EN
VENEZUELA**

El 86% de quienes nos llaman está de acuerdo con legalizar el aborto en Venezuela en todos los casos, solo un 7% indicó que estaría de acuerdo en algunos sin especificar cuáles. En la categoría “Otro” ubicamos aquellas opiniones que están a favor de la legalidad del aborto en caso de violencia sexual, condición económica o que expresaron que solo les parecía válido el aborto en casos como el suyo propio.



MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO





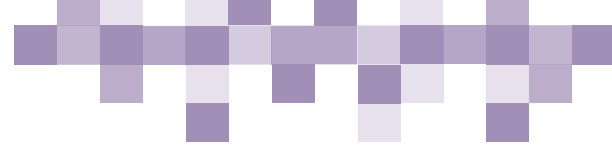
EL ESTATUS LEGAL DEL ABORTO: CONTEXTO REGIONAL Y NACIONAL

El aborto, entendido como la interrupción voluntaria de un embarazo, es una práctica realizada por mujeres y personas gestantes en todo el mundo desde tiempos inmemorables. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2020a) entre los años 2015 y 2019 hubo un promedio anual de 73,3 millones de abortos en el mundo (en condiciones de seguridad o sin ellas). Las condiciones de inseguridad relacionadas al aborto son consecuencia de: leyes restrictivas que pone a la persona en situaciones de clandestinidad, escasez y costos elevados de los servicios o medicamentos para realizar un aborto, estigma, objeción de conciencia por parte del personal sanitario. Según datos de la OMS “Tres de cada 10 embarazos (el 29%) terminó en un aborto inducido (seis de cada diez [el 61%] cuando el embarazo no fue deseado). De ellos, uno de cada tres se llevaron a cabo en condiciones muy riesgosas” (2020a).

Las normativas respecto al aborto son diversas, el Center for Reproductive Rights -CRR- (s.f.) categoriza el estatus legal en cada país yendo desde una máxima restricción hasta la despenalización y legalización. Para poder visualizar a Venezuela en el contexto regional, haremos un resumen del lugar que ocupan los países de América Latina y el Caribe en cada una de las categorías establecidas:

- Categoría I, prohibido por completo: 24 países a nivel mundial, entre los que se encuentran de la región Honduras, República Dominicana, Curazao, El Salvador, Jamaica, Nicaragua.
- Categoría II, para salvar la vida de la mujer: 42 países a nivel mundial, entre los que se encuentran de la región Antigua y Barbuda, Brasil, Chile, Dominica, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Venezuela.

"LAS CONDICIONES DE INSEGURIDAD RELACIONADAS AL ABORTO SON CONSECUENCIA DE: LEYES RESTRICTIVAS QUE PONE A LA PERSONA EN SITUACIONES DE CLANDESTINIDAD, ESCASEZ Y COSTOS ELEVADOS DE LOS SERVICIOS O MEDICAMENTOS PARA REALIZAR UN ABORTO, ESTIGMA INSEGURAS ENTRE 2010 Y 2014."

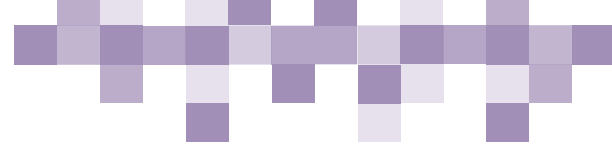


- Categoría III, para preservar la salud (mental o física): 51 países a nivel mundial entre los que se encuentran de la región Bahamas, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú, Santa Lucía, Trinidad y Tobago.
- Categoría IV, razones socioeconómicas: 13 países a nivel mundial entre los que se encuentran de la región Barbados, Belice, San Vicente y Las Granadinas.
- Categoría V, a petición, variando los límites de gestación: 73 países a nivel mundial entre los que se encuentran de la región Argentina, Cuba, Guyana, Puerto Rico, Uruguay.

El caso Argentina es uno de los más emblemáticos de nuestra región en los últimos años. Este país legalizó el aborto inducido hasta la semana 14 de gestación, según la ley Nº 27.610, el 30 de diciembre del 2020. Hecho que se enmarca dentro del primer año de la pandemia por COVID-19 que paralizó al mundo entero, pero no así la lucha por nuestros DSDR. Sobre esto último consideramos necesario señalar algunos aspectos relevantes del proceso. El movimiento feminista en Argentina es uno de los más fogueados de la región y precursor en leyes como el voto femenino, la igualdad de derechos, leyes de reconocimiento a la diversidad de género, entre otros².

La ley de interrupción voluntaria del embarazo reconoce el derecho de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar de tomar decisiones libres e informadas sobre sus cuerpos. Con esta histórica decisión el país sudamericano resolvió social, cultural y políticamente decirle de una vez y para siempre adiós al aborto clandestino.

² Durante la última década, esta experiencia política dio pie a grandes procesos de activismo social como el *Ni una menos*, un movimiento de lucha contra los femicidios y la violencia de género que dio la vuelta al mundo y fue replicado de manera similar en varios territorios de Latinoamérica. También en los últimos años en Argentina se crearon todo tipo de espacios asamblearios y de acción de calle con diferentes matices que convirtieron al feminismo en un movimiento político heterogéneo, dinámico, complejo y, sobre todo, relevante. La llamada revolución de las hijas es un claro ejemplo. En este contexto, la legalización del aborto se convirtió en una de las principales banderas de lucha del movimiento. La *Marea Verde* es una corriente feminista de gran empuje en toda América Latina. Lo que empezó con manifestaciones masivas en la calle ha adquirido ahora experiencia política, habilidad mediática y fuerza en el entramado del poder político y social argentino.



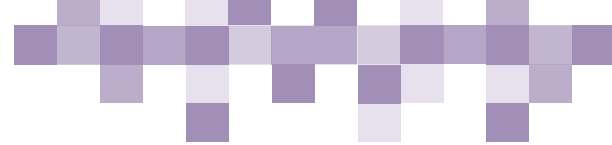
EL ABORTO Y LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los DSDR forman parte del ordenamiento jurídico internacional de los derechos humanos, esto significa que los Gobiernos que forman parte de los acuerdos y pactos que velan por estos derechos tienen que realizar todo lo posible para hacer cumplir en sus respectivos países estas normativas. Su conceptualización se remonta al año 1994 en el Cairo, cuando con el encuentro de la Organización de las Naciones Unidas -ONU- de 179 países se crea el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo -CIPD-; allí se señala respecto a la salud reproductiva:

"LOS DSDR FORMAN PARTE DEL ORDENAMIENTO JURÍDICO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS."

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (ONU, 1995, párr. 7.3)

Un año más tarde, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas en Beijing, se agrega al respecto: "Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones" (ONU, 1996, párr. 96).



Por otro lado, en el año 2013, en el marco del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 2013) se reconocen por primera vez los DSDR como un aspecto fundamental de los derechos humanos y se definen una serie de obligaciones de los Estados parte con respecto a la garantía plena y efectiva de los mismos. En este instrumento se hace referencia al derecho de las mujeres al aborto legal y seguro, estableciendo que su acceso a los servicios de aborto seguro debe ser protegido, desde un enfoque de derechos humanos y salud pública. De manera específica, se insta a los Estados a modificar leyes restrictivas referentes al aborto:

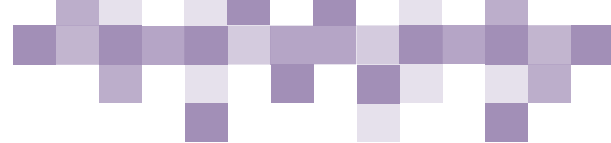
Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos. (p. 21)

Preocupados por las elevadas tasas de muertes maternas, en gran medida debidas a la dificultad para acceder a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva y a la realización de abortos inseguros, y conociendo que algunas experiencias en la región muestran que la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas y no disminuye el número de abortos, todo lo cual aleja a los Estados del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. (p. 20)

El acceso a información de calidad es un aspecto esencial del derecho humano a la salud, como también lo es la eliminación de toda discriminación hacia la mujer. Así lo establece el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer -Cedaw por sus siglas en inglés- en su artículo 16.1: “e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos” (ONU, 1981).

En los países en que el aborto está legalizado bajo petición, la información sobre salud sexual y reproductiva resulta fundamental para todo el andamiaje que significa la salud integral de la mujer. Esta información debe ser accesible y garantizada por el Estado. En los países en que el aborto está penalizado, el acceso a la información es más complejo, no existen políticas de salud sexual y reproductiva fuertes que eviten que las mujeres lleguen a encontrarse en la situación de tener embarazos no deseados. Así la mujer, además de estar condenada a la clandestinidad, sufre discriminación ante legislaciones restrictivas que la obliga a poner en riesgo su propia vida.

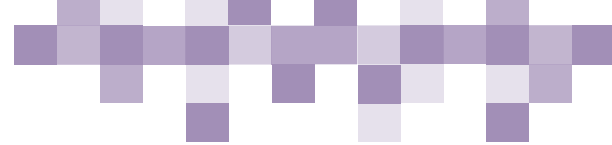
“LA PENALIZACIÓN DEL ABORTO PROVOCA EL INCREMENTO DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNAS Y NO DISMINUYE EL NÚMERO DE ABORTOS”



Es necesario en este punto señalar que para el año 2015, en relación a las observaciones finales sobre el Cuarto Informe Periódico de Derechos Humanos presentado por la República Bolivariana de Venezuela, el Comité de Derechos Humanos afirmó que las disposiciones penales relativas al aborto no se aplicaban en la práctica:

10. El Comité acoge con satisfacción la afirmación del Estado parte de que las disposiciones penales relativas al aborto no se aplican en la práctica. Sin embargo, observa con preocupación que el Código Penal aún criminaliza la interrupción voluntaria del embarazo, salvo cuando sea indispensable para salvar la vida de la mujer, lo que lleva a las mujeres embarazadas a buscar servicios de aborto clandestinos que ponen en peligro su vida y su salud (arts. 3, 6 y 7).

A la luz de sus anteriores observaciones finales (CCPR/CO/71/VEN, para. 19), el Comité recomienda que el Estado parte enmiende su legislación con el fin de establecer excepciones a la prohibición general de todo aborto no terapéutico y vele porque las mujeres no recurran a abortos clandestinos en condiciones inadecuadas que puedan poner en peligro su vida y su salud. Asimismo, le recomienda que adopte las medidas necesarias para que se garantice la prestación de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva. El Estado venezolano, hasta ahora, sigue sin atender a las recomendaciones realizadas por los organismos internacionales. (pp. 3 y 4)



EL CASO VENEZOLANO

Venezuela dentro de la región es uno de los países con las legislaciones más restrictivas en relación al aborto, sólo es permitido para salvar la vida de la “parturienta”; en cualquier otra circunstancia la mujer y quien la asista serán penalizados.

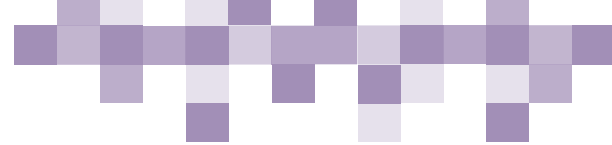
Son varios los acuerdos internacionales³ que el Estado venezolano suscribe en relación a los derechos humanos de las mujeres, muchos de los cuales están recogidos en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Sin embargo, las mujeres y personas gestantes siguen encontrándose en situaciones de vulnerabilidad en lo que respecta a la interrupción de un embarazo no deseado, sobre todo quienes se encuentran en condiciones socioeconómicas de escasez que no tienen acceso de manera segura a información, servicios, tecnología ni infraestructura necesaria para no poner en riesgo su vida.

Ha habido varios intentos en Venezuela para despenalizar el aborto en diversas instancias, en lo que sigue mencionaremos sólo algunos de ellos que creemos importante destacar. El primero se remonta al año 1981 cuando se presenta el trabajo "Interposición para despenalizar el aborto en 3 causales humanitarias" dirigido por el Dr. Castellanos que presidía la reunión de la Federación Médica Venezolana de ese año; allí se planteaba la despenalización del aborto en los casos de violación, malformación del feto y peligro para la vida materna; personas del sector médico y feministas pusieron sobre la mesa el aborto como un tema de salud pública. La propuesta sería presentada para ser incluida en la Ley de Ejercicio de la Medicina; sin embargo, no contó con los votos necesarios para su aprobación (Carosio, 2015).

En el año 2004, en el marco de la discusión del nuevo Código Penal, se presenta ante la Asamblea Nacional la propuesta del Movimiento Amplio de Mujeres para el proyecto de Código Penal venezolano en materia de interrupción del embarazo, ubicándolo una vez más como un tema de salud pública. Se plantea su despenalización más no su legalización:

"VENEZUELA DENTRO DE LA REGIÓN ES UNO DE LOS PAÍSES CON LAS LEGISLACIONES MÁS RESTRICTIVAS EN RELACIÓN AL ABORTO"

³ Estos son: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención de Belém do Pará, 1994); la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979); la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993); la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)



La despenalización contempla erradicar de la ley el castigo para aquellas mujeres y profesionales de la medicina que recurran a este recurso extremo para impedir el desarrollo de un embarazo que ponga en peligro la vida de la mujer o que el producto de la gestación sea inviable, o aquél que sea ocasionado por una violación. (Movimiento Amplio de Mujeres, 2004, p. 31).

En ese mismo año en una comisión dirigida por el Mg. Alejandro Angulo Fontiveros se proponía la despenalización del aborto hasta la semana 12 (el aborto terapéutico, eugenésico, por angustiosa necesidad social y libre) (Carosio, p.11).

En los años 2010, 2011 y siguientes se hicieron varias propuestas desde la organización *Araña Feminista* para el Código Penal proponiendo la despenalización del aborto hasta la semana 12, y hasta la 20 si se tratara de un embarazo producto de una violación, o con malformación fetal o que peligrase la vida de la mujer embarazada. Sin embargo, como dice Alba Carosio (2015, p.12), fueron muchos los esfuerzos pero estos no han podido impactar en la opinión pública ni en el interés popular.

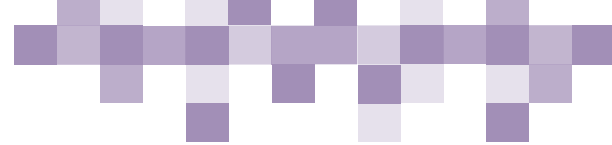
Finalmente, en el año 2018 presentamos como organización Faldas-r (2020) ante la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia una acción de nulidad de los artículos del Código Penal que criminalizan el aborto (430, 431, 433 y 434). Hasta el día de hoy ni siquiera ha sido admitida la acción, respuesta que según la Ley debe ofrecerse en cinco días hábiles.

A pesar de un recorrido de casi cuarenta años en materia legal relacionado con la despenalización y legalización del aborto, en Venezuela no ha habido avances considerables. Sin embargo, podemos afirmar que el debate social se viene aperturando gracias a los avances de la región como a los propios del país que han permitido la ampliación de derechos de sectores minorizados como los de la sexo género diversidad.

"A PESAR DE UN RECORRIDO DE CASI CUARENTA AÑOS EN MATERIA LEGAL RELACIONADO CON LA DESPENALIZACIÓN Y LEGALIZACIÓN DEL ABORTO, EN VENEZUELA NO HA HABIDO AVANCES CONSIDERABLES."

Desde la Línea Aborto: Información Segura garantizamos un derecho fundamental, el de la información. En Venezuela el artículo 76 de la Constitución Nacional 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.



Estos son derechos que nuestra legislación reconoce y que cada una de las personas que formamos parte de la colectiva defiende y practica. Vemos cómo las propuestas por despenalizar que se han presentado en nuestro país se centran en la despenalización o legalización del aborto médico u hospitalario. Nuestra práctica, así como la de diversas colectivas y organizaciones de acompañantes en el continente, demuestra que el aborto farmacológico y autogestionado es un procedimiento seguro que también debe ser legal para que las mujeres y personas gestantes tengan la posibilidad de interrumpir sus embarazos de forma libre, autónoma y acompañada.

Sabemos que aún queda camino por recorrer, derechos por conquistar y que mediante nuestro trabajo y el de muchos otros compañeros vamos allanando el camino por un aborto legal.

2020 CONTEXTO NACIONAL

El año 2020 merece un apartado especial en este Informe por dos razones, la primera y conocida por todo el mundo es la pandemia en la que aún nos encontramos; la segunda es que, por primera vez, en nuestros diez años de facilitar el servicio de información sobre aborto con medicamentos tuvimos que detener nuestra atención.

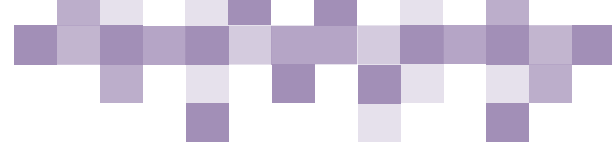
COVID-19

El 13 de marzo de 2020, el gobierno venezolano decretó oficialmente el Estado de Alarma en todo el territorio nacional con el objetivo de poner en resguardo la salud de la ciudadanía, a través del decreto 4.160 estableciendo una serie de medidas preventivas que incluían desde indicaciones para la movilidad dentro del territorio nacional hasta la prohibición de funcionamiento de determinados comercios e instituciones. A partir de esa fecha podemos afirmar que nuestra cotidianidad cambió por completo.

"SEGÚN LA OMS LOS SERVICIOS RELACIONADOS A LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA SON DE CARÁCTER ESENCIAL, Y POR EXPERIENCIA EN EPIDEMIAS PASADAS AFIRMA QUE EL ACCESO A ESTOS SERVICIOS SE HA DIFICULTADO EN EL PRESENTE CONTEXTO."

Según la OMS los servicios relacionados a la salud sexual y salud reproductiva son de carácter esencial, y por experiencia en epidemias pasadas afirma que el acceso a estos servicios se ha dificultado en el presente contexto. Esta situación puede generar un aumento considerable de muertes maternas por embarazos no deseados, abortos inseguros y partos con complicaciones sin la asistencia necesaria⁴.

⁴ "Incluso una reducción del 10% en estos servicios podría resultar en unos 15 millones de embarazos no deseados, 3,3 millones de abortos en condiciones de riesgo y 29 000 muertes maternas adicionales durante los próximos 12 meses" (OMS, 2020b, p. 29).



A continuación, presentaremos algunos de los resultados de dos organizaciones venezolanas arrojados en informes de investigación, realizados en el 2020, sobre la relación de los efectos que podrían estar causando las medidas tomadas por la pandemia del COVID-19 y la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres. Estos informes nos sirven para delinear una parte del peculiar escenario que vivimos en el 2020 desde nuestra colectiva hasta en nuestra atención telefónica brindando el servicio de Línea Aborto: Información Segura.

La Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa -AVESA- (2020) realizó un estudio sobre el impacto que ha tenido el contexto “en las necesidades de salud sexual y reproductiva y el acceso a servicios de las mujeres en edad reproductiva” (p.6). A través de entrevistas a 225 mujeres en edad reproductiva y a 68 centros de salud de zonas centrales del país, algunos datos que nos llaman la atención son:

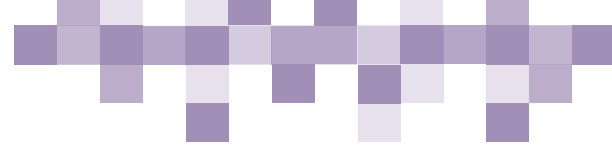
En relación al uso de métodos anticonceptivos:

1. La tasa de prevalencia⁵ de uso de métodos anticonceptivos fue de 49,8 %. “Esta tasa está muy por debajo de la reportada para la región de América Latina y el Caribe, que es 74 (UNFPA, 2019), así como de la reportada para la República Bolivariana de Venezuela, que es 56” (p. 20).
2. “La necesidad insatisfecha de anticoncepción se define como el porcentaje de aquellas mujeres activas sexualmente cuyos embarazos fueron no deseados o inoportunos y de las mujeres fértiles que no están usando anticonceptivos y que desean prevenir el embarazo o posponer el siguiente por lo menos dos años, o que están indecisas acerca de si tener otro hijo o cuándo hacerlo.” (p. 24)

Este indicador en el periodo estudiado aumentó de 11 puntos en el 2019 a 30,7; estos números son un reflejo de las barreras que tienen las mujeres en la libertad de elegir sobre su reproducción, lo que trae aparejado embarazos no deseados y abortos inseguros.

3. Capacidad de compra de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres entrevistadas: “el 43,6% señala que sí puede hacerlo, el 26,7% está en capacidad de hacerlo a veces y el 29,7% no puede” (p. 26).
4. Información sobre métodos anticonceptivos. El estudio arroja que quienes afirman tener información suficiente sobre el tema son las mujeres mayores de 19 años, en cambio el 60% de las niñas de 10 a 14 años declaran que su nivel de información es “insuficiente” o “nulo” y el 31% de las adolescentes entre 15 y 19 años declara que es “insuficiente” su nivel de información. Como fuente de información, las mujeres señalan en primer lugar las instituciones educativas u organizaciones, en segundo lugar la orientación médica, luego el entorno familiar, internet, redes sociales y consejos de amigas.

⁵ La tasa de prevalencia se define como el porcentaje de mujeres entre 15 a 49 años que declara estar usando algún método anticonceptivo o que su compañero lo esté usando.



Con respecto a los Centros de Atención Primaria de Salud, afirman que desde el año 2018 la oferta ha sido limitada en lo referente a planificación familiar (se redujo en un 17.85%) y control prenatal (se redujo en un 17.24%) (p. 47).

Por su parte, el Centro de Estudios de Derechos Sexuales y Reproductivos -CEDESEX- (2020) realizó una investigación sobre el acceso a la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres en el contexto de la pandemia por COVID-19. En el mes de mayo de 2020 realizaron una encuesta a 479 mujeres en edad reproductiva provenientes de 23 entidades federales con mayoría en Aragua, Carabobo, Distrito Capital, La Guaira y Miranda.

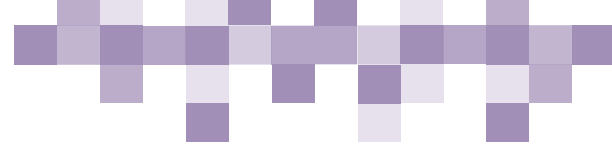
De la información desarrollada en el citado informe, resaltamos lo siguiente:

1. La categoría “conocimiento sobre métodos anticonceptivos” contempla información relativa al grado de conocimiento y acceso a información de métodos anticonceptivos, así como tipos y uso (p.33). La mayoría de las mujeres entrevistadas dan cuenta que la información con la que cuentan fue recibida en las instituciones educativas.

En relación al contexto impuesto por el COVID-19 (p. 40 y ss.):

2. Con el comienzo de las diversas restricciones consecuencia de la pandemia, las mujeres notaron el cese de las jornadas realizadas por el Estado de dotación de métodos anticonceptivos, además la situación económica las limitaba a la asistencia a centros privados por sus altos costos. Los servicios de salud sexual y reproductiva cesaron en la cuarentena.
3. Otras de las limitaciones en tiempos de cuarentena son las restricciones en la movilización y el uso del transporte público, los horarios reducidos de las farmacias y de los centros de salud que podían encontrar en funcionamiento.
4. El acceso a los métodos anticonceptivos: una de las dificultades más mencionadas fue su elevado costo, que si bien es una situación que se viene presentando antes de la pandemia a partir de esta, muchas mujeres debieron asumir otras prioridades como por ejemplo alimenticias, que desplazaban el cuidado de su salud sexual y reproductiva. Además, ha disminuido el abastecimiento de métodos anticonceptivos por parte del sector público en misiones como Barrio Adentro.

En términos cuantitativos, 68% de las encuestadas informaron utilizar algún método anticonceptivo, de este total un 67% afirma haber tenido dificultades en encontrarlo debido a la cuarentena. Estas dificultades desglosadas son: económicas (53%), obstáculos de movilidad (20%), escasez del método utilizado en el mercado (15%) y por último dificultades de los proveedores de anticonceptivos para continuar distribuyéndolos (10%).



5. Atención en salud sexual y salud reproductiva: "Del universo de las mujeres encuestadas, doscientas veintisiete (227) mujeres, es decir 47%, declararon haber experimentado alguna alteración ginecológica, menstrual u hormonal, un embarazo no planificado u otra situación en salud sexual o reproductiva (catorce (14) mujeres (3%) tuvieron un embarazo no planificado)." (p. 61)
6. Del total de las mujeres encuestadas un 85% considera lo siguiente: "La cuarentena social podría aumentar los embarazos no deseados y del mismo modo, cuatrocientas cuarenta (440) encuestadas (92%) consideran que debería crearse una política diferenciada para la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos en tiempos de aislamiento social." (p. 63)

SITUACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DURANTE EL 2020

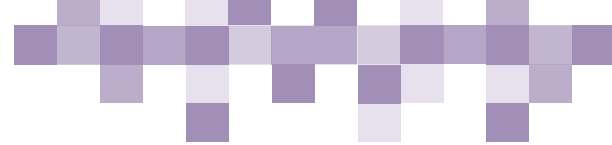
El año 2020 nos enfrentó con nuevos desafíos a nivel organizativo, si bien el servicio de la Línea no implica presencialidad, reuniones internas y otras tareas como talleres tuvieron que verse pausadas. Al inicio de la cuarentena, por marzo-abril, comenzamos a notar diferencias en las llamadas, se buscaba más acompañamiento de nuestra parte a pesar de estar detrás de una línea telefónica.

También las problemáticas que nos presentaban las mujeres cambiaron, al encontrarse confinadas en sus hogares no siempre se encontraban seguras para realizar el procedimiento, ni con los medios suficientes para acceder a los exámenes para confirmar el embarazo, o con la posibilidad de moverse debido a las limitaciones aplicadas por la cuarentena. Nosotras y nosotres sentíamos que en este momento más que nunca teníamos que estar allí para nuestras usuarias, ante la ausencia de otros apoyos presenciales estaba la Línea que apoyaba como siempre desde la escucha.

"EN OCTUBRE DE 2020 DEJAMOS POR PRIMERA VEZ EN NUESTROS DIEZ AÑOS DE ATENDER LA LÍNEA. LA PAUSA FUE DE TRES MESES DEL 2020, RETOMANDO LA ATENCIÓN EN FEBRERO DE 2021."

En este contexto, donde evaluamos lo prioritario de nuestro servicio nos vemos obligadas a pausarlo; en octubre de 2020 dejamos por primera vez en nuestros diez años de atender la Línea. La pausa fue de tres meses del 2020, retomando la atención en febrero de 2021.

Pese a que el Comité de Derechos Humanos (2015) reconoció con satisfacción la afirmación del Estado venezolano de que las disposiciones penales relativas al aborto no se aplican en la práctica; como fue de público conocimiento, en el mes de octubre de 2020 es privada de libertad en Mérida una compañera feminista por el acompañamiento en la interrupción de un embarazo producto de una violación de una adolescente; poniendo en evidencia que sí hay prácticas, como la del acompañamiento que son susceptibles a ser penalizadas



Los cargos imputados fueron asociación para delinquir y aborto procurado agravado. El caso tuvo eco en los medios de comunicación nacionales e internacionales. Puso sobre la mesa el debate sobre la legalidad e ilegalidad del aborto, sobre el acompañamiento a mujeres que deciden abortar, sobre los derechos humanos de las mujeres, niñas y adolescentes.

En esos meses recibimos muchos mensajes por diversos medios los cuales no pudimos atender, por el cuidado de la seguridad de cada una de las personas que formamos la colectiva Faldas-r tuvimos que suspender la atención.

Nosotras ofrecemos un servicio que brinda información certera, otorgada por la OMS sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Aunque el aborto, en la mayoría de los casos, sea ilegal en Venezuela, obtener información segura y confiable es un derecho humano fundamental. En este sentido, no tendríamos porqué ser coaccionadas a limitar nuestro servicio. Un servicio que, luego de diez años, tenemos la certeza: salva vidas.

Este hecho nos reitera la necesidad de avanzar en la despenalización y legalización del aborto, en que haya políticas públicas que protejan los DSDR de las mujeres, niñas y adolescentes. Avanzar en la garantía de todos nuestros derechos; permitir que niñas sean madres es legitimar violaciones; negarle el aborto a mujeres que no desean ser madres es violar su autonomía y decisión sobre cuándo y cómo tener sus hijos. Saludamos que nuestra compañera de lucha se encuentra en este momento en libertad plena, esperamos sea un precedente que permita tomar conciencia en torno a la vulnerabilidad en la que se encuentran tanto los DSDR de las niñas, adolescentes y mujeres, así como de las defensoras de ellos.

"SALUDAMOS QUE NUESTRA COMPAÑERA DE LUCHA SE ENCUENTRA EN ESTE MOMENTO EN LIBERTAD PLENA, ESPERAMOS SEA UN PRECEDENTE QUE PERMITA TOMAR CONCIENCIA EN TORNO A LA VULNERABILIDAD EN LA QUE SE ENCUENTRAN TANTO LOS DSDR DE LAS NIÑAS, ADOLESCENTES Y MUJERES, ASÍ COMO DE LAS DEFENSORAS DE ELLOS."



METODOLOGÍA

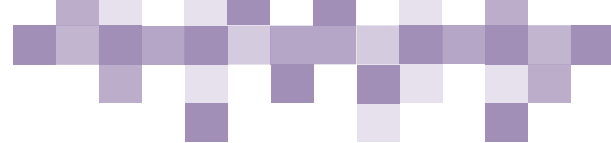
El presente informe es un producto anual que venimos realizando de forma constante y periódica desde el año 2018, procesando la data desde el año 2015 (aunque para el 2013 publicamos por primera vez datos procesados de la atención telefónica que comenzamos en 2011). La hechura de nuestro informe estadístico se va afinando con los años, este proceso de investigación ha sido para nosotres un proceso escuela que va demandando cada año mayor participación y manejo de la estadística de nuestra parte, aun cuando contemos con asesorías o personas que nos apoyen con el procesamiento.

Continuamos con la metodología que hemos sabido construir en nuestros años de práctica⁶. Se trata de un análisis de estadística descriptiva cuya muestra si bien no es representativa de la totalidad de mujeres y de personas con capacidad de gestar que efectivamente abortan en Venezuela, sí se trata de la totalidad de quienes abortan con nuestra información y acompañamiento telefónico. Desde una mirada feminista nuestro trabajo es situado en la realidad de las personas que asistimos, y a la vez forma parte de la retroalimentación en la formación interna como acompañantes desde la escucha de quienes han decidido abortar.

Brindamos información segura respaldada por la OMS y a su vez respaldada por la práctica de otras colectivas de atención y acompañamiento de la región con las que estamos en constante diálogo. Nuestro protocolo de atención continúa dividido en dos, siendo la forma más efectiva que hemos encontrado para apoyar de la mejor manera a las personas que se comunican. 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, 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 recabada con fines estadísticos.

**"BRINDAMOS INFORMACIÓN SEGURA
RESPALDADA POR LA OMS Y A SU VEZ
RESPALDADA POR LA PRÁCTICA DE OTRAS
COLECTIVAS DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO
DE LA REGIÓN CON LAS QUE ESTAMOS EN
CONSTANTE DIÁLOGO."**

⁶ Lo que aquí se presenta es una síntesis de nuestra metodología ya explicada en los informes anteriores (ver Faldas-r, 2020), además de resaltar los últimos cambios que hemos realizado.



El tiempo de registro fue desde enero del 2020 hasta el 15 de octubre del mismo año, en ese tiempo se realizaron las encuestas, insumo principal para la hechura de este informe, a quienes se comunicaron con la Línea Aborto: Información Segura para obtener información de cómo interrumpir su embarazo.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE VARIABLES

Como en los años anteriores, en ambos casos aplicamos una encuesta que nos brindó la información que, procesada, en el presente informe compartimos. En total fueron 19 variables analizadas, 10 de ellas se desprendieron de las preguntas realizadas en la primera llamada y 9 de las respuestas de una segunda llamada.

PRIMERA LLAMADA

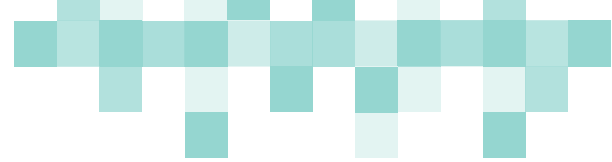
1. Cantidad de llamadas (distribuidas por mes y promedio de llamadas diarias).
2. Procedencia de llamadas.
3. Edad.
4. Semanas de gestación.
5. Ocupación.
6. Nivel de instrucción.
7. Uso de anticonceptivos en la relación que provocó el embarazo.
8. Realización de protocolo previo.
9. Cómo contactó a la Línea.
10. Opinión sobre la legalidad del aborto.

SEGUNDA LLAMADA

11. Ingresos económicos mensuales.
12. Opinión de la pareja sobre la decisión de abortar.
13. Sensación de acompañamiento en la decisión.
14. Acompañante en la decisión de abortar.
15. Presencia de hijos.
16. Tipo de MAC.
17. Costo de pastillas.
18. Experiencia de aborto en la vida de las mujeres y personas gestantes.
19. Razones para abortar.

RESULTADOS





LA ATENCIÓN TELEFÓNICA

DISTRIBUCIÓN MENSUAL Y TASA DIARIA DE LLAMADAS

Durante el año 2020 atendimos 781 llamadas. Fueron 619 mujeres y personas gestantes que se comunicaron con nosotras para recibir información (protocolo a) y 162 nos llamaron por segunda vez con el medicamento a la mano (protocolo b). El gráfico 1 muestra la cantidad de llamadas por mes durante el 2020: los meses con mayor número de llamadas fueron enero y julio, mientras que los meses de febrero y mayo los de menor número de llamadas.

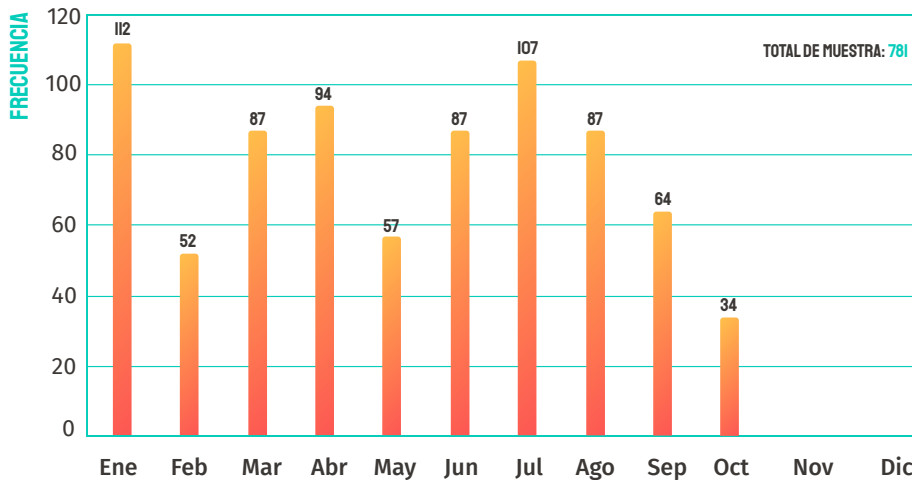


GRÁFICO I. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE LLAMADAS. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia

La tendencia de llamadas por mes es similar a la de años anteriores exceptuando el último trimestre. A partir del 15 de octubre debido a la suspensión del servicio por las razones de seguridad expuestas anteriormente, estimamos se dejaron de atender un aproximado de 187 llamadas, proyectando el número de llamadas recibidas en ese período durante el año 2019.

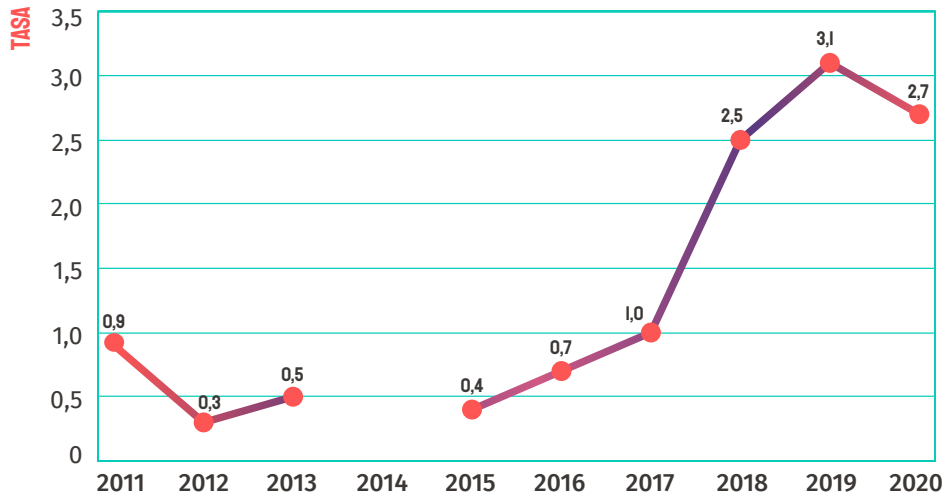
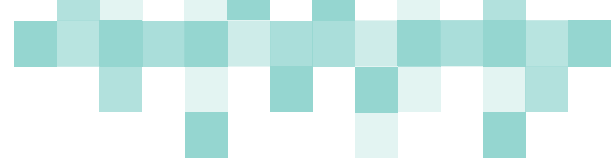
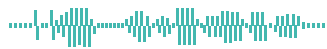


GRÁFICO 2. TASA DIARIA DE LLAMADAS DESDE 2011 HASTA 2020 (NO INCLUYE 2014). VENEZUELA.

Fuente: elaboración propia

En términos generales para el año 2020 se atendieron 2,7 llamadas diarias, mientras que para 2019 este número fue de 3,1 llamadas por día. Aunque hubo una caída en el número de llamadas, se continúa por encima de la tasa de llamadas recibidas en el 2018, así como de los años anteriores. Este descenso, con respecto al 2019 en la tasa diaria de llamadas, podría interpretarse como resultado de la pandemia, lo que implicó una reducción de nuestras actividades públicas y de interacción con las comunidades, por lo que se vio afectada la difusión del número y formas de acceder a los servicios de la Línea.

PROCEDENCIA DE LAS LLAMADAS

Durante el 2020 seguimos constatando la tendencia observada desde nuestros primeros registros en la Línea (2015): la correlación directa entre los estados con mayor concentración poblacional y el número de llamadas recibidas. Estos estados: Dto. Capital, Miranda, Aragua y Carabobo, cuentan con centros urbanos relevantes poblacionalmente, lo que significa que tienen un mejor acceso a bienes de consumo como telefonía e internet a diferencia de zonas rurales y periféricas de estados en el interior del país que no cuentan con el mismo acceso.

El 73% de los casos atendidos en 2020 llegaron a nosotras mediante redes sociales. Esto precisamente está relacionado a esta distribución, que nos indica el poco alcance que tiene la Línea Aborto: Información Seguro en zonas con dificultad para acceder a servicios de telefonía, internet y electricidad.



No recibimos ninguna llamada de estados como Amazonas, Delta Amacuro y muy pocas llamadas de los estados Apure, Cojedes, Yaracuy y Bolívar. Estados como Mérida, Zulia y Lara continúan siendo importantes, tendencia que venimos registrando desde hace varios años y que relacionamos con la presencia de militantes de nuestra organización, así como de organizaciones feministas que cuentan con una acción sostenida en visibilizar la realidad del aborto en Venezuela.

PORCENTAJE DE LLAMADAS
LÍNEA ABORTO: INFORMACIÓN
SEGURA, AÑO 2020

TOTAL DE MUESTRA: 619

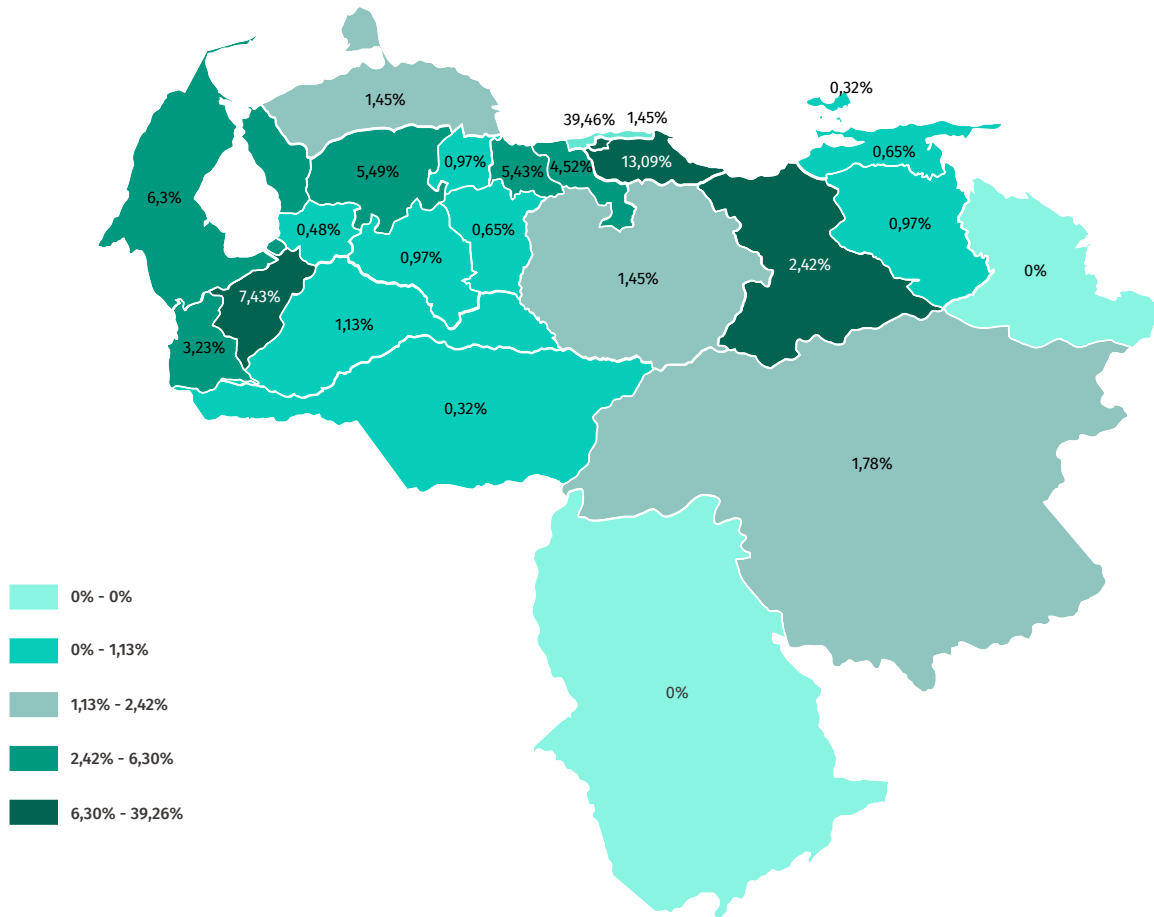


GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS LLAMADAS EN EL TERRITORIO. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia



ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD

En el año 2020 las mujeres y personas gestantes entre 20 y 25 nos llamaron con mayor proporción; 38% del total. Seguido de aquellas que agrupamos entre 14 y 19 años (20%) y entre 26 y 31 años de edad (20%). Este dato nos permite visibilizar la edad de mayor incidencia del aborto, información que puede ser de utilidad para la creación de políticas públicas y proyectos destinados a este grupo etario y a los de mayor incidencia de la muestra.

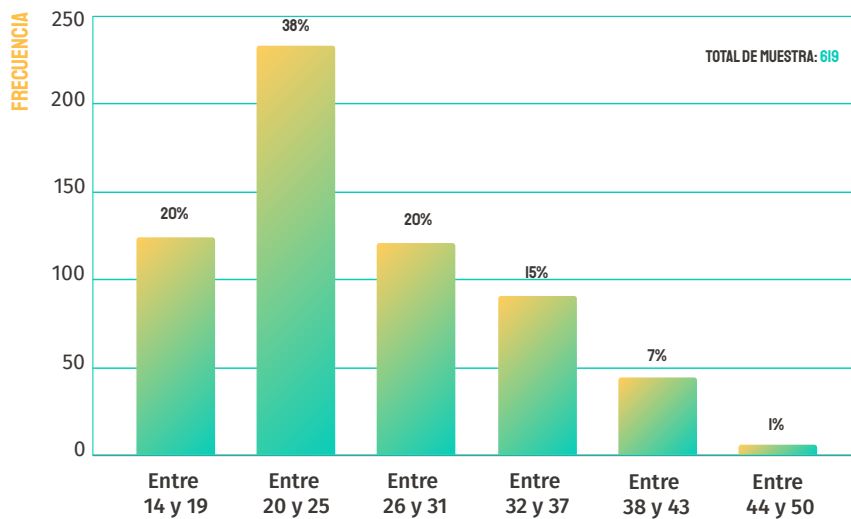


GRÁFICO 4. EDADES DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia

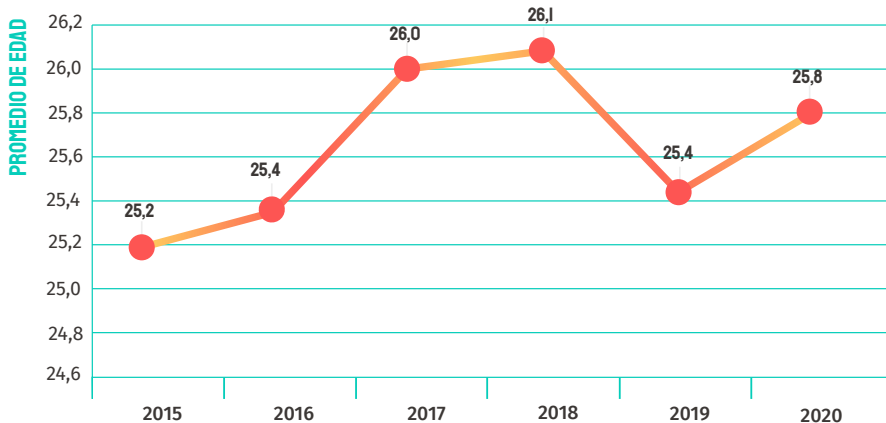


GRÁFICO 5. EDAD PROMEDIO DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES QUE LLAMARON ENTRE LOS AÑOS 2015 Y 2020. VENEZUELA.

Fuente: elaboración propia



La edad promedio de las mujeres y personas gestantes que nos llaman sigue siendo entre 25 y 26 años de edad. Para este 2020 se registró una media de 25,8 años.

OCUPACIÓN, NIVEL DE INSTRUCCIÓN E INGRESOS

El 42% del total de casos atendidos visibilizó que realiza un trabajo rentado frente a un 24% que solo estudia. Un 12% reconoció trabajar y estudiar y un 9% expresó dedicarse solo al cuidado doméstico. Si bien sólo un 1% de las personas atendidas reconocieron realizar trabajo doméstico al mismo tiempo que el estudio y tener un trabajo rentado, consideramos que la mayoría de las mujeres realiza labores domésticas pero que son invisibilizadas por la narrativa social que hay al respecto.

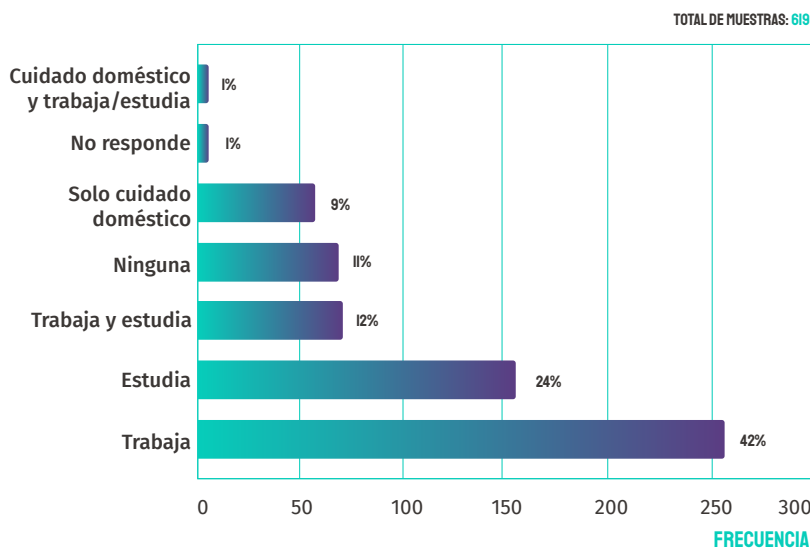


GRÁFICO 6. OCUPACIÓN DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES. VENEZUELA, 2020.

Fuente: elaboración propia

El 67% de las mujeres y personas gestantes que nos llamaron durante el 2020 expresó haber pasado por instancias educativas medias. Un 27% cursó estudios universitarios o de posgrado. Un 3% de los casos solo culminó la primaria.

En una segunda llamada verificamos que el 71% de las mujeres y personas gestantes percibía ingresos mensualmente, mientras que un 20% reportó no percibir ingresos y un 7% encontrarse en situación de dependencia económica.



Del universo de quienes reportaron percibir ingresos, el 45% indicó recibir entre uno y dos salarios mínimos, lo que en 2020 se traducía en nuestro país entre 5\$ y 12\$ mensuales (gráfico 7). Seguidamente un 31% indicó percibir de tres a cuatro salarios mínimos (14\$ a 18\$).

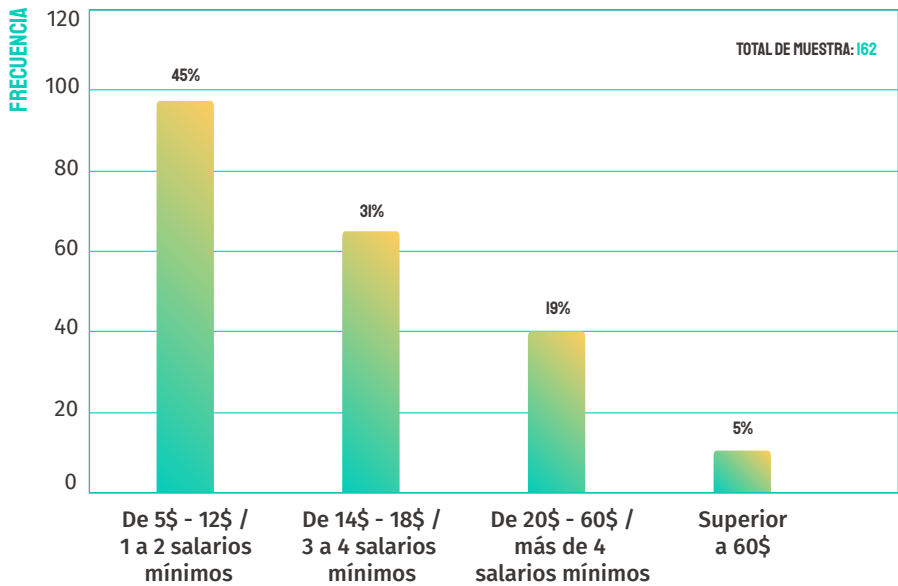


GRÁFICO 7. INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES QUE FUERON ATENDIDAS EN SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia

En el 2019 solo un 12% de los casos atendidos percibía más de cuatro salarios mínimos, mientras que en 2020 esta cifra aumentó a un 19% de quienes ganaban más de cuatro salarios, esto es, de 20\$ a 60\$ al mes.

Quienes reportaron ingresos superiores a cuatros salarios nos indicaron que los mismos fueron en dólares, llegando a ganar algunas más de 100\$ mensuales. Esta es otra diferencia importante con el año 2019 en el que, pese a que ya circulaban dólares en el país, las mujeres y personas gestantes que nos llamaron reportaron ingresos en moneda local. Para el año 2020 la presencia de salarios en dólares fue mucho más frecuente.



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

LA MATERNIDAD EN LAS MUJERES QUE ABORTAN

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 uno y cuatro hijos. La mayoría de ellas, un 32%, es madre de un hijo.

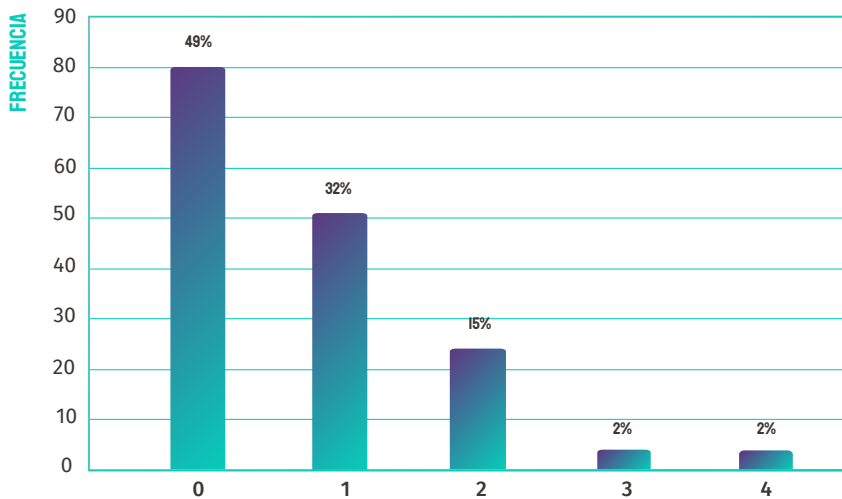
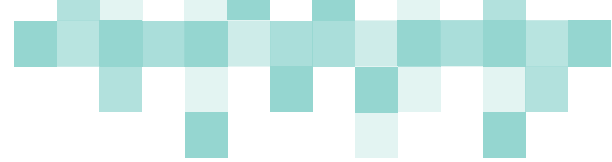


GRÁFICO 8. NÚMERO DE HIJES DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES QUE FUERON ATENDIDAS EN SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia

SEMANAS DE GESTACIÓN

Las mujeres y personas gestantes que nos llaman por primera vez tienen en su mayoría hasta la semana 12 de embarazo, esto es así para el 90% de los casos. De estos el mayor porcentaje (74%) se encuentra entre la 4ta y la 9na semana siendo el promedio 7,7 semanas de embarazo. En una segunda llamada, teniendo el medicamento a la mano, el 92% de los casos se sigue encontrando en menos de 12 semanas estando el promedio en 8,5 semanas de gestación. A partir de este dato inferimos que las mujeres y personas gestantes tardan aproximadamente una semana o un poco menos (0,8) en conseguir el medicamento para abortar.



ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El uso de anticonceptivos en las mujeres y personas gestantes que nos contactan, como en años anteriores, es alto en comparación con el imaginario que hay sobre quienes deciden abortar. En el 2020 registramos un 29% de casos que expresaron haber utilizado MAC en la relación que provocó el embarazo (gráfico 9) y un 69% de casos en la categoría de no haberlos utilizados. Un 2% expresó no haberlos utilizado por haber sufrido abuso sexual.

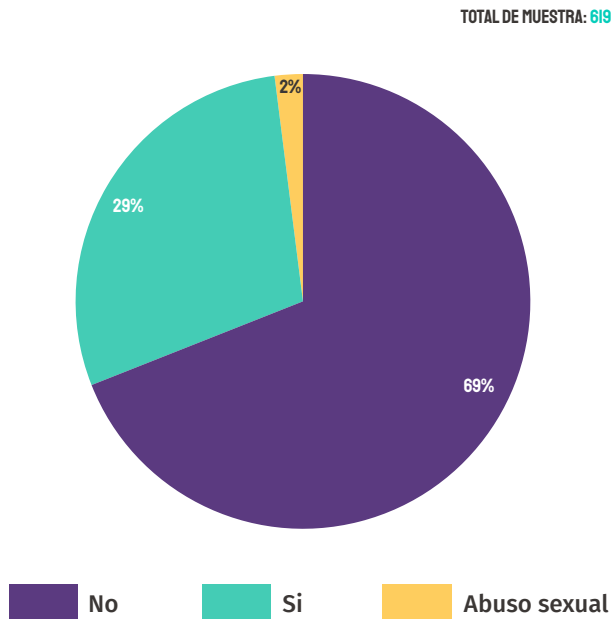


GRÁFICO 9. USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA RELACIÓN QUE PROVOCÓ EL EMBARAZO. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia

Este año registramos un número mayor en la categoría “No utilizó MAC” la cual muestra un incremento del 3.5% con respecto al 2019. Esto se debe a que, a diferencia de años anteriores, decidimos agrupar en esta categoría los casos en los que las mujeres expresan haber usado como método anticonceptivo el “método del ritmo”, “temperatura” o la “pastilla del día después”. Nos parece importante comenzar a diferenciar estos métodos de los MAC entre otras razones por su incapacidad para prevenir embarazos no deseados.

Este porcentaje de casos atendidos que no utilizaron MAC en la relación que provocó el embarazo (69%) nos parece significativo y refleja una realidad en donde a las mujeres y cuerpos gestantes se les dificulta acceder y obtener algún MAC.



La ya citada Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas en Beijing nos habla ciertamente del derecho humano de la mujer de tener control en “cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones” (ONU, 1996, párr. 96); en este sentido consideramos necesaria y urgente una política integral por parte del Estado para garantizar el acceso de mujeres y personas gestantes a métodos anticonceptivos. Durante el 2020, siguiendo el análisis de los informes citados de CEDESEX (2020) y AVESA (2020) las mujeres notaron el cese de las jornadas realizadas por el Estado de dotación de métodos anticonceptivos, además la situación económica las limitaba a la asistencia a centros privados por sus altos costos. Los servicios de salud sexual y reproductiva cesaron en la cuarentena.

Otras restricciones para las mujeres y personas gestantes son: costos elevados, problemas de movilización, horarios reducidos de centros de salud y farmacias, falta de información, etc.

Por otro lado, debido a que observamos que el acceso a MAC para mujeres y personas gestantes es limitado por diversas razones, desde Faldas-r hemos desarrollado una estrategia de incidencia y sensibilización en torno a los DSDR con procesos formativos en comunidades llamada la Ruta por la Sexualidad Responsable y Placentera⁷, en la que trabajamos con herramientas de educación popular, formación desde una perspectiva feminista, incorporando el aborto como parte de los DSDR de las mujeres y personas gestantes. Además la Ruta nos permite la distribución de anticonceptivos en zonas urbanas y rurales de varios territorios del país.

La mayor cantidad de casos que reportaron no usar anticonceptivos en la relación que provocó el embarazo se encontraban entre los 20 y 25 años de edad seguido de las mujeres y personas gestantes entre 26 y 31 años y 14 y 19 años (gráfico 10).

Es importante resaltar que de los casos de abuso sexual que recibimos en la Línea el 50% se presentaron en mujeres de 20 y 25 años de edad, mientras que un 30% fueron adolescentes de 14 a 19 años. Este último dato nos alarma por ser el grupo con menor edad que nos contacta el que continúa sufriendo el flagelo de la violencia sexual en mayor proporción.

⁷ Más información sobre la Ruta por la Sexualidad Responsable y Placentera se puede encontrar en nuestra página web: <https://faldas.red/#ruta>

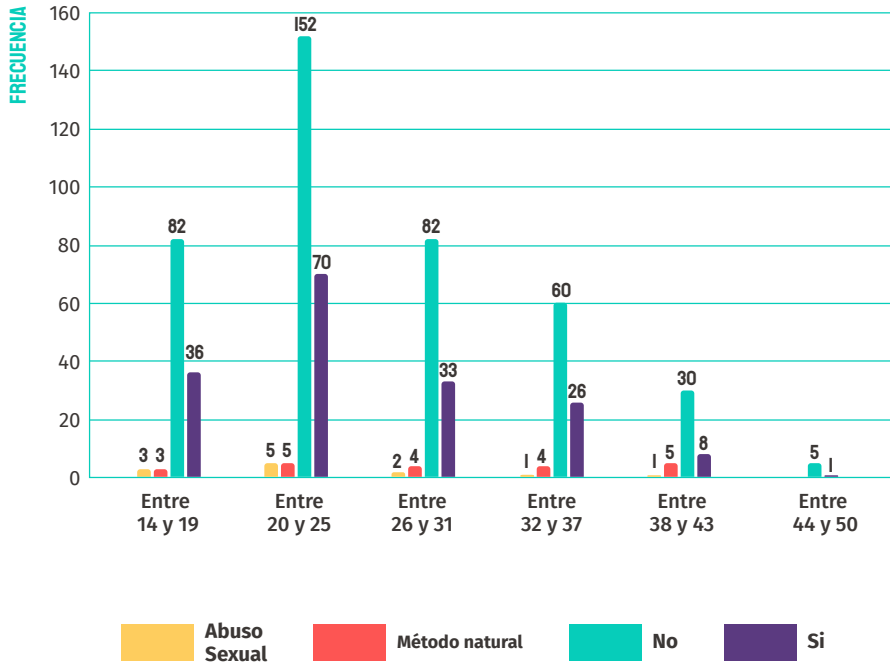
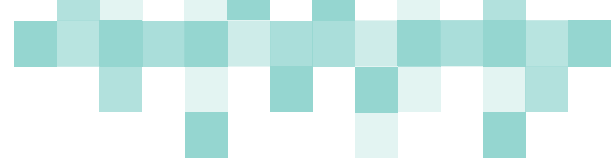
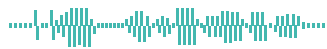


GRÁFICO 10. VÍNCULO ENTRE USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA RELACIÓN QUE PROVOCÓ EL EMBARAZO Y EDAD. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia

En una segunda llamada las mujeres y personas gestantes compartieron con nosotras los tipos de anticonceptivos que suelen usar. Dentro de los más utilizados (gráfico 11), encontramos el condón masculino (27%), seguido por las pastillas anticonceptivas (13%), y en menor grado, los anticonceptivos hormonales como el anillo, parche o inyección hormonal.

El condón masculino es usado en su mayoría por quienes se encuentran entre 20 y 25 años de edad, las pastillas anticonceptivas fueron reportadas con mayor proporción por quienes tenían entre 32 y 37 años. El llamado “método de calendario” es reportado en su mayoría por mujeres de 26 a 31 y de 32 a 37.

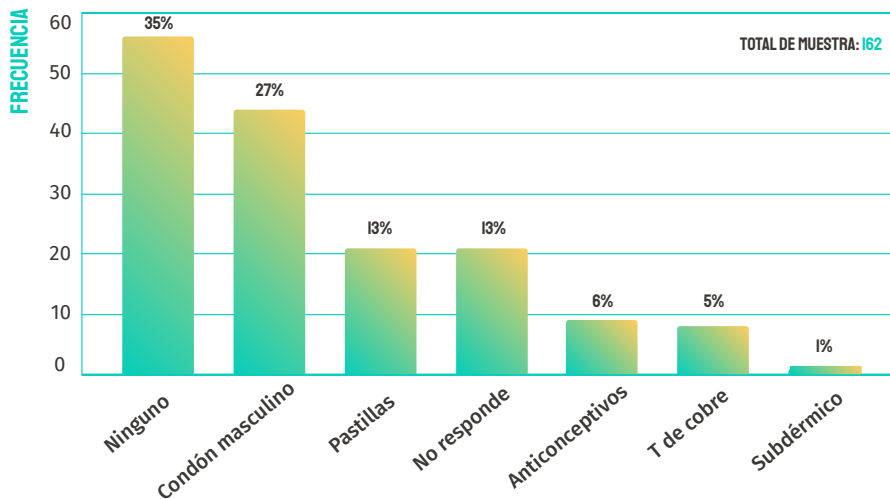


GRÁFICO 11. TIPO DE ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR PARTE DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES QUE FUERON ATENDIDAS EN SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia



DEL PROCESO DE ABORTO

PROCEDIMIENTOS ABORTIVOS PREVIOS

Para el 85% de las mujeres y personas gestantes que nos llamaron en 2020 la Línea fue su primer contacto con información sobre aborto con pastillas. Esto no fue así para el 15% restante quienes antes de comunicarse con nosotras intentaron realizarse un protocolo de aborto con pastillas, sin éxito.

Preguntamos sobre la realización de un protocolo previo con el propósito de indagar y visibilizar los casos que antes de llegar a nosotras ya habían intentado un procedimiento de forma incorrecta (14%) o de forma correcta, pero sin lograr interrumpir el embarazo.

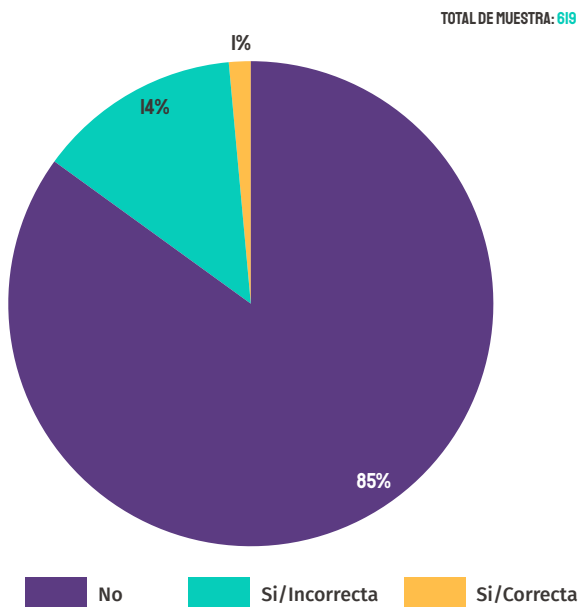
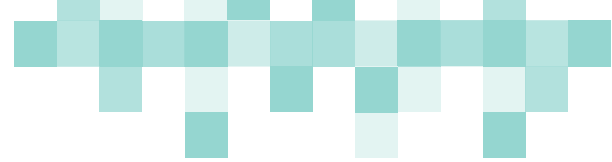


GRÁFICO 12. REALIZACIÓN PREVIA DE UN PROTOCOLO DE ABORTO. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia



ACCESO AL MEDICAMENTO ABORTIVO

Debido a la ilegalidad del aborto en Venezuela, el acceso al medicamento se ve altamente limitado. Este, entre otros elementos como el estigma, el ocultamiento y la desinformación hacen del aborto un evento potencialmente peligroso. La ilegalidad del aborto arrincona a las mujeres o personas gestantes a situaciones de inseguridad, angustia, criminalización, miedo y silencio, lo que afecta su salud mental. Por otro lado, la inmensa cantidad de información incorrecta que abunda en la web y en las redes que forman parte del mercado clandestino/especulativo de medicamentos confunde sobre la forma correcta de tomarlos, lo que redundo en que estos medicamentos sean administrados de cualquier manera y, por lo general, no les funcione.

Las mujeres y personas gestantes que nos llamaron con el tratamiento a la mano pagaron por él de 2\$ a 20\$ por pastilla. Esto significa que el costo mínimo pagado en el mercado clandestino/especulativo por un tratamiento de 12 misoprostol rondó entre los 24\$ como mínimo y 240\$ como máximo en un año en el que el 76% de quienes nos llamaron no superaban un ingreso mensual de 18\$ como muestra el gráfico 7.

EL ABORTO ACOMPAÑADO

Del porcentaje de mujeres y personas gestantes que tenían pareja (70%), el 58% de estas estaban de acuerdo con la decisión de abortar, un 6% no sabía del embarazo o de la interrupción y un 4% estaba en contra.

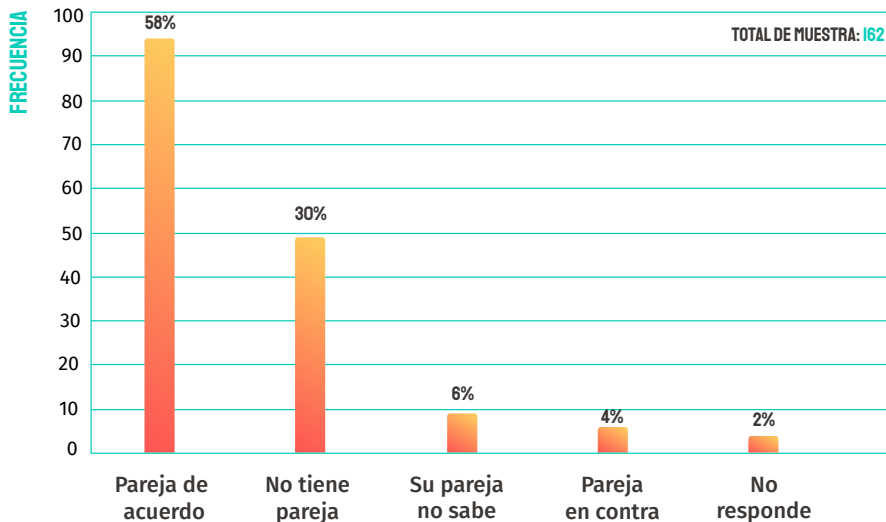


GRÁFICO 13. POSICIÓN DE LA PAREJA RESPECTO A LA DECISIÓN DE ABORTAR DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES QUE FUERON ATENDIDAS EN SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia

El 91% de las personas que atendimos en una segunda llamada compartió que se sentía acompañada en el proceso de aborto mientras que un 8% no. De quienes se sintieron acompañadas, el 51% se apoyó en su pareja (gráfico 14), un 24% por un familiar, un 8% por un amigo, amiga o amigue y un 6% por la activista de Faldas-r al otro lado del teléfono.



Desde nuestra práctica hemos corroborado que el acompañamiento y 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, 2020).

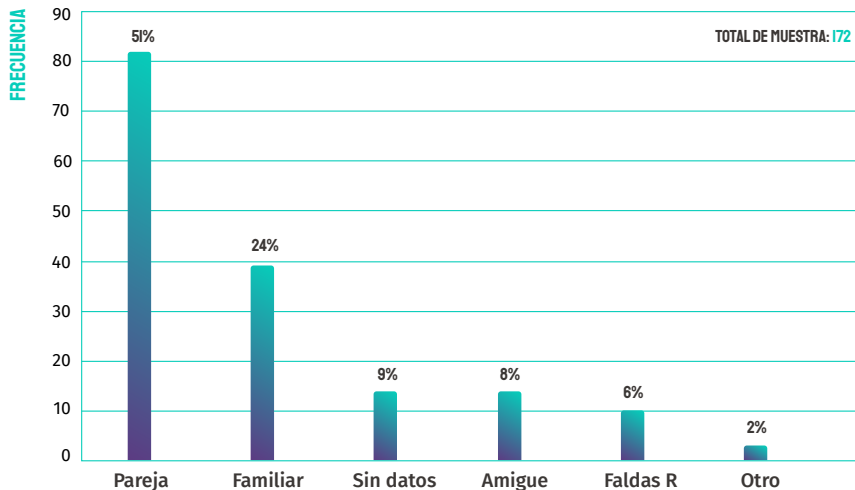


GRÁFICO 14. ACOMPAÑANTES DEL PROCESO DE ABORTO DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES QUE FUERON ATENDIDAS EN SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia

LA EXPERIENCIA DE ABORTO EN LA VIDA DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES

El aborto es una realidad cotidiana por la que atraviesan la mayoría de las mujeres y personas gestantes en el mundo al menos una vez en sus vidas. En contextos prohibitivos el aborto no sucede con menos frecuencia, del mismo modo en contextos de legalidad y protección no suceden con mayor proporción. La ilegalidad del aborto afecta la salud física y mental de las mujeres y personas gestantes que atraviesan este proceso con la carga que el contexto imprime en ellas y ellos, pero no aumenta o disminuye su práctica.

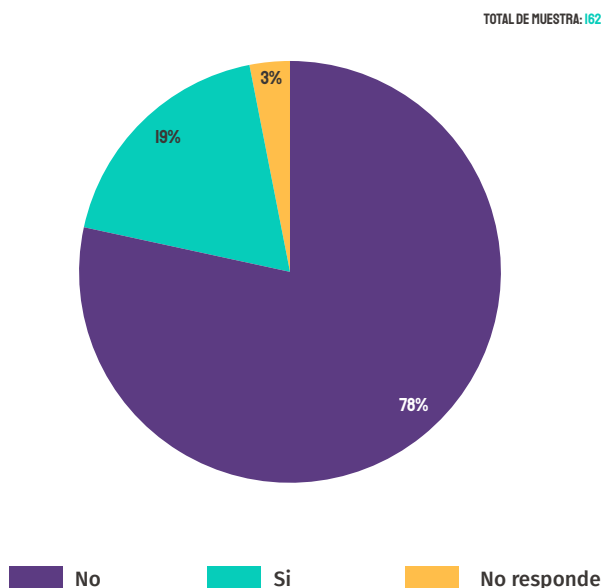


GRÁFICO 15. EXPERIENCIAS DE ABORTO EN LA VIDA DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES QUE FUERON ATENDIDAS EN SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia



Uno de los estigmas más presentes en las sociedades que penalizan el aborto es que quienes lo practican suelen abortar con tanta frecuencia que ponen en riesgo su salud. La realidad demuestra lo contrario: de las mujeres y personas gestantes que acompañamos en la segunda llamada, un 78% no había vivido antes una experiencia de aborto (gráfico 15). Solo un 19% había pasado por un proceso abortivo espontáneo o inducido.

RAZONES Y OPINIÓN SOBRE EL ABORTO

Existen tantas razones para abortar como mujeres y personas gestantes que abortan. En la mayoría de los casos no existe solo un motivo para no continuar con el embarazo, las razones son numerosas, múltiples y sumamente diversas, desde nuestra práctica de escucha consideramos que todas son válidas. En el siguiente gráfico intentamos agrupar las razones más compartidas.

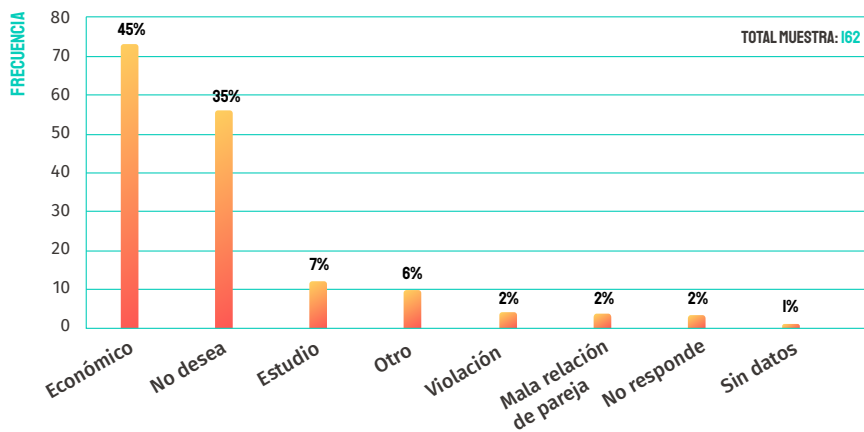


GRÁFICO 16. RAZONES PARA ABORTAR DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES QUE FUERON ATENDIDAS EN SEGUNDA LLAMADA. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia

Al igual que en años anteriores la razón económica es la más compartida (45%). Seguidamente un 35% nos dice que simplemente no lo desea, lo cual significa no estar dispuestas a modificar su proyecto de vida por la continuidad de un embarazo no deseado.

Los estudios siguen siendo la tercera razón más compartida y la violencia sexual presentó una disminución respecto al año 2019, en el que el 4% compartió que abortaba por haber sufrido violencia sexual frente a un 2% en el 2020.



El 86% de las mujeres y personas gestantes que nos llaman está de acuerdo con legalizar el aborto en Venezuela en todos los casos, solo un 7% indicó que estaría de acuerdo en algunos, sin especificar cuáles. En la categoría “Otro” ubicamos aquellas opiniones que están a favor de la legalidad del aborto en caso de violencia sexual, condición económica o que expresaron que solo les parecía válido el aborto en casos como el suyo propio.

TOTAL DE MUESTRA: 619

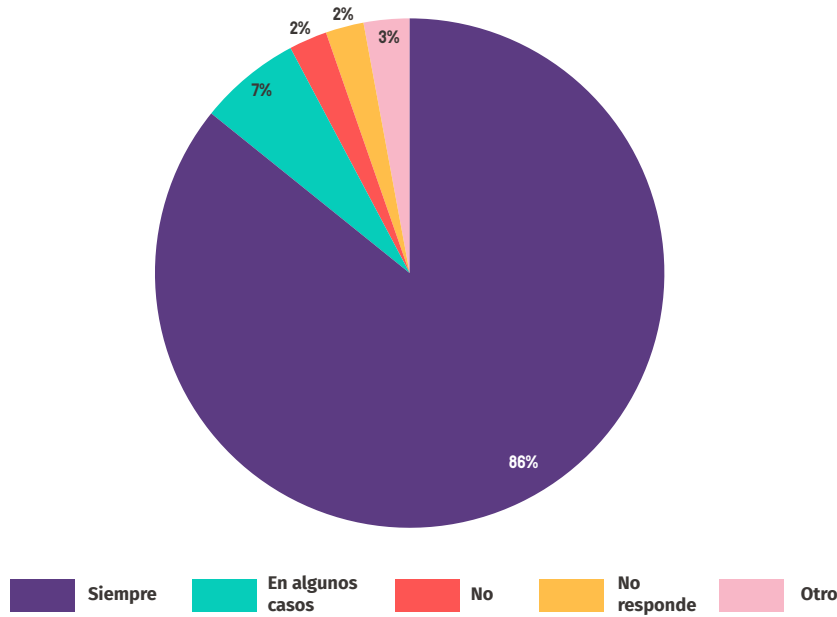


GRÁFICO 17. OPINIÓN SOBRE LA LEGALIDAD DEL ABORTO. VENEZUELA. 2020.

Fuente: elaboración propia

CONCLUSIONES

A lo largo del desarrollo de este informe hemos podido reconocer los niveles de vulnerabilidad a los que están sometidas las mujeres y personas gestantes que abortan en Venezuela, debido a la fuerte penalización legal y social que existe en nuestro país siendo uno de los contextos legales más restrictivos de Latinoamérica. Recalamos, como señala la OMS (2020a), que los abortos son más peligrosos y más frecuentes en países donde no existen servicios sanitarios adecuados, acceso regular a educación sexual integral, métodos anticonceptivos modernos, ni acceso legal al aborto, en donde además la mujer o persona gestante que decide abortar se ve sometida a situaciones de clandestinidad, angustia, criminalización y estigma.

Como hemos dicho reiteradas veces la prohibición del aborto no impide su práctica, pero sí sumerge a quienes lo practican en contextos que ponen en riesgo su salud física y mental. El aborto, cotidiano como es, sigue siendo un privilegio de clase, no solo para quienes pueden acceder a un aborto en una clínica, sino también para quienes consiguen comprar un tratamiento que puede llegar a costar 240\$, como demostraron nuestros datos en este 2020.

Considerando el marco legal restrictivo que existe en el país, es fundamental garantizar el acceso a información oportuna y al acompañamiento antes, durante y después del aborto para que quienes lo practican puedan hacerlo de manera autónoma con medicamentos. Esto es clave para contrarrestar, por un lado, la sistemática violación a sus derechos sexuales y derechos reproductivos y por el otro, para mitigar el estigma existente en torno a la práctica. El acompañamiento por parte de personas de redes afectivas y de organizaciones feministas que tengan información segura y confiable garantiza el acceso a la interrupción del embarazo en condiciones de seguridad.

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. Aclaramos además que en el caso del aborto farmacológico no se requiere de un contexto clínico para su aplicación. Desde Faldas-r apostamos a que el aborto sea una decisión que las mujeres y personas gestantes puedan llevar a cabo bien sea en clínicas, hospitales o en sus propias casas.

"ES FUNDAMENTAL GARANTIZAR EL ACCESO A INFORMACIÓN OPORTUNA Y AL ACOMPAÑAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL ABORTO PARA QUE QUIENES LO PRACTICAN PUEDAN HACERLO DE MANERA AUTÓNOMA CON MEDICAMENTOS."

RECOMENDACIONES AL ESTADO

Al igual que en años anteriores cerramos este informe con algunas recomendaciones al Estado que permitan mejorar las condiciones en las que se ejercen los derechos sexuales y derechos reproductivos en Venezuela.

Recomendamos como punto de partida 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 a continuación son por un lado las recomendaciones de los organismos internacionales expertos en la materia así como referidas por mujeres y personas gestantes en el país: 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 o persona gestante, por razones económicas, por minoría de edad y por presencia de alguna discapacidad que haga a la mujer y/o persona gestante no desear llevar a término el embarazo.

Las vías posibles para la despenalización son múltiples, desde Faldas-r sostenemos la necesidad de admitir y declarar con lugar la acción de nulidad interpuesta en el 2018 en contra de las disposiciones del Código Penal que criminalizan el aborto. Esta acción fue empujada por integrantes de Faldas-r ante la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, con la finalidad de eliminar las disposiciones 430, 431, 433 y 434, que penalizan el aborto con la sola excepción de cuando esté en riesgo la vida de la parturienta.

Además, proponemos:

LEGISLAR PARA GARANTIZAR EL DESARROLLO DE:

- **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 derechos reproductivos.
- **Atención integral de la salud sexual y reproductiva**, tomando como referencia los diagnósticos y recomendaciones de la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva.

- **Políticas sanitarias y servicios médicos que garanticen abortos seguros** por solicitud hasta la semana 12 de gestación; y **bajo la presencia de causales** a partir de la semana 13 hasta la semana 22 de gestación.

- **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.

ASEGURAR LA EXISTENCIA Y EL ACCESO DE TODAS LAS PERSONAS A:

- **Métodos anticonceptivos modernos** que permitan el disfrute efectivo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

- **Misoprostol**, actualmente incluido en la lista de medicamentos esenciales (Gaceta Oficial N° 40.777, de fecha 29 de octubre de 2015).

Recomendamos enfáticamente que se erradique por parte del Estado cualquier práctica de criminalización, persecución y acoso hacia quienes llevamos adelante procesos de acompañamiento a mujeres y personas gestantes que han tomado la decisión de interrumpir sus embarazos.

Cerramos este informe convocando al necesario debate público y libre de estigmas sobre el aborto en nuestro país, debate que venimos impulsando mujeres y feministas en Venezuela desde hace décadas y que hoy se concentran en una Ruta Verde por el derecho a decidir.

La penalización solo genera peligrosidad, miedo, culpa, vergüenza y rechazo; despenalizar nos permitirá humanizar el proceso de aborto y legislar para mejorar la vida de millones de personas en nuestro país. La despenalización social y legal del aborto es fundamental para que ninguna mujer, ninguna persona esté presa por abortar, ninguna persona esté presa por acompañar y podamos orientarnos hacia una sociedad que respete y garantice el libre ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, una sociedad que construya la maternidad y que reproduzca la vida desde el deseo y la voluntariedad, en condiciones menos desiguales.

REFERENCIAS

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.

AVESA (2020). *Impacto de la emergencia por COVID 19 en la prestación y acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Distrito Capital y estado Miranda.* Período de investigación: Octubre - Diciembre 2020 Autor. Disponible on line: <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2021/02/impacto-covid-en-ssr-dtto-capital-y-miranda.pdf>

Carosio, A. (enero-junio 2015). Editorial Mitos y Realidades sobre la interrupción voluntaria del embarazo. *Revista venezolana de estudios de la mujer. Mitos y realidades sobre la interrupción del embarazo.* Volumen 20, 9-14, N°44. ISSN 1316-3701.

Center for reproductive rights (s.f.). *The world's abortion laws.* Recuperado el 31-07-2021 de 2021 de <https://maps.reproductiverights.org/worldabortionlaws>

Faldas-r (2020). *El aborto desde la escucha. Datos para un debate urgente.* Disponible online: <https://faldas.red/informe-el-aborto-desde-la-escucha-2019/>

OMS (2020b). *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19,* 1 de junio de 2020. Disponible on line: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf Visitada el 12-04-2021

ONU (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (Beijing, 4 a 5 de septiembre de 1995), New York. UN Doc. A/CONF.177/20/Rev.1. Disponible on line: <https://undocs.org/es/A/CONF.177/20/Rev.1>

ENLACES ELECTRÓNICOS

ONU (2015). *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de la República Bolivariana de Venezuela. Distr. general 14 de agosto de 2015.* Disponible on line: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=CCPR/C/VEN/CO/4&referer=/english/&Lang=S

Boletín Oficial de la República Argentina. Ley N°27610. Acceso de la interrupción voluntaria del embarazo. Buenos Aires, Argentina, 15 de enero de 2021. Disponible on line: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115> Visitada el 31-07-2021

CEDESEX (2020). *Mujeres en Venezuela en tiempos de pandemia por COVID-19.* Autor. <https://www.cedsex.org/administrador/public/libros/Informe%20Mujeres%20de%20Venezuela%20en%20tiempos%20de%20COVID%2019.pdf>

Cepal (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo.* Montevideo 12 al 15 de agosto de 2013. Disponible on line: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/21835/S20131037_es.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

OMS (2020a). *Prevención del aborto peligroso.* Disponible on line: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion> Visitada el 12-04-2021

ONU (1995). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo,* Informe de la Conferencia 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://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

ONU (1981). *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.* Disponible on line: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>