

Informe sobre la República Bolivariana de Venezuela 12° Ronda del Examen Periódico Universal – Septiembre de 2011

El siguiente informe es presentado por el **CENTRO DE ESTUDIOS DE LA MUJER de la Universidad Central de Venezuela (CEM-UCV)¹ - Araña Feminista, Red de Colectivos de Mujeres²** y por la **Iniciativa por los Derechos Sexuales³**, y trata sobre el ejercicio de **derechos sexuales de las mujeres y las niñas, mortalidad materna, embarazo precoz, interrupción del embarazo y violencia contra las mujeres**, incluyendo recomendaciones al Estado Venezolano.

Contexto

1. La República Bolivariana de Venezuela ha venido ampliando su perspectiva de derechos humanos a partir de la Constitución aprobada en 1999; la preeminencia de los derechos humanos como valor universal del Estado es objetivo principal del ordenamiento jurídico que se ha ido desarrollando a partir de ella. La visión de derechos humanos vigente en Venezuela se centra en el ejercicio efectivo y real, sin discriminación, con igualdad y equidad, por lo cual las **medidas positivas** hacia grupos que pudieran ser vulnerables tienen rango constitucional (art. 21). Además, los tratados, pactos y convenciones relativos a derechos humanos, suscritos y ratificados por Venezuela, tienen jerarquía constitucional (art. 23). Debe destacarse que estos dos elementos incluidos en la CRBV tienen gran importancia para las mujeres y las niñas; las organizaciones de mujeres se han apoyado fuertemente en ellos para solicitar avances en derechos y en políticas de igualdad, basándose tanto en la necesidad de medidas positivas que permitan disminuir brechas históricas, como en los lineamientos establecidos por CEDAW, con la perspectiva de igualdad de resultados, no discriminación y responsabilidad estatal. Se destaca que entre los Derechos Humanos Económicos, Sociales y Culturales en la CRBV se incluyen explícitamente los Derechos Sexuales y Reproductivos.

2. A partir de allí se sancionaron varios instrumentos legales y normativos que protegen derechos sexuales, como la *Reforma de la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes* (2007), la *Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad* (2007), la *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* (2007). Desde 2003 existe la *Norma Oficial para la atención en Salud Sexual y Reproductiva*, que establece lineamientos estratégicos y técnicos para prestación de servicios. Asimismo, Venezuela ha alcanzado significativos avances en educación, salud y bienestar económico⁴ que abren camino para un mejor disfrute de los derechos sexuales.

3. Aún con estos logros y a pesar de contar con un marco legal y organismos estatales de género, el ejercicio de los derechos sexuales de las mujeres y las niñas sigue estando fuertemente limitado por el patriarcado y el machismo cultural imperante. El Estado tiene pendiente asumir en forma resuelta y consecuente la promoción de la equidad y la igualdad de género con acciones dirigidas tanto a sus funcionarios –quienes continúan aplicando las políticas con visión patriarcal- como a las comunidades, con campañas masivas para impulsar cambios culturales. Por parte de las instituciones públicas, se necesitan acciones decisivas para que las leyes y normas sean aplicadas en todos los espacios nacionales y se transformen en derecho *de facto*; así como propiciar y aceptar un ejercicio abierto de la contraloría social desarrollada por las organizaciones de mujeres.

¹ El CEM-UCV es una institución académica creada en 1992 por un grupo de profesoras feministas y activistas de los Derechos Humanos de las Mujeres que realiza investigación, docencia y extensión y tiene como misión contribuir a lograr la igualdad y equidad de género en Venezuela, proponiendo alternativas y soluciones viables, por parte del CEM UCV son autoras de este informe Alba Carosio y Elizabeth Acosta.

² La Araña Feminista es una Red de Colectivos de Mujeres y Feministas, tales como Mujer tenía que ser, F's y M's por ahora, El Entrompe de Falopio, Plataforma de mujeres por la Legalización del Aborto, Insumisas, Género con Clase, entre otras; coordina la incidencia feminista en materia legislativa y en políticas públicas. Por parte de la Araña Feminista ha trabajado en este informe María Centeno.

³ Coalición formada por Action Canada for Population and Development; Creating Resources for Empowerment and Action-India, the Polish Federation for Women and Family Planning; y Mulabi – Espacio Latinoamericano de Sexualidades y Derechos, entre otras.

⁴ La atención primaria en salud se ha llevado de manera masiva hasta los sectores más pobres a través de la Misión Barrio Adentro, la pobreza extrema, según línea de ingresos, ha venido disminuyendo: 2003: 29,8%, 2004: 22,5%, 2005: 17,8%, 2006: 11,1%, 2007: 9,6%, 2008: 9,2%, 2009: 7,2%. Instituto Nacional de Estadística (INE)

Mortalidad Materna

4. A pesar de que el 98% de los partos son institucionalizados, la tasa de mortalidad materna se mantiene alta, con alrededor de 57 fallecimientos maternos por cada 100.000 nacidos vivos, desde 1990⁵. Las principales causas están asociadas a trastornos hipertensivos, complicaciones relacionadas con el trabajo de parto y el alumbramiento, el embarazo terminado en aborto, y las complicaciones en el puerperio.

5. Aunque el Estado Venezolano ha desarrollado diferentes programas para reducir este problema a través de redes de atención de salud -que incluyen los barrios más populares-; y a través de programas específicos⁶, persisten problemas en la atención prenatal y durante el parto. El control prenatal sigue presentando una baja cobertura, debido a la escasa importancia que las gestantes conceden al control; a dificultades de acceso ocasionadas por recargo de obligaciones laborales y familiares sobre las mujeres; a la poca disponibilidad de control obstétrico cercano a la vivienda; y al bajo involucramiento paterno durante el embarazo. Se registran casos de atención no oportuna, ocurriendo con frecuencia tres tipos de demoras: demora en tomar la decisión de buscar ayuda, demora en llegar al centro de salud⁷, y la demora en recibir el tratamiento adecuado en el centro de salud, con baja calidad de atención y capacidad resolutoria de las emergencias obstétricas. En este cuadro influye tanto la estructura social que subordina a la mujer, como las prácticas médicas desconsideradas, protegidas por una deontología laxa imperante en el gremio de la salud. En la atención al parto, sigue produciéndose violencia obstétrica por parte del personal médico, que -ejerciendo su labor desde el modelo tradicional médico patriarcal⁸-, hace caso omiso al conocimiento de las mujeres sobre su propio cuerpo y sus necesidades, produciendo atropellos, tratamientos no necesarios, omisiones o diagnósticos incorrectos o agresivos. La mayoría de estos casos no se denuncian, porque los procedimientos médicos y su autoridad son culturalmente legitimados⁹.

6. Otras causas relacionadas con la mortalidad materna son la alta prevalencia de embarazos precoces y los factores socioculturales ya mencionados, relacionados con el descuido durante el embarazo, a saber: la inestabilidad familiar, presiones económicas y carga de responsabilidades sobre las mujeres, ocasionada por la maternidad en solitario así como la baja responsabilidad y acompañamiento paterno¹⁰. Un tercio de los hogares venezolanos tiene por responsable una mujer sola, esta proporción aumenta en los hogares de más bajos recursos.

7. *El estado de Venezuela debería:*

- a. Implementar los mecanismos necesarios, dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva, para asegurar el cumplimiento de la legislación vigente, en particular, la eliminación de la violencia obstétrica por parte del personal médico.
- b. Poner en marcha programas de entrenamiento, dirigidos a las/los agentes de salud, que permita introducir la perspectiva de género en sus prácticas. Dichos programas deberían incluir información sobre legislación local e internacional en derechos humanos en materia de salud sexual y reproductiva, y de violencia contra las mujeres.
- c. Implementar un plan de sensibilización y formación -a través de los medios de comunicación, entidades educativas y de salud- para aumentar el cuidado prenatal; que apunte a combatir el

⁵ 1990: 58,9; 1991: 53,1; 1992: 53,3; 1993: 62,8; 1994: 69,3; 1995: 65,6; 1996: 60,4; 1997: 59,6; 1998: 51, 1999: 59,3; 2000: 64,3; 2001: 64,9; 2008: 68; 2003: 57,8; 2004: 59,9; 2005: 59,9; 2007: 56,8, 2008: 63,5% Ministerio del Poder Popular para la Salud, Anuarios de Mortalidad. en 2010 -según declaraciones de la Ministra Eugenia Sader- "tuvimos 330 fallecidas con una base de 550 mil niños nacidos vivos" (02 de febrero de 2011 (AVN), disponible en http://minci.gob.ve/noticias/1/202980/venezuela_ha_cumplido.html)

⁶ 2003-2007: Programa de Salud Sexual y Reproductiva y el Sistema Logístico de Insumos Anticonceptivos a través de la red primaria de salud, 2007-2009: Proyecto Madre y 2010: Misión Niño Jesús (que según declaraciones de la MPP de Salud redujo la mortalidad de 62 a 52 por cien mil (02 de febrero de 2011, AVN, disponible en http://minci.gob.ve/noticias/1/202980/venezuela_ha_cumplido.html)

⁷ Que incluyen la derivación de uno a otro centro, popularmente llamado "ruleteo".

⁸ Marbella Camacaro en su libro "La obstetricia develada". 2010, colección La sociedad y sus Discursos, Valencia, Universidad de Carabobo; muestra cómo las mujeres, desde que llegan a parir, son atrapadas en un protocolo en el cual son tratadas como meros cuerpos que son manejados y manipulados siguiendo unas normas estrictas. En investigaciones que hemos realizado con pasantes de obstetricia de varios hospitales, estos/as exponen que aún en días o noches en que no haya tanta demanda, a las embarazadas no las dejan caminar, ni comer, igualmente les aceleran el parto y les aplican la misma rutina; es una atención mecanizada donde las mujeres son seres pasivos durante el trabajo de parto y durante el parto. Por su parte, la formación médica evalúa por el record de episiotomías, tactos y rupturas de membranas. La optimización de sus experticias es directamente proporcional al número de mujeres violentadas.

⁹ Llama la atención que en Venezuela sólo siete casos de violencia obstétrica han ingresado en los tribunales especializados en 2009, lo cual se explica por la poca información que se tiene. Magistrada Yolanda Jaimes, TSJ, Responsable Tribunales Especiales de Violencia contra las Mujeres, 24 de Marzo de 2010

¹⁰ En relación con la mortalidad materna otros factores a señalar es la inestabilidad familiar expresada en la soltería o concubinato que engloba 83,33 %, aunque la mayoría tenía residencia urbana y educación secundaria. FANEITE, Pedro y RIVAS, Marianela. Mortalidad materna: tragedia prevenible ¿Hemos avanzado?. Rev Obstet Ginecol Venez, mar. 2010, vol.70, no.1, p.24-30. ISSN 0048-7732.

machismo cultural y promueva el compromiso de los varones, tanto en el cuidado de las mujeres durante el embarazo como en la prevención del embarazo no deseado.

- d. Promover, mediante acciones concretas, la corresponsabilidad como modo de vida equitativo e igualitario entre mujeres y hombres, y la corresponsabilidad comunitaria en no legitimar el abandono paterno.
- e. Profundizar las políticas y programas de apoyo a las embarazadas en situación de pobreza.

Embarazo Precoz

8. A nuestro juicio el problema más grave en el ejercicio de derechos sexuales en Venezuela lo constituye el embarazo precoz: el 24% de los nacimientos vivos registrados (NVR) en el país ocurre en adolescentes entre los 15 y 19 años: de aproximadamente 600 mil embarazos registrados anualmente en Venezuela, más de 120 mil partos corresponden a niñas y jóvenes venezolanas¹¹. Venezuela ocupa el primer lugar en Sudamérica en embarazo temprano.

9. Ha venido disminuyendo la edad de comienzo de la actividad sexual y las adolescentes no suelen usar métodos anticonceptivos en sus primeras relaciones sexuales. A pesar de que 9 de cada 10 adolescentes conoce los métodos anticonceptivos, sólo 1 de cada 10 los usa y solamente 1 de cada 5 adolescentes conoce su período fértil. Se calcula que alrededor del 7% de las adolescentes embarazadas interrumpen su embarazo. La 3ª causa de muerte en las mujeres de 15-19 años obedece a complicaciones obstétricas.

10. Este alto porcentaje de embarazos precoces en Venezuela se relaciona con los mandatos sexogénicos para las y los jóvenes: “como la necesidad de tener hijos para probar la feminidad o de probar la virilidad a través de la iniciación sexual y la procreación”. El embarazo se ve también como vía de escape a conflictos familiares. El ejercicio adolescente de la sexualidad está fuertemente determinado por patrones de comportamiento promovidos por la hipersexualización, en especial de los cuerpos de las mujeres y niñas, manipulados como objeto-mercancía; reforzando así el esquema de dominación masculina y degradando el ejercicio de su sexualidad como derecho humano. En un contexto en donde las mujeres siempre deben complacer a los hombres, las adolescentes no tienen capacidad de negociación con sus parejas para el uso de métodos de prevención del embarazo. Estas conductas promueven la prevalencia de VIH y enfermedades de transmisión sexual entre adolescentes¹².

11. La existencia de un proyecto de vida centrado en estudios y realizaciones personales independientes de la maternidad son factores que ayudan a prevenir el embarazo precoz, sin embargo, éste ha aumentado entre las estudiantes. El Decreto 1762 del Ministerio de Educación (1996), por su parte, establece la preservación del derecho de las adolescentes embarazadas a proseguir estudios en todos los planteles del país. Sin embargo, las jóvenes madres difícilmente pueden continuar sus estudios porque las responsabilidades maternas se lo dificultan¹³, ni las escuelas ni las universidades tienen facilidades para el cuidado infantil. La baja escolaridad que alcanzan estas adolescentes y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene consecuencias en su dependencia económica e incorporación laboral, reforzando el círculo y la feminización de la pobreza.

12. La tasa de embarazo precoz ha ascendido, inverso a lo que ocurre con las mujeres adultas cuya tasa de fecundidad ha venido disminuyendo, producto del control y autonomía que algunas han comenzado a ejercer sobre su reproducción. El embarazo precoz es mayor en los segmentos pobres. La pobreza y la repetición de patrones familiares y culturales tienen importante incidencia en el problema, la mayoría de madres adolescentes son hijas de madres también precoces, a lo que se suma la irresponsabilidad y/o ausencia paterna. Se refuerza así una cadena de pobreza y carencias: las mujeres que tienen menos educación se embarazan muy jóvenes, generalmente quedan solas con sus hijos e hijas, quienes repiten la conducta.

¹¹ De acuerdo con las estadísticas que maneja el Ministerio del Poder para la Salud, a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el 80% de la población no planifica sus embarazos y de ese porcentaje, un 24% corresponde a embarazos en adolescentes o embarazos precoces. (AVN, 18 de agosto de 2010 disponible en <http://vtv.gov.ve/noticias-ciencia-y-salud/42124>)

¹² Para el año 2006 se estimaba unos 2500 adolescentes viviendo con VIH en Venezuela.

¹³ Dos de cada 5 adolescentes dejan los estudios después de dar a luz.

13. Aunque se han implementado algunas políticas públicas por las que se brindan servicios de atención y orientación –incluyendo unidades hospitalarias-, en algunos casos exclusivos para las y los adolescentes; éstos se concentran en tareas de atención y no de prevención. Por otra parte, el problema del embarazo precoz no puede enfocarse solamente desde el ámbito de la salud, es principalmente un problema educativo y sociocultural; la situación en Venezuela revela una desatención importante hacia la educación sexual y el ejercicio de derechos sexuales en condiciones seguras y responsables.

14. *El estado de Venezuela debería:*

- a. Profundizar el alcance de los servicios de atención de salud integral para adolescentes e implementar consejerías en salud sexual y reproductiva en los servicios de salud. La promoción de una sexualidad libre y responsable debe incluir acciones concretas y de largo alcance para la prevención del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual y VIH.
- b. Priorizar la coeducación y la educación sexual en el currículo en todos los niveles educativos.
- c. Desarrollar planes y programas de capacitación actualizados para maestros y profesores en temas de salud sexual y reproductiva.
- d. Implementar, a nivel de las comunidades y unidades educativas, campañas a largo plazo, que propicien un cambio cultural en relación al género y al ejercicio de la sexualidad. Dichas campañas deberían basarse en la reflexión sobre: proyectos de vida, la diferenciación entre disfrute de la sexualidad y reproducción, las relaciones afectivas en un marco de autonomía, igualdad y responsabilidad, el derecho a la autonomía de las mujeres y la valoración de la paternidad y sus compromisos.

Autonomía de las Mujeres sobre sus Propios Cuerpos. Interrupción del Embarazo

15. En Venezuela la interrupción del embarazo está penalizada, salvo en los casos en que pelagra la vida de la madre. Por lo tanto, el actual Código Penal -vigente desde 1936- violenta el derecho a la soberanía sobre el cuerpo y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Teniendo un contexto de ilegalidad, las interrupciones del embarazo se realizan en condiciones de riesgo; se estima que el 13.78% de la mortalidad materna se debe a esta causa. Actualmente, con el uso del misoprostol –que sólo se consigue en el mercado clandestino- este porcentaje habría disminuido, según algunas estimaciones. Es importante destacar que la mortalidad materna ocasionada por interrupciones inseguras del embarazo corresponde a las mujeres de los estratos pobres y a las jóvenes adolescentes con embarazos precoces no deseados. La ilegalidad de la interrupción del embarazo transforma el derecho de las mujeres a decidir libremente sobre su maternidad y sobre su propio cuerpo en un acto criminal y riesgoso. De este modo, el Estado desestima las graves consecuencias biológicas, sociales y psicológicas que derivan de embarazos no deseados y de la actual penalización de la interrupción del embarazo. Detrás de cada embarazo interrumpido clandestinamente existe un trasfondo de irresponsabilidad e inconsciencia por parte de la sociedad, reforzado por el predominio de un modelo sexual de dominación masculina.

16. Durante el año 2010 se redactó un Proyecto de Código Penal, que actualmente se encuentra a consideración de la Comisión de Política Interior de la Asamblea Nacional. En este proyecto se incorporaron las demandas que las mujeres venezolanas vienen realizando desde 1979: la despenalización de la interrupción del embarazo en todos los casos hasta la 12 semana, y su despenalización hasta la 20 semana en casos de violación y peligro para la vida de la madre. Sin embargo, hay expectativas negativas en cuanto a la aprobación del Proyecto en estos términos, debido a los fuertes prejuicios –sexistas, patriarcales y religiosos- existentes entre las/los integrantes del Parlamento que deberán debatir el Proyecto.

17. *El estado de Venezuela debería:*

- a. Incluir en la Agenda Legislativa el tratamiento del Proyecto de Código Penal en el que se incluye la despenalización de la interrupción del embarazo.
- b. Promover reflexiones y debates públicos sobre las consecuencias sociales y personales que tiene la actual penalización de la interrupción del embarazo y su relación con el ejercicio pleno de los derechos humanos sexuales de las mujeres.
- c. Implementar y extender a todos los servicios de salud ginecológica y obstétrica servicios de consejería en planificación reproductiva y educación sexual, con contenidos científicamente actualizados y perspectiva de género.
- d. A corto plazo, liberar las indicaciones y asegurar la disponibilidad y acceso al misoprostol, formando a las y los integrantes de los servicios médicos en su uso.

Violencia contra las Mujeres y las Niñas

18. Cumpliendo el mandato de la Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en junio de 2008 se instalaron los Tribunales Especiales de Violencia contra las Mujeres; actualmente se encuentran 35 en funcionamiento. Desde esa fecha hasta diciembre de 2010, en todo el país se recibieron 108.200 denuncias; no obstante, se estima que sólo el 10% de las víctimas denuncia. El porcentaje de denuncia es bajo, básicamente porque una gran mayoría de mujeres considera que es un problema privado y confía en que sus compañeros modifiquen sus conductas, por miedo o por preocupación por el futuro de sus hijos. Además, muchos receptores de denuncias (policía y oficiales de justicia) desalientan a las mujeres a formalizar sus denuncias. De las denuncias recibidas, se ha sentenciado el 50% de los casos. Como se ve, existe una manifiesta lentitud procesal, por lo cual, en 2010 se creó la Comisión Nacional de Justicia de Género del Poder Judicial, para desarrollar y diseñar políticas judiciales tendentes a optimizar el sistema de justicia de género. En cuanto a los casos en que las mujeres corren peligro grave, debe señalarse que apenas existen tres casas de abrigo en el país: dos gubernamentales y una mantenida por una ONG. Por otra parte, el acceso a la justicia y a la reparación de las mujeres y niñas víctimas se ve muy limitado por la inercia institucional y los patrones sexistas a los que tributan las y los funcionarios responsables.

19. Pese a los avances registrados en los últimos años en materia de género, persisten en la sociedad venezolana el modelo de masculinidad violenta y femineidad sumisa, y un conjunto de patrones de conducta machistas, de los que no escapan las y los funcionarias y funcionarios que administran justicia. Las políticas y programas de prevención a los que obliga la Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia se cumplen de manera fragmentaria y con un alcance limitado. Especialmente se destaca la falta de acciones educativas para excluir estereotipos, y fomentar los valores de la equidad e igualdad de género y en todos los niveles educativos.

20. *El estado de Venezuela debería:*

- a. Profundizar la lucha contra la violencia de género, impulsando alternativas comunitarias de control y prevención mediante campañas masivas de concienciación, con la participación de hombres y mujeres para bajar el número de casos.
- b. Apoyar y fortalecer las campañas de sensibilización y formación que están siendo desarrolladas actualmente en materia de violencia contra las mujeres, y ampliar su alcance, incluyendo campañas comunicacionales de carácter nacional.
- c. Implementar procedimientos que faciliten el acceso a la justicia de las mujeres y adolescentes que hayan soportado violencia doméstica, entre ellos oficinas especiales para la realización de denuncias y mecanismos para agilizar las instancias de sentencia y reparación correspondiente.
- d. Desarrollar actividades de formación dirigidas a funcionarios/as de organismos receptores de denuncias para fortalecer capacidades teóricas y metodológicas para intervenir en situaciones de violencia contra las mujeres.
- e. Implantar en todos los niveles educativos currículos con perspectiva de equidad e igualdad de género, y desarrollar textos de formación en estos temas dirigidos a docentes y estudiantes