



Venezolanas en **EMERGENCIA** 2021

Confluencia del impacto de la emergencia
humanitaria compleja y la pandemia
por COVID-19 en mujeres, niñas y adolescentes.



Asociación Civil
Mujeres en Línea



AVESA



Venezolanas en **EMERGENCIA** 2021

Confluencia del impacto de la emergencia humanitaria compleja y la pandemia por COVID-19 en mujeres, niñas y adolescentes.

Contribuciones:

Yolima Arellano

Reina Baiz

Dhayana Fernández-Matos

Magally Huggins Castañeda

Luisa Kislinger

Magdymar León Torrealba

Rosa Paredes

Carlos Ramos Mirabal

Anaís López

Coordinación: Linda López

Diseño Gráfico: Elisa Machado Martínez

Foto Portada: Rawpixel

Publicación elaborada gracias al apoyo del Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS), Venezuela.

Depósito legal: 978-980-6077-78-2

Julio, 2021

INDICE DE CONTENIDO

Siglas y Acrónimos	3
Presentación	5
Capítulo I. Brechas de género en el acceso a derechos	7
1.1 Derecho a una vida libre de violencia	7
1.2 Derecho a la salud sexual y reproductiva	12
1.3 Derechos políticos	22
Capítulo II. Problemáticas específicas	29
2.1 Cuidado familiar y social	29
2.2 Sexo transaccional por supervivencia	32
2.3 Trata personas: impacto sobre las niñas, adolescentes y mujeres	35
Capítulo III. Grupos vulnerables	41
3.1 Mujeres detenidas, presas o privadas de libertad	41
3.2 Mujeres en el contexto de movilidad humana	44
Balance final	51
Bibliografía	54

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AFA - Aid for Aids.

PROFAMILIA - La Asociación Probienestar de la Familia Colombiana

ASOVILUZ - Asociación Civil Vida y Luz

AVESA - Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa

CAUTAL - Clasificación de Actividades de Uso del tiempo para América Latina

CDP - Centro de Detención Preventiva

CEDAW - Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

CEDESEX - Centro de Estudios de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CEPAZ - Centro de Justicia y Paz

CIDH - Comisión Interamericana de Derechos Humanos

CNE - Consejo Nacional Electoral

CONFAVIDT – Comité Nacional de Familias Víctimas de las Desapariciones y Trata en las Costas de Venezuela “Mayday”

Belém Do Pará – Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres

CONVITE – Asociación Civil Convite

COVID19 – Enfermedad del Coronavirus de 2019

DERECHICOS – Organización sin fines de lucro que promueve la protección de los Derechos Humanos de la infancia y la adolescencia, a través del ejercicio de la corresponsabilidad y la educación en valores

ECPAT – End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes (Acabar con la Prostitución Infantil, la Pornografía Infantil y el Tráfico de Niños con fines Sexuales)

EUT – Encuestas del Uso del Tiempo

ÉXODO – Asociación Civil sin fines de lucro, dedicada a la investigación, asesoramiento, sensibilización y formación en materia de movilidad humana en contextos seguros, violencia basada en género, haciendo énfasis en la prevención de la Trata de Personas.

INOF – Instituto Nacional de Orientación Femenina

ITS – Infecciones de Transmisión Sexual

LGBTI – Colectivamente a Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Transgénero e Intersexuales

LOPNNA – Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes

LODMVLV – Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

MCP – Maternidad Concepción Palacios

MESECVI – Mecanismo de Seguimiento a la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer

MPPS – Ministerio del Poder Popular Salud

OCHA – Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios

OIM – Organización Internacional para las Migraciones

OMS – Organización Mundial de la Salud

ONDOFT – Oficina Nacional contra la Delincuencia Organizada y el Financiamiento al Terrorismo

ONU – Organización de las Naciones Unidas

ONU Mujeres – Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres

OPS – Organización Panamericana de la Salud

PASI – Puestos de Atención Social Integral

PSUV – Partido Socialista Unido de Venezuela

SMS – Servicio de Mensajes Cortos

UNDOC – Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

UNFPA – Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNIANDES – Asociación civil UNIANDES

UNICEF – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNODC/ONUDD – La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

VEN911 – Sistema de respuesta inmediata unificado que articula con los organismos de seguridad, salud y riesgo, para responder de manera oportuna y eficiente a la población ante hechos delictivos, emergencias, incendios, inundaciones o accidentes viales

VIH – Virus de Inmunodeficiencia Humana

PRESENTACIÓN

Las crisis no son neutrales al género. Contrariamente, es un hecho ampliamente documentado y estudiado que las crisis y las emergencias humanitarias complejas tienen una afectación diferenciada en la vida de mujeres y niñas, situación que se agrava en el caso de mujeres pertenecientes a grupos históricamente marginados tales como mujeres indígenas, afrodescendientes o de la sexo-diversidad. El caso de Venezuela no es distinto. La crisis generada por la pandemia del COVID19 se instala sobre la emergencia humanitaria compleja que afecta a Venezuela desde hace ya varios años, y con ella se profundizan aún más las brechas de género que esta última ya había ampliado.

Según datos de la ONU, las mujeres pasan tres veces más tiempo que los hombres haciendo trabajos domésticos y de cuidado no remunerados cada día (entre 22 y 42 horas por semana antes de la crisis), y a pesar de la tener mayor presencia en las primeras líneas de la lucha contra la crisis, representando el 72,8% de las personas empleadas en el sector salud, su remuneración es 25% menos que la de sus homólogos hombres (2020). Pero las mujeres no están sólo en la primera línea de respuesta en los sistemas de salud. Sobre mujeres, adolescentes y niñas han recaído de manera desproporcional el trabajo de cuidados no remunerado al interior de los hogares como consecuencia de las medidas de confinamiento y distanciamiento social que significaron la abrupta reducción de los arreglos formales (centros educativos y de cuidados, centros de cuidado de personas en situación de dependencia, trabajo doméstico remunerado) e informales (apoyo de familiares, vecinas/os, etc.) de cuidado (CEPAL, ONUMUJERES, 2020). Las actividades que se realizan en los hogares han incrementado exponencialmente el trabajo de cuidados, debido a la desigual distribución de la carga que recae principalmente sobre las mujeres.

Al mismo tiempo, la violencia de género ha aumentado de manera preocupante en medio de la crisis producida por la pandemia de COVID19. Es otra pandemia en la sombra. El acceso a la justicia, así como a servicios para víctimas y sobrevivientes se han visto obstaculizados, obligando a numerosas organizaciones a intentar dar apoyo y acompañamiento a través del uso de recursos tecnológicos. Las mujeres y adolescentes también han encontrado severos obstáculos en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, dadas las interrupciones en el acceso a los servicios de salud junto con el redireccionamiento de los recursos sanitarios y sistemas públicos para la atención de la pandemia.

Así mismo, la pérdida de ingresos, la salida del mercado laboral, sea este formal o informal, con el subsecuente aumento del desempleo, en contextos de cuarentenas prolongadas, se han traducido en dificultades para el desplazamiento de mujeres y adolescentes a los centros de salud y servicios de salud sexual y reproductiva (cuando estos se encuentran operando), y la adquisición de métodos de planificación familiar. Según estimaciones de UNFPA, en América Latina y el Caribe la reducción de adquisición de métodos de anticonceptivos por parte del sector privado, sumado al desabastecimiento y reducción de la demanda en el sector público, resultaría en aproximadamente 1,7 millones de embarazos no planeados, cerca de 800 mil abortos, 2,9 mil muertes maternas y cerca de 39 mil muertes infantiles (UNFPA, 2020).

El escenario anteriormente descrito aplica a Venezuela. La diferencia es que la pandemia encuentra la sociedad venezolana desgastada, sumida en una emergencia humanitaria compleja que ya había empujado fuera de sus fronteras a más de 5 millones de personas en busca de mejores condiciones de vida, dada la crisis general de servicios, la debilidad institucional, las violaciones de derechos humanos, la hiperinflación y la precariedad del sistema público de salud, con sus consecuente afectación diferenciada - y en muchos casos desproporcionada y devastadora - sobre la vida de mujeres, niñas y adolescentes. La crisis sanitaria suscitada por la COVID19 ha devenido en una crisis socio-económica cuyas consecuencias todavía estamos descubriendo.

Todo esto ocurre ante la débil acción del Estado venezolano. Las medidas adoptadas para hacer frente a la crisis han sido claramente insuficientes. Mientras en otros países de la región se adoptaron medidas para atender y paliar las consecuencias de la emergencia sanitaria tales como transferencias monetarias directas o campañas en favor de la división de labores en el hogar (CEPAL, ONUMUJERES, 2020), en nuestro país no se han adoptado medidas específicas que alivien los efectos socioeconómicos de la pandemia en la población en general, y muy particularmente en la vida de mujeres y niñas.

Por si todo lo anterior fuera poco, en la opinión pública venezolana, y en general, entre la dirigencia política de todas las tendencias partidistas, la igualdad de género y los derechos de mujeres y niñas continúa siendo una temática ausente o, con suerte, insuficientemente abordada y comprendida, usada fundamentalmente de modo instrumental e interesado, y a menudo relegada a lo meramente performativo. Esto es un factor decisivo en la ausencia de políticas públicas coherentes y sostenidas, y en la definición de prioridades y la asignación de recursos en todos los niveles de la administración pública. Un ejemplo ilustrativo es la escasa participación de las mujeres en la política y toma de decisiones en Venezuela.

En el primer capítulo de este informe examinamos la situación actual del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, su derecho a la salud sexual y reproductiva, así como a la participación política; en el segundo nos aproximamos al análisis de problemáticas específicas como son las desigualdades en las labores de cuidado familiar y social, el aumento del sexo transaccional como estrategia de supervivencia y la trata de personas y su impacto en mujeres y niñas; y en el tercer capítulo, nos aproximamos a una descripción de la situación de dos grandes grupos vulnerables, las mujeres detenidas, presas o privadas de libertad y mujeres en el contexto de movilidad humana.

Esperamos sinceramente que este esfuerzo de documentación encuentre eco en los tomadores de decisiones y que estos entiendan la gravedad de la situación de las mujeres y el impacto social y cultural que ya muestra en el corto plazo que la mitad de la población sobre quienes recae la reproducción de la vida en el más amplio sentido del término, se encuentre reducida a su mínima capacidad por ausencia casi absoluta de derechos específicos asociados al género.

CAPÍTULO I

Brechas de género en el acceso a derechos



Foto: Unsplash

Las violencias de género contra las mujeres son un problema de salud pública y un asunto de derechos humanos. Así lo refleja la exposición de motivos de nuestra Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007, con primera reforma del 2014 y en proceso de segunda reforma actualmente), que ha sido concebida bajo los lineamientos de los instrumentos jurídicos internacionales sobre derechos humanos de las mujeres ratificados por el Estado, como son la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés, 1979), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención Belém Do Pará, 1995), la Declaración de Violencia contra la Mujer (ONU, 1993) y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995). Sin embargo, estas obligaciones no se están cumpliendo, lo que se traduce en una vulneración de derechos de mujeres y niñas en Venezuela, principalmente el derecho a una vida libre de violencia.

1.1.1 Las violencias de género contra las mujeres en el contexto de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela

Desde por lo menos el año 2015, Venezuela atraviesa una emergencia humanitaria compleja, cuyos efectos han venido incidiendo progresivamente en la depauperación de la calidad de vida de la población y en la garantía de sus derechos humanos; especialmente en lo referente a la salud, alimentación, nutrición, protección y creciente migración desde 2017. Como ya se ha indicado, la situación se ha agravado desde la llegada de la pandemia de la COVID-19 en marzo de 2020, impactando de forma significativa y específica a mujeres, niñas y adolescentes. De acuerdo con información recabada a través de los servicios de líneas telefónicas de atención psicológica y legal de algunas organizaciones de derechos humanos de las mujeres, medios de comunicación y redes sociales, las denuncias de violencia doméstica han aumentado durante el confinamiento, junto a la violencia psicológica, física, sexual, patrimonial, institucional, el ciberacoso así como la trata y tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación sexual (AVESA et al, 2020). La situación constatada por las defensoras que asisten a las víctimas, es que el mayor impacto para las mujeres es la violación del debido proceso y de la tutela judicial efectiva, lo que conlleva a la revictimización por no ser debidamente escuchadas y atendidas y es contrario a las obligaciones nacionales e internacionales en materia de derechos de las mujeres (Ídem). Esto, a su vez, genera un incremento en el índice de impunidad de estos casos que contribuye a crear un clima de tolerancia hacia la violencia contra las mujeres, favorece su normalización e invisibilización en la sociedad, y reafirmar la sensación de inseguridad y desconfianza de las víctimas en las instituciones.

“La situación se ha agravado desde la llegada de la pandemia de la COVID-19 en marzo de 2020, impactando de forma significativa y específica a mujeres, niñas y adolescentes”

1.1.2 Debilidad Institucional y Políticas Públicas

Si bien el Estado venezolano ha adoptado acciones para mejorar el marco institucional dirigido a la erradicación de la discriminación de las mujeres y a la promoción de la igualdad de género tales como el Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género (creado en 2007), la puesta en funcionamiento de la Comisión Nacional de Justicia de Género (2011), la adopción de legislación especial en materia de violencia de género contra las mujeres (2007) y el Plan de Igualdad de Género Mamá Rosa 2013-2019, los proyectos y programas derivados de estos mecanismos no han resultado eficientes ni efectivos.

La legislación en materia de violencia no se cumple a cabalidad, situación que ha empeorado con la evolución de la pandemia, tanto para las víctimas que se encuentran en el territorio, como para las que se han visto forzadas a emigrar, tal y como lo evidencia el Informe sobre Violencia Basada en Género en contextos de movilidad humana (UNFPA, 2020b). Según este informe, la capacidad asistencial de los servicios estatales en esta área se ha visto disminuida por diferentes causas estructurales tales como la escasez de funcionarios capacitados debido

a la migración, las restricciones derivadas de la inoperancia de los servicios públicos, así como la atención remota que no es la más adecuada en estos casos. En relación a las limitaciones que encuentran las víctimas al momento de utilizar estos servicios se mencionan el temor a la estigmatización, la desinformación, la desconfianza en la respuesta institucional debido a experiencias previas que las han revictimizado, la modificación de horarios y mecanismos de atención, la ausencia de recursos para movilizarse oportunamente, y el escepticismo ante la eficacia de los servicios y la atención institucional; considerándolos débiles e ineficaces; al contrario de la percepción hacia la atención brindada por las organizaciones de la sociedad civil y otras agencias (UNFPA, 2020b).

“El índice de impunidad de estos casos que contribuye a crear un clima de tolerancia hacia la violencia contra las mujeres, favorece su normalización e invisibilización en la sociedad, y reafirmar la sensación de inseguridad y desconfianza de las víctimas en las instituciones”

1.1.3 Impunidad

Una de las limitantes para monitorear, investigar y evaluar la situación de las políticas, programas y proyectos en la esfera de violencias contra las mujeres y el grado de impunidad, es la opacidad y ausencia de publicación de cifras oficiales desde 2016, a pesar de las recomendaciones que, sobre esto, vienen haciendo en sus evaluaciones los mecanismos de protección de los derechos humanos y derechos de las mujeres como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 2014) y el Mecanismo de Seguimiento a la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (MESECVI, 2017).

Según información reseñada por medios de comunicación nacionales, en los primeros once meses de 2020, el Ministerio Público reportó un total de 185 femicidios, entre consumados y frustrados, siendo privadas de libertad 167 personas, habiéndose dictado tan solo 26 sentencias condenatorias, lo que representa 14% de los imputados. En este sentido, el Fiscal General Tarek William Saab, declaró que durante ese mismo año ingresaron 27.007 casos de violencia contra la mujer, de los cuales fueron presentadas 2.297 acusaciones y se detuvieron 719 agresores (León, 2020). Estas cifras evidencian la magnitud de la situación. Sin embargo, debido a que no existe un sistema de recolección de data desglosada por tipos de violencia, relación existente entre los victimarios y las víctimas, número de denuncias, juicios, medidas de protección y cautelares, condenas, sentencias, junto a las reparaciones otorgadas a las víctimas, no es posible conocer la dimensión exacta de esta problemática social.

1.1.4 Recursos para mujeres sobrevivientes

En Venezuela, las mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia de género están desprotegidas. En los últimos 12 meses, el Estado ha centrado su atención en la pandemia, dejando de lado los graves problemas por los que atraviesa el país e incumpliendo su obligación de garantizar el acceso a la justicia de mujeres víctimas de violencia de género.

Los cambios que conllevan las nuevas rutinas sociales, económicas e institucionales impuestos por las medidas de confinamiento, limitan la posibilidad de denunciar y recibir asistencia de forma oportuna y eficaz. Al mismo tiempo, las pocas acciones desplegadas por el Estado resultaron insuficientes e ineficaces ante las demandas de las víctimas. Entre ellas se cuenta la campaña Cuarentena Libre de Violencia, que puso a disposición la línea telefónica de atención a casos generales de emergencia nacional VEN911, a través de la cual las llamadas en solicitud de ayuda realizadas por las víctimas son dirigidas a los servicios de las Defensorías de la Mujer, o a los Institutos locales de la Mujer. En la mayoría de los casos, las denuncias se derivan a unidades de atención dependientes de los cuerpos policiales estatales, en donde son recibidas por funcionarios que no están capacitados en violencias de género contra la mujer. Las Fiscalías del Ministerio Público, así como los Tribunales de Violencia contra la Mujer estuvieron laborando por guardias, atendiendo exclusivamente casos de violencia física y flagrancia y dictando medidas de protección solo en casos de violencia extrema y amenazas de muerte hacia las víctimas y sus hijo/as, sin posibilidades de seguimiento y monitoreo. Los Consejos de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, prestaron atención remota vía telefónica, recibiendo denuncias de violencias contra la mujer en los que estuviesen afectadas niñas, y adolescentes. Sin embargo, las mujeres víctimas han informado que la mayoría de estos servicios no ofrecen una atención expedita y pertinente, debido a la insuficiente cantidad de funcionarios, entre otras restricciones.

Las organizaciones de la sociedad civil que venían trabajando regularmente con la asistencia y asesoría a mujeres víctimas de violencia, o con derechos humanos de las mujeres, se encontraron sobrepasadas por el número de llamadas telefónicas y mensajes a través de sms, redes sociales o correos electrónicos en busca de ayuda, por lo que debieron adaptar su trabajo a la asistencia remota, posteriormente retomada de forma presencial, para prestar asesoría psicológica y jurídica, o para derivar los casos a otras organizaciones o instituciones, según su gravedad. Estas organizaciones enfrentaron, a su vez, la limitante de la ausencia de casas de abrigo u otros mecanismos de protección para referir a las víctimas, hijos e hijas, en todo el país.

1.1.5 Femicidios

La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LOSDMVLV), fue modificada en el año 2014 para incluir el delito de femicidio, tipificado como el asesinato intencional de una mujer por motivos de odio o desprecio a su condición de mujer. Sin embargo, esta definición no se adapta a los estándares internacionales referentes a la inclusión del Estado y sus agentes como probables responsables de este delito, bien sea por acción u omisión, observación realizada a Venezuela por el Comité CEDAW en el año 2014 y que todavía el Estado incumple (CEDAW, 2014).

Entre las causas del delito de femicidio, encontramos su naturalización en una sociedad machista que infravalora a las mujeres, las restricciones que éstas encuentran en el acceso a la justicia, la desinformación sobre sus derechos y la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida Libre de Violencia (LOSDMVLV), el temor a denunciar, la desconfianza en las instituciones debido al trato discriminatorio y estereotipado hacia las víctimas, la ausencia de un protocolo específico de atención a las denuncias y de investigación a las

mueres violentas de mujeres, la inexistencia de políticas preventivas, la inaplicación de medidas de protección y seguridad de forma oportuna y eficaz, el retardo procesal que origina el sobreseimiento de la mayoría de las causas por falta de pruebas, o la calificación de los delitos como homicidios simples con penas menores a las del femicidio, todo lo cual deviene en impunidad con la consecuente reincidencia e incremento de este delito.

El Estado venezolano, desde hace algunos años, ha dejado de presentar cifras oficiales sobre violencia contra la mujer en general, y sobre femicidio en particular, lo que impide conocer con mayor exactitud la magnitud de este fenómeno. La divulgación de datos por representantes del Estado ha sido inconsistente y no detallada, hecha principalmente a través de ruedas de prensa y comunicados, y en general desprovista de contexto con lo cual se desconoce la evolución judicial en los casos, y sí se ha condenado o no a los responsables. Frente a esta situación, algunos medios de comunicación y portales digitales, así como organizaciones de derechos humanos de las mujeres, y los observatorios que han venido surgiendo ante el incremento de la violencia machista, han visibilizado el aumento de la incidencia del femicidio. El Observatorio Venezolano de Violencia, por ejemplo, en su informe anual de 2020, hace especial referencia a las epidemias de la violencia y del COVID19, señalando que la primera repercutió 11 veces con mayor letalidad que la segunda (Observatorio Venezolano de Violencia, 2020). Se ha registrado un significativo aumento de los casos de violencia sexual y de género durante el confinamiento, reflejados en los datos recogidos por diversos observatorios regionales de violencia en el país, incluyendo femicidios y violencia sexual contra mujeres, niños, niñas, adolescentes, y mujeres con discapacidad, así como trata de niñas y adolescentes indígenas para fines de explotación laboral y sexual (2020).

La tabla 1 ofrece una perspectiva sobre los datos existentes, incluyendo oficiales y no oficiales, sobre femicidios ocurridos entre 2015 y abril de 2021. Es importante señalar que no todos estos datos han sido recolectados con base a metodologías similares, con lo cual los resultados pueden ser variables. Sin embargo, se advierte una tendencia al aumento con relación a las cifras oficiales disponibles para 2015 y 2016.

CIFRAS OFICIALES	CIFRAS NO OFICIALES	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Abr 2021
Ministerio Público		121	122	610				-
	Cotejo. info	-	-	-	-	107	156	67
	Monitor de femicidios	-	-	-	90	167	256	58
	Observatorio de femicidios	-	-	-	-	-	188	81

Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio Público (en Equivalencias en Acción, 2017), Cotejo. Info (2021), Utopix (2021); Observatorio digital del femicidios (2021)

En el año 2021, el portal Cotejo.info reseñó 67 asesinatos de mujeres ocurridos entre el 1 de enero y el 25 de abril: 19 en enero, 23 en febrero, 13 en marzo y 12 hasta el 25 de abril (Cotejo.info, 2021); por su parte el Monitor Utopix, contabilizó en el período entre enero y marzo 2021

un total de 58 casos: 23 en enero, 20 en febrero, 15 en marzo y 15 en abril (Utopix, 2021); y el Observatorio digital de femicidios documentó 81 casos entre enero y marzo, registrando 18 en enero, 22 en febrero, 20 en marzo y 21 en abril (Observatorio Digital de Femicidios, 2021). Como puede observarse, las cifras registradas por los tres monitores en el total del trimestre se aproximan y reflejan el aumento progresivo y sistemático de la ocurrencia del delito de femicidio, sin que el Estado desarrolle alguna política efectiva con perspectiva de género e interseccional para prevenir, sancionar y eliminar las violencias contra las mujeres.



Foto: Pexels

El sistema público de salud en Venezuela experimenta un colapso sostenido en el contexto de la emergencia humanitaria compleja. Antes de la llegada de la pandemia, la escasez de medicamentos e insumos médicos, la interrupción del suministro de servicios públicos básicos en centros de salud y la emigración de trabajadores sanitarios, habían provocado una reducción progresiva de la capacidad de proveer atención médica. El elevado y creciente gasto de bolsillo por parte de pacientes y sus familiares (Carrillo Roa, 2018), lo cual en la práctica traslada los costos de salud del Estado a la ciudadanía. Es por esto que los dos planes de respuesta humanitaria de la ONU en Venezuela (OCHA, 2019; OCHA, 2020) brindan particular atención al tema de salud. Así, Venezuela está entre los últimos lugares del Índice de Seguridad Sanitaria Global de 2019 (posición 180 de 195 países), ubicándose así entre los países menos preparados para mitigar la propagación de una epidemia (Human Rights Watch, 2020).

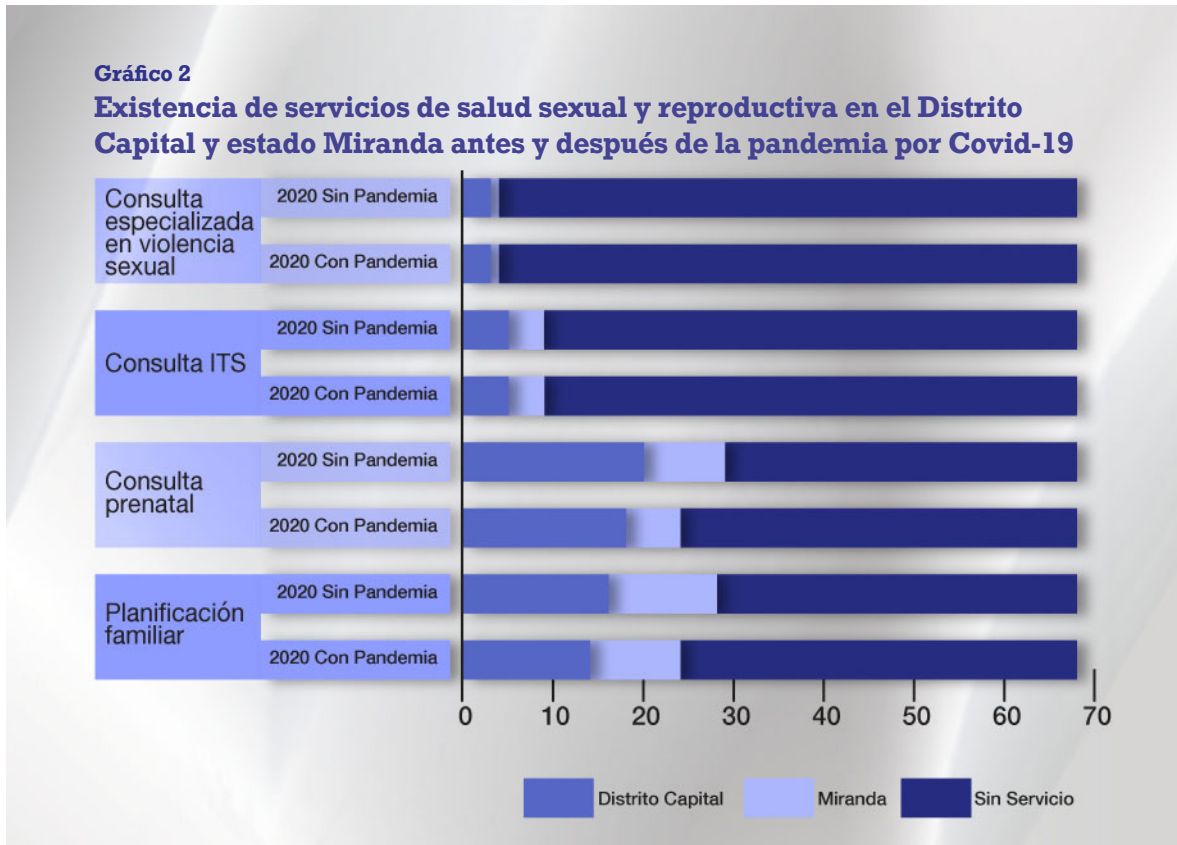
1.2.1 Acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva

Este colapso del sistema de salud afecta de manera diferenciada a mujeres, niñas y adolescentes en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Existe una clara disminución en la capacidad de atención a embarazadas y parturientas en maternidades, producto de las deficiencias en la dotación de insumos y medicinas, infraestructura y servicios (alimentación, agua, electricidad, laboratorio, entre otros) (Equivalencias en Acción, 2019a). El otorgamiento de medidas cautelares a favor de la Maternidad Concepción Palacios (CIDH, 2019) por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la particular atención al tema de salud en los dos planes de respuesta humanitaria del país (OCHA, 2019; OCHA, 2020), son acciones que surgen en respuesta a este escenario deplorable. La pandemia producida por la COVID-19 agravó la emergencia humanitaria compleja y muy particularmente la crisis del sistema de salud. Los servicios y recursos sanitarios disponibles pasaron a atender la emergencia, en detrimento de servicios específicos de atención de salud como la salud sexual y reproductiva. Este re-direccionamiento de recursos dejó a mujeres y adolescentes sin acceso a insumos y servicios esenciales que las coloca en alto riesgo ante embarazos no deseados y abortos inseguros, lo cual tiene un impacto en el aumento de muertes maternas y partos inseguros, asociados a urgencias obstétricas. (Sistema de Naciones Unidas en Venezuela, 2020). Desde el comienzo de la pandemia, el Ministerio del Poder Popular para la Salud designó 47 hospitales y centros de salud en todo el país como centros centinelas para la atención de personas con coronavirus. Esto se dio a la par de un cese de servicios de consulta externa en estos hospitales y un viraje de la atención en los centros de atención primaria de salud, cuyas condiciones también son críticas. Son muchas las deficiencias de este plan de respuesta (Alianza Rebelde, 2020), especialmente la ausencia de medidas específicas en la esfera de la salud sexual y reproductiva, tales como: la falta de provisiones en materia de parto y postparto, la exclusión de anticonceptivos (incluyendo anticoncepción de emergencia) dentro del paquete de servicios básicos y prioritarios en la contingencia generada por la pandemia y la ausencia de un protocolo claro para la atención de las mujeres embarazadas que presentan síntomas con COVID-19 (Women's Link Worldwide, 2020).

“No se cuenta con información precisa sobre la oferta de servicios públicos de salud sexual y reproductiva existentes en el país, antes ni durante la pandemia”

No se cuenta con información precisa sobre la oferta de servicios públicos de salud sexual y reproductiva existentes en el país, antes ni durante la pandemia. Según un estudio que exploró la oferta de servicios de planificación familiar, consulta prenatal, consulta de ITS y consulta especializada en violencia sexual en 68 centros de atención primaria de salud antes y durante la pandemia del COVID-19, en el Distrito Capital y el estado Miranda, se encontró una reducción en la cantidad de los mismos: 4 consultas de planificación familiar menos (17,85% menos), dos menos en cada entidad; y 5 consultas de control prenatal menos (17,24% menos), 2 en Distrito Capital y 3 en el estado Miranda. Los servicios de consulta de ITS y atención especializada en violencia sexual se mantienen en la misma cantidad. Hay que señalar que la

reducción del número de servicios no es una situación que se dio sólo por la pandemia. Esta reducción viene al menos desde el 2018, como se puede observar en el gráfico 2 (AVESA, 2020a).



Fuente: Avesa., 2020^a

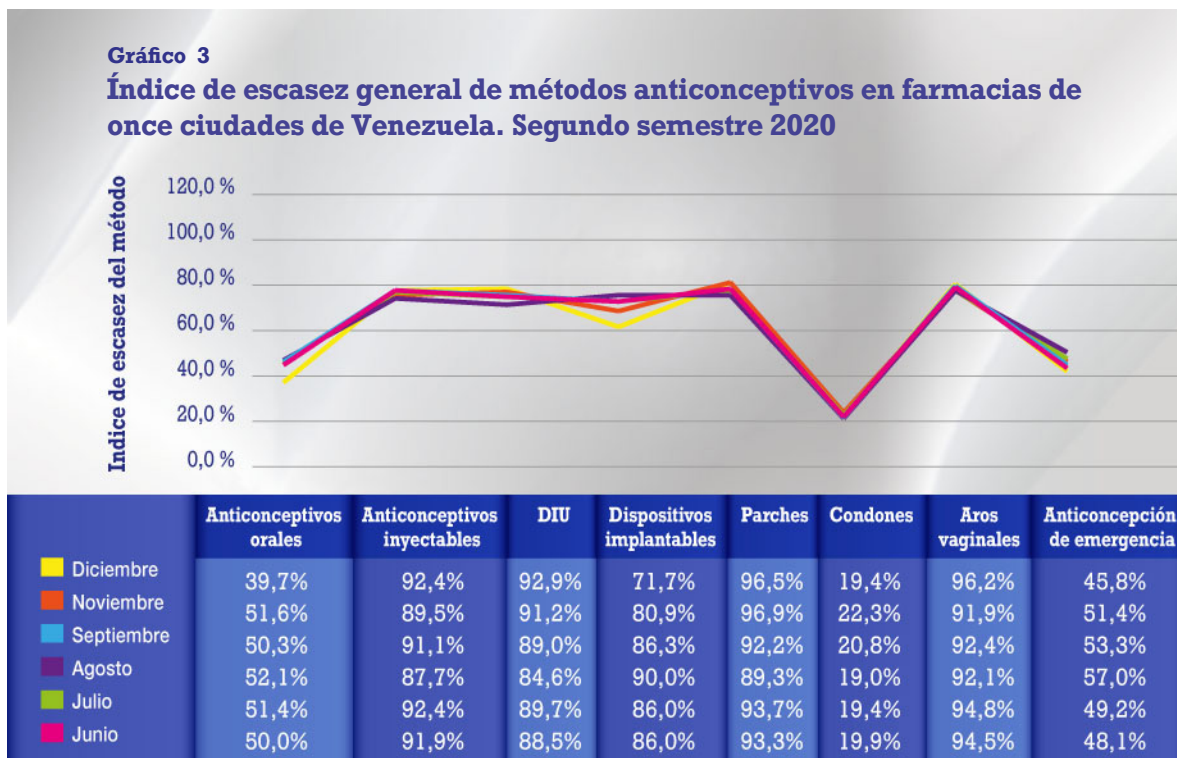
“Ninguna de las mujeres encuestadas embarazadas asistió a control prenatal durante los primeros 6 meses de la pandemia y todas iniciaron su primera consulta en el mes de octubre 2020”

La pandemia de la COVID-19 sin lugar a dudas, tiene un impacto en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: el mismo estudio muestra que ninguna de las mujeres encuestadas embarazadas asistió a control prenatal durante los primeros 6 meses de la pandemia y todas iniciaron su primera consulta en el mes de octubre 2020, fecha en que se dio la reapertura de los servicios en algunos centros de salud pública. “Para el 26,7% la causa de no asistencia al control prenatal estaba asociada al temor al contagio, para 20% las restricciones en la movilidad y el mismo porcentaje lo atribuyó a problemas económicos” (2020a, p. 7). Otro estudio realizado en la parroquia Fila de Mariches, del Municipio Sucre del estado Miranda, encontró que la mayoría de las mujeres consultadas no asistía a controles ginecológicos de rutina (55,7%) porque no puede costear la consulta, los exámenes de rutina, ni el tratamiento médico respectivo (84,9%). De las que sí asistían (44,3%), la mitad lo hacía una vez al año, pero luego encontraban dificultades para cumplir con las indicaciones médicas por la incapacidad de cubrir los costos y/o por la escasez de medicamentos en el mercado. El 80%

de las mujeres, adolescentes y niñas encuestadas expresó que los servicios de salud a los que asistían eran en su mayoría públicos y los calificaron de regulares a malos (AVESA, 2020b).

1.2.2 Acceso a métodos anticonceptivos

A esta deficiencia en la oferta y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva se suman las dificultades asociadas al acceso a métodos anticonceptivos. De acuerdo a los datos presentados en el informe Mujeres al Límite en su segunda edición (Equivalencias en Acción, 2019a), para el segundo semestre del 2018 el índice de escasez de métodos anticonceptivos en farmacias¹ osciló entre 83,3% y 91,7% en cinco ciudades país², siendo los condones el método con menor índice de escasez (50%) seguido de los anticonceptivos orales y la anticoncepción de emergencia (85%). Esta observación del índice de escasez de métodos anticonceptivos en farmacias que inició la Coalición Equivalencias en Acción, ha sido continuada y presentada en el Monitoreo Mensual del Acceso a la Salud realizado en once ciudades del país³ (CONVITE AC, 2020). Los datos recogidos en este monitoreo de junio a diciembre (excepto octubre) indican que el abastecimiento en las farmacias del país presenta una mejoría si lo comparamos con los del 2018, ya que el índice de escasez general de los condones reportó un promedio de 20,13%, el de los anticonceptivos orales en 49,18% y la anticoncepción de emergencia en 50,8%. El resto de los métodos anticonceptivos se mantienen con alto índice de escasez, por encima del 80% (ver gráfico 3). Los condones, los anticonceptivos orales y la anticoncepción de emergencia son los métodos anticonceptivos con mayor disponibilidad en el mercado.



Fuente: Elaboración propia con datos de Convite AC., 2020, boletines 35, 36, 37, 38,40 y 41.

Esta mayor disponibilidad no se traduce en un mayor acceso a los métodos, ya que los costos son elevados mientras que la capacidad de compra de las mujeres y adolescentes es baja. El principal obstáculo para acceder a los métodos anticonceptivos son los altos costos, ya que en el contexto de pandemia y precariedad económica debida a la pérdida de empleos, paralización de actividades productivas, dolarización de precios de alimentos y demás productos, las mujeres priorizan la compra de alimentos, cubrir costos para educación y salud de hijos e hijas y demás familiares, dejando de lado la compra de métodos anticonceptivos (CEDESEX, 2020). Por ejemplo, el estudio ya referido realizado de octubre a diciembre del 2020, en el que se entrevistó a 225 mujeres en edad reproductiva del Distrito Capital y el estado Miranda, se encontró que el 29,7% indicó que no puede comprar métodos anticonceptivos y el 26,7% señaló que está en capacidad de hacerlo a veces debido a los altos costos (AVESA, 2020a). La tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos⁴ obtenida en este mismo estudio fue de 49,8, lo que significa que menos de la mitad de las mujeres de 15 a 49 años del Distrito Capital y el estado Miranda usan métodos anticonceptivos. Este valor está muy por debajo del reportado para América Latina y el Caribe ubicado en 74 (UNFPA, 2019) y para el país, 56 (UNFPA, 2020). Por su parte, la tasa obtenida sólo para el grupo de adolescentes de 15 a 19 años fue de apenas 37,9, lo que indica que es muy baja la proporción de adolescentes sexualmente activas que usan algún método anticonceptivo. El valor de esta tasa hay que vincularlo con el bajo nivel de información sobre los métodos anticonceptivos reportado en este mismo estudio, que es insuficiente o nulo para el 60% de niñas y adolescentes de 10 a 14 años e insuficiente para el 31% de las de 15 a 19. De estos datos puede concluirse que nuestras niñas y adolescentes poseen una pobre información sobre métodos anticonceptivos y un bajo acceso a los mismos, elementos que inciden directamente en el embarazo no planificado en la adolescencia.

“Nuestras niñas y adolescentes poseen una pobre información sobre métodos anticonceptivos y un bajo acceso a los mismos, elementos que inciden directamente en el embarazo no planificado en la adolescencia”

De otra parte, la necesidad insatisfecha de anticoncepción para las mujeres encuestadas fue de 30,7. Este valor representa el porcentaje de mujeres activas sexualmente con embarazos no deseados o inoportunos y 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/a o cuándo hacerlo. Es un porcentaje muy elevado si lo comparamos con los 10 puntos de necesidad insatisfecha de anticoncepción para América Latina y El Caribe y los 11 puntos para nuestro país, ambos reflejados en el Informe de Estado de la Población Mundial del UNFPA para el 2019 (AVESA, 2020a). Este panorama de restricciones en el acceso a servicios y métodos anticonceptivos, las mujeres, niñas y adolescentes venezolanas presenta grandes desafíos para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

¹ El índice es un valor entre 0 y 100 que expresa el porcentaje de establecimientos consultados donde no se consiguió el método anticonceptivo solicitado. A mayor valor, mayor desabastecimiento.

² Área Metropolitana de Caracas, Barquisimeto, Mérida, Maracaibo y Nueva Esparta.

³ Las ciudades que forman parte del monitoreo son Área Metropolitana de Caracas, Barquisimeto, Ciudad Bolívar, Maracaibo, Maturín, Mérida, Puerto La Cruz, Puerto Ordaz, San Carlos, San Juan de los Morros y Valencia.

1.2.3 Embarazo de adolescentes

Uno de los problemas agravados con esta situación es el del embarazo adolescente no planificado o a edad temprana. Más allá de la matriz cultural que pesa sobre el embarazo a edad temprana, en donde el tabú o los juicios de valor aparecen en escena sin sopesar el propio sentido de la vida y autodeterminación de las mujeres, el embarazo a edad temprana puede implicar riesgos económicos, psicológicos y de salud para la adolescente. Además, es preciso tener en cuenta que estos embarazos pueden ser consecuencia de actos de violencia sexual,⁵ tomando en cuenta que en un contexto como el actual, donde convergen una emergencia humanitaria compleja y una pandemia, existen factores de riesgo que recrudecen la violencia sexual hacia niñas y adolescentes. De hecho, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020) advirtió que la pandemia por COVID-19 aumentaría las cifras de embarazo adolescente en la región: la disminución de los métodos anticonceptivos disponibles, la falta de acceso a la salud reproductiva y el aumento de la violencia sexual, como consecuencia del confinamiento, son las principales causas apuntadas. También es preciso considerar que, si a las mujeres adultas se les dificulta el acceso a la salud sexual y reproductiva en estas circunstancias, las adolescentes están a pasos más largos de acceder a ella. Según datos del UNFPA (2019) la tasa de embarazos adolescentes de Venezuela se ubica en 95 por cada 1.000 nacimientos (entre 15 y 19 años), lo que equivale a decir que es la tercera más elevada de América Latina (62 por cada 1.000 nacimientos). A su vez, la propia cifra oficial del Ministerio del Poder Popular para la Salud señalaba que entre 2007 y 2014 (Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género, 2014) 1 de cada 10 nacimientos fueron de una madre adolescente y para 2013, más de la mitad de los nacimientos provenían de madres jóvenes (15 y 24 años), de los cuales el 22,8% eran de madres con edades entre 15 y 19 años (MPPS, 2013).

En este contexto, la sociedad civil, intentando suplir la ausencia de cifras oficiales posterior a 2014 en materia de salud sexual y reproductiva, ha mostrado que la elevada prevalencia de embarazos a edad temprana sigue presente en la sociedad venezolana. Por ejemplo, la segunda entrega del informe *Mujeres al Límite (Equivalencias en Acción, 2019a)* muestra que, en una medición realizada en cuatro centros de salud pública del país, el 27% del total de partos registrados corresponden a madres adolescentes. Por su parte, la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello, 2020), llevada a cabo de forma conjunta por tres importantes universidades del país⁶, expone que entre un 6% y 7% de las mujeres, niñas y adolescentes (entre 12 y 24 años) han dejado de asistir a la escuela o universidad debido a un embarazo o al cuidado de los/las hijos/as. Y según los datos del estudio en Fila de Mariches (AVESA, 2020b), de cada 10 mujeres embarazadas, 5 se encontraban en grupos de edades comprendidas entre los 9 y 18 años.

Las altas cifras de embarazo a edad temprana, en el contexto de crisis humanitaria y pandemia, implican múltiples inequidades en cuanto al ejercicio de los derechos fundamentales como educación, salud, autonomía reproductiva, sexual y planificación del embarazo, entre otros, que recaen sobre las niñas y adolescentes y el libre desenvolvimiento de sus proyectos de vida (incluyan o no la tenencia de un/a hijo/a). Además, esta situación está íntimamente

relacionada con otros aspectos de la salud reproductiva de las mujeres, como el aborto y la mortalidad materna.

1.2.4 Derecho a decidir (*Interrupción voluntaria del embarazo*)

Según datos del 2018, recabados por el informe *Mujeres al Límite* (Equivalencias en Acción, 2019a), en 4 centros de salud pública, se registró un total 2.246 abortos. La cifra correspondería a aproximadamente un aborto por cada 4 partos registrados por el mismo estudio. Por su parte, la investigación realizada en *Filas de Mariche* (AVESA, 2020b) muestra que 7 de cada 10 mujeres, niñas y adolescentes sienten riesgos de sufrir un aborto espontáneo por causas de salud si quedase embarazada y, aunque el 75% rechaza cualquier idea de necesidad o interés de practicarse un aborto voluntario, el 41,6% de las niñas y adolescentes (9 a 12 años) no rechaza la idea de interrumpir un embarazo de ser necesario, mientras el 33,3% de ese grupo prefirió no opinar. Esto pudiera interpretarse como una propensión importante de las más jóvenes al aborto voluntario. Adicionalmente, los datos del estudio en el Distrito Capital y el estado Miranda (AVESA, 2020a) encontraron que el 66,7% de niñas, adolescentes y mujeres consultadas reconocían que el o los embarazos que habían tenido no eran deseados.

El aborto es un problema de salud pública. Los abortos espontáneos pueden ser consecuencia del impacto de la emergencia humanitaria compleja -agravada por la pandemia por COVID-19- en la alimentación y salud general de las embarazadas. Al mismo tiempo, las dificultades de acceso a métodos anticonceptivos modernos (bien sea en razón de escasez o altos costos de los mismos), las dificultades socio-económicas derivadas tanto de la emergencia humanitaria compleja como de la pandemia, y los embarazos no deseados, dentro de un marco normativo-legal restrictivo, dan como resultado abortos clandestinos e inseguros, realizados en condiciones sanitarias deficientes que se traducen en muertes maternas. Sí bien no existen estimaciones recientes, se calcula que el 10% de estas muertes maternas en Venezuela son causadas por abortos practicados en condiciones inseguras (MPPS, 2013). Desde luego que este marco normativo-legal restrictivo no disminuye la realización de abortos, pero impide a las mujeres el ejercicio de su derecho a la autonomía reproductiva al no poder tomar decisiones fundamentales sobre sus vidas y sus cuerpos, por lo cual el aborto es también un asunto de derechos humanos de las mujeres. La política del Ministerio del Poder Popular para la Salud en los últimos años ha estado enfocada en la prevención de los embarazos no deseados y la atención de abortos en curso (MPPS, 2013). Mientras que el Protocolo de Atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia (MPPS,

⁴ La tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es definida como la proporción de mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas que declaran estar usando métodos anticonceptivos o que su compañero los está usando (CELADE - CEPAL, 2011).

⁵ En 2004 el Cuerpo de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas (CICPC) y la Defensoría del Pueblo relataron un total de 1.891 casos de violencia sexual, de los cuales, 1.595 eran niñas y adolescentes (84,8%). Y de estos casos, el 60% corresponde a situaciones de violación sexual y el 90% fueron, igualmente, niñas y adolescentes (Fundación Social Habla, 2018, citando a Defensoría del Pueblo, 2007b, p. 97 y Defensoría del Pueblo, 2005, p. 249). A pesar de la ausencia de cifras oficiales, la situación ha ido creciendo, en tanto AVESA (2013) reportó que más de la mitad de las consultas psicológicas que atendió en el año referían a casos de violencia sexual en edad temprana, siendo el 61% de las víctimas niñas y adolescentes (citado por Fundación Social Habla, 2018). Además, la Fundación Social Habla (2018) recogió un total de 102 casos de violencia sexual infantil y adolescente publicados en artículos de prensa de apenas tres meses en ese año (mayo, junio y julio); de estos, el 88,8% de las víctimas eran niñas y adolescentes, y el 9,9% refieren a casos de violación (pp. 19 y 20).

⁶ Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad Simón Bolívar (USB) y Universidad Católica Andrés Bello (UCAB).

⁷ Los comités de Derechos Humanos Invalid source specified., el Comité de los Derechos del Niño (Invalid source specified.), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Invalid source specified. y el Comité de la CEDAW Invalid source specified., han solicitado al Estado venezolano flexibilizar su marco normativo-legal en relación al aborto.

2013a) sólo desarrolla los aspectos biomédicos desde una mirada limitada y desprovista de un marco general de atención integral ni la recolección de información sobre esta realidad. A pesar de los llamados de atención hechos por distintos comités de tratados internacionales de los que Venezuela es parte⁷, y de la realidad que viven las mujeres que no pueden ejercer libre y autónomamente su derecho a la autonomía reproductiva, el Estado venezolano continúa sin promover una discusión encaminada a la despenalización del aborto.

1.2.5 Mortalidad Materna

Asociado con la interrupción y deficiencia de los servicios de salud sexual y reproductiva y las dificultades socio-económicas derivadas de la emergencia humanitaria compleja combinada con la pandemia, encontramos la mortalidad materna. Las condiciones de pobreza hacen a las mujeres, niñas y adolescentes más proclives a padecer hemorragias e infecciones durante o después del parto, a la hipertensión gestacional y a abortos inseguros, mientras que las emergencias obstétricas que no reciben atención adecuada y otras complicaciones, son algunas de las causas detrás de estas muertes (OMS, 2019a). En Venezuela, la mortalidad materna ha aumentado en los últimos años. Sin embargo, no se publican cifras oficiales al respecto desde 2016, cuando el Ministerio del Poder Popular para la Salud informó que las muertes maternas habían registrado un aumento de 66% con respecto al año anterior (Equivalencias en Acción, 2019b). En 2014, la cifra reportada fue de 63 muertes por cada 100.000 nacimientos (Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género, 2014). Y en 2015, la OMS (2019b) reportó que la cifra estimada era 95 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos, la cual estaba 27 puntos por encima de la tasa regional para América Latina y el Caribe (68 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos). Esto ubica a Venezuela entre las cifras de mortalidad materna más elevadas de la región, ocupando el puesto 6 de 24 países, después de Honduras. Más recientemente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) muestra que hasta abril de 2019 se registraron, según datos suministrados por conteos oficiales, 190 muertes maternas, lo que corresponde con una tasa de mortalidad de 110,29 por cada 100.000 nacimientos, dando un promedio de 12 muertes por semana en apenas 4 meses. Estas muertes ocurrieron dentro de centros hospitalarios en un 98,6%.

América Latina y El Caribe	68
1 Haití	356
2 Bolivia	206
3 Nicaragua	150
4 Paraguay	132
5 Honduras	129
6 Venezuela	95
7 Panamá	94

Fuente: OMS (2019b)

Resulta fundamental que el Estado cumpla su obligación de garantizar la salud sexual y reproductiva de mujeres, niñas y adolescentes venezolanas, desde un enfoque de derechos. En este contexto, se requieren condiciones que aseguren aspectos críticos tales como necesidades nutricionales, condiciones sanitarias, de infraestructura hospitalaria, de atención y orientación médica demanda de anticoncepción, y el reconocimiento de derechos a fin de reducir indicadores de mortalidad materna, abortos espontáneos, abortos practicados en condiciones inseguras, embarazos no deseados y embarazos adolescentes, y garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

1.2.6 Higiene y salud menstrual

La higiene menstrual es una dimensión fundamental de la vida cotidiana de las mujeres, niñas y adolescentes que se relaciona directamente con su derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y su autonomía corporal. Es entonces preciso entender que las mujeres necesitan alcanzar óptimas condiciones de higiene y salud menstrual para desarrollar una vida libre, independiente y sana. Para conocer las características de la higiene y salud menstrual de las mujeres, niñas y adolescentes es necesario acercarse a varias variables o categorías que describen la situación en función de estándares internacionales de condiciones sanitarias y salud, como la adquisición de productos comerciales de higiene, el acceso a condiciones sanitarias y manejo de información y orientación médica sobre el tema⁸.

La convergencia de la emergencia humanitaria compleja en la que se encuentra Venezuela desde hace por lo menos 5 años, y la pandemia producida por la COVID-19, recrudecen las condiciones de subsistencia y las dificultades en el acceso a una higiene menstrual óptima. El alto costo de la vida impide el acceso a productos comerciales de higiene menstrual, a la vez que la crisis de los servicios públicos también interviene en la imposibilidad que tienen las mujeres de alcanzar óptimas condiciones sanitarias durante el periodo menstrual. Veamos ahora algunos datos que hacen evidente esta realidad.

Conforme a datos recabados por AVESA (2020b) 9 de cada 10 mujeres experimentan pobreza menstrual y 1 de cada 10 presenta pobreza menstrual extrema, lo cual implica amplias dificultades para acceder a productos de higiene, a buenas condiciones sanitarias o a orientación médica suficiente sobre el manejo de la higiene menstrual. Por ejemplo, entre el 40% y el 50% de las mujeres, niñas y adolescentes del estudio (9 a 45 años) no podían comprar productos comerciales de higiene menstrual, desde toallas sanitarias, tampones o copas, hasta jabones regulares. Así, algunas intentaron compartir el producto con otras familiares o intercambiarlos por otros bienes. El 61,3% los sustituye por alternativas caseras como compresas de tela o de gasa, papel higiénico, trozos de pañales desechables y de hojas de papel blanco, y para el aseo, jabón azul o en polvo para lavar tejidos, infusiones con hierbas o jabones hechos con materiales caseros, lo que puede traer consecuencias para la salud, como prurito, inflamaciones, infecciones u otros síntomas en la zona genital. La principal causa de esta situación es el precio de los productos de higiene menstrual, que son calificados por las mujeres como costosos o muy costosos en el 92,4% de los casos; esto, contando que el 30% de las mujeres de la muestra estaban en condición de desocupación

laboral, y el 40% obtenía ingresos que rondan, en promedio, US\$ 0,72 diarios. La escasez de productos de higiene ya no parece ser el principal problema, en tanto el 80% de las mujeres declara que los encuentran disponibles en el mercado siempre o casi siempre.

Las inequidades menstruales se traducen en la imposibilidad del libre desenvolvimiento de la vida laboral, educativa y social, en tanto que, 4 de cada 10 de las encuestadas asume que su rutina diaria ha sido afectada por estas dificultades. El Informe Niñas Visibles (Proyecto Mujeres, 2020), centrado en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, estado Zulia, indica que el 33% de las consultadas⁹, admite haberse ausentado del colegio por causa de la menstruación, mientras que un 24% reconoció no tener toallas o tampones, haciendo uso de alternativas caseras semejantes a las descritas en la investigación de AVESA (2020b).

Otro elemento fundamental en el contexto de la higiene menstrual es el acceso al agua. Sobre esto, los datos de los estudios comentados, hablan de las serias dificultades que enfrentan las mujeres, niñas y adolescentes en dicho acceso. Según el estudio de AVESA (2020b) 7 de cada 10 mujeres las entrevistadas no tiene acceso al agua vía tubería conectada a acueducto, con lo cual realizan recolectas en camiones cisterna (públicos o privados), tuberías comunes, pozos o, en última instancia, compran botellones. Además, no siempre hay agua disponible (en el 70% de los hogares, la frecuencia oscila entre dos o tres días por semana hasta una vez al mes) y no siempre está limpia (80%) y es insuficiente (60%) para realizar la higiene menstrual. La deficiencia en el servicio de gas también influye, con lo cual, o no hay agua limpia o no hay gas para hervirla y realizar la higiene menstrual apropiada. El sondeo realizado en el estado Zulia (Proyecto Mujeres, 2020) encontró que el 89% de las adolescentes consultadas observaron que los baños públicos de la institución educativa donde cursan sus estudios no son cómodos para la higiene menstrual, bien sea por la ausencia regular de agua (86%), la falta de limpieza adecuada del sanitario (95%) o la falta de papel higiénico y jabón (98,7%).

Por último, ambos estudios evidencian una carencia elevada (más del 60%) de orientación médica en el área de higiene menstrual entre las mujeres, niñas y adolescentes, lo que puede significar dificultades en la obtención de información específica necesaria, por una parte, y la presencia de los tabúes generales en torno a la menstruación. Ello sin menoscabo del conocimiento popular de las mujeres sobre el tema, que en más del 75% proviene del ámbito familiar.

Así las cosas, aparece en escena la vulneración de varios derechos fundamentales de las mujeres, niñas y adolescentes: salud, educación, trabajo, libre desenvolvimiento de la personalidad y acceso a la información oportuna y de carácter científico. Con lo cual, es menester continuar profundizando en el conocimiento de la compleja realidad menstrual de las mujeres venezolanas, incidir en la generación de políticas públicas que aborden las inequidades menstruales, así como en programas alternativos de asistencia humanitaria, por parte de la sociedad civil organizada.

⁸ UNICEF (2018) y Global Citizen (2019) han desarrollado conceptos y métodos para evaluar las inequidades menstruales, sobre la base de estas categorías.

⁹ Encuesta aplicada a 79 estudiantes de bachillerato (entre 13 y 18 años).



1.3 **Derechos políticos de las mujeres**

Foto: Unsplash

La democracia y el buen gobierno exigen liderazgo y representación. En este contexto, las mujeres tienen el derecho a participar de manera efectiva en procesos de toma de decisión y de ser representadas en pie de igualdad que sus pares hombres en cargos de elección pública. La Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación de la Mujer (CEDAW), de la que Venezuela es parte, establece que los Estados deberán tomar medidas apropiadas, incluyendo de carácter legislativo, para asegurar el ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres en igualdad de condiciones que sus pares hombres. Entre esas medidas se cuentan aquellas encaminadas a eliminar su discriminación en la vida política y pública de los países, garantizando su participación en procesos electorales y en el ejercicio de la función pública (ONU, 1979). Por su parte, la Plataforma de Acción de Beijing, establece que los Estados deben hacer frente a las desigualdades entre hombres y mujeres en los procesos de toma de decisión, considerando

esto una estrategia fundamental para el logro de la igualdad de género. Y añade que todas las personas tienen derecho a participar en el gobierno de su país, subrayando la importancia de la representación de las mujeres en las ramas ejecutiva, legislativa y judicial, así como en toda la administración pública (ONU, 1995).

“Las mujeres tienen el derecho a participar de manera efectiva en procesos de toma de decisión y de ser representadas en pie de igualdad que sus pares hombres en cargos de elección pública”

En el año 1997, Venezuela implementó por primera vez un mecanismo de cuotas para mujeres, el cual es un recurso ampliamente utilizado a fin de acelerar la participación de grupos históricamente marginados en distintos ámbitos, incluyendo en procesos electorales. La Ley Orgánica del Sufragio y Participación Política de ese año las contempló y estableció un porcentaje mínimo de 30% de mujeres en las listas de candidaturas (1997). Sin embargo, el Consejo Nacional Electoral (CNE), en una clara ginopia¹⁰ eliminó la cuota en el año 2000, decidiendo por vía administrativa¹¹ desaplicar el artículo 144 de la Ley por considerarla inconstitucional, partiendo de una interpretación restrictiva del artículo 21 de la recién aprobada Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) que consagra el principio de igualdad entre todas las personas, desestimando que la cuota para mujeres es un mecanismo para lograr la igualdad real y efectiva establecida prevista en el mismo artículo 21. Posteriormente, la Sala Electoral del Tribunal Supremo de Justicia declaró inadmisibles una petición de nulidad de la resolución del CNE.

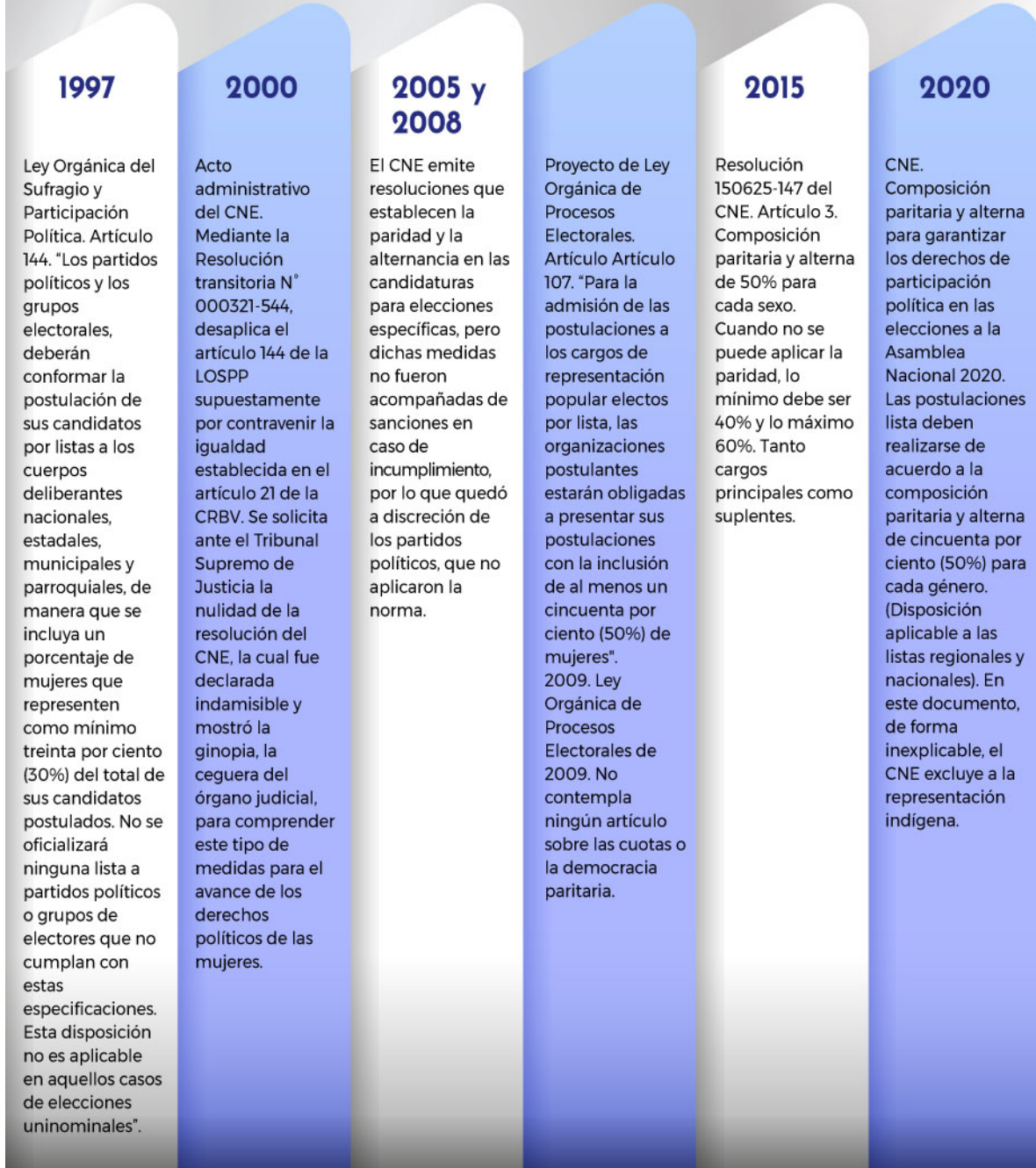
Los siguientes actos y resoluciones que se han dado en este tema, han sido adoptadas por el CNE (Figura 1) se han referido a la paridad y la alternancia, pero son actos de carácter administrativo sin la fuerza vinculante de una ley. No se ha observado el monitoreo de los partidos políticos y las agrupaciones políticas para que cumplan con las disposiciones y la inscripción cuando incumplan. Está demostrado que la aplicación de sanciones en caso de incumplimiento de las cuotas es un factor clave que incide en el logro de los resultados.

Ni del lado del oficialismo ni de la oposición parece haber existido interés por este tema, que no ha estado presente en las agendas políticas, como lo ha hecho en otras partes de la región. Ambos bandos, han tenido en algún momento la mayoría parlamentaria para llevar adelante un proyecto de ley de cuotas de género o incluso, mejor aún, el establecimiento de la paridad, pero ninguno lo ha hecho. Ya varios países de América Latina (Bolivia, Costa Rica, México, Nicaragua, Chile recientemente, entre otros) han dado un paso adelante al establecer la paridad como medida permanente en sus legislaciones, mientras que, en Venezuela, desde hace más de 20 años, no se contemplan las cuotas de género a nivel legislativo.

Aunque las cuotas por sí solas no aseguran mayor presencia de las mujeres en los espacios políticos, es innegable que contribuyen en lograrlo. Pero los avances mayores se han dado en los países que han apostado por la democracia paritaria.

“Aunque las cuotas por sí solas no aseguran mayor presencia de las mujeres en los espacios políticos, es innegable que contribuyen en lograrlo”

Figura 1
Evolución del mecanismo de cuotas de género y paridad en Venezuela



Fuente: Muñoz-Pogossian, 2020; Flores, 2019; Madriz, 2012; páginas web del CNE y de Súmate.

¹⁰ Ginopia: ceguera de género.

¹¹ Resolución transitoria No 000321-544



Foto: Unsplash

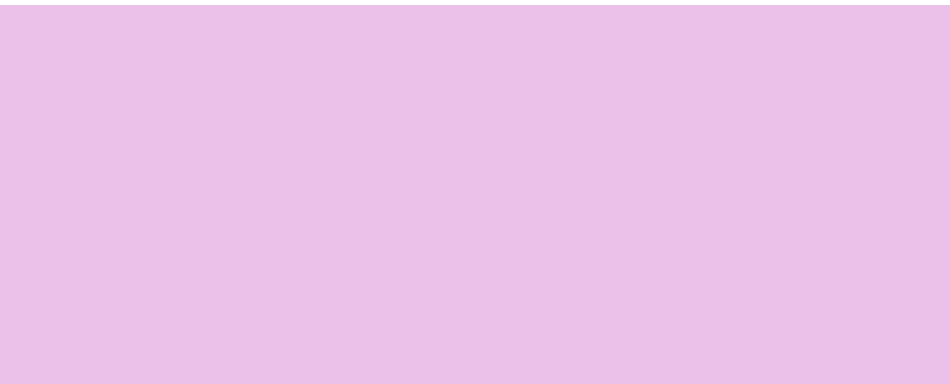
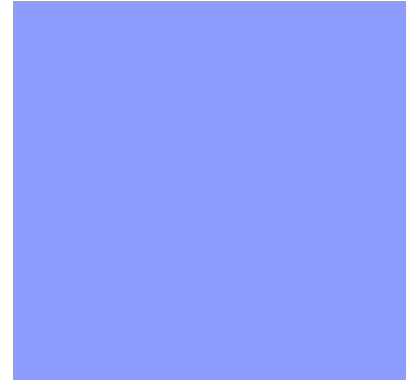


Foto: Pexels

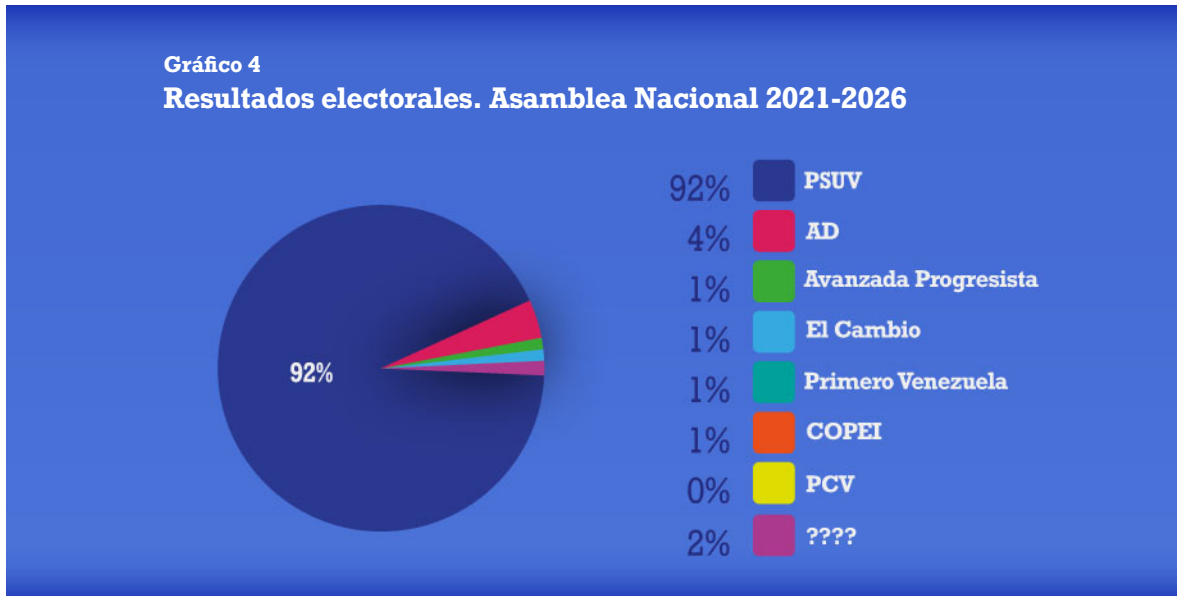


Foto: Andrea Pacheco



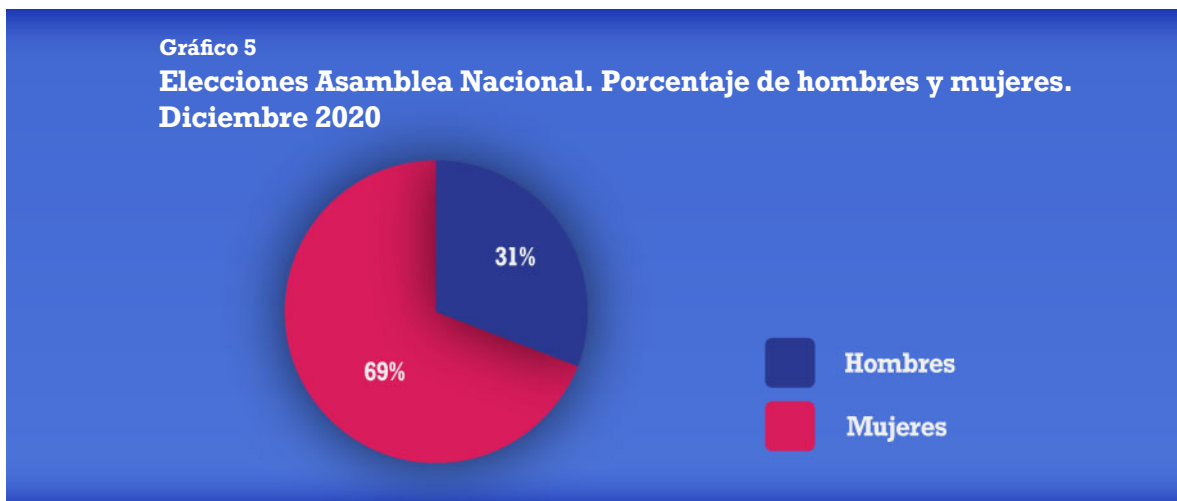
Foto: Andrea Pacheco

El 6 de diciembre de 2020, se celebraron elecciones parlamentarias en las que el oficialista Partido Socialista Unido de Venezuela (PSUV), y sus aliados políticos, obtuvieron la mayoría de los escaños, más del 90% (Gráfico 4)¹².



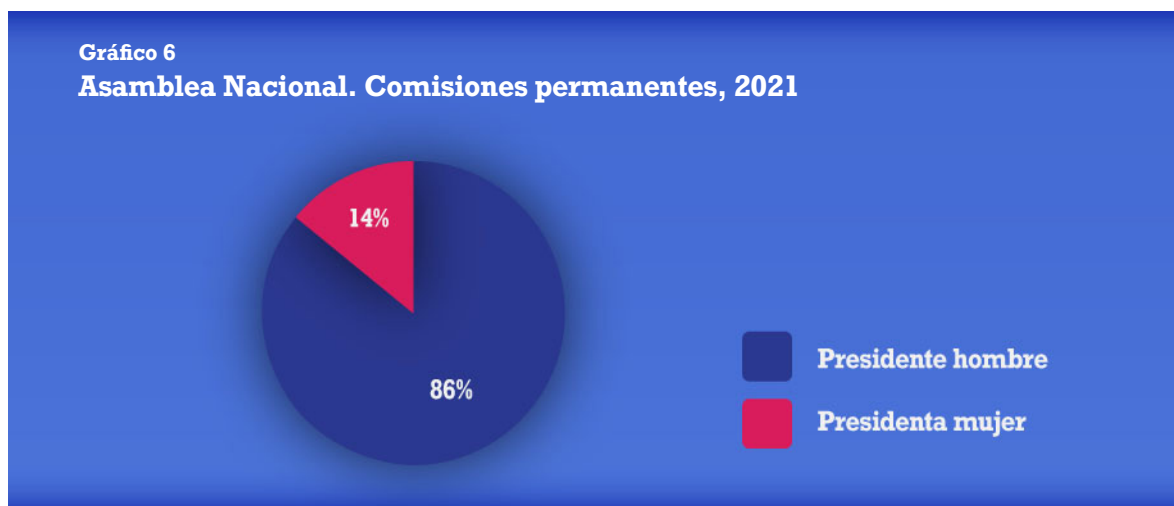
Fuente: Observatorio Electoral Venezolano, 2020

El Gráfico 5 permite observar que la presencia de las mujeres supera el 30% , lo que implica que se llegó a una masa crítica (Dahlerup, 1993), pero es importante destacar que, para el avance en los derechos de las mujeres, no basta con que haya un aumento en su proporción (representación descriptiva), es necesario, además, una representación sustantiva, que haya una mayor promoción de sus intereses, que sean abordados los temas que conciernen a las mujeres y que estos se incorporen en las agendas parlamentarias (Franceschet, 2008).



Fuente: Elaboración propia a partir de la página web de Wikipedia y VTV, 2021

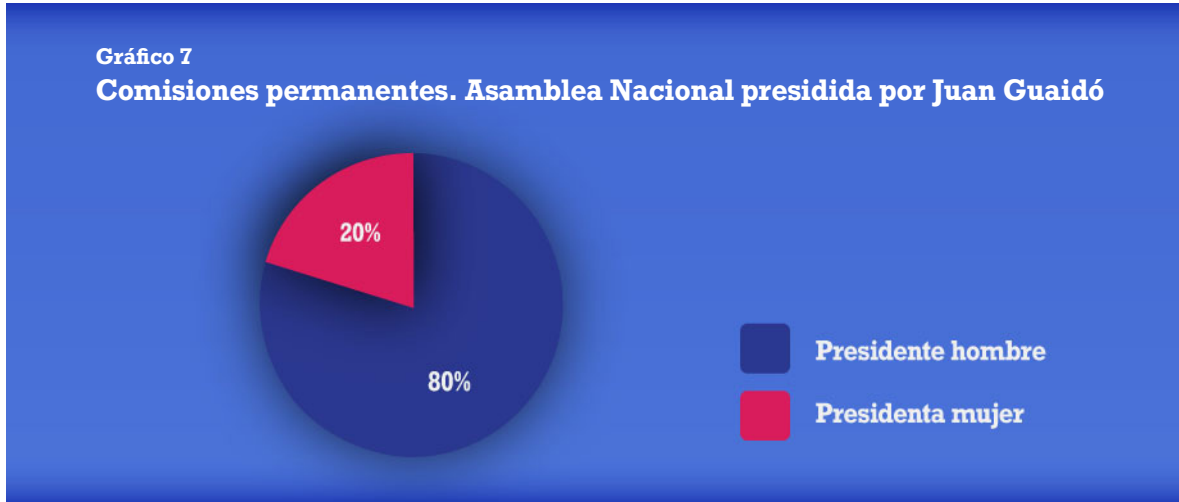
Aunque es muy pronto para evaluar si los intereses de las mujeres serán tomados en cuenta en la recién electa Asamblea Nacional, por ahora, la composición de las comisiones y la designación de las presidencias de estas, no parecen indicar ningún cambio sustantivo.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de VTV, 2021¹³

El Gráfico 7 permite mostrar que las mujeres no ocupan los puestos superiores jerárquicos de las comisiones permanentes; de un total de 14 presidencias designadas para el 19 de enero de 2021 (Venezolana de Televisión, 2021), solo dos tienen a la cabeza a una mujer. A lo que se debe agregar que presiden Familia y Pueblos Indígenas, esto permite comprobar lo que la literatura señala: que a las mujeres se les asignan puestos políticos donde se reproducen las asignaciones vinculadas con el cuidado, en este sentido, la familia y los grupos en situación de vulnerabilidad, como es el caso de los pueblos indígenas. Además, la Comisión Permanente de Familia es la única en la cual las mujeres son mayoría (12 en total de 17), mientras que la Comisión Permanente de Pueblos Indígenas es la única donde hay -hasta la fecha- paridad (8 mujeres y 8 hombres) (Venezolana de Televisión, 2021). El 4 de febrero de 2021, la Asamblea Nacional sancionó una reforma del Reglamento Interior y de Debates, en donde, entre otras cosas, se aprobó el cambio de nombre de varias comisiones. Se fusionó la Comisión Permanente de Cultos y Régimen Penitenciario con la Comisión Permanente de Familia, que se pasará a llamar ahora Comisión Permanente de las Familias, la Libertad Religiosa y de Cultos (Página web de la Asamblea Nacional.gob.ve¹⁴). Si anteriormente prevalecía un enfoque familista al ser la Comisión Permanente de Familia la que abordaba los asuntos de las mujeres, ahora la situación es más confusa en la medida que se incorpora a asuntos religiosos, lo que puede ser una piedra de tranca para el avance de los derechos de las venezolanas y se requiere estar muy atentas/os a los temas que se discutan en esta nueva comisión.

Si la falta de acciones a favor de las mujeres es visible en la recién electa Asamblea Nacional de mayoría oficialista, la situación no es mejor en la presidida por Juan Guaidó.



Fuente: Elaboración propia a partir de la página web de la Asamblea Nacional.org

En el caso del Gráfico 7, se observa un ligero aumento ya que, de 15 comisiones, 3 son presididas por mujeres. Un hecho a destacar es que no presiden las comisiones consideradas típicamente femeninas, sino que lo hacen en temas de política exterior; ciencia y tecnología y la vinculada con medio ambiente y cambio climático. Esto tiene un efecto positivo en la representación simbólica de las mujeres (Franceschet, 2008) en la medida en que se manda un claro mensaje de que las mujeres deben y pueden estar presentes en cualquier tema. Pero esto tampoco es suficiente, y en esta legislatura han sido pocas las medidas adoptadas en la esfera de igualdad de género y los derechos de las mujeres. En una investigación exploratoria hecha en 2017, en la cual se entrevistó a diputadas y diputados sobre la igualdad de género, se evidenció la poca importancia que se le ha dado a este tema. Ante la pregunta sobre la frecuencia con que se integraba el tema de la igualdad de género en la agenda legislativa y parlamentaria, el 82% respondió que nunca, rara vez u ocasionalmente. Una pregunta similar, relativa a la discusión de este tema en las fracciones de los partidos políticos o en las comisiones de la Asamblea, las y los parlamentarios consultados respondieron que estos asuntos eran abordados “ocasionalmente” (30%), “rara vez” (22%) o “nunca” (32%) (CEPAZ, 2017, pág. 19).

¹² Un factor que es importante destacar y que sin duda alguna influye en el derecho a la información que tienen las mujeres y en general la ciudadanía, así como en la rendición de cuentas, es la opacidad que existe para obtener los resultados oficiales del ente rector, el Consejo Nacional Electoral (CNE). La página web de este organismo no permite obtener los datos oficiales, por ello se debe recurrir a fuentes secundarias.

¹³ No están contabilizados/as todos/as los/as diputados/as electos/as (faltan 22), ya que falta la designación de una comisión (Cultos y Régimen Penitenciario que se modificó) y la designación de varias vicepresidencias. En el caso de las mujeres, solo falta la incorporación de la única diputada de la oposición, Anyelith Tamayo (AD).

¹⁴ Ante la duplicidad de parlamentos en Venezuela, es importante saber que la información sobre la Asamblea electa el 06/12/2020 se encuentra en la página web: <http://www.asambleanacional.gob.ve>, mientras que la información de la Asamblea presidida por Juan Guaidó está en: <https://www.asambleanacionalvenezuela.org>.

CAPÍTULO II

Problemáticas específicas



Foto: Pickupimage

Las crisis humanitarias en los países, originadas por desastres naturales, cambio climático, medidas económicas o cambios políticos, causan estragos en toda la población. No obstante, la población más afectada son las familias de las comunidades en situación de pobreza y en esta población las más afectadas son las mujeres. Según ONU Mujeres (2017), las mujeres y las niñas son las más afectadas en todos los tipos de crisis humanitarias, ellas son dentro de todos los segmentos de la población las más vulnerables.

Si bien cada vez se insiste más en la necesidad de incorporar en las acciones de respuestas a las crisis humanitarias la situación de las mujeres pobres, estas acciones se caracterizan por dirigirse a la atención de las consecuencias más visibles que generan las crisis, como lo son, los problemas de acceso a los alimentos, medicinas y productos de higiene personal. Este

énfasis en atender las consecuencias influye en dejar de lado la atención a las causas que no se muestran tan evidentes. Esta situación ha sido observada también en la crisis ocasionada por la COVID-19. Sin embargo, dada la relevancia que han tenido los estudios sobre la economía del cuidado, el tema de la sobrecarga de tiempo que le dedican las mujeres pobres al cuidado familiar está siendo examinado como una de las causas que se requiere atender para abordar no solamente las consecuencias de las crisis, sino también el origen de la pobreza en las mujeres. Otra de las causas principales de la pobreza de las mujeres es la ausencia de la corresponsabilidad social del cuidado, que debería ser ejecutada por el Estado, el sector privado y la institucionalidad no gubernamental, mediante los servicios públicos de atención a niños, niñas y personas vulnerables por su edad y condición de salud. Esta responsabilidad social al no cumplirse es transferida a las mujeres, a las familias y a las comunidades.

“La sobrecarga de tiempo que le dedican las mujeres pobres al cuidado familiar está siendo examinado como una de las causas que se requiere atender para abordar no solamente las consecuencias de las crisis, sino también el origen de la pobreza en las mujeres”

La alta vulnerabilidad de las mujeres en situaciones de crisis no es por razones de dependencia por la edad, como lo es con la población infantil. Dicha vulnerabilidad está basada en razones de género, en creencias y normas sociales que asignan a las mujeres las responsabilidades principales, y muchas veces exclusivas, del cuidado familiar. El tiempo que dedican las mujeres pobres al cuidado familiar les impide realizar trabajos remunerados formales, y tener autonomía económica. Para analizar y comprender esta situación, se han elaborado herramientas tales como las Encuestas del Uso del Tiempo (EUT) que se están aplicando en América Latina y el Caribe desde 1985, y según datos de la CEPAL (2014) se han aplicado en aproximadamente 18 países. Por ejemplo, un informe correspondiente (Rico, 2017), que presenta los datos de investigaciones realizadas con base a EUT en 17 países de América Latina con muestras a nivel nacional que incluyen a mujeres pobres y no pobres, encontró que las mujeres dedican un promedio de 7 horas diarias al trabajo de cuidado.

Un estudio realizado en Venezuela durante los primeros meses de la cuarentena a causa de la pandemia de COVID-19 (mayo-julio 2020) en dos de las parroquias con más altos niveles de pobreza del país (Fila de Mariches y Caucagüita del Municipio Sucre del Estado Miranda) reveló que las mujeres de 15 a 44 años con hijos e hijas dedican entre 13 y 16 horas diarias al cuidado familiar, mientras que las que no tienen hijos e hijas dedican un promedio de 9 horas (AVESA, 2020). Aunque la muestra del estudio es local e incluyó sólo a mujeres pobres, los resultados sirven para ilustrar y comprender la sobrecarga de tiempo que le dedican las mujeres al cuidado, situación que les impide salir de la pobreza en tanto que, con esta carga de cuidado se genera una “pobreza de tiempo”. El estudio fue realizado mediante la aplicación de la “Encuesta Clasificación de Actividades de Uso del tiempo para América Latina” (CAUTAL), a través de la cual se midió el tiempo dedicado por las mujeres al trabajo

no remunerado de oficios del hogar y cuidado familiar. Adicionalmente, el estudio incluyó entrevistas a profundidad a fin de estudiar aspectos relacionados con las vivencias de la vulnerabilidad de las mujeres niños, niñas y adolescentes ante la crisis.

De las seis mujeres a las que se les aplicó las entrevistas en profundidad, dos de ellas eran docentes y señalaron que un alto porcentaje de padres y madres han emigrado para mejorar la situación económica de su grupo familiar. Asimismo, explicaron que esta migración genera en los niños, niñas y adolescentes un bajo rendimiento escolar, una actitud de apatía y desinterés en los estudios.¹⁵ De igual modo, las entrevistadas señalaron que con la pandemia se agravaron los problemas económicos y aumentaron las labores de cuidado, que ya eran elevadas; no obstante, no identifican esta situación como una brecha de género, las internalizan como labores que les corresponden por ser mujeres.

Una vez analizada la dimensión familiar del cuidado y la carga de trabajo de las mujeres en ese ámbito privado, es necesario abordar la dimensión social en el ámbito público de este trabajo, que debería expresarse en políticas que ofrezcan servicios de atención a menores de edad y personas dependientes. La baja cobertura de estos servicios y la deficiencia en su equipamiento genera que la atención que deberían desempeñar se traslade a las mujeres. Esquivel (2014), analizando los aportes del trabajo de cuidado familiar no remunerado que realizan las mujeres, señala que tiene características de “bien público” y comenta una cita de Picchio (2003) autora que plantea que los cuidados “constituyen también un subsidio desde los hogares a la esfera pública (estatal o mercantil)” (p. 25).

Se observa, entonces, que la sobrecarga de tiempo que dedican las mujeres al trabajo no remunerado de cuidado familiar tiene dos causas clave: una de ellas las desigualdades de género que se expresan en la norma cultural que asigna a las mujeres esas funciones; la otra, el déficit y deterioro de los servicios públicos de atención a la infancia y personas dependientes.¹⁶ Es fundamental, entonces, hacer un llamado en línea con el pensamiento feminista y distintos organismos regionales e internacionales, tales como la CEPAL, para la construcción de una agenda del cuidado que debe ser incluida como factor clave de políticas y planes de respuesta tanto de la emergencia humanitaria compleja como de la crisis a causa de la pandemia producida por la COVID19.

¹⁵ Acerca de la crisis humanitaria de las migrantes venezolanas, ver CARE (2020) Análisis Rápido de Género sobre la Crisis de Refugiados y Migrantes en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.



2.2

Sexo transaccional por supervivencia

Foto: Pexels

Se entiende por sexo transaccional al intercambio de sexo por bienes de consumo como son alimentos, acceso a servicios o beneficios (Espinel Vallejo, 2009). Se trata de una relación mercantilizada que puede estar vinculada a la supervivencia, a mejoras en el rendimiento educativo, mayores oportunidades económicas o ascenso en la condición social. Este intercambio sexual no está enmarcado dentro de la prostitución ya que no hay un acuerdo explícito de pago determinado. Además, el mismo “(...) forma parte de una serie más amplia de obligaciones sociales y está integrado en una relación emocional; y generalmente no es percibido por las comunidades como una forma de prostitución o explotación sexual” (ECPAT International, 2016, pág. 37).

Se han identificado diversas formas de sexo transaccional: el sexo transaccional por supervivencia propiamente dicho que implica la interacción sexual a cambio de alimentos, ropa o alojamiento; el sexo transaccional por calificaciones escolares; el sexo transaccional por artículos de lujo o ascenso social como es el caso del fenómeno del “sugar daddy” o “sugar mommy”; y el sexo transaccional que implica intercambio de obsequios como expresión de afecto (ECPAT International, 2016). Muchas de estas situaciones impresionan a simple vista como “voluntarias y sin presión”. No obstante, en la mayoría de ellas existe un desbalance de poder entre las partes que hace que las entendamos como una expresión de violencia o extorsión sexual. Se pueden citar como ejemplo situaciones de sexo transaccional que involucran a una persona adulta con un niño, niña o adolescente, donde el desbalance de

poder a favor de la persona adulta es dado por la edad, o cuando la relación de poder viene dada por los recursos económicos o por un lugar de autoridad en la relación, como puede ser un profesor sobre una estudiante, un jefe sobre una empleada, o incluso, el dueño de un comercio sobre la mujer que no tiene dinero suficiente para comprar los alimentos. Es decir, estaríamos ante el aprovechamiento o utilización de este desequilibrio de poder para coaccionar o atraer a una mujer, niña o adolescente vulnerable a realizar actos sexuales, lo cual configura una situación de violencia sexual.

La vulnerabilidad se entiende como el conjunto de factores económicos, políticos y socioculturales, que, unidos a aspectos como el sexo, género, edad, escolaridad, condición socioeconómica, etnia, nivel socioeconómico y estatus migratorio, colocan a las personas en situaciones que limitan su capacidad para prevenir y responder a situaciones particulares de conflicto (Hernández et al., 2005). Lamentablemente, en el contexto de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela, a medida que va aumentando la inseguridad alimentaria, la pobreza y la vulnerabilidad de mujeres, niñas y adolescentes, se ha ido incrementando también el aprovechamiento de hombres de su lugar de poder o superioridad para obtener sexo transaccional de ellas, particularmente de las más vulnerables. Se trata entonces de una dinámica dentro de una relación dispar. No es una negociación de iguales, con lo cual, las posibilidades de control y agencia de las personas que ponen su cuerpo en transacción sexual por supervivencia, están limitadas. Esta lógica en la que subyace una visión de supremacía de la sexualidad masculina también afecta a personas homosexuales y transexuales.

“Aprovechamiento o utilización de este desequilibrio de poder para coaccionar o atraer a una mujer, niña o adolescente vulnerable a realizar actos sexuales, lo cual configura una situación de violencia sexual”

De acuerdo a un estudio exploratorio realizado por Aid for Aids y AVESA (2020) en el que se entrevistaron a representantes de organizaciones con trabajo comunitario y personas con práctica de sexo transaccional, se encontró que todas las personas consultadas consideran que en el contexto de la emergencia humanitaria compleja y la pandemia de COVID-19, el sexo transaccional ha aumentado en el país, sobre todo aquel realizado con fines de supervivencia. De acuerdo a este estudio, las personas vulnerables que realizan sexo transaccional por supervivencia son fundamentalmente niñas, adolescentes femeninas, mujeres jóvenes, adolescentes y hombres jóvenes gays, hombres jóvenes con VIH y mujeres trans jóvenes, todas y todos en situación de pobreza y con inseguridad alimentaria moderada o severa. Por otro lado, en la posición de poder se encontraron exclusivamente hombres adultos y adultos mayores, heterosexuales u homosexuales, con ciertas ventajas económicas en relación a la persona. Los reportes indican que el sexo transaccional ocurre en todo el país, particularmente en zonas fronterizas, zonas de extractivismo, comunidades muy empobrecidas adyacentes a zonas comerciales y de consumos de alimentos. Para el caso de niñas y adolescentes de muy escasos recursos económicos, esta práctica suele estar instigada por sus propias familias.

¹⁶ Ver estudios recientes sobre Género y Cuidado en la Pandemia en la Revista Estudios Culturales (2020), Vol. 13 N 26. Editorial. Universidad de Carabobo, Venezuela.

Por su parte, en un levantamiento de información cualitativa sobre necesidades en el área de violencia basada en género en contexto de movilidad humana en zonas fronterizas de Venezuela, realizado por el UNFPA en los estados Bolívar, Apure, Táchira y Zulia, el sexo por supervivencia fue una de las formas de violencia identificadas. Se identifica que este ocurre en albergues o viviendas temporales construidas cerca de los pasos fronterizos (UNFPA, 2020a), en todos los contextos de movilidad y comunidades estables (UNFPA, 2020b) en las rutas de traslado, puntos de salida y de llegada (terminales de transporte, por ejemplo), lugares de destino, en los puestos de atención social integral, llamados “PASI” (UNFPA, 2020c), y en el contexto de movilidad del estado Zulia o en Colombia (UNFPA, 2020d). De acuerdo a este levantamiento, el sexo transaccional ocurre en condiciones estructurales muy adversas y la propuesta de intercambio sexual viene de parte del hombre quien usualmente ofrece comida o algún otro bien (UNFPA., 2020a; UNFPA., 2020b), las mujeres son forzadas por un contexto de extrema necesidad a este tipo de situaciones, principalmente, para poder satisfacer necesidades de alimentación, transporte o trabajo (UNFPA., 2020d). En el caso del estado Táchira, donde reportan que esta práctica ocurre en los PASI, señalan que “(...) existe un código que indica a las mujeres que deben brindar sexo si quieren obtener algún servicio (agua, alimentación)” (UNFPA, 2020c, pág. 23). También ocurre en los pasos ilegales para dejar a las mujeres pasar la mercancía, y en los terminales para obtener algún alimento (2020c).

“A medida que va aumentando la inseguridad alimentaria, la pobreza y la vulnerabilidad de mujeres, niñas y adolescentes, se ha ido incrementando también el aprovechamiento de hombres de su lugar de poder o superioridad para obtener sexo transaccional de ellas, particularmente de las más vulnerables”

El fenómeno del sexo transaccional por supervivencia no es nuevo en el país, pero el aumento de las brechas de género a causa de la emergencia humanitaria compleja, ahora combinada con la crisis sanitaria derivada de la pandemia producida por la COVID19, potencian su ocurrencia y constituye una forma de violencia sexual de dimensiones cada vez más preocupantes.



Foto: Pxhere



Foto: Pexels



Foto: Pexels



Foto: Pexels

2.3

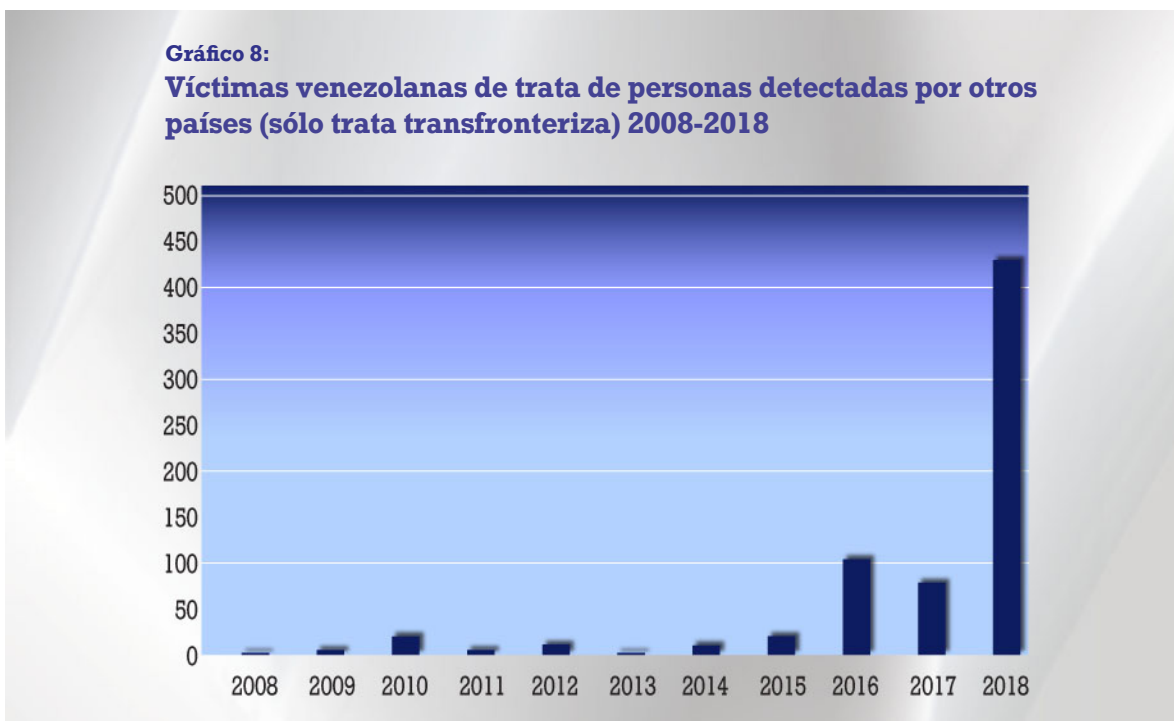
Trata de personas en Venezuela: análisis del impacto sobre las niñas, adolescentes y mujeres

La trata de personas es una grave violación de los derechos humanos y una forma de esclavitud moderna en la que se reduce a la persona y su cuerpo a la condición de objeto, deshumanizándola e insertándolas en cadenas mercantiles, arrebatándoles su dignidad, sus derechos y libertades. Es, al mismo tiempo, una de las manifestaciones más extremas y complejas de la violencia basada en género y una de las mayores expresiones de la desigualdad estructural existentes. En Venezuela, está tipificada como una forma de violencia contra las mujeres en el artículo 15, apartado 19, de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. La Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2020) la define como “...una serie de actividades conducentes a la apropiación, instrumentalización y explotación de personas para el beneficio económico de otras, mediante diversas formas de violencia, como la intimidación, amenazas, rapto, o mediante el abuso de personas en situación de vulnerabilidad...”.

“Forma de esclavitud moderna en la que se reduce a la persona y su cuerpo a la condición de objeto, deshumanizándola e insertándolas en cadenas mercantiles, arrebatándoles su dignidad, sus derechos y libertades”

La trata es la explotación de personas para el beneficio de otras personas, caracterizándose por la explotación de las vulnerabilidades de las víctimas. En Venezuela, donde el 67% de la población está viviendo por debajo de la línea de pobreza extrema (Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello, 2020) existen

numerosas mujeres, niñas y adolescentes con necesidades básicas insatisfechas expuestas a las redes de trata de personas. En este sentido, el Reporte Global de Trata de Personas 2020, de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC/ONUDD) (2020) confirma la relación significativa entre la contracción del PIB y la magnitud de los flujos de trata originados desde Venezuela. Al estar amplios sectores de la población por debajo del umbral de pobreza, el número de víctimas venezolanas de la trata identificada en el extranjero ha seguido aumentando: en el año 2018 fueron identificadas 430 venezolanas víctimas de trata de personas en 21 países de América del Sur, Centro América, Europa occidental y meridional, y central y Europa sudoriental (ver gráfico 8).



Fuente: Elaboración propia

Sí bien cualquier persona puede ser víctima de trata, la misma afecta diferenciadamente a niñas, niños, adolescentes y mujeres. La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC/ONUDD) afirma que el 65 % de las víctimas identificadas son niñas y mujeres. En una opinión consultiva de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se reconoce que “...las niñas pueden ser aún más vulnerables a ser víctimas de trata, en especial para la explotación sexual y laboral...” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2014). Según una investigación realizada por las organizaciones AVESA y UNIANDES (2020, pág. 11): “...ninguna de las mujeres identificó riesgos vinculados a formas de violencia sexual, trata, tráfico o cualquier otra forma de violencia contra la mujer...” éste no reconocimiento las expone aún más a la trata de personas.

Para conocer las dinámicas de la trata de personas en Venezuela, es importante describir las diferentes etapas del delito, a saber:

- **Captación o reclutamiento:** las y los tratantes utilizan diferentes estrategias y dinámicas para captar a las personas, obteniendo su consentimiento con engaños o el uso de la fuerza. La OIM realizó un diagnóstico sobre la situación e incidencia de la trata de personas en contextos humanitarios en América del Sur (OIM, 2020), permitiendo analizar el impacto del desplazamiento de personas desde Venezuela y su incidencia en la trata, al realizar largas travesías, muchas veces por tierra y a pie, evidenciándose la existencia de personas que han sido captadas desde Venezuela, como país de origen, pero también en las fronteras con Colombia y Brasil. Por ejemplo, en Bolivia las víctimas, principalmente mujeres jóvenes, eran captadas al ingresar a ese país, en contextos de irregularidad migratoria, utilizando la seducción y el uso de las redes sociales. En Brasil se identificaron como estrategias de captación, las ofertas laborales engañosas y/o el enamoramiento a través de redes sociales. En Colombia se identificaron numerosos casos de víctimas captadas en los terminales de transporte, mientras que en Ecuador fue común el uso del “enamoramiento”, seguido de coacción y amenazas.

El UNFPA (2020a) en Apure identificó como dinámicas de captación en los casos de trata de mujeres, niñas y adolescentes las ofertas de trabajo engañosas, ofrecimientos de trabajo en agencias de modelaje o como promotoras para la venta de algún producto en particular. También se han vinculado a estas redes de trata incluso con conocimiento de que serán prostituidas, bajo la necesidad de generar una fuente de ingresos. En el estado fronterizo de Táchira la captación se realiza a través de ofertas engañosas de trabajo o de estudio, en oportunidades por personas o redes que no tienen relación directa con las mujeres y que se presume son colombianas; y en otras por personas de confianza de las mujeres. En el también estado fronterizo, Zulia la captación se produce a través de ofertas de trabajo engañosas, ofreciendo empleos en casas de familia, cocinando o ejerciendo otras labores asociadas al cuidado.

- **La desaparición de personas:** es una forma de captación utilizada por las redes de trata en la frontera marítima de Venezuela. Desde el 2019 han desaparecido 119 personas (64 hombres, 39 mujeres, 15 niños, 1 niña) en embarcaciones que se dirigían a Curazao y Trinidad y Tobago. Conforme al registro del Comité Nacional de Familias Víctimas de las Desapariciones y Trata en las Costas de Venezuela “Mayday” (CONFAVIDT), las investigaciones se encuentran en el Ministerio Público. Cabe destacar que no existe un registro nacional de personas desaparecidas en Venezuela.
- **Transporte, traslado:** el transporte (marítimo, terrestre, aéreo) es el medio usado para trasladar a una persona desde el lugar de captación hasta el sitio de explotación. Puede ser dentro del mismo país (trata interna) como hacia otros países (trata transnacional), y puede realizarse de forma legal o irregular, con el objetivo de desarraigar a la víctima de sus redes de apoyo. La OIM (2020) en Colombia identificó víctimas que fueron captadas en zonas de frontera y posteriormente trasladadas a ciudades de Colombia o de la frontera con Ecuador. Según información recabada por el UNFPA en Apure (2020a) los casos de trata de mujeres, niñas y adolescentes es transfronteriza hacia Colombia (Saravena, en Arauca y Yopal, en Casanare), mientras que en Bolívar los casos de trata de mujeres son interna hacia las minas, y transfronteriza hacia Trinidad y Tobago, Guyana y Brasil (UNFPA, 2020b).

- **Acogida o recepción:** se puede realizar en el mismo municipio, estado, país, se tiende a limitar la movilidad de las personas, retener los documentos de identidad, incrementando las amenazas y otras formas de violencia para lograr el sometimiento y control de la víctima.
- **Explotación:** es la finalidad de la trata, aunque para que se configure el delito no se exige la explotación efectiva de la víctima. En su informe, UNDOC (2020) precisa que la explotación sexual se mantiene como la principal finalidad de explotación de la trata de personas en el mundo (50% de los casos identificados), pero se registra un incremento en casos de trabajo forzado y algunas otras formas de explotación como la mendicidad ajena (del 34 % en 2016 al 38 % en el 2020), señalando el uso del internet para la explotación, transmitiendo actos en vivo, llegando a gran cantidad de consumidores en diferentes regiones del mundo (cibersexo, pornografía). En el estado fronterizo de Apure la trata de mujeres, niñas y adolescentes es con fines de explotación sexual y laboral, ésta última particularmente asociada al trabajo en fundos en Colombia (UNFPA, 2020a). En Bolivia se han identificado casos de víctimas con fines de explotación sexual, principalmente mujeres jóvenes, también subastas de niños, niñas y adolescentes vírgenes y en Brasil los casos son mayoritariamente de explotación se-xual y laboral, servidumbre y la adopción ilegal. También en Colombia se registró un aumento de casos con fines de explotación sexual, y en Ecuador se confirma la existencia de víctimas venezolanas, con fines de explotación sexual y laboral (OIM, 2020). Aunque existen reportes sobre la explotación sexual de personas LGBTI, no existe un registro formal de víctimas de trata que incluya datos relacionados con esta población.

El informe sobre tráfico de personas del Departamento de Estado de los Estados Unidos (2020) señala que Venezuela se mantuvo en la categoría 3, correspondiente a los países que no cumplen con los estándares mínimos para el combate de la trata de personas. Por ello, es importante evaluar la normativa existente. Conforme al artículo 23 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, los tratados, pactos y convenciones relativos a derechos humanos, suscritos y ratificados por Venezuela, tienen jerarquía constitucional y prevalecen en el orden interno, en la medida que contengan normas más favorables. En este sentido, el Protocolo de Palermo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, suscrito por Venezuela en el año 2000 y ratificado en 2002, es de aplicación inmediata y directa por los tribunales y demás órganos del poder público. En su artículo 54, se prohíbe taxativamente la trata de personas, especialmente de mujeres, niños, niñas y adolescentes. No obstante, en el Código Penal venezolano (2005) no tipifica expresamente la trata de personas, mientras que la Ley Orgánica para la Protección de Niño, Niña y Adolescente no penaliza la trata de niños niñas y adolescentes (2007). Por su parte la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia tipifica la trata como un delito y una forma de violencia de género contra las mujeres (2014), y la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo (2012) penaliza la trata de personas estableciendo como elemento constitutivo que el sujeto activo sea una persona integrante de un grupo de delincuencia organizada, incrementándose la complejidad a nivel probatorio (ver tabla 3).

Tabla 3

Cuadro comparativo de la legislación penal venezolana

Código Penal (13/04/2005)	Ley Orgánica para la Protección de Niño, Niña y Adolescente (LOPNNA, 10/12/2007)	Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LODMVLV, 25/11/2014)	Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo (LODOFT, 30/04/2012)
No se tipifica el delito de Trata de Personas	No se penaliza el delito de Trata de niños, niñas y adolescentes	Se tipifica la trata de mujeres, niñas y adolescentes como una forma y un delito de violencia basada en género. Ampara a las mujeres, niñas y adolescentes, al ser la LODMVLV una medida de acción afirmativa. En la Exposición de Motivos se reconoce que la trata es un delito de delincuencia organizada, pero no se limita en el artículo que el autor o autora pertenezca a un grupo de delincuencia organizada. No se establece expresamente que es irrelevante el consentimiento de la víctima. En el mismo artículo no se establece la reparación de la víctima, pero es aplicable los artículos 61 y 62 LODMVLV. Pena de Prisión de quince (15) a veinte (20) años	Penaliza en el artículo 41 la Trata de Personas en el contexto de la delincuencia organizada. Ampara a todas las personas, hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes. Establece que el autor o la autora del delito es una persona integrante de un grupo de delincuencia organizada, incrementándose la complejidad a nivel probatorio. Se establece que es irrelevante el consentimiento de la víctima. En el mismo artículo se prevé "...la cancelación de indemnización por los gastos a la víctima para su recuperación y reinserción social...". Pena de prisión de veinte (20) a veinticinco (25) años. Si la víctima es un niño, niña o adolescente será penado con prisión de veinticinco (25) a treinta (30) años.

Fuente: Elaboración propia

Por Jurisdicatio¹⁷ de la SCTSJ 229/2014 de 17 de octubre de 2014 se dispuso que:

"los jueces y juezas especializados en delitos de violencia contra la mujer conocerán del delito de trata de personas, tipificado en el artículo 41 de la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo cuando los sujetos pasivos del delito sean mujeres, niñas, niños y adolescentes (ambos sexos), pluralmente o concurriendo ambos sexos. En cambio, cuando la víctima del delito o sujetos pasivos sean solamente varones adultos (excluyéndose niños y adolescentes varones) conocerán del delito de trata de personas los jueces y juezas con competencia en materia penal ordinaria."

Como se puede observar, los tribunales especializados en delitos de violencia de género contra las mujeres aplican el artículo 41 de la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo. A pesar de que la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia fue reformada en el 2014, no se adecuó a los parámetros internacionales al no establecer expresamente que para configurar la trata de niños, niñas y adolescentes no se requiere demostrar los medios de comisión. En razón de esto, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, MESECVI, instó a Venezuela a "(...) adecuar la normativa al Protocolo de Palermo, excluyendo del tipo penal los medios comisivos, al menos respecto de los niños, las niñas y adolescentes conforme a los literales b y c del mencionado Protocolo." Y agregó su preocupación por el hecho de

que Venezuela “(...) no haya trabajado sobre dicha recomendación pues la normativa no ha sido armonizada (...)” (MESECVI, 2017). La Recomendación General N° 2 del MESECVI (2018) representa un avance al reconocer la desaparición de las niñas, adolescentes y mujeres como una forma de violencia basada en género en sí misma y en conexión con otras formas de violencia, como la trata. Por ello, el Estado venezolano tiene la obligación de tipificarla en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Desde el punto de vista institucional, Venezuela cuenta con una Oficina Nacional contra la Delincuencia Organizada y el Financiamiento al Terrorismo (ONDOFT) creada según decreto N° 4.806, publicado en Gaceta Oficial N° 38.522 de fecha 14 de septiembre en 2006, adscrita al Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores, Justicia y Paz. Existe, además, el sistema de protección integral de niños, niñas y adolescentes creado por la Ley Orgánica para la Protección de niños, niñas y adolescentes (LOPNNA), así como un sistema de administración de justicia penal especializado en delitos de violencia contra la mujer, y la Fiscalía 95° nacional, especializada en el delito de trata de mujeres, creada en 2019.¹⁸

En lo que respecta al registro, sistematización y acceso a datos de información estadísticas, como señala Éxodo (2019), en Venezuela existe un claro vacío en cuanto a la generación y registros de datos desagregados por sexo, edad y formas de violencia contra las mujeres, al tiempo que no hay unificación de criterios en los órganos receptores de denuncias, ni en los entes involucrados con el sistema de justicia, mucho menos en coordinación con los entes que llevan las rectorías en materia de justicia, mujeres, niñas, niños y adolescentes. Aunado a esto, la trata de personas es un delito invisibilizado, con altas cifras ocultas y baja recepción de denuncias. En este sentido, la ONDOFT suministro a la UNODC / ONUDD (2018) los siguientes datos: en el 2014 (12 casos), 2015 (6 casos), 2016 (37 casos), ene-sep 2017 (14 casos). Por su parte, Tarek William Saab en su carácter de Fiscal General de la República Bolivariana de Venezuela indicó en una declaración a la prensa en diciembre 2020 (Venezolana de Televisión, 2020) que desde el 2017 se han registrado 214 casos de trata de personas, de los cuales la mayor cifra se registró en 2018 con 83 casos, se han acusado a 196 involucrados. Tenemos entonces que entre 2014 y 2016 se habría registrado un total de 55 casos. En contraste, de 2017 a 2020 se habrían registrado 214 casos de trata de personas.

“La trata de personas es un delito invisibilizado, con altas cifras ocultas y baja recepción de denuncias”

Las organizaciones de la sociedad civil han hecho énfasis en la prevención. Por ejemplo, la organización Éxodo en alianza con ASOVILUZ y DERECHICOS, contando con el apoyo técnico de UNICEF, implementaron una campaña de sensibilización desde junio 2020 hasta enero 2021 para prevenir la trata de niños, niñas y adolescentes. Pero se requiere de esfuerzos adicionales y del compromiso del Estado venezolano con sus obligaciones en materia de derechos de las mujeres, además de la articulación entre las organizaciones de la sociedad civil, las agencias de cooperación internacional, y las instituciones del Estado para la prevención, atención, acompañamiento y reparación integral de las víctimas.

¹⁷ JURISDATIO son sentencias vinculantes que son de obligatorio cumplimiento para los Jueces y las Juezas de la República Bolivariana de Venezuela.

¹⁸ Resolución 1679, publicada en Gaceta Oficial N° 41.733, de fecha 8 de octubre de 2019.

CAPÍTULO III

Grupos vulnerables



Foto: Rawpixel

Vivir en un calabozo o Centro de Detención Preventiva- CDP, o en una cárcel o prisión en Venezuela no es vivir, se trate de hombres o mujeres. La diferencia puede estar, sin embargo, en los niveles de violencia que pueden desplegarse dentro de esas instituciones y los niveles de hacinamiento en los que se sobrevive. La proporción de mujeres detenidas equivale al 6 u 8% del total de las personas presas o detenidas en Venezuela. Esto puede explicar que exista una sola cárcel para mujeres en todo el país: el Instituto Nacional de Orientación Femenina (INOF)¹⁹ (Una Ventana a la libertad, 2019, mientras existen varios anexos femeninos en recintos penitenciarios. Recientemente se han incorporado la prisión Ana María Campos II, en Maracaibo, estado Zulia, una cárcel “cerrada” o centro de “formación femenina”, la cual responde a lo que ahora se conoce como nuevo régimen que es la militarización de las prisiones y en las cuales las mujeres siguen limpiando pisos, cocinando, sin aprender alternativas para el trabajo productivo mejor remunerado como el uso de la tecnología; y el Centro Penitenciario Femenino de la Región Insular (antes anexo femenino del Penal de San Antonio) en el estado Nueva Esparta. Sin embargo, desde que la exministra de Servicios Penitenciarios diera la orden de suspender los traslados de las personas detenidas desde los

calabozos o CDP a las cárceles, y por la demora del debido proceso, dichos calabozos se han convertido en las verdaderas cárceles.

“La proporción de mujeres detenidas equivale al 6 u 8% del total de las personas presas o detenidas en Venezuela”

Las mujeres detenidas que han cometido delitos²⁰, son negativamente valoradas y se tornan en las más invisibles entre las invisibles que, culturalmente, han sido las mujeres. Hacinadas, expuestas sexualmente a los otros detenidos y a los guardias custodios, conviviendo las detenidas enfermas con las sanas, son condiciones que hacen que sobrevivir sea un reto día a día. La demora del debido proceso niega el cumplimiento de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y del Código Orgánico Penitenciario, y muchas de ellas llegan a permanecer detenidas años sin haberse demostrado su culpabilidad.

Las condiciones sanitarias en centros de reclusión afectan gravemente a las mujeres,²¹ toda vez que los mismos no han sido diseñados para permanencias largas de personas detenidas. Así pues, carecen de baños suficientes tanto para las reclusas como el personal, presentan escases de agua por tubería, lo cual dificulta enormemente la limpieza personal o de las celdas, y son espacios pequeños de 5x5 o 6x6 sin lugar para acostarse o sentarse sin perturbar a las compañeras, lo cual se torna motivo de frecuentes conflictos. El suministro de insumos para la higiene personal depende de las familiares que las visitan o de algunas organizaciones de la sociedad civil o iglesias que se las suministran. Muchas usan trapos como toallas sanitarias o carecen de insumos para evitar que el sangrado menstrual llegue a sus ropas. Exreclusos de la Cárcel de Fénix en el estado Lara han narrado que al salir al patio en el tiempo libre podían observar a mujeres del anexo femenino en las condiciones citadas (ídem).

Otro elemento es la ausencia de pocetas y duchas, y el uso de letrinas que son muy contaminantes. En algunos casos hacen uso de bolsas y las mantienen afuera del espacio de detención hasta que los familiares las puedan sacar. Estas son escenas frecuentes que explican la presencia de infecciones vaginales u otras enfermedades. En esas condiciones se produce una alta frecuencia de enfermedades infecto-contagiosas y tuberculosis, combinadas con altos niveles de desnutrición, lo cual se convierte en la primera causa de muertes de las personas detenidas en los calabozos. A pesar de ello, las mujeres no reciben atención médica. Hay casos de mujeres de 60 años o más que padecen hipertensión que no reciben más ayuda que de sus familias o de otras reclusas (ídem).

El número de mujeres embarazadas es mayor en los anexos femeninos, a pesar de que ellas tienen regulaciones que limitan las visitas maritales. Algunas afirman que en las cárceles con anexo femenino las relaciones sexuales son frecuentes y, de allí los embarazos. También se ha denunciado la extorsión sexual para obtener los derechos que les corresponden²². Por ejemplo, según declaraciones publicadas en los medios de comunicación, en el INOF muchas mujeres se ven obligadas a mantener relaciones sexuales con funcionarios policiales para lograr ser trasladadas a sus audiencias ante los tribunales (Crónica Uno, 2018).

A pesar que las normas internacionales y el Código Orgánico Penitenciario establecen claramente la atención que deben recibir las embarazadas y sus hijos/hijas al nacer, esto no se cumple. No existe atención postnatal y la familia debe llevarse al recién nacido/a,

aun cuando la madre desee amamantarlo. Tampoco se cumple la atención en salud y prevención de infecciones a las mujeres en general. En los calabozos o CDP las personas detenidas no deben permanecer más de 48 horas mientras se inicia el debido proceso y la fiscalía les imputa algún delito. Pero, la prolongación de su permanencia en detención por no cumplirse esta norma, hace que algunas embarazadas den a luz en el recinto sin ninguna atención médica previa. Cuando la reciben es, generalmente, por alguna emergencia (como en el caso de los abortos debido a las precarias condiciones de alimentación, hacinamiento y salud) y suele ser la familia quien cubra los gastos (Una ventana a la libertad, 2019).

La suspensión de las visitas debido a la cuarentena impuesta por la pandemia de COVID19, generalizó el hambre de las personas detenidas, generando una seria problemática de desnutrición. En el INOF, por ejemplo, se produjo una fuerte protesta de las reclusas, debido a la falta de alimentos, agua potable, y por el retardo procesal (Una Ventana a la Libertad, 2021). Sin las visitas tampoco llegan los medicamentos ni los productos de higiene personal, lo cual ha agravado la situación de las mujeres detenidas. Quienes padecen cáncer de mama, problemas ginecológicos o cualquier dolencia propia de las mujeres no reciben atención a tiempo, y muchas sufren consecuencias de salud irreversibles o fallecen poco tiempo después de salir. Por ejemplo, para finales del año 2020 había un total de 1.749 mujeres detenidas en los CDP, de las cuales solamente un 11,09% fueron incluidas en las jornadas de salud, ya sean oficiales o sociales. Y, en caso de enfermedades propias de su sexo, apenas 54 recibieron algún tipo de atención (Una Ventana a la Libertad, 2020).

“La suspensión de las visitas debido a la cuarentena impuesta por la pandemia de COVID19, generalizó el hambre de las personas detenidas, generando una seria problemática de desnutrición”

Si antes las mujeres reclusas en general recibían menos visitas que los hombres (Una Ventana a la Libertad, 2019), hoy la situación se ha tornado crítica. La convergencia entre la emergencia humanitaria compleja y la pandemia de COVID19, aunado, además, al aumento de la gasolina y el alto costo del transporte público en un contexto de hiperinflación, los familiares encuentran grandes dificultades para realizar visitas. Además, no sólo se ven imposibilitados de llevar insumos para la higiene y mantenimiento de las celdas, sino que, cuando logran trasladarse al centro de reclusión, sólo alcanzan a llevar comida y medicamentos. Sin embargo, todo lo que llevan se debe entregar a los custodios para que lo hagan llegar a su familiar detenida, sin garantías de cómo, cuánto y cuándo llegará a las manos de la reclusa, quien vive en situación de vulnerabilidad y alto riesgo.

¹⁹ Instituto Nacional de Orientación Femenina, Los Teques, estado Miranda. Recién se han incorporado la prisión Ana María Campos II, en Maracaibo, una cárcel “cerrada” o centro de “formación femenina”, la cual responde a lo que ahora se conoce como nuevo régimen que es la militarización de las prisiones y en las cuales las mujeres siguen limpiando pisos, cocinando, pero no aprenden alternativas para el trabajo productivo mejor remunerado como el uso de la tecnología; y el Centro Penitenciario Femenino de la Región Insular (antes anexo femenino del Penal de San Antonio).

²⁰ Uno de los más frecuente es su participación en el tráfico de drogas.

²¹ La información disponible corresponde a las investigaciones de la organización Una Ventana a la Libertad, adelantadas por un equipo de 21 investigadores en todo el país. Disponible en www.unaventanaalalibertad.org

²² María José González, directora de Cáritas Los Teques y quien sirve como monja en el centro de reclusión preventiva Instituto Nacional de Orientación (INOF), señaló que muchas mujeres se ven obligadas a mantener relaciones sexuales con funcionarios policiales para lograr ser trasladadas a sus audiencias ante los tribunales. <http://cronica.uno/author/shaylim-castro/> Mujeres obtienen “privilegios” en cárceles a cambio de trabajos sexuales. 7 marzo, 2018.



3.2 Mujeres en el contexto de movilidad humana

Foto: Flickr

El tema de la movilidad de personas de nacionalidad venezolana está presente en la agenda política hemisférica desde hace por lo menos 3 años, principalmente en países de América del Sur donde se encuentran los mayores receptores de esta población (gráfico 9).



Foto: Unsplash

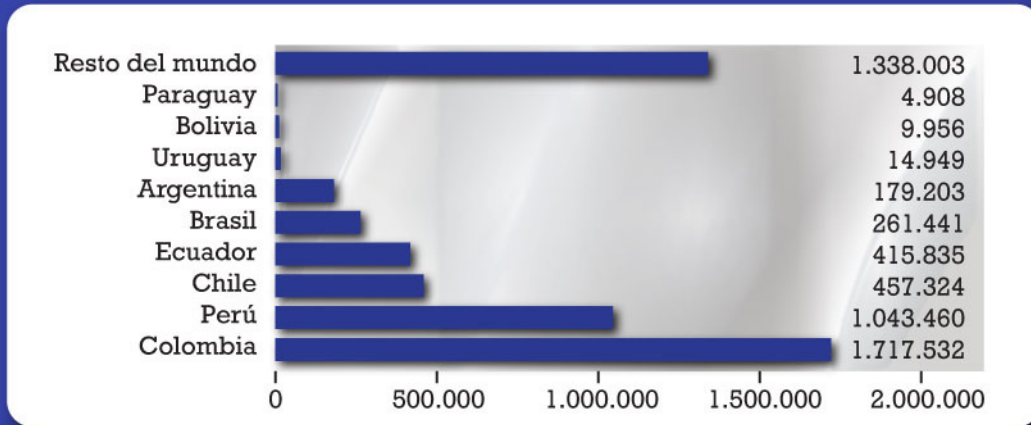


Foto: Flickr



Foto: Flickr

Gráfico 9
Población venezolana en movilidad humana. Enero 2021



Fuente: Plataforma de coordinación para refugiados y migrantes de Venezuela - R4V, 2021.

Los efectos de la migración tienen un impacto diferenciado y, a menudo, desproporcionado en la vida de las mujeres, adolescentes y niñas migrantes, que ven profundizadas las desigualdades de género. Es cierto que, en algunos casos, la migración puede significar un fortalecimiento de la capacidad de agencia de las mujeres, en la medida en que representa mayor autonomía a la hora de la toma de decisiones y desarrollo de proyectos personales (Domínguez & Contreras, 2017) pero también puede significar una profundización de los roles de género que mantienen a las mujeres en el trabajo del hogar y el cuidado de los demás miembros de la familia.

En los relatos de mujeres venezolanas²³, en no pocas ocasiones, se observa que su rol de cuidadora se profundiza con la migración, lo que es más claro en los casos de las que tienen hijos/as pequeños/as o que, por diversas razones, no asisten a la escuela (Fernández Matos, 2020). Este es el caso de María José²⁴, migrante venezolana radicada en Colombia, 34 años, casada, con una hija de 7 años y dos hijos (uno de 5 años y otro de 2).

“Los efectos de la migración tienen un impacto diferenciado y, a menudo, desproporcionado en la vida de las mujeres, adolescentes y niñas migrantes, que ven profundizadas las desigualdades de género”

Mi esposo se vino primero, yo tenía dos meses de embarazo del bebé pequeño y nos preocupaba mucho que fuera nacer allá, porque la cosa estaba muy fea (...) yo trabajaba en un ministerio y tenía mi dinero propio, tenía el apoyo de mi mamá que me cuidaba a los grandecitos y cuando ella no podía, lo hacía mi suegra. Pero aquí no tengo familia y no me atrevo a dejar a mis hijos con nadie, no puedo trabajar porque tengo que cuidarlos, pero no te niego que me hace falta mi platica (María José, Santo Tomás, Atlántico, Colombia).

Esta situación va acompañada también de la carga que implica constituirse en el sostén emocional familiar. El proceso migratorio puede resultar difícil y doloroso para otros miembros de la familia, quienes recurren a la mujer para que les proporcione afectos, muchas veces relegando a un segundo plano sus propias emociones. Esto implica que, a la carga de las labores domésticas y de cuidado, se le suma la carga emotiva, en ocasiones más pesada. Estos resultados coinciden con una investigación realizada con mujeres venezolanas por CARE (2020a), en la que se deja constancia que la mayor parte de mujeres y niñas encuestadas afirmaron que su participación en la preparación de alimentos, en el cuidado del hogar y en salud, así como el tiempo adicional que ahora dedican a generar ingresos y recursos domésticos, ha aumentado enormemente la carga de trabajo en sus hogares en comparación con la de los hombres, lo cual ha afectado negativamente su salud mental, física y emocional de formas distintas a la de sus contrapartes masculinas.

3.2.1 Salud de las mujeres migrantes

Investigaciones realizadas en distintos países de América Latina se han enfocado en la salud de las mujeres venezolanas migrantes. En Perú, las tres cuartas partes de las mujeres venezolanas están en el rango de 15 a 49 años, en edad reproductiva. Sólo el 20,6% de este grupo declaró usar algún método moderno de planificación familiar y 4% manifestó estar embarazada al momento de aplicación de la encuesta, mientras que 1,6% no lo sabía o no estaba segura. En relación con la atención en servicios de salud sexual y reproductiva, las cifras indican que fueron atendidas tres de cada diez mujeres mayores de quince años (Mendoza & Miranda, 2019).

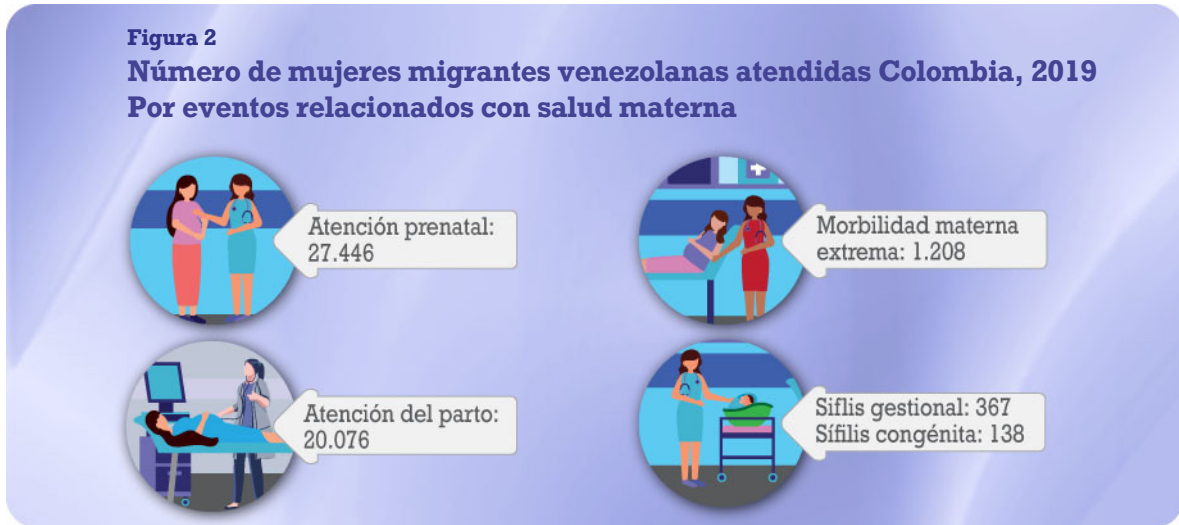
En Colombia, la Asociación Profamilia (2020) ha realizado un estudio en Bogotá, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Riohacha y Santa Marta sobre la salud mental, sexual y reproductiva de las mujeres migrantes venezolanas. En relación con la salud mental, aunque las mujeres acceden más que los hombres, es muy baja la asistencia a este tipo de servicios por las barreras existentes para el acceso y la prioridad que se le da a la salud física. Las principales razones para acudir son episodios de estrés, ansiedad o depresión, vinculados en gran medida con el proceso migratorio: “la separación familiar, la ausencia de medios de supervivencia, el estatus de migrantes irregulares, las barreras de acceso al sistema de salud y las actitudes de discriminación, constituyen las principales causas del deterioro de la salud mental de las personas migrantes entrevistadas” (Vera & Cifuentes, 2020).

En un estudio realizado por Ariza (2020), indica que la atención de las mujeres migrantes embarazadas en Colombia aumentó en más de 80% de 2018 a 2019, pero concluye que hay necesidad de aumentar los controles prenatales, ya que la mayoría de las gestantes tuvieron un solo control o ninguno. Esto puede ser el motivo del aumento de la morbilidad materna extrema, sífilis gestacional y sífilis congénita (Figura 2).

²³ Este capítulo se basa en una investigación no publicada (Fernández Matos, 2020) en la cual se usó una metodología mixta, que combina datos cuantitativos y cualitativos. Se usaron fuentes secundarias, principalmente investigaciones de campo realizadas por otras/os investigadoras/es sobre la situación de las mujeres migrantes venezolanas, así como algunos documentos de entidades internacionales. Además, se utilizaron fuentes directas, mediante entrevistas con preguntas semiestructuradas realizadas entre los meses de septiembre de 2019 y marzo de 2020 a diecisiete (17) mujeres venezolanas migrantes en el departamento del Atlántico, Colombia.

²⁴ En las entrevistas realizadas se cambiaron los nombres de las migrantes para asegurarles el derecho a la confidencialidad y su identidad anónima.

Figura 2
Número de mujeres migrantes venezolanas atendidas Colombia, 2019
Por eventos relacionados con salud materna



Fuente: Ariza, 2020

3.2.2 Discriminación y estigmatización

La hipersexualización y la estigmatización de las venezolanas es una constante en los países a los que han migrado, particularmente en América Latina. En un trabajo de campo realizado en el Departamento del Atlántico, Colombia (Fernández Matos, 2020), ante la pregunta sobre los principales problemas que debe enfrentar una mujer venezolana inmigrante, 16 de las 17 mujeres entrevistadas, hicieron referencia a la estigmatización y a la creencia de que todas las venezolanas estaban dispuestas a ejercer la prostitución.

Ese acoso permanente en todos lados. Los hombres de aquí ya creen que, por ser venezolana, tú eres facilona o de una vez, puta. A uno le gusta arreglarse, pero no porque se le esté ofreciendo a nadie, yo soy seria, tengo mi marido, no me le regalo a nadie, pero todos creen que sí (Norma, Barranquilla, Atlántico, Colombia).

Es muy fuerte...muy fuerte, horrible. Yo ya no me maquillo ni nada, a veces ni hablo para que no noten que soy venezolana. Apenas te escuchan el acento y ya te quieren faltar el respeto. En Venezuela no era así, siempre había algún pasado que te quería faltar el respeto, pero aquí creen que tengo un cartelito en la frente que dice que estoy disponible... De verdad que es horrible (Clara, Barranquilla, Atlántico, Colombia).

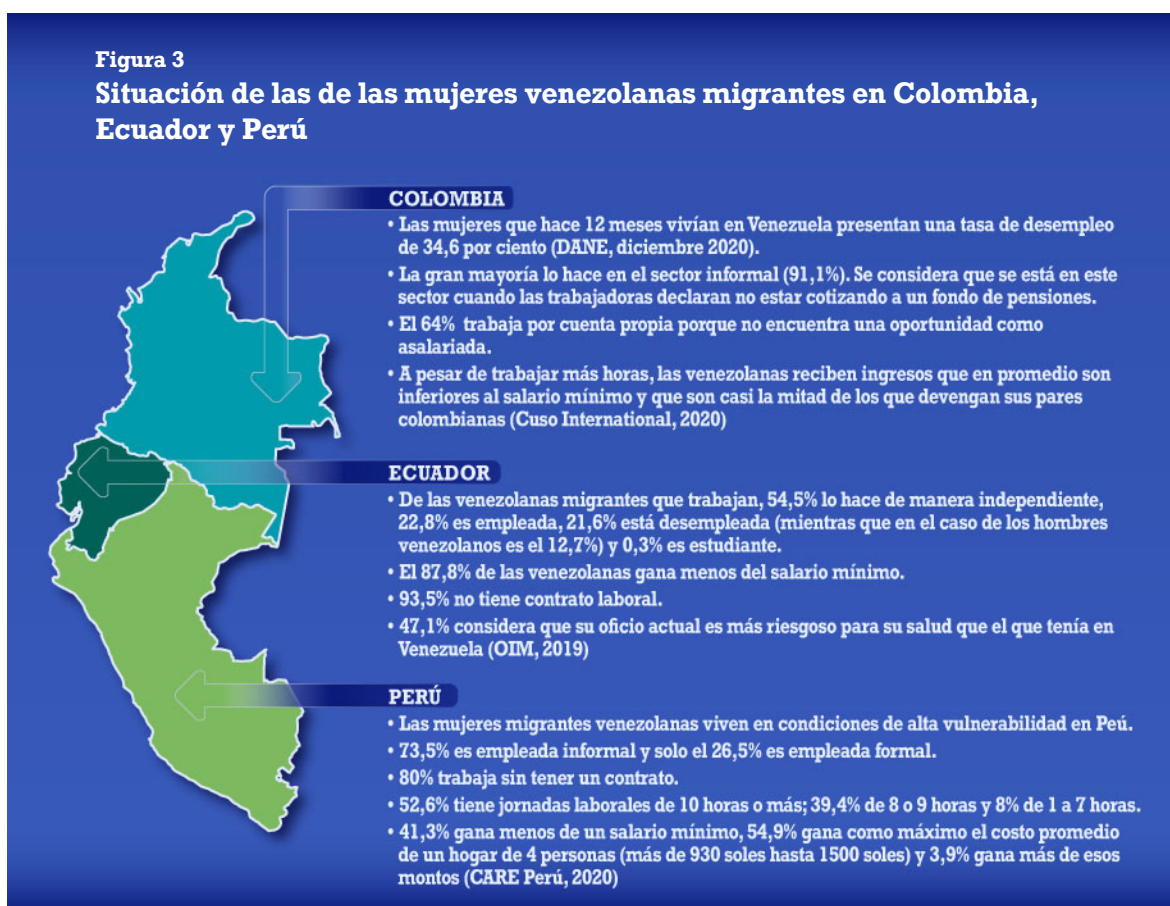
Estos testimonios son muestras de una realidad vinculada con la violencia estructural que sufren las migrantes, principalmente aquellas que están en situación administrativa irregular. En el caso de las venezolanas, se suma la estigmatización sexual en base a su origen nacional, del cual no escapan las niñas ni las adolescentes. Este contexto las hace más vulnerables a sufrir distintos tipos de violencia.

“La hipersexualización y la estigmatización de las venezolanas es una constante en los países a los que han migrado, particularmente en América Latina”

25 En el caso de Perú, para 2018, el sector informal produjo el 52,5% de los empleos del país (CARE Perú, 2020).

3.2.3 Inserción en el mercado laboral

Para la población venezolana que migra, conseguir un trabajo que le asegure una fuente de subsistencia para la cobertura de sus necesidades materiales, se convierte en una prioridad en el país receptor. En este escenario, las mujeres se enfrentan a peligros vinculados con la socialización diferenciada de género, con la división sexual del trabajo que se traduce en un mercado laboral segmentado donde las oportunidades para las migrantes que buscan empleos se reduce a aquellas vinculadas con el cuidado del hogar, el trabajo doméstico remunerado, el sector servicio vinculado principalmente con el ocio o la economía informal. En el caso de las mujeres migrantes en Colombia, Ecuador y Perú, su inserción al mercado laboral, en un porcentaje alto, se realiza en condiciones precarias, que se explican por varias razones, entre las que cabe destacar: 1) tener o no los documentos necesarios para la permanencia legal, que les permita trabajar; 2) en el caso de las que tienen personas bajo su cuidado, las posibilidades de contar con servicios de atención de dichas personas, bien sea a través del pago o la ayuda de familiares y amistades; 3) insertarse en mercados de países donde el sector informal es una fuente fundamental de empleo²⁵; 4) tener un título o grado no reconocido en el país de acogida o que implica un proceso muy largo y costoso para su convalidación; 5) la xenofobia y discriminación de algunas personas nacionales de los países receptores (Andrade, 2018) y, 6) el acoso laboral, sexual y otras manifestaciones de violencia contra las mujeres por razones de género.



Fuentes: OIM, 2019 y CARE, 2020b.

3.2.4 Manifestaciones de violencia contra las mujeres por razones de género

Algunas de las mujeres venezolanas migrantes entrevistadas en el Departamento del Atlántico, Colombia (Fernández Matos, 2020) manifestaron ser víctimas/sobrevivientes de sus parejas (6 de las 17 entrevistadas). Cada testimonio tiene un recorrido propio que va desde las que ya sufrían en Venezuela violencia y ahora continúa en Colombia, las que manifiestan sorpresa ante las agresiones de su compañero porque “él no era así”, o las que tienen relaciones de pareja con nacionales del país receptor, entre otros casos.

En Colombia, de enero a agosto de 2020, se reportaron 2.660 casos de violencia de género contra la población migrante venezolana, de los cuales 2.089 fueron hacia mujeres, lo que equivale al 78,5%. Del total, 1.257 fueron por violencia física; 719, por violencia sexual; 595, por negligencia o abandono; y 89, por violencia psicológica (Proyecto Migración Venezuela, s.f.). En Perú, tomando datos relativos a la ciudad de Lima, se encontró que: “Las mujeres venezolanas enfrentan mayor violencia en la vía pública (34%), donde son blanco de acoso callejero, violencia física e insultos, que la mayor parte de las veces tienen connotación sexual. Ellas también enfrentan violencia en el ámbito laboral (22%); en este espacio son frecuentes la xenofobia, el acoso sexual e insultos” (Dianderas, 2019, pág. 14). En Ecuador, el 14,3% de la población venezolana encuestada (14,8% de los hombres y 13,4% de las mujeres) expresó haber tenido conocimiento de algún tipo de violencia basada en género durante el recorrido migratorio: 74,9% tuvo conocimiento de violencia física, 27,3% de violencia sexual y 19,3% de otro tipo de violencia (OIM, 2019).

A todo lo señalado, hay que agregar la forma extrema de violencia contra las mujeres, el femicidio²⁶, el asesinato de las mujeres por el hecho de serlo, que ha cobrado la vida de decenas de mujeres migrantes venezolanas fuera de su país de origen. Colombia (94 casos) y Perú (24 casos) ocupan los primeros lugares por la cantidad de mujeres asesinadas, no obstante, este crimen también ha sido cometido en otros países de América Latina y en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y España (CER-Migraciones, s.f.).

En un estudio realizado en Colombia sobre la muerte de venezolanas ocurridas entre los meses de enero de 2018 y diciembre de 2019, se analizaron 83 casos de los cuales 53,7% fueron declarados como femicidio porque se comprobaron señales de violencia o porque el asesino era una pareja, expareja o familiar; 34,4% asesinatos donde no se conoce aún el motivo y no han sido categorizados; 6,6% como crímenes de odio e intolerancia, ya que hubo indicios de motivos xenófobos en los asesinatos; 16,4% falleció por causa de accidentes y, 9,8% restante por enfermedades o problemas de salud. La alarmante conclusión a la que llega este estudio es que, en Colombia, el femicidio es la principal causa de muerte de las mujeres migrantes venezolanas (Goldberg, 2020).

3.2.5 Mujeres venezolanas, migración y COVID-19

La pandemia del COVID-19 ha tenido un impacto desproporcionado en la vida de las mujeres, las niñas y las adolescentes. El confinamiento obligatorio y la crisis socioeconómica también tienen efectos en la vida de las mujeres migrantes. En relación con el primero, esto puede significar estar encerrada con su agresor y aumentar los riesgos a ser víctima

de violencia de género. Al mismo tiempo, es indiscutible la afectación particular de la situación socioeconómica derivada de la pandemia en las mujeres migrantes, que, como se dijo, se dedican principalmente a la economía informal y en sectores actualmente muy golpeados por las medidas de confinamiento y paralización de la actividad económica. En Perú, la pandemia ha generado que, para el mes de junio de 2020, el 43,1% de las personas venezolanas radicadas en este país se quedaran sin trabajo (CARE, 2020b). En este contexto, las condiciones de vulnerabilidad empeoraron y algunas mujeres entrevistadas manifestaron sentir miedo, angustia y sus deseos de haber pasado esta situación en su país:

No, prefiero mi Venezuela, a pesar de todo, prefiero Venezuela, porque uno está en su casa. Ahorita, como estamos viviendo, lo que estamos pasando, uno se siente peor porque hasta se deprime. En cambio, cuando estás en tu casa, con tu familia, con tus hijos, ya tú te sientes como que, no te sientes tan solo. Acá no tenemos familia, no tenemos a nadie, estamos solos, y más con esta pandemia que estamos viviendo, más solos nos sentimos (Mujer migrante, La Libertad, 37 años citada por (CARE, 2020b, pág. 68).

²⁶ En varios países de la región no se recoge la diferencia entre femicidio y feminicidio, por lo que sus tipos penales consagran este último término.

Los datos presentados a lo largo de este informe muestran con claridad que: 1) la situación de las mujeres venezolanas en materia de oportunidades, garantías y derechos es más bien de extrema precariedad, 2) que esto ya era así antes de la pandemia del virus Covid-19 y 3) que un año después de haber sido declarada la pandemia, la misma tiende a profundizarse poniendo en riesgo real la vida de mujeres y niñas.

Los últimos 20 años el Estado venezolano han visto la aprobación de leyes en favor de las mujeres que han tenido poco o ningún efecto en la realidad en la que existen las venezolanas actualmente. Esto está relacionado, además, con la ausencia de voluntad política traducida en la falta de asignación de recursos materiales y financieros para garantizar la aplicación de las leyes y el diseño e implementación de políticas. A ello se suma una mirada efectista y de corto plazo que se orienta a atender las consecuencias, más no las causas que sostienen las amplias brechas de desigualdad y ausencia de autonomía de las mujeres con respecto a los hombres.

El informe también da cuenta de la importancia y la centralidad que tienen los cuidados no remunerados, como obstáculo para la autonomía económica de las mujeres en vista de la enorme carga de horas de trabajo material y afectivo que este representa. La pandemia de Covid-19 ha evidenciado la carga desproporcionada de los cuidados dentro del hogar, que recae sobre mujeres y niñas. Son ellas quienes, durante la emergencia humanitaria compleja, y ahora en medio de la pandemia, han cubierto las brechas de cuidados que los sectores salud y educación no pueden brindar, atendiendo a las personas enfermas que los hospitales no pueden atender y acompañando a niños y niñas en el proceso de aprendizaje a distancia. Hace décadas que organizaciones feministas y organismos multilaterales vienen señalando la necesidad de que las cargas de cuidado puedan ser redistribuidos entre las familias, el Estado y el sector privado, en favor de la autonomía de las mujeres, pero también en vista del efecto que esto tendría en el desarrollo productivo de las naciones y la expansión de sus capacidades.

Es urgente que el Estado venezolano desarrolle políticas públicas de cuidado desde una perspectiva sensible al género, que sea coherentes y sostenidas, estimulen la co-responsabilidad e incorporen a diversos actores, incluyendo al sector privado y microempresas, para así permitir a las mujeres, niñas y adolescentes desarrollar sus capacidades y talentos a través de la educación y trabajo productivo. De igual forma, el Estado debe cumplir con lo que establece el Art.88 de la Constitución, que reconoce el trabajo doméstico

como trabajo que crea valor para la sociedad, y honrar con ingresos suficientes y políticas de previsión social a las mujeres que se dedican de forma integral a cuidar.

Otro aspecto de fundamental importancia para el fomento de la autonomía de las mujeres en Venezuela tiene que ver con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, los cuales, como se explica en este informe, son sistemáticamente denegados. Las venezolanas viven su sexualidad según las condiciones materiales en las que se desenvuelve su vida, y la inmensa mayoría vive en condiciones de precariedad: sin ingresos y prácticamente sin educación sexual alguna. Para niñas, adolescentes y mujeres adultas, el ejercicio de la sexualidad se ha vuelto algo casi intuitivo, contando con poca y/o mala información, insumos y servicios para la toma de decisiones en materia de salud sexual y enfrentando como consecuencia altas tasas de embarazo entre adolescentes, embarazos no deseados y abortos inseguros.

Las respuestas del Estado ante estas problemáticas se centran en atender las consecuencias más no las causas estructurales, incluyendo la ausencia de educación y atención integral en materia de sexualidad. El Estado venezolano tiene la obligación de crear las condiciones necesarias, aún en el contexto de la pandemia de COVID-19, así como de promover y garantizar el pleno disfrute de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, niñas y adolescentes venezolanas, incluyendo sus derechos a la educación sexual integral, al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, adoptando medidas para la despenalización del aborto, y asegurando la disponibilidad de insumos esenciales. Venezuela está en deuda con la garantía de estos derechos, y muy particularmente con el derecho de quienes no pueden o no desean llevar adelante un embarazo, al ver negada la posibilidad de acceder legalmente a servicios para su interrupción en condiciones seguras. Un primer paso es avanzar en la despenalización, así como regular su implementación de forma progresiva, hasta alcanzar su total legalidad.

El Estado debe garantizar también la reactivación de los servicios de atención del parto y post parto y desarrollar un protocolo para mujeres embarazadas con síntomas de Covid -19 o contagiadas por esta enfermedad, incluyendo la eventual autorización del uso de vacunas conforme a estándares internacionales. De lo contrario, seguirá aumentando la tasa de mortalidad materna y las venezolanas seguirán muriendo o desarrollando complicaciones evitables e innecesarias como consecuencia directa de la inacción del Estado para garantizar el derecho a la vida y la dignidad de las mujeres gestantes.

Otra de las deudas que tiene el Estado venezolano con mujeres y niñas, como se ilustra en el presente informe, tiene que ver con la violencia basada en género, donde a pesar de los desarrollos legislativos, la ausencia de políticas específicas de prevención, la ausencia de reglamentos y protocolos que normen la atención en materia de violencias, la falta de asignación de recursos humanos, materiales y financieros, tienen como consecuencia directa la vulneración del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. La violación del debido proceso, la ausencia de tutela judicial efectiva, y la re victimización de las mujeres y sus familias, tienen como resultado un aumento indiscriminado de los índices de impunidad.

Es imprescindible que el Estado recoja y publique estadísticas desagregadas sobre violencia basada en género las cuales se desconocen desde el año 2016. En ese sentido, se requiere de un sistema de recolección de datos que discrimine por tipo de violencia, relación entre víctima y victimarios, número de denuncias que se realizan, juicios, medidas cautelares de protección, condenas, sentencias y políticas de reparación. La política del Estado no puede limitarse a la atención remota y asesoría telefónica a las víctimas, y descargar sobre las organizaciones de la sociedad civil su responsabilidad primaria de garantizar los derechos de las mujeres, así como de las víctimas de violencia basada en género y sus familias. Esto se hace más evidente en medio de la pandemia de COVID-19, donde a pesar del aumento progresivo y sistemático de los femicidios de mujeres, y en general de la violencia basada en género, no ha habido una respuesta coherente del Estado.

Estas son apenas algunas de las deudas del Estado venezolano con las mujeres, niñas y adolescentes venezolanas, pero existen muchas más como ha quedado ilustrado en este informe. La vida, la dignidad y los derechos de las venezolanas no están garantizados en las circunstancias actuales, y se continúa haciendo esfuerzos por invisibilizar esta situación tanto desde el poder como desde sectores conservadores, anti-derechos y anti-género que han comenzado a movilizarse en Venezuela en los últimos meses. Por ello, es esencial continuar el trabajo de documentación y divulgación de las vulneraciones y denegación de derechos que viven las mujeres venezolanas, y los intentos por impedir avances o por hacer retroceder los pocos logros en pie.

BIBLIOGRAFIA

- Aid for Aids, AVESA. (2020). Estudio exploratorio sobre sexo transaccional por supervivencia en Venezuela. Caracas: No publicado.
- Alianza Rebelde. (2020). Alianza Rebelde Investiga. Retrieved from Covid-19. La crisis de los hospitales no es un caso importado: <https://alianza.shorthandstories.com/covid-19-la-crisis-de-los-hospitales-no-es-un-caso-importado/index.html>
- Andrade, M. (2018). Desempleo y descualificación de migrantes. La perspectiva desde el género femenino. Foreign Affairs Latinoamérica. Retrieved from <http://revistafal.com/desempleo-y-descualificacion-de-migrantes/>
- Ariza, J. (2020). Salud materna y migración: situación de las mujeres gestantes migrantes y refugiadas venezolanas en Colombia. 1er Encuentro Nacional de Investigadores en Salud Femenina. Bogotá. Retrieved from <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/09/Poster-3-Salud-materna.pdf>
- Asamblea nacional de Venezuela. (2005). Código Penal. Caracas: Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.768.
- Asamblea Nacional de Venezuela. (2007). Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. (Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.859). Caracas: Asamblea Nacional.
- Asamblea Nacional de Venezuela. (2012). Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo. Caracas: Gaceta Oficial N° 39.912.
- Asamblea Nacional de Venezuela. (2014). Reforma de Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Caracas: Gaceta Oficial N° 40.548.
- Asociación Profamilia. (2020). Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria? Bogotá: OFDAUSAID.
- AVESA. (2020). El tiempo que dedican las mujeres al cuidado familiar y su impacto en la pobreza de los hogares. Un desafío para las políticas públicas. Caracas: AVESA.
- AVESA. (2020a). Impacto de la emergencia por COVID19 en la prestación y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en Distrito Capital y Estado Miranda. Caracas: AVESA. Retrieved from <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2021/02/impacto-covid-en-ssr-dtto-capital-y-miranda.pdf>
- AVESA. (2020b). Higiene menstrual, salud sexual y demanda de anticoncepción. Situación diferenciada de mujeres en la emergencia humanitaria en Venezuela. Caracas: AVESA. Retrieved from <https://avesa.blog/2020/08/19/higiene-menstrual-salud-sexual-y-demanda-de-anticoncepcion-situacion-diferenciada-de-las-mujeres-en-la-emergencia-humanitaria-en-venezuela/>
- AVESA et al (2020) Situación de la Violencia Contra las Mujeres en la República Bolivariana de Venezuela en el contexto de la pandemia COVID-19. Caracas: AVESA. Retrieved from <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2020/06/informe-vcm-y-covid-19.-venezuela.pdf>
- AVESA, UNIANDES. (2020). Mujeres en Movilidad que transitan por los Estados Apure, Táchira y Zulia. Perfiles de vulnerabilidad, riesgos que enfrentan y servicios a los que pueden acudir. Caracas: AVESA, UNIANDES. https://avesawordpress.files.wordpress.com/2020/08/infor_mujeres_movilidad.pdf
- CARE. (2020a). Una emergencia desigual: Análisis Rápido de Género sobre la Crisis de Refugiados y Migrantes en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. CARE. Retrieved from <https://r4v.info/es/documents/details/77718>
- CARE. (2020b). Las mujeres migrantes y refugiadas venezolanas y su inserción en el mercado laboral peruano: dificultades, expectativas y potencialidades. Lima: CARE y Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Carrillo Roa, A. (2018). Sistema de salud en Venezuela ¿Un paciente sin remedio? *Cad. Saúde Pública*, 34(3). Retrieved from <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00058517.pdf>
- CEDAW. (2014). Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de la República Bolivariana de Venezuela. Ginebra: ONU.
- CEDAW. (2014). Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de la República Bolivariana de Venezuela. (Documento CEDAW/C/VEN/CO/7-8). Ginebra. Retrieved from https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fVEN%2fCO%2f7-8&Lang=en
- CEDESEX. (2020). Informe mujeres en Venezuela en tiempos de pandemia por COVID-19: obstáculos, retos y soluciones en el acceso a la salud sexual y reproductiva. Caracas: CEDESEX. Retrieved from <https://www.cedsex.org/administrador/public/libros/Informe%20Mujeres%20de%20Venezuela%20en%20tiempos%20de%20COVID%2019.pdf>
- CEPAL. (2014). Las Encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: ONU.
- CEPAL. (2020). Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Retrieved from https://oig.cepal.org/sites/default/files/c2000906_web_2.pdf
- CEPAL, ONUMUJERES. (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. Panamá: ONUMUJERES.
- CEPAZ. (2017). Parlamento género-sensitivo. Caracas: CEPAZ.
- CER-Migraciones. (n.d.). Retrieved from <http://www.cermigraciones.org/es/blog/mapa-de-las-mujeres-venezolanas-migrantes-y-refugiadas-muertas-en-el-extranjero>
- Congreso de la República de Venezuela. (1997). Ley Orgánica del Sufragio y Participación Política. Caracas. Retrieved from <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/LeyOrgSufraPartPol.pdf>
- CONVITE AC. (2020). Monitoreo del Acceso a la Salud en Venezuela. Boletines 35, 36, 37, 38, 40 y 4, Caracas. Retrieved from <https://conviteac.org.ve/boletines/>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2014). Opinión Consultiva. Retrieved from https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_21_esp.pdf.
- Cotejo.info. (2021). Venezuela: 304 mujeres asesinadas en 16 meses. Caracas. Retrieved from <https://cotejo.info/2021/05/304-mujeres-asesinadas-venezuela-2020-2021/>
- Crónica Uno. (2018, marzo 7). Mujeres obtienen “privilegios” en cárceles a cambio de trabajos sexuales. Retrieved from Crónica Uno: <http://cronica.uno/author/shaylim-castro/>
- Dahlerup, D. (1993). De una pequeña a una gran minoría: una teoría de la “masa crítica aplicada al caso de las mujeres en la política escandinava”. *Debate Feminista* (8), pp. 165-206.
- Dianderas, L. (2019). Diagnóstico sobre riesgos psicosociales de violencia de género, trata y explotación sexual. Lima: Centro de Atención Psicosocial y PADF.
- Domínguez, M., & Contreras, P. (2017). Agencia femenina en los procesos migratorios internacionales: una aproximación epistemológica. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 37, 75-99. Retrieved from <https://doi.org/10.5944/empiria.37.2017.18977>
- ECPAT International. (2016). Orientaciones terminológicas para la protección de niñas, niños y adolescentes contra la explotación y el abuso sexuales. Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre explotación sexual de niñas, niños y adolescentes. ECPAT. Retrieved from https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/SR/TerminologyGuidelines_sp.pdf

- Equivalencias en Acción. (2019a). Mujeres al Límite. Derechos de las mujeres de cara al agravamiento de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela. Caracas. Retrieved from https://avesawordpress.files.wordpress.com/2019/05/mujeres_limite_a4web.pdf
- Equivalencias en Acción. (2019b). Salud sexual y reproductiva de mujeres, adolescentes y niñas en Venezuela. Caracas. Retrieved from <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2019/02/salud-sexual-y-reproductiva.-agosto-2018-1.pdf>
- Espinel Vallejo, M. (2009). Individualización y sexo transaccional: estrategias de supervivencia de las mujeres sudafricanas en tiempos del VIH/SIDA. *Política y Sociedad*, 46(1 y 2), 173-190.
- Esquivel, V. (2014). La economía del cuidado en América Latina: poniendo los cuidados en el centro de la agenda. Panamá: PNUD.
- Éxodo. (2019). Consulta a organizaciones de la sociedad civil: las mujeres, adolescentes y niñas en el contexto migratorio venezolano. Prácticas en la identificación y acompañamiento de víctimas de trata, esclavitud sexual y prostitución forzada.
- Fernández Matos, D. C. (2020). Trabajo no publicado.
- Franceschet, S. (2008). ¿Promueven las cuotas de género los intereses de las mujeres? El impacto de las cuotas en la representación sustantiva de las mujeres. In M. Ríos Tobar, *Mujer y política. El impacto de las cuotas de género en América Latina* (pp. 61-96). Santiago de Chile: Catalonia.
- Goldberg, B. (2020, enero 29). La mayoría de muertes de venezolanas en el país, entre 2018 y 2019, fueron feminicidios. Retrieved from *El Espectador*: <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/la-mayoria-de-muertes-de-venezolanas-en-el-pais-entre-2018-y-2019-fueron-femicidios-articulo-902062/>
- Human Rights Watch. (2020). Venezuela necesita ayuda humanitaria urgente para combatir la Covid-19. Retrieved from <https://www.hrw.org/es/news/2020/05/26/venezuela-necesita-ayuda-humanitaria-urgente-para-combatir-la-covid-19#>
- Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello. (2020). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (INCO-ENCOVI). Caracas: UCAB. Retrieved from <https://insoencovi.ucab.edu.ve/indicador-pobreza/>.
- León, I. (2020, Noviembre 28). 185 femicidios registra el Ministerio Público en los primeros 11 meses del año. Retrieved from *Efecto Cocuyo*: <https://efectococuyo.com/sucesos/185-femicidios-registra-el-ministerio-publico-en-los-primeros-once-meses-del-ano/>
- Mendoza, W., & Miranda, J. (2019). La inmigración venezolana en el Perú: desafíos y oportunidades desde la perspectiva de la salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 3(36), 497-503. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.363.4729>
- MESECVI. (2017). Tercer Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará Prevención de la Violencia contra las Mujeres en las Américas Caminos por Recorrer. Washington. Retrieved from <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/TercerInformeHemisferico-ES.pdf>
- MESECVI. (2018). Recomendación General del Comité de Expertas del MESECVI (No.2): Mujeres y Niñas Desaparecidas en el Hemisferio. Washington: OEA.
- Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género. (2014). Primer Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres 2014-2019. Caracas. Retrieved from https://oig.cepal.org/sites/default/files/ven_plan-nacional-dsp_2014.pdf
- Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género. (2014). Primer Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres 2014-2019. Caracas. Retrieved from https://oig.cepal.org/sites/default/files/ven_plan-nacional-dsp_2014.pdf

- MPPS. (2013). Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- MPPS. (2013a). Protocolo de Atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Observatorio Digital de Femicidios. (2021). Cada 34 horas hubo una acción femicida en Venezuela durante el mes de abril. Caracas: CEPAZ. Retrieved from <https://cepaz.org/noticias/cada-34-horas-hubo-una-accion-femicida-en-venezuela-durante-el-mes-de-abril/>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2020). Informe Anual de Violencia 2020. Entre las epidemias de la violencia y del COVID19. Caracas. Retrieved from , <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/informe-anual-de-violencia-2020-entre-las-epidemias-de-la-violencia-y-del-covid-19/>
- OCHA. (2019). Plan de Respuesta Humanitaria con Panorama de Necesidades Humanitarias. Venezuela. Caracas. Retrieved from https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/venezuela_hrp_2020_es_vf.pdf
- OCHA. (2020). Plan de Respuesta Humanitaria. Retrieved from https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/20190814%20HRP_VENEZUELA.pdf
- OIM. (2019). Monitoreo de flujo de población venezolana. Ecuador. Noviembre – diciembre. OIM. Retrieved from https://displacement.iom.int/system/tdf/reports/REPORTE%20DTM%20R7_ECU%20Noviembre%20%281%29.pdf?file=1&type=node&id=10448
- OIM. (2020, Junio). Diagnóstico sobre la situación e incidencia de la trata de personas en contextos humanitarios en América del Sur. Panamá.
- OMS. (2019a). Mortalidad materna. Ginebra: OMS. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OMS. (2019b). Tendencias de la salud en las Américas. Indicadores básicos 2019. Ginebra: OMS. Retrieved from https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- ONU. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Nueva York: ONU.
- ONU. (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Nueva York: ONU.
- OPS. (2019). Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados miembros vecinos. Washington, D.C. Retrieved from https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49139-ce164-inf-9-s-ops-cooperacion-venezuela&category_slug=164-comite-ejecutivo&Itemid=270&lang=es
- Organización de las Naciones Unidas. (2020). El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe. Nueva York: ONU.
- Proyecto Migración Venezuela. (n.d.). Retrieved from <https://migravenezuela.com/>
- Proyecto Mujeres. (2020). Niñas visibles: desafíos que enfrentan las niñas y adolescentes zulianas en comunidades vulnerables en relación con la menstruación. Maracaibo.
- Rico, M. N. (2017). Uso del tiempo y trabajo no remunerado: dimensiones invisibles del bienestar. Santiago de Chile: CEPAL.
- Sistema de Naciones Unidas en Venezuela. (2020). Plan intersectorial de preparación y atención a la COVID19. Caracas. Retrieved from https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ven_covid-19_plan_intersectorial_2a_edicion_04102020.pdf

- Una Ventana a la Libertad. (2019). Situación de las Mujeres Privadas de Libertad en Venezuela. Caracas: Una Ventana a la Libertad.
- Una Ventana a la Libertad. (2020). Informe Final 2020. Caracas: Una Ventana a la Libertad.
- Una Ventana a la Libertad. (2021). Presas del INOF inician huelga al grito de “hambre y libertad”. Caracas.
- UNFPA. (2019). Estado de la población mundial. Nueva York. Retrieved from https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf
- UNFPA. (2020). El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe. Panamá: UNFPA.
- UNFPA. (2020). Población Mundial. República Bolivariana de Venezuela. Retrieved from <https://www.unfpa.org/es/data/world-population/VE>
- UNFPA. (2020a). VBG en contextos de movilidad humana: Levantamiento de información cualitativa sobre necesidades en el área de violencia basada en género en contextos de movilidad humana en zonas fronterizas de Venezuela (Estado Apure). Caracas.
- UNFPA. (2020b). VBG en contextos de movilidad humana: Levantamiento de información cualitativa sobre necesidades en el área de violencia basada en género en contextos de movilidad humana en zonas fronterizas de Venezuela (Estado Bolívar). Caracas. Retrieved from https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/tachiraneedassessmentvbg_resumenejecutivo.pdf
- UNFPA. (2020c). VBG en contextos de movilidad humana: Levantamiento de información cualitativa sobre necesidades en el área de violencia basada en género en contextos de movilidad humana en zonas fronterizas de Venezuela (Estado Táchira). Caracas: UNFPA.
- UNFPA. (2020d). VBG en contextos de movilidad humana: Levantamiento de información cualitativa sobre necesidades en el área de violencia basada en género en contextos de movilidad humana en zonas fronterizas de Venezuela (Estado Zulia). Caracas: UNFPA.
- United States Department of State. (2020). Trafficking in Persons Report. Washington, D.C: United States Department of State. Retrieved from <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/06/2020-TIP-Report-Complete-062420-FINAL.pdf>
- UNODC/ONUDD. (2020). Global Report on Trafficking in Persons 2020. Viena: ONU. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/tip/2021/GLOTIP_2020_15jan_web.pdf
- Utopix. (2021). Abril 2021: 73 casos de femicidios en Venezuela. Caracas. Retrieved from <https://utopix.cc/pix/abril-2021-73-casos-de-femicidios-en-venezuela/>
- Venezolana de Televisión. (2020, diciembre 17). MP ha acusado a 196 personas involucradas en delitos de trata de personas desde 2017. Retrieved from VTV: <https://www.vtv.gob.ve/mp-acusado-196-involucrados-delitos-trata-personas/>
- Venezolana de Televisión. (2021). Así quedaron integradas las 14 comisiones permanentes de la Asamblea Nacional. Caracas. Retrieved from <https://www.vtv.gob.ve/comisiones-permanentes-comisiones-especiales-asamblea-nacional/>
- Vera, C., & Cifuentes, Á. (2020). Necesidades y uso de servicios en salud mental de mujeres migrantes y refugiadas venezolanas en Colombia. 1er Encuentro Nacional de Investigaciones en Salud Femenina. Bogotá: Profamilia. Retrieved from <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/09/Poster-2-Salud-mental.pdf>
- Women’s Link Worldwide. (2020). La salud materna y la salud sexual y reproductiva deben ser priorizadas y garantizadas durante la pandemia de la COVID19. Retrieved from <https://www.womenslinkworldwide.org/informate/sala-de-prensa/la-salud-materna-y-la-salud-sexual-y-reproductiva-deben-ser-priorizadas-y-garantizadas-durante-la-pandemia-de-la-covid19>

Venezolanas en **EMERGENCIA** 2021

