

República Bolivariana de Venezuela  
Feministas en Acción Libre y Directa por la Autonomía Sexual y Reproductiva  
Red de información por el Aborto Seguro

**EL ABORTO  
DESDE LA ESCUCHA:  
DATOS PARA UN  
DEBATE URGENTE**

Informe de atención de la Red de Información  
Aborto Seguro, 2015-2018

Faldas-r

"El aborto desde la escucha: datos para un debate urgente"

Grupo de Sistematización Faldasr (2019)

Caracterización de mujeres venezolanas que quisieron abortar y llamaron a la Red de Información por el Aborto Seguro (RIAS) 2015-2018

**FALDASR**



Esta es una investigación militante a cargo de Feministas en Acción Libre y Directa por la Autonomía Sexual y Reproductiva (Faldas-r) y su equipo de sistematización e investigación.

#### Coordinación del equipo de investigación y sistematización

Iris Rodríguez

#### Redacción

Iris Rodríguez  
Carolina Santiago

#### Edición

Stephanie Sandoval  
Mariana García Sojo  
Guillermina Soria

#### Equipo de digitalización

Mariana Maneiro (Coord)  
Iris Rodríguez  
Carolina Santiago  
Steffany Delgado  
Stephanie Sandoval  
Abyayala Lanz  
Roraima Rivas Liendo  
Soledad Liparelli

#### Diseño y Diagramación

Steffany Delgado

#### Asesoría estadística

Juan Rodríguez



Este informe fue apoyado por MamaCash Fund.

Esta publicación puede ser reproducida y difundida por medios físicos y digitales con la condición de ser citada la fuente original.

## Nota de la segunda edición

Este informe contiene el análisis de los datos obtenidos por la atención a mujeres de todo el país que llamaron a la "Línea de Aborto Información Segura" entre los años 2015 y 2018. Fue publicado por primera vez en el cierre del año 2019. Desde su publicación, fue recibido con entusiasmo por parte de innumerables aliadas, seguidores en redes sociales y militantes afines. Sus comentarios y aportes no se hicieron esperar: como resultado de ello, esta segunda edición se propone saldar pequeñas deudas narrativas y analíticas que permitan una mejor aproximación a esta herramienta. Algunas consideraciones más edificantes, aportes de mayor fondo y peso, se han convertido en guías para la elaboración de nuestro próximo informe estadístico del año 2019, el cual esperamos publicar en el 2020. Nos motiva ver cómo este informe se ha convertido en un instrumento de debate y cuestionamiento, no sólo sobre la importancia de generar datos desde el activismo, sino sobre la realidad del aborto en Venezuela y de todo aquello necesario para que el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos se haga posible.

## **5** NUESTRA LUCHA

¿Quiénes somos?

## **9** NUESTRA MIRADA

¿Qué premisas nos orientan?

## **12** PRECISIONES METODOLÓGICAS

¿Cómo construimos este informe?

## **30** MUJERES QUE ABORTAN

Experiencia, razones y opiniones sobre el aborto legal en Venezuela

## **34** PALABRAS DE CIERRE

Para un debate necesario

## **37** REFERENCIAS

# NUESTRA LUCHA

*por el aborto seguro y  
acompañado*

# **FALDAS-R (FEMINISTAS EN ACCIÓN LIBRE Y DIRECTA POR LA AUTONOMÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA)**

Faldas-r (Feministas en Acción Libre y Directa por la Autonomía Sexual y Reproductiva) nació con el objetivo de generar acciones de impacto directo entre las mujeres afectadas por la ilegalidad del aborto en Venezuela, teniendo como horizonte lograr el acceso de las mujeres venezolanas al aborto libre, seguro y gratuito. En este sentido, nuestro propósito principal es doble: por un lado, generalizar el acceso de las mujeres a información veraz y gratuita sobre cómo abortar con medicamentos de forma segura y en casa; por otro lado, abonar el camino hacia la despenalización del aborto en Venezuela a través de estrategias comunicacionales y pedagógicas que lo posicionen en el debate público, como parte de los derechos sexuales y reproductivos, a la vez que sensibilizar a la población alrededor de los peligros del aborto inseguro.

A partir de esta iniciativa conocimos el proyecto de las líneas de atención telefónica a mujeres en materia de aborto que ya funcionaban en otros países y decidimos replicar la experiencia en Venezuela. Una de nuestras principales actividades es la atención telefónica directa a mujeres que han decidido interrumpir un embarazo, tarea que implica el desarrollo de diversos protocolos que actualizamos periódicamente. En el marco de este proceso, realizamos una encuesta a las mujeres usuarias de nuestro servicio, con el objeto de obtener información sobre el perfil de mujeres que deciden interrumpir sus embarazos y llaman a la línea para obtener información.

Como un primer aporte para la caracterización de la realidad del aborto en Venezuela presentamos en el año 2013 un informe bienal de atención, resultado de la sistematización de nuestra data<sup>1</sup>, hecho además desde la práctica política y militante que desde Faldas-r (para entonces, RIAS: Red de Información por el Aborto Seguro) llevamos a cabo. En esta oportunidad presentamos un nuevo informe con el análisis de los registros producto de la atención telefónica desde 2015 hasta 2018.

Interrumpir un embarazo no deseado forma parte de la historia cotidiana de millones de mujeres en el mundo. Su acceso legal sin embargo, está reducido a pocos países bajo condiciones específicas debido a las diversas restricciones y prohibiciones al derecho a decidir de las mujeres sobre sus cuerpos, que imponen los regímenes jurídicos de los países en el continente.

**22**  
**MILLONES DE**  
**ABORTOS**  
**INSEGUROS CADA**  
**AÑO**

Anualmente se calcula que se producen 22 millones de abortos en condiciones de riesgo en el mundo, según datos suministrados por la Organización Mundial de la Salud. El aborto inseguro, procedimiento para finalizar un embarazo no deseado, realizado por personas que no cuentan con capacitación necesaria o, que se lleva a cabo en un entorno donde el estándar médico es mínimo<sup>2</sup>, causa la muerte de alrededor de 47 mil mujeres por año<sup>3</sup>, de modo que representa una de las cuatro causas principales de mortalidad materna, a escala mundial. Es importante destacar que "casi cada una de estas muertes podría haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto inducido en forma legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones del aborto"<sup>4</sup> (2013:39).

<sup>1</sup> Línea Información Aborto Seguro: Informe Bienal 2011-2013

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud, *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Segunda edición, 2012. pp. 33.

<sup>3</sup> *Ibidem*.

<sup>4</sup> Ministerio del Poder Popular para la Salud, UNICEF, OMS, OPS, UNFPA. *Norma Oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva*, pp. 39, 2013.

En Venezuela existe un marco normativo restrictivo en cuanto a la práctica del aborto. El Código Penal venezolano, reformado según Gaceta Oficial número 5.494 del 20 de octubre del 2000, establece la legalidad del aborto exclusivamente en caso de que el embarazo amenace la vida de la parturienta, quedando prohibida cualquier otra causal para interrumpir un embarazo bajo amenaza de prisión de seis meses a dos años, como indican los artículos 432 y 433.

A lo largo de ocho años de experiencia como Red de Información por el Aborto Seguro, hemos podido comprobar que la prohibición legal del aborto no evita ni reduce su práctica. Desde la escucha y el acompañamiento telefónico constatamos que cientos de mujeres abortan en nuestro país cotidianamente, al margen de la ley y de los servicios formales de salud pública o privada. Con base en nuestra práctica, podemos afirmar que un aborto seguro no es solo aquel practicado por personal médico capacitado: el aborto acompañado y en casa, con medicamentos e información veraz, es un procedimiento que garantiza la salud, la autonomía y la integridad física y psicológica de las mujeres que deciden interrumpir sus embarazos.

En nuestro país, la producción de cifras y estadísticas sobre la situación de las mujeres que abortan es notablemente deficiente. Sin embargo, según estimaciones del Ministerio del Poder Popular para la Salud, el aborto representa el 10% de la mortalidad materna<sup>5</sup>, tasa que, para Venezuela, según los estándares de la Organización Mundial de la Salud, es alta<sup>6</sup>. Este dato es uno de los pocos con los que contamos oficialmente.

---

<sup>5</sup> El médico especialista Edilberto Pacheco llevó a cabo un estudio epidemiológico sobre la mortalidad por aborto, utilizando como metodología los supuestos de la epidemiología social o epidemiología diferencial. En su investigación; refiere que "el aborto provocado varía entre un rango de 25% a 35% de la mortalidad materna por todas las causas y de 40% a 50% dentro de la mortalidad materna por causas obstétricas" (1986: 6).

<sup>6</sup> Ministerio del Poder Popular para la Salud, UNICEF, OMS, OPS, UNFPA, *Norma Oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva*, pp. 38. 2013.

# NUESTRA MIRADA

*¿Qué premisas nos orientan?*

Este informe es, básicamente, una sistematización de apenas una porción de nuestra práctica como militantes feministas. Nos convoca la necesidad de visibilizar lo que caracteriza a las mujeres que a diario nos llaman para interrumpir sus embarazos, en aras de saldar una deuda gigantesca con las mujeres del país que han sido vulneradas por el silencio del Estado y la diaria agresión de las mafias privadas que comercializan con nuestra salud. Cuando hablamos desde nuestra práctica, reconocemos que está impregnada de nuestra forma de hacer política, de nuestra mirada y acción para la construcción de la vida buena desde y para las mujeres. Desde acá asumimos que la lucha por el aborto es una lucha por la vida digna de todos los cuerpos gestantes.

**“LA LUCHA POR EL  
ABORTO ES UNA  
LUCHA POR LA VIDA  
DIGNA DE  
TODOS LOS CUERPOS  
GESTANTES.”**

Si bien el aborto inseguro es un problema de salud pública, la lucha por su acceso es fundamentalmente política, pues socava la corroída estructura patriarcal, así como también batalla contra las lógicas del mercado y su histórica acumulación a partir de la explotación y despojo que toma como punto de partida nuestros cuerpos. Entendemos desde nuestra experiencia que el aborto, como toda práctica concreta, está atravesado por todas las contradicciones que, como mujeres diversas, resistimos. La forma en la que afrontamos un aborto está signada por nuestra propia historia de resistencia, por la diversidad que somos; es por ello que para pensar el aborto es fundamental mirarle desde una perspectiva interseccional, entendiendo que como cuerpos gestantes, nuestro grupo étnico, nuestro género, nuestra clase social, nuestros territorios, conjugan formas propias de resistir al entramado hegemónico de un heteropatriarcado racista, capitalista y colonial.

La reflexión en torno a cómo nombramos el mundo que nos rodea y la práctica concreta que desarrollamos está muy presente en las reflexiones derivadas de atender la Línea Aborto Información Segura. La forma en que nos referimos a nosotras mismas, a las mujeres que nos llaman, a sus necesidades y circunstancias, son todas piezas en la construcción de nuestro propio lugar de enunciación como feministas. Desde ese lugar, creemos firmemente en la necesidad de expandir los límites de nuestro lenguaje para incorporar otras formas de ser en el mundo. Por esta razón, en este texto utilizamos la conjugación neutra terminada en "e" para todos los pronombres y sustantivos referentes a personas.

# PRECISIONES METODOLÓGICAS

*¿Cómo construimos  
este informe?*

Desde nuestra línea de atención, Línea Aborto Información Segura, brindamos información a mujeres venezolanas que deseen interrumpir su embarazo. Nuestro servicio de atención telefónica se hace con base en un protocolo de atención que brinda información segura sobre el uso de los medicamentos misoprostol (cytotec) y mifepristona, hasta la semana doce de embarazo. Esta información está respaldada en investigaciones publicadas por la Organización Mundial de la Salud y certificada por la práctica militante de diversas organizaciones feministas que acompañan abortos en América Latina.

Hasta el año 2016 toda esta información la ofrecimos en un único protocolo de atención: las mujeres que nos llamaban por primera vez accedían a toda nuestra información en una sola llamada. Desde el año 2017 nuestro protocolo está subdividido en lo que hemos llamado: *Protocolo A* y *Protocolo B*. El *Protocolo A* es resultado del primer contacto/llamada que nos hacen las mujeres. Con este primer protocolo esperamos descartar algún tipo de contraindicación para el uso de los medicamentos, además de indicar la cantidad o dosis de medicamento que las mujeres deben obtener en función de sus semanas de gestación. *El Protocolo B* viene a ser el segundo contacto/llamada que tenemos con las mujeres que, para este momento, ya cuentan con la dosis necesaria para realizar el procedimiento. En esta fase le explicamos a las mujeres la forma correcta de tomar el medicamento - misoprostol solo, o en combinación con el medicamento mifepristona-, los síntomas normales que se pueden presentar y los síntomas que pueden implicar posibles complicaciones.

### *La encuesta como instrumento de recolección*

Antes de finalizar cada llamada, ambos protocolos cuentan con una encuesta que busca recoger características y razones que rodean a las mujeres en el ejercicio del aborto. Para Faldas-r es fundamental el registro, almacenamiento y procesamiento de la información que se recoge a través de cada encuesta aplicada a las mujeres que atendemos. Quienes atendemos, debemos registrar de forma organizada y disciplinada esta información, para que luego sea analizada, procesada y publicada por nuestro equipo de sistematización e investigación.

En la construcción de los indicadores o preguntas para la encuesta, tomamos como referencia el cuestionario publicado por IBIS<sup>7</sup>. Partimos de la necesidad de caracterizar y conocer cómo son las mujeres venezolanas que nos llaman en búsqueda de información segura para interrumpir sus embarazos; para ello hacemos preguntas como: qué edad tienen, si tienen o no hijos, a qué se dedican, quién(es) las acompañan en la decisión de abortar, cuáles son sus razones, qué opinión tienen respecto al aborto, cómo se enteraron de nuestro servicio, entre otras. La pertinencia de cada pregunta y de cada instrumento, es discutida por toda nuestra organización. En algunos casos añadimos indicadores a la encuesta cuando notamos, a través de la práctica de escucha cotidiana, nuevos elementos que empiezan a ser comunes cuando las mujeres toman la decisión de abortar.

### *Nuestro análisis*

En el siguiente informe presentamos un análisis descriptivo de los resultados de estas encuestas aplicadas a las mujeres que nos llamaron desde 2015 a 2018. En términos estadísticos, la muestra se considera no aleatoria debido a que se trata solo de las mujeres que han tenido acceso a la línea, es decir, de tan solo un sector de la población de mujeres que deciden abortar y para ello nos buscaron a nosotras. Quedan por fuera de estas estadísticas las mujeres que no acudieron a la Línea Aborto Información Segura para interrumpir sus embarazos. Si entendemos que dicha muestra no es homogénea debemos reconocer entonces que la misma no es representativa respecto a la universalidad de mujeres que se practican un aborto en Venezuela. No obstante, los resultados aquí reflejados suman datos muy relevantes y evidencian la necesidad de que el Estado visibilice la realidad del aborto en nuestro país.

---

<sup>7</sup> Ibis Reproductive Health (2017).

**”LOS RESULTADOS  
AQUÍ REFLEJADOS...  
EVIDENCIAN LA  
NECESIDAD DE QUE  
EL ESTADO  
VISIBILICE LA  
REALIDAD DEL  
ABORTO...”**

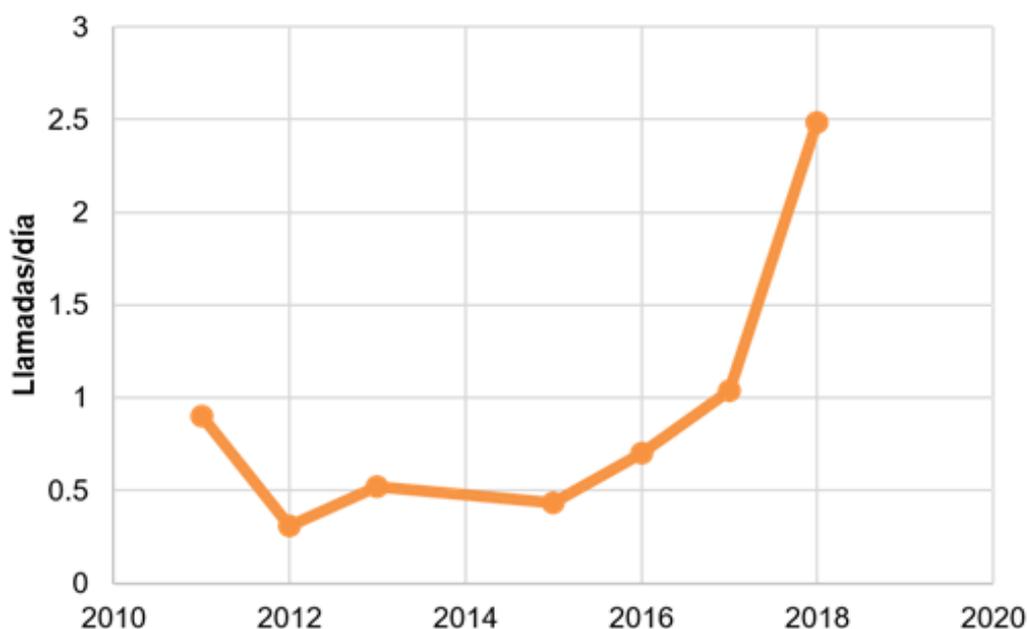
El total de las llamadas registradas por Faldas-r muestra una tendencia sostenida de crecimiento desde 2016 a 2018<sup>8</sup>, pasando de una a tres llamadas diarias. Este número comprende a las mujeres que recibieron nuestra atención y que completaron nuestra encuesta de forma voluntaria.

---

<sup>8</sup> Excluyendo el año 2014 y tomando en cuenta los datos sistematizados en el “Informe Bienal 2011-2013”.

## GRÁFICO 1.

*Tasa diaria de llamadas a la Red de Información por el Aborto Seguro, Venezuela, 2011-2018.*

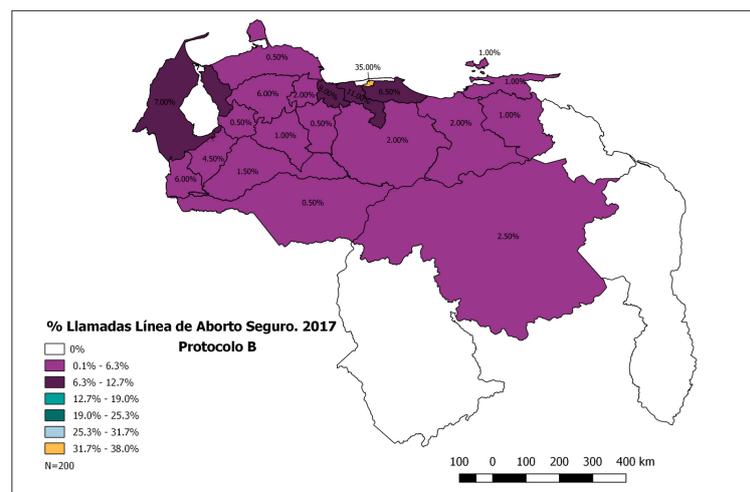
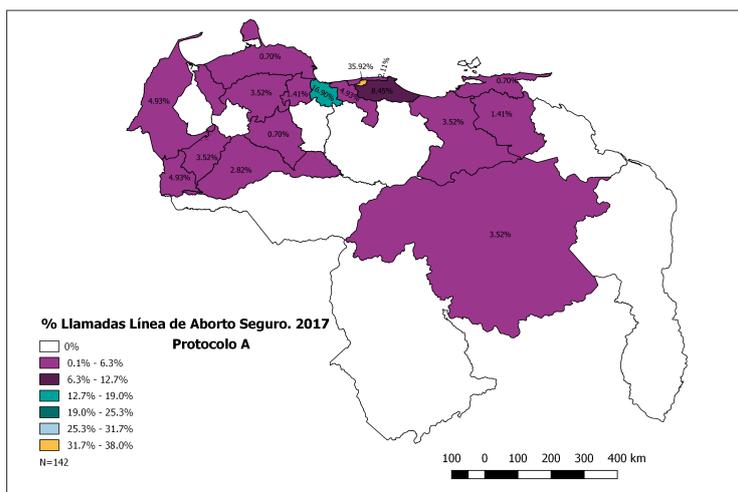
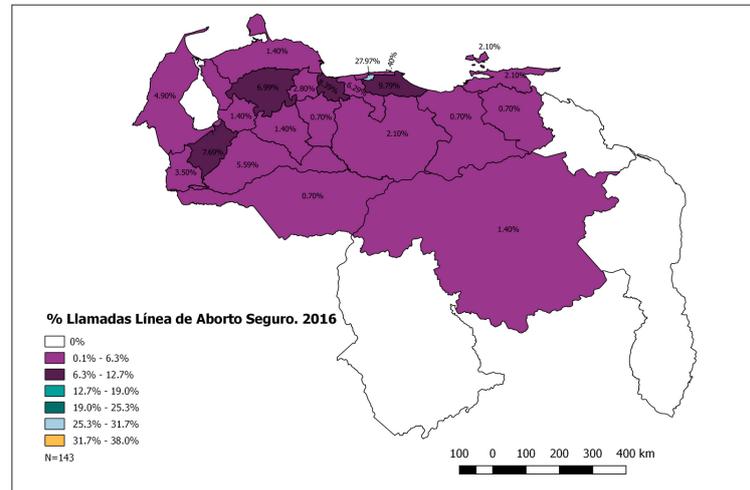
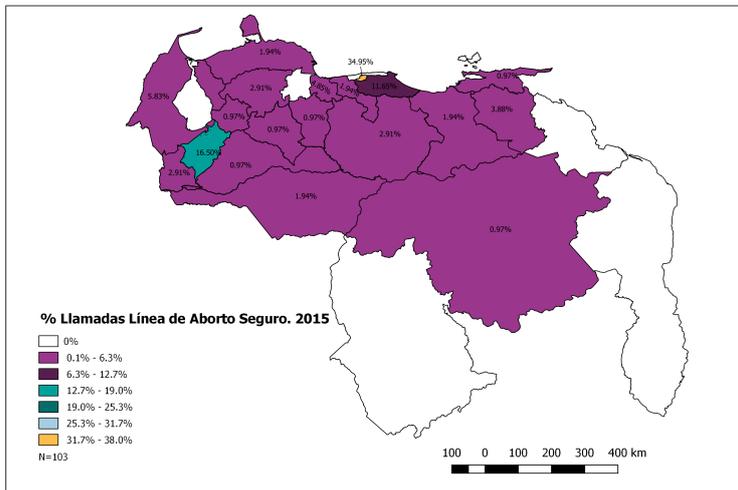


FUENTE: *Elaboración propia*

Observamos un abrupto incremento de llamadas desde el año 2016 en adelante. Creemos que esto guarda una estrecha relación con la evolución que hemos tenido como línea en terminos de mayor capacidad de atención para las mujeres. También consideramos que las crecientes dificultades en el acceso a información segura sobre salud sexual, métodos anticonceptivos, planificación familiar y atención médica, como consecuencia de la crisis y bloqueo económico que pesa sobre Venezuela desde el 2014, ha podido aumentar la demanda de información para enfrentar casos de embarazos no deseados. Ante este contexto, desde Faldas-r hemos asumido la optimización de nuestra atención telefónica como una prioridad. Además, hemos ampliado nuestro rango de acción; ahora concentramos esfuerzos que abarcan tanto actividades formativas y de sensibilización en materia de salud sexual y reproductiva, como actividades comunicacionales que potencien el debate público sobre el aborto a nivel nacional.

## GRÁFICO 2.

### Distribución geográfica de las llamadas a la Red de Información por el Aborto Seguro, Venezuela, 2015 a 2017.

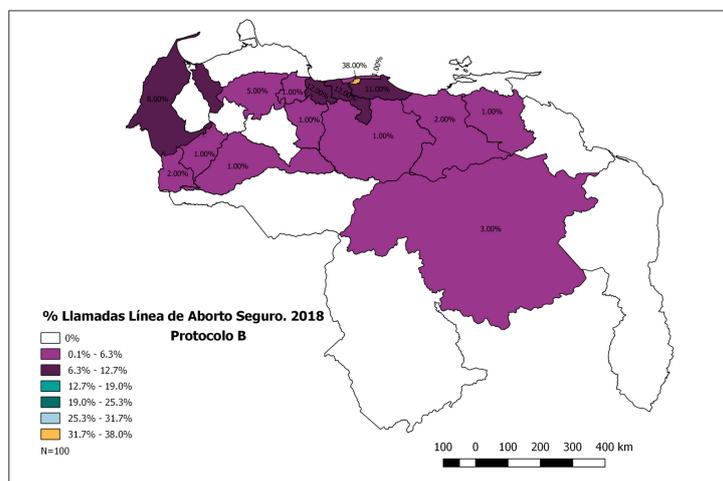
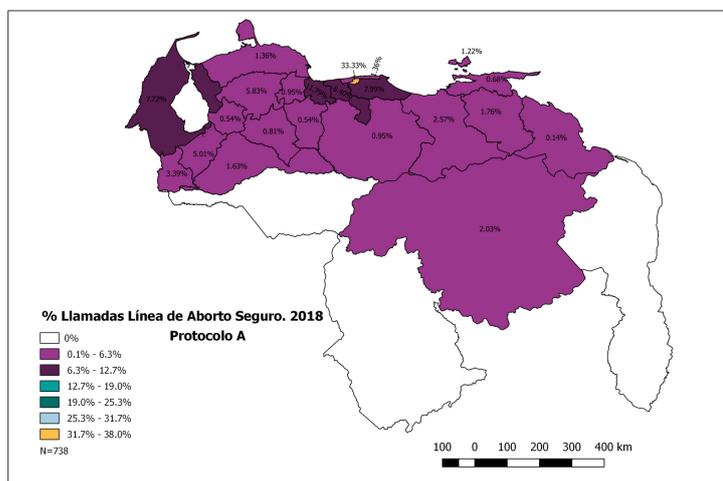


FUENTE: *Elaboración propia*

Entre 2015 y 2017 (Gráfico 2) y 2018 (Gráfico 3) las llamadas registradas por la Red de Información por el Aborto Seguro estuvieron dominadas por los estados de mayor concentración poblacional: Distrito Capital, Miranda, Carabobo y Aragua. Estados como Mérida, Zulia y Lara también fueron importantes en algunos años, posiblemente por la presencia de nuestras militantes en algunos de esos estados, así como la acción de feministas que comparten con nosotras agenda y acciones para visibilizar la realidad del aborto. Creemos, sin embargo, que pueden persistir otros factores que están ocasionando que mujeres de otros territorios, que resisten otras circunstancias y vulnerabilidades, no accedan a nuestra herramienta y plataforma.

### GRÁFICO 3.

*Distribución geográfica de las llamadas a la Red de Información por el Aborto Seguro, Venezuela, 2018.*



FUENTE: *Elaboración propia*

La desigualdad socioeconómica de las mujeres en el país, agravada por la crisis, marca sustancialmente el aumento de las muertes maternas, de modo que, las mujeres en condición de pobreza y las que viven en áreas rurales, son más propensas a ser víctimas que las mujeres de estratos socioeconómicos medios y altos o que habitan zonas urbanas con mejor acceso a información, recursos y servicios de salud. Sobre este particular, el Ministerio del Poder Popular para la Salud, en un exhaustivo diagnóstico que realiza sobre las políticas de salud sexual y reproductiva, reconoce que:

*Las muertes maternas tienen una marcada distribución social y territorial en Venezuela. Estudios del Ministerio del Poder Popular para la Salud muestran que la tasa es muy superior en los estratos más pobres de la población, y es más alta en las mujeres no incorporadas al mercado de trabajo y de bajo nivel educativo (2013:39)*<sup>9</sup>.

Según informe publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la tasa de mortalidad materna en Venezuela para el año 2016 fue de 95 por cada 100.000 nacidos vivos (UNFPA, 2017:98). Según los últimos datos emitidos por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, publicados a través del Boletín Epidemiológico de 2016, para ese año Venezuela poseía el acumulado anual de mortalidad materna de 756 muertes, siendo una de sus causas las hemorragias por "Aborto no especificado completo o no especificado, sin complicación y Otro aborto incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas" (MPPS, 2016:32)<sup>10</sup>.

Asumimos, con base en la realidad y el contexto que vivimos en Venezuela, que los subregistros por abortos inseguros son mucho más altos que lo registrado oficialmente, dado su carácter clandestino e ilegal, de modo que es altamente probable que las cifras que indican que el aborto representa 10% de las muertes maternas sean apenas la punta del iceberg.

<sup>9</sup> Ministerio del Poder Popular para la Salud, UNICEF, OMS, OPS, UNFPA. *Norma Oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva*, pp. 39, 2013.

<sup>10</sup> Ministerio del Poder Popular para la Salud, *Boletín Epidemiológico*, Semana epidemiológica N° 52,25 al 31 de Diciembre de 2016, pp. 32.

Al respecto, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en sus observaciones finales dirigidas al Estado venezolano en 2014, expresó su profunda preocupación ante lo que catalogó como “legislación restrictiva en materia de aborto que obliga a las mujeres a recurrir al aborto en condiciones de riesgo, que a menudo perjudica la salud de la mujer embarazada y a veces causa la muerte”.<sup>11</sup>

### *De las mujeres que nos llaman*

**” ... TIPIFICAR AL ABORTO COMO DELITO  
CONDICIONA A LA CLANDESTINIDAD A  
TODAS LAS MUJERES EN EL PAÍS...”**

Para Faldas-r la escucha cotidiana a todas las mujeres que nos llaman implica un acercamiento a sus subjetividades, e incluso permite abrir una ventana para conocer las condiciones materiales bajo las que se encuentran las mujeres al momento de interrumpir sus embarazos. Características como edad, ocupación, nivel de instrucción, número de hijos, ingresos económicos, razones para abortar, incluso la opinión sobre la legalidad del aborto en Venezuela, entre otras, pueden mostrarnos las condiciones y los contextos que sobrellevan las mujeres que nos llaman. La legislación venezolana, al tipificar al aborto como delito condiciona a la clandestinidad a todas las mujeres en el país sin distinción alguna. Sin embargo, la criminalización del aborto no impide su ejercicio, y es en esta práctica cotidiana donde las diferencias territoriales, de clase, de grupo étnico, entre otras, intervienen y determinan el ejercicio del aborto, condenando a las mujeres más pobres a las prácticas más peligrosas, inseguras y violentas.

---

<sup>11</sup> Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, párrafo 30, 2014.

Consideramos vital visibilizar las tendencias que arrojan las características de las mujeres que a diario nos confían sus historias a través de la atención telefónica. Atendemos a mujeres en diversas etapas de su vida reproductiva, con o sin hijos, solteras, casadas, divorciadas, con diferentes profesiones, ocupaciones, grado de instrucción, edades, pero que tienen en común que, bien sea porque utilizaron métodos anticonceptivos y les falló o simplemente no pudieron acceder a un método de planificación familiar, desean abortar.

Las mujeres que nos llaman tienen diversas ocupaciones: un 42% son trabajadoras, un 28% son estudiantes, un 9% trabajadoras y estudiantes, y otro 11% se reconocen como "amas de casa"<sup>12</sup>. Sus niveles de instrucción, van desde bachillerato, en un 49% hasta universitario en un 30% y, en cuanto a sus ingresos económicos, tenemos que el 31% no contaba con ingreso alguno mensual y un 45% reportó percibir solo un salario mínimo al mes.

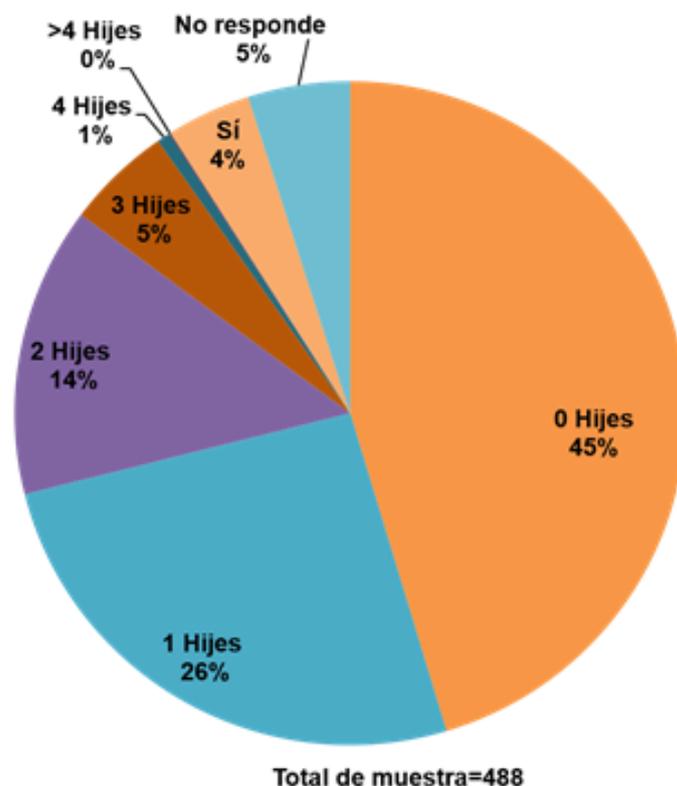
Uno de los estigmas más comunes que recaen sobre las mujeres que abortan consiste en pensarlas como mujeres que rechazan la maternidad. Suele existir en el imaginario colectivo una separación de la mujer que aborta de la mujer que es madre. En nuestra experiencia, se trata de una misma mujer en distintos momentos de su vida: un 50% de las mujeres que nos contactaron manifestaron tener un hijo o más, mientras que un 45% expresó no tener hijos.

---

<sup>12</sup> El término "amas de casa" responde a aquellas mujeres que se dedican al trabajo doméstico en sus propios hogares. Desde Faldas-r consideramos necesario superar tal denominación que remite a una suerte de relación feudal con el cuidado, además de ser un término de uso sexista. Sin embargo, lo usamos por dos razones fundamentales, primero por ser el término que responde a la autopercepción que tienen estas mujeres y segundo, para evitar confusiones con el uso de "trabajadoras domésticas", ya que este término puede incluir a todas aquellas que realizan tareas de cuidado en hogares propios y ajenos.

## GRÁFICO 4.

*Número de hijes de las mujeres que llamaron a la Red de Información por el Aborto Seguro, Venezuela, 2015-2018.*



FUENTE: *Elaboración propia*

Otro gran estigma con el que nos encontramos en la cotidianidad, es el que reduce a la mujer que aborta a una mujer que no es responsable de su seguridad sexual y reproductiva. Suele propagarse la falsa idea de que un embarazo no deseado solo puede ser producto de relaciones sexuales sin protección. Relato, además, en el que el hombre no aparece como sujeto responsable de la anticoncepción, mucho menos el Estado, y en el que la mujer es culpabilizada enteramente por el embarazo no deseado.

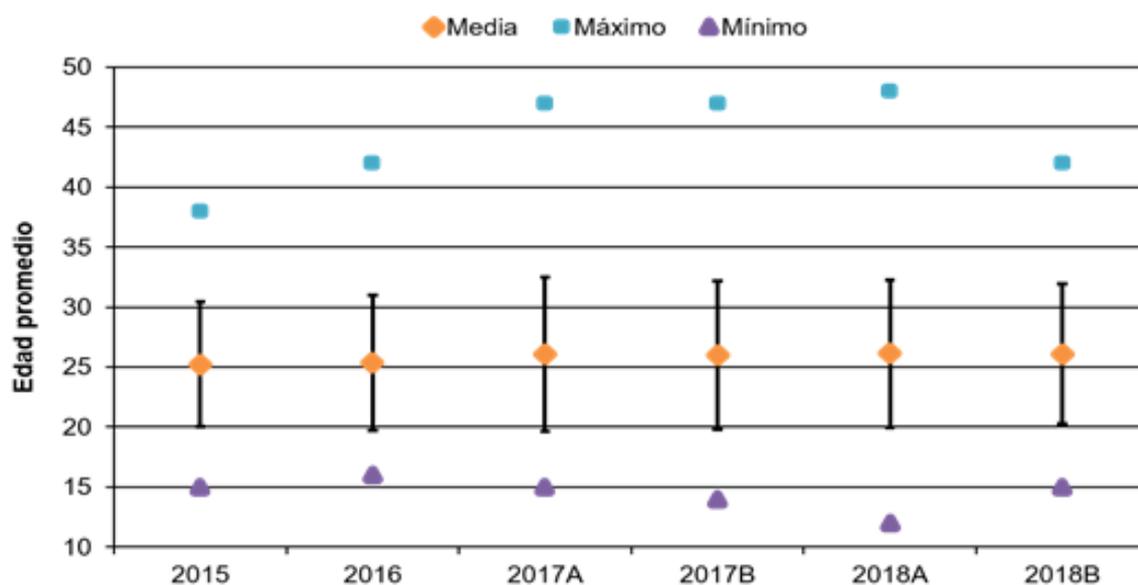
Nuestros números demuestran que más del 30% de las mujeres que nos llaman estaban usando un anticonceptivo que no les funcionó. Existe, sin embargo, un 69% de mujeres que indicaron no haber utilizado anticonceptivos durante la relación que provocó el embarazo; esto se debe, en un 43% de los casos, a la escasez de los anticonceptivos en el país, seguido por la decisión de no administrarlos por los efectos secundarios que causaban en sus cuerpos. Muchas se encontraban en un momento de transición de un anticonceptivo a otro, motivadas por escasez o alto costo de los mismos.

### *La edad de las mujeres que nos llaman*

El promedio de edad de las mujeres que atendimos estuvo entre los 25 y 26 años (Gráfico 5). En menor medida también nos llamaron adolescentes entre 15 y 17 años y mujeres entre los 45 y los 50 años, pero estos casos están lejos de representar una media. En el caso de las adolescentes, la mayoría de las llamadas eran realizadas por sus madres.

## GRÁFICO 5.

*Edad promedio de las mujeres que llamaron a la Red de Información por el Aborto Seguro, Venezuela, 2015-2018*



FUENTE: *Elaboración propia*

Son las mujeres adolescentes quienes menos contactan a la Red de Información por el Aborto Seguro, tendencia que sugiere que las adolescentes no logran acceder a nuestra información y continúan con embarazos no deseados o terminan practicándose abortos inseguros; pues para el año 2011, el 24% de nacidos vivos registradas eran de madres menores de 19 años (MPPS, 2013:35)<sup>13</sup>. Cifras que nos mantienen como uno de los países con la mayor tasa de embarazo de adolescentes en América Latina.

<sup>13</sup>Ministerio del Poder Popular para la Salud, UNICEF, OMS, OPS, UNFPA. *Norma Oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva*, pp. 35. 2013

Una tasa de natalidad de 95 por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años (UNFPA, 2017:98), nos permite constatar que el embarazo en adolescentes que se inician en la sexualidad con poca o restringida información sobre salud sexual, ya va en aumento sostenido.

Se trata de adolescentes que tienen menos acceso a servicios de salud sexual y reproductiva especializada, dificultad para acceder a métodos anticonceptivos; son jóvenes sobre las que recae con mayor fuerza toda una sobrevaloración de la maternidad como proyecto de vida. De esta forma, Venezuela se mantiene con una tasa elevada respecto a América Latina y el Caribe donde la tasa de natalidad es de 75 por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años (UNFPA, 2017: 99)<sup>14</sup>.

### *Semanas de gestación*

Durante el período 2015-2018<sup>15</sup> las mujeres que nos contactaron por primera vez, tenían entre cuatro y nueve semanas de gestación. Pero el año 2018 mostró una diferencia: las mujeres que nos llamaban por segunda vez con el medicamento a la mano se encontraban ya con semanas más avanzadas, en su mayoría, las mujeres superaban la décima semana de gestación. Esta variación la observamos en el Gráfico 6, donde es notable el aumento en las barras de color azul marino, las cuales representan semanas de gestación de las mujeres que llamaron con el medicamento en el 2018<sup>16</sup>: la mayoría de ellas con diez a dieciséis semanas de embarazo.

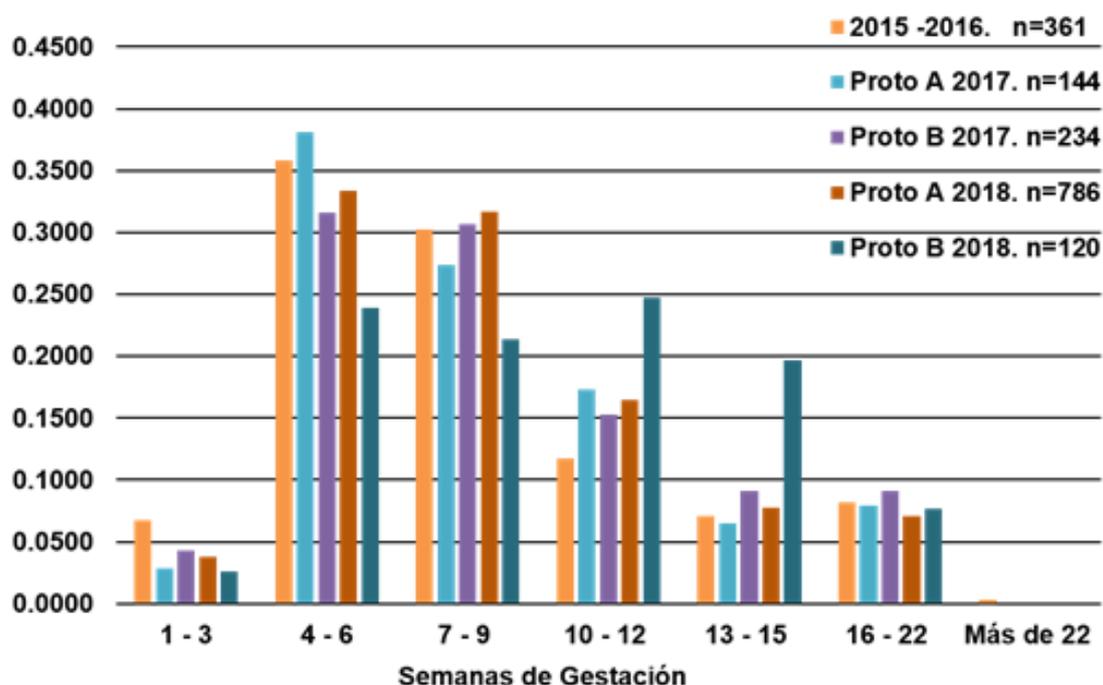
<sup>14</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la población Mundial*. pp. 99, 2017.

<sup>15</sup> Para los años 2015 y 2016 contábamos con un único protocolo de atención, En los años 2017 y 2018 hacemos referencia al protocolo A de Faldas-r.

<sup>16</sup> Hacemos referencia al Protocolo B 2018 de Faldas-r.

## GRÁFICO 6.

### *Semanas de Gestación de las mujeres que llamaron a la Red de Información por el Aborto Seguro, 2015-2018.*



FUENTE: *Elaboración propia*

Al aumentar las semanas de gestación, las mujeres corren riesgos de sufrir complicaciones durante el procedimiento con medicamentos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, el procedimiento de interrupción del embarazo se considera seguro hasta la semana doce de embarazo, incluso se recomienda como tiempo ideal realizarlo entre las semanas de gestación siete y nueve para mayor efectividad. Luego de la semana 12 de embarazo existe mayor riesgo de complicaciones post aborto. De hecho, en algunos casos, si el aborto ocurre en una gestación mayor a 12 semanas puede requerir atención especializada<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Protocolos de atención, cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia*, pp. 30, 2013.

De forma simultánea, la variable "tiempo que tardan en conseguir las pastillas" presentó variación. Las mujeres que llamaron a la línea con los medicamentos - misoprotol y mifepristona- afirmaban en un 24% que el tiempo que invertían en conseguir las pastillas era de una a dos semanas. Al compararlo con años anteriores, el tiempo que tardaron las mujeres en adquirir el medicamento aumentó un 10% respecto a 2016 y 14% respecto a 2017. Esto nos llevó a pensar que el tiempo que las mujeres invierten en buscar el medicamento influyó en el aumento de sus semanas de gestación.

Al respecto decidimos aplicar la prueba Coeficiente de *Correlación de Spearman*<sup>18</sup> con el fin de medir estadísticamente si el tiempo en conseguir las pastillas tuvo impacto de forma significativa en el aumento de las semanas de gestación de las mujeres. Aunque este resultado no fue significativo estadísticamente<sup>19</sup>, las historias que escuchamos a diario nos revelan que la búsqueda del medicamento requiere de cada vez más tiempo y, adquirirlo efectivamente, de cada vez más recursos económicos, y que esta situación puede marcar la diferencia entre un aborto seguro y un aborto con riesgos.

---

<sup>18</sup> Tomado de: Flores-Ruiz, E. Miranda-Novales, M. y Villasís-Kever, M. *El protocolo de investigación VI: Cómo elegir la prueba estadística adecuada. Estadística inferencial*. pp. 379. 2017.

<sup>19</sup> Según Ciro Martínez, para que una correlación sea perfecta el coeficiente de correlación es igual a 1 ( $r=1$ ). En nuestro caso el rango de correlación obtenido fue  $r_s=0,3646$ , siendo este menor al estadísticamente esperado.

## **”LA VÍA DE ACCESO MÁS RECURRENTE ES EL MERCADO CLANDESTINO.”**

Cuando las mujeres se comunican con nosotras, la pregunta más frecuente que nos realizan es si desde la Red de Información por el Aborto Seguro vendemos el medicamento. Para las mujeres venezolanas conseguir el medicamento en un contexto que lo restringe es una tarea que requiere semanas. La vía de acceso más recurrente es el mercado clandestino. Durante el período 2015-2018, el 25% de las mujeres encontró el medicamento a través del mercado especulativo que, básicamente, opera por internet. Un 18% lo adquirió a través de amigas o conocidas y un 4% a través médicos o farmacias.

La mayoría de las mujeres que acceden al medicamento a través de estas vías, sin conocer la forma segura de administrarlo, terminan siendo estafadas. Tanto el mercado “legal” –personal médico y de salud- como el mercado clandestino, además de vender el medicamento a precios que operan bajo la lógica especulativa, indican a las mujeres formas incorrectas e inseguras de tomar el misoprostol: reducen la dosis correcta, indican la combinación de vías de administración o, directamente entregan medicamentos falsos.

La democratización del misoprostol se suma a las deudas pendientes del Estado venezolano con las mujeres del país. Según la Organización Mundial de la Salud, el misoprostol es un “medicamento que aporta enormemente en el mejoramiento de la calidad de atención en la salud de las mujeres en el mundo” (Flasog, 2013:17) demostrando alcanzar a través de su uso la disminución de complicaciones por aborto y el manejo de hemorragias obstétricas post parto. Pese a ser un medicamento esencial para la salud reproductiva de las mujeres en Venezuela su uso sigue siendo restringido.

La demanda de asistencia que tienen las mujeres que deciden abortar, encuentran un espacio de escucha y contención en nuestro servicio de atención telefónica. Practicar un aborto con pastillas en sus casas les permite romper la medicalización que el sistema ejerce sobre sus cuerpos y constituye una práctica autónoma tras la decisión tomada. Desde Faldas-r no convencemos a las mujeres sobre tomar la decisión de abortar, cuando ellas se comunican con nosotras ya han decidido interrumpir su embarazo: porque tienen otros hijos, porque no cuentan con ingresos económicos suficientes, porque son estudiantes, porque trabajan o porque, simplemente no lo desean.

**”PARA NOSOTRAS LA ESCUCHA SE HA CONVERTIDO EN UNA HERRAMIENTA POLITICA...”**

Para nosotras la escucha se ha convertido en una herramienta política para garantizar, en la medida de nuestras posibilidades, el derecho a la salud y bienestar de las mujeres venezolanas. Sabemos que miles de mujeres que no llaman a la línea por diversas razones, una de ellas el limitado acceso a la señal telefónica, toman igualmente la decisión de abortar y continúan el proceso de aborto completamente solas. Por ello, ampliar nuestro alcance en el territorio nacional es uno de los grandes desafíos y ocupaciones diarias de nuestra organización. Sin embargo, no solo el acceso a la información permite abortos seguros: la democratización del misoprostol es un elemento clave, junto a la información segura, para que las mujeres venezolanas puedan ejercer su derecho a decidir.

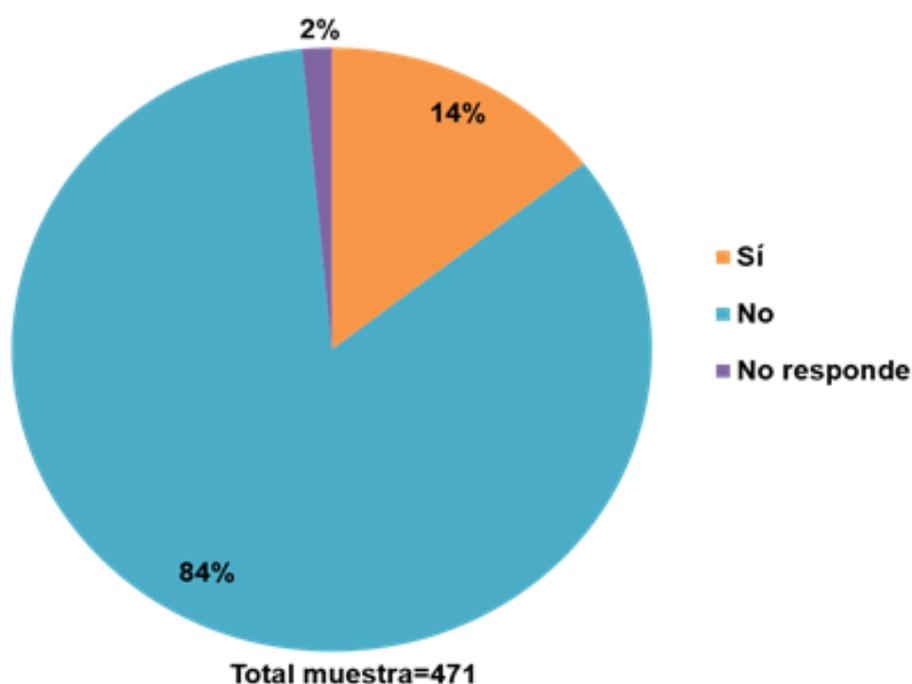
# MUJERES QUE ABORTAN

*Experiencia, razones y  
opiniones sobre el aborto  
legal en Venezuela*

Otro de los estigmas más reproducidos sobre las mujeres que abortan y en general sobre la despenalización del aborto, es que, al legalizar la práctica, las mujeres abortarán de forma reiterativa. En nuestra experiencia, ninguna mujer desea vivir el proceso de lidiar con un embarazo no deseado. De hecho, la gran mayoría de las mujeres que nos contactan no había tenido una experiencia similar antes. Un 84% manifestó entre 2015 y 2018, no haber tenido una experiencia previa de aborto, frente a tan sólo un 14% que sí.

### GRÁFICO 7.

*Experiencia previa de aborto de las mujeres que llamaron a la Red de Información por el Aborto Seguro, Venezuela, 2015-2018.*

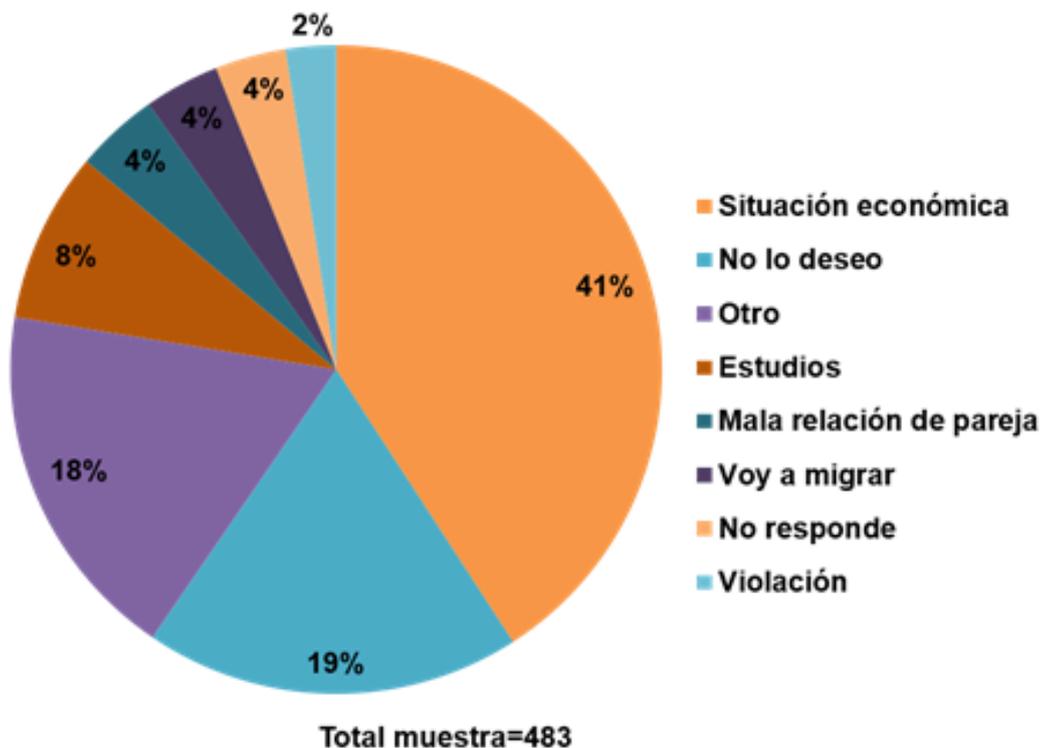


FUENTE: *Elaboración propia*

En Venezuela, como en el resto del mundo, el aborto es un hecho cotidiano y existen tantas razones para hacerlo como mujeres que lo practican; para nosotras, absolutamente todas son legítimas. A efectos de generar una data mínima, mostramos acá las más comunes.

## GRÁFICO 8.

### *Razones para abortar de las mujeres que llamaron a la Red de Información por el Aborto Seguro, Venezuela, 2015-2018.*



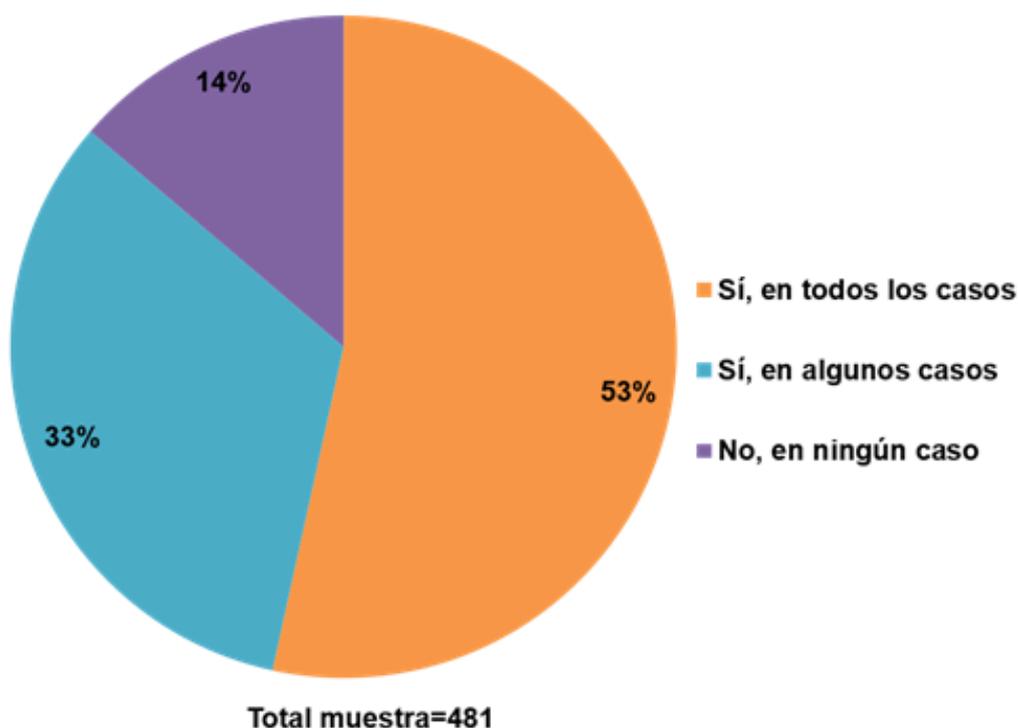
FUENTE: *Elaboración propia*

La situación económica y el embarazo no deseado se muestran como las principales razones por las cuales las mujeres han tomado la decisión de interrumpir sus embarazos. Específicamente para el año 2018 otras causas, como mala relación de pareja, migración y violencia sexual, resultaron significativas.

A efectos del marco legal vigente, ninguna de estas razones constituye una causal de legalidad. Es alarmante que al día de hoy se mantenga como delito el aborto practicado por una mujer que haya sido víctima de violencia sexual.

## GRÁFICO 9.

*Opinión de las mujeres sobre la legalidad del aborto, Venezuela 2016-2018.*



FUENTE: *Elaboración propia*

Antes de finalizar la llamada de las mujeres, realizamos una última pregunta para conocer su opinión acerca de la legalidad del aborto en Venezuela: más del 80% de las mujeres que atendimos está de acuerdo con que el aborto sea legal en el país. De ellas, el 53% está de acuerdo con la legalidad total del aborto, un 33% cree que debe ser legal en algunos casos: violencia sexual, situación económica, salud de la mujer; mientras que un 14% indica no estar de acuerdo con la legalidad del mismo.

**PALABRAS DE CIERRE  
PARA UN DEBATE  
NECESARIO**

Vivir solas todo el proceso para interrumpir sus embarazos, teniendo a la mano información confusa; sufrir maltrato de diversas formas por médicos y médicas moralistas; ser estafadas con la compra del medicamento, entre otras expresiones del estigma que rodea el aborto en nuestro país, condena a las mujeres a una experiencia violenta que constata la necesidad de legalizar una práctica cotidiana cuyo drama se debe en gran medida al margen delictivo al que le somete el Estado. Esta experiencia, que al suceder en contextos de criminalización y fuerte estigmatización tiene el potencial de ser traumática, es vivida con mucha más precariedad por las mujeres más pobres, quienes no tienen la posibilidad de pagar por abortos en clínicas o salir del país para abortar en contextos legales más flexibles. En contraste, el aborto en casa, con información segura y debidamente acompañado, es una práctica que garantiza el cuidado de la salud de las mujeres así como el ejercicio de una sexualidad soberana y responsable. En ese sentido, el aborto con pastillas y acompañado permite, en términos bien concretos, la vida digna de los cuerpos gestantes.

**”...EL ABORTO CON PASTILLAS Y ACOMPAÑADO PERMITE... LA VIDA DIGNA DE LOS CUERPOS GESTANTES.”**

Este trabajo ha sido llevado a cabo por mujeres que escuchan a otras mujeres. Nuestra práctica nos ha permitido derrumbar estigmas propios y ajenos sobre quiénes son las mujeres que abortan. Apartar el velo misterioso, romper el silencio sobre la práctica del aborto, nos permite ver que las mujeres que interrumpen sus embarazos en Venezuela, son las mismas que, en la mayoría de los casos, deciden continuar con otros en otro momento de sus vidas. El aborto es una realidad tan incontestable en la vida de las mujeres que, donde quiera que vayamos, si indagamos lo suficiente, encontraremos a nuestro alrededor al menos un par de mujeres que, en algún momento de su vida, ha enfrentado o enfrentará esta decisión, son nuestras amigas, nuestras vecinas, nuestras compañeras de trabajo, las chicas con las que vamos a la universidad, nuestras tías, nuestras hermanas, y no deben hacerlo solas, somos nosotras mismas y no debemos hacerlo solas.

Nos mueve el compromiso político con el cuidado que ejercemos entre nosotras como cuerpos autónomos y libres. Publicar estos datos responde a nuestro compromiso con la defensa y ejercicio concreto del derecho a la información de todes en el país, pues continuar la estigmatización ejercida sobre el aborto por marcos legales y creencias religiosas en un Estado laico como el nuestro, limita el ejercicio pleno de la salud sexual y reproductiva de las mujeres venezolanas. Por ello, afirmamos que la información no es lo único que necesitamos las mujeres para interrumpir de forma segura embarazos no deseados: la despenalización del aborto, acompañada por el libre acceso al misoprostol y a la mifepristona, son pasos esenciales para salvar la vida y garantizar la salud de las mujeres en Venezuela.

**¡EDUCACIÓN SEXUAL PARA  
DESCUBRIR, ANTICONCEPTIVOS PARA  
DISFRUTAR Y ABORTO LEGAL PARA  
DECIDIR!**

# REFERENCIAS

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2011). *Código Penal de Venezuela*. Publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela n° 39.818 del 12 de diciembre de 2011.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2014). *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de la República Bolivariana de Venezuela*. CEDAW/C/VEN/CO/7-8.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1999). *Observación General n.24. La mujer y la salud*. 2 de febrero.

FLASOG (2013). *Uso del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia*. Tercera edición. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Panamá.

Flores-Ruiz, E. Miranda-Novales, M. y Villasís-Kever, M. (2017). *El protocolo de investigación VI: cómo elegir la prueba estadística adecuada*. *Estadística inferencial*. Rev Alerg Mex. 64(3):364-370.

Línea de Información por el Aborto Seguro (2014). *Informe Bienal 2011-2013*. Caracas, Venezuela.

Martínez, C. (2012). *Estadística y muestreo*. (13ª. ed.). Ecoe ediciones. Bogotá, Colombia.

Ministerio del Poder Popular para la Salud, UNICEF, OMS,OPS, UNFPA, (2013). *Norma Oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva*. Caracas, Venezuela.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2016). *Boletín Epidemiológico*, Semana epidemiológica N° 52,25. Caracas, Venezuela.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2012). *Protocolos de atención, cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia*. Caracas, Venezuela

Organización Mundial de la Salud, (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Segunda edición.

Organización Mundial de la Salud, (2015). *Sexual Health, Human Rights and the Law*.

Pacheco E., (1986). *El aborto en Venezuela. Problema de salud pública, expresión de la desigualdad social*. Fondo Editorial Carlos Aponte. Caracas, Venezuela.

### *Enlaces electrónicos*

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Venezuela (2017). *Estado de la población mundial*. [En línea] Disponible en:  
<https://venezuela.unfpa.org/es/publications>

Ibis Reproductive Health (2017). *Indicators for hotlines' platform in the LAC region*. [En línea] Disponible en: [www.ibisreproductivehealth.org](http://www.ibisreproductivehealth.org)