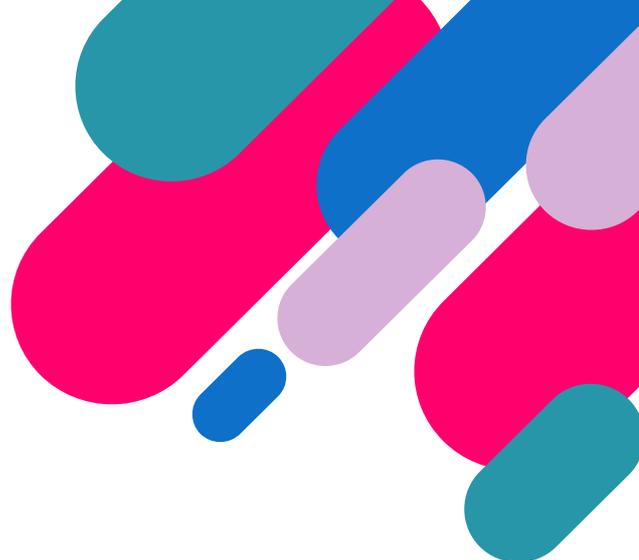




Salud, derechos sexuales, derechos reproductivos, **y violencia de género**

2025



Equipo de Investigación

Coordinadora general

Magdymar León Torrealba

Investigador

Carlos Ramos Mirabal

Trabajo de campo

Pierina Angelini
Maribel Baptista
Zamantha Méndez
Rosalin Peña
Anabella Tartaglia
Mariana Torrealba

Depósito legal N°: DC2025000301

AVESA - Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa

Av. Libertador c/c Calle La Joya, Centro Comercial Libertador Municipio Libertador. Torre Oeste. PH4. 1050. Distrito Capital. Venezuela

RIF: J-30975538-2

contacto@avesaweb.com
www.avesa.blog

Contenido

Resumen ejecutivo	6
Presentación	11
Metodología	13
Modelo de análisis teórico	17
Salud sexual, salud reproductiva y violencia	19
Caracterización de la muestra	22
Resultados de la investigación	
Acceso a la salud sexual y la salud reproductiva	27
Salud e higiene menstrual	31
Salud en el embarazo y parto	34
Métodos anticonceptivos y planificación familiar	40
Planificación familiar	43
Abortos	44
Educación sexual integral	47
Pornografía: consumo y percepción	50
Violencia sexual	52
Índice de Acceso a la Salud Sexual y Salud Reproductiva	55
Acceso a la salud ginecológica	57
Acceso a planificación familiar y métodos anticonceptivos	58
Acceso a óptima higiene menstrual	59
Acceso a la salud en el embarazo previo y actual	60
Manejo de conocimientos sobre aborto	61
Educación sexual integral	62
Salud sexual, salud reproductiva y violencia	63
Conclusiones y recomendaciones	68
Referencias	70

Tablas y gráficos

Tablas

1. Distribución muestra por cuotas de muestra/población, Caracas	13
2. Distribución muestra por cuotas de muestra/población, Lara	15
3. Indicadores de medición	15
4. Índice de acceso a la salud sexual y salud reproductiva.	16

Gráficos

1. Distribución de la muestra por ejes parroquiales	14
2. Nivel Educativo por grupos de edad	22
3. Estado civil por edad	23
4. Estado civil/Ingresos del hogar	24
5. Ingreso mensual del hogar (USD)	26
6. Asistencia a consulta ginecológica	27
7. Tipo de centro de salud al que asiste para consulta ginecológica	28
8. Prevalencia de patologías ginecológicas por tipo.	29
9. Prevalencia de ITS por tipo.	30
10. Acceso a agua limpia y de calidad para higiene menstrual	32
11. Acceso a agua abundante para higiene menstrual	32
12. Edad de ocurrencia del embarazo anterior.	35
13. Asistencia a control prenatal según embarazo previo y actual	36
14. Asistencia médica en embarazo y parto	36
15. Demora en el acceso a la salud obstétrica	37
16. Indicadores de acceso a la salud en el embarazo	37
17. Tipo de embarazo según su riesgo	38
18. Métodos anticonceptivos	41
19. Razones de no uso de métodos anticonceptivos	42
20. Embarazo planificado	43
21. Interferencia de la maternidad en necesidades de estudio y trabajo de la madre	43
22. Evaluación de conocimientos del aborto en Venezuela	45

Tablas y gráficos

Gráficos continuación

23. Nivel de conocimientos sobre Educación sexual en general	47
24. Nivel de conocimientos sobre temas de educación sexual	48
25. Frecuencia de consumo de pornografía	50
26. Razones de consumo de pornografía	51
27. Prevalencia de violencia sexual por tipo.	52
28. Causas de no colocación de la denuncia.	54
29. Índice de Acceso a la Salud Sexual y la Salud Reproductiva	56
30. Relación entre el nivel acceso a la SSRR y la VbG	63

Resumen ejecutivo

AVESA se ha propuesto realizar un monitoreo local de diversos indicadores sobre acceso a la salud sexual y salud reproductiva, la higiene menstrual y a los métodos anticonceptivos, la demanda de anticoncepción, la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual, embarazos adolescentes, abortos y violencia sexual, además de la práctica clínica del parto y el acceso a educación sexual; siendo esta, una línea de investigación que ha recogido datos desde el 2020.

Todo ello, a través de un estudio realizado en Distrito Capital y Lara, bajo una muestra representativa de mujeres y adolescentes, mediante un instrumento probado, estandarizado y comparable. La investigación también ha pretendido comparar la realidad en cuanto a la salud sexual y salud reproductiva entre mujeres sobrevivientes y no sobrevivientes de VBG.

El estudio se realizó entre octubre de 2024 y febrero de 2025, obteniéndose los siguientes datos claves, de una muestra de 500 mujeres y adolescentes madres, embarazadas y no madres de Distrito Capital y Lara:

- Del total de mujeres encuestadas, 6 de cada 10 perciben 13 dólares estadounidenses diarios como ingreso del hogar. La presencia de bajos ingresos se hace más profunda en Lara que en Distrito Capital. Incluso, la mayoría de las mujeres que no están solteras dependen económicamente de su pareja masculina.

- 
- 80% de las mujeres asiste una vez al año o simplemente no asiste a consulta ginecológica.
 - 7 de cada 10 ha presentado patologías ginecológicas alguna vez, en especial infecciones urinarias. Esta cifra aumenta en Lara al 80%.
 - 14% del total de mujeres y adolescentes encuestadas ha contraído alguna vez una Infección de Transmisión Sexual, de las cuales, la principal es el Virus de Papiloma Humano. Este número es más alto en Distrito Capital (17%) que en Lara (8%).
 - 5 de cada 10 mujeres no tiene acceso a agua corriente y abundante para realizar la higiene menstrual, ya que emplean agua almacenada en tanques o recipientes. En Lara, 6 de cada 10 mujeres no lo tiene.
 - 58% de las mujeres han tenido embarazos en edad temprana. Esta cifra en Lara, asciende a 9 de cada 10. A su vez, 24% de las mujeres embarazadas, son adolescentes (10-19 años) y 11,2% de las adolescentes totales han estado embarazadas alguna vez.
 - El 57% de los embarazos actuales no fueron planificados por las mujeres y adolescentes, cifra que aumenta en Distrito Capital, frente a Lara.
 - 5 de cada 10 mujeres y adolescentes han asistido solamente a 4 o 6 controles prenatales actualmente; mientras que, en embarazos previos 7 de cada 10 asistieron a más de 8 controles.
 - El 47% de las encuestadas no ha accedido a pruebas de sífilis y otras Infecciones de Transmisión Sexual en el embarazo, pero en Lara un 65% no ha accedido.



A su vez, 32% de las embarazadas no tiene Plan de Parto diseñado.

- Un 32% asume que no utiliza regularmente métodos anticonceptivos, aunque un 87% de aquellas que mantienen vida sexual activa no desea tener hijos/as. En Lara, las necesidades anticonceptivas insatisfechas ascienden a 46%, mientras que un 95% no desea tener hijos/as.
- Se ha identificado un 21% de abortos espontáneos, siendo Lara el lugar con las cifras más altas (27%); y un 5% de abortos inducidos mediante métodos farmacológicos o quirúrgicos, principalmente en Distrito Capital.
- El 81,4% de las mujeres y adolescentes tiene pocos o regulares conocimientos sobre Educación Sexual Integral, especialmente en Lara (85%).
- 58% de las mujeres fueron identificadas como sobrevivientes de violencia basada en género, incluyendo violencia sexual, aunque un 79% del total no lo reconoce. En Lara, las cifras de violencia son más elevadas, ya que 67% de las mujeres son sobrevivientes de violencia, aunque un 66% de ellas no lo reconoce. En Distrito Capital, se hallaron menos sobrevivientes (54%) pero un nivel mayor de invisibilización de la violencia (84%).
- Los principales tipos de violencia sexual hallados corresponden con la conversación sexual forzada (4 de cada 10), el acoso sexual (22,5%), los tocamientos sin penetración (15,4%) y las ofertas sexuales engañosas (10%). En Lara, los tocamientos sin penetración se hacen más frecuentes (18%) que el acoso sexual (14%).



Pero, en menor medida encontramos la violencia sexual en el contexto de la pareja (8,6%), y tocamientos con penetración o violación (5,6%), mayormente acentuado en Lara (10%). Un 5,4% declaró haber experimentado el sexo transaccional por supervivencia.

Asimismo, en el estudio se construyó un índice general que evalúa 37 variables de salud sexual y salud reproductiva; en donde se ha encontrado que entre las sobrevivientes de violencia hay un mayor número de mujeres y adolescentes que presentan un bajo acceso a salud sexual y salud reproductiva (61%), mientras que entre las mujeres no sobrevivientes de violencia hay más que tienen un mediano acceso a la salud sexual y reproductiva (43%). Esto evidencia que mientras se garanticen los derechos sexuales y reproductivos, la prevalencia de violencia basada en género sería menor, en tanto los datos demuestran una disminución de 22 puntos porcentuales entre las sobrevivientes y las no sobrevivientes de violencia que tienen un nivel bajo de acceso a la salud sexual y salud reproductiva. Cabe señalar que, en Lara, los datos no son tan variables entre los grupos evaluados, ya que la prevalencia de violencia es mayor (67%), así como la amplia mayoría presenta un bajo acceso a la salud sexual y salud reproductiva (94%).

Con ello, es fundamental para la sociedad, invertir en mejorar el acceso de las mujeres a la salud sexual y salud reproductiva, como un medio para incidir directamente en el número de casos de violencia basada en género; y, esta inversión pasa por



mejorar la disponibilidad y calidad de servicios y métodos anticonceptivos, y por promover información adecuada y científica sobre Educación Sexual Integral. Recordemos que, de acuerdo al Objetivo número 5 de la Agenda Global 2030, relativo a la Igualdad de Género, para que exista un de Desarrollo Sostenible es fundamental no dejar a nadie atrás; y esto es, a las mujeres, niñas y adolescentes.

Presentación

Desde 2020, AVESA ha venido elaborando diversas investigaciones de corte cuantitativo que han pretendido examinar indicadores de salud sexual y salud reproductiva que dieran cuenta de las condiciones de acceso a la salud por parte de las mujeres y adolescentes venezolanas, además de medir la calidad de los servicios y la percepción de las participantes de los estudios con respecto a sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Estos estudios se alinean con la trayectoria educativa y de investigación de AVESA, que, desde su fundación, ha producido datos confiables y falibles sobre salud sexual y salud reproductiva.

En una comunidad vulnerable de Fila de Mariches, estado Miranda, en 2020, se midieron indicadores específicos de higiene menstrual, salud sexual y demanda de anticoncepción, arrojando una muestra representativa tomada en una comunidad con condiciones sociales y económicas vulnerables, delineando con ello, los primeros pasos en la construcción de un instrumento que incluyera indicadores estandarizados en el tema para medir la realidad reciente. En ese mismo año se logró ampliar el estudio a una escala mayor, obteniendo indicadores más prolijos que midieron el impacto de la emergencia del COVID-19 en el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva en Distrito Capital y Miranda.

En 2021, AVESA y la Alianza Salud para Todas elaboraron otro estudio ampliado a diversas entidades federales del país que detalló no sólo



indicadores de salud sexual y salud reproductiva, sino que intentó examinar la situación del acceso a la salud integral de las mujeres, niñas y adolescentes venezolanas. Esta investigación permitió perfeccionar aún más el instrumento estandarizado que mide la salud sexual y salud reproductiva, para desembocar en un estudio amplio en 2023, llevado a cabo en estados fronterizos como Apure, Sucre y Táchira.

A la luz de este desarrollo investigativo, AVESA se ha propuesto producir una nueva investigación que realice un monitoreo local de diversos indicadores sobre acceso a la salud sexual y salud reproductiva, la higiene menstrual y a los métodos anticonceptivos, la demanda de anticoncepción, la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual, embarazos adolescentes, abortos y violencia sexual, además la práctica clínica del parto y el acceso a educación sexual. Todo ello, a través de un estudio acotado en 6 ejes de toda Caracas y en la ciudad de Barquisimeto, estado Lara, bajo una muestra representativa de la población de mujeres y adolescentes venezolanas mediante un instrumento probado, estandarizado y comparable. La investigación pretendió, además, contrastar la realidad en cuanto a la salud sexual y salud reproductiva entre mujeres sobrevivientes y no sobrevivientes de VBG. El estudio se realizó entre octubre de 2024 y febrero de 2025, emitiéndose el siguiente boletín.

Metodología

La investigación presentada se trata de un estudio de corte cuantitativo que aplicó un cuestionario estandarizado mediante Encuesta, a una muestra representativa de 500 mujeres y adolescentes de 6 ejes del Distrito Capital, en Caracas, Venezuela; y en la ciudad de Barquisimeto, estado Lara.

El cuestionario cuantitativo se aplicó a través de una entrevista estructurada vía telefónica o presencial a mujeres y adolescentes entre 10 y 49 años de edad. El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas que se asemejan al porcentaje de la población de mujeres y adolescentes según edad y condición de embarazo, para el Censo 2011 del Instituto Nacional de Estadística. En Caracas, se entrevistaron 350 mujeres y adolescentes embarazadas, no embarazadas y madres, distribuidas de la siguiente manera:

Distribución de la muestra por cuotas de muestra/población (INE, 2011)						
Distrito Capital, Venezuela						
Edades	No madres	Embarazadas	Madres	Total	% muestra	% población INE
10 a 14	30	2	5	37	10,6%	11,0%
15 a 19	22	13	12	47	13,4%	12,7%
20 a 29	23	32	48	103	29,4%	28,9%
30 a 39	8	4	79	91	26,0%	25,9%
40 a 49	2		70	72	20,6%	21,4%
Total	85	51	214	350	100%	100%

Tabla 1. Distribución muestra por cuotas de muestra/población, Caracas
Elaboración propia

La muestra representativa se distribuyó, igualmente, por cuotas en 6 ejes del Distrito Capital, cubriendo todas las parroquias del Municipio Libertador, con lo cual la investigación ofrece la comparabilidad entre zonas de diversos estratos socioeconómicos de la ciudad de Caracas. El eje 1 incluye las parroquias 23 de Enero, La Pastora y Sucre, con predominancia de población de estratos sociales bajos; el eje 2 comprende las parroquias Altagracia, El Recreo, La Candelaria, San Bernardino y San José, características de estratos medios; el eje 3, El Paraíso, La Vega, muy variopintas; el eje 4, las parroquias Catedral, San Agustín, San Juan, San Pedro, Santa Teresa y Santa Rosalía, también muy diversas en cuanto a población de diferentes estratos socioeconómicos; pero, las parroquias Coche y El Valle, con predominancia de estratos bajos, integran el eje 5; y las parroquias Antímano, Caricuao, El Junquito y Macarao, comprenden el eje 6, también con mayoría de estratos sociales bajos. Observemos los detalles por porcentaje muestral:



Gráfico 1. Distribución de la muestra por ejes parroquiales
Elaboración propia

En Lara, la distribución de la muestra se realizó de la siguiente forma:

Distribución de la muestra por cuotas de muestra/población (INE, 2011)						
Lara, Venezuela						
Edades	No madres	Embarazadas	Madres	Total	% muestra	% población INE
10 a 14	10		2	12	8,0%	8,2%
15 a 19	15	1	6	22	14,7%	15,6%
20 a 29	10	10	23	43	28,7%	29,5%
30 a 39	5	3	32	40	26,7%	25,6%
40 a 49	5	3	25	33	22,0%	21,0%
Total	45	17	88	150	100%	100%

Tabla 2. Distribución muestra por cuotas de muestra/población, Lara
Elaboración propia

La investigación evaluó 11 indicadores sobre datos socioeconómicos, salud sexual, salud reproductiva y violencia sexual, con más de 80 variables sensibles a medición, que se enmarcan en 6 grandes dimensiones:

Indicadores de medición en estudio		
Dimensión	Nº	Indicador
Datos personales y socioeconómicos	1	Datos personales
	2	Datos socioeconómicos
Salud reproductiva y salud reproductiva	3	Población con acceso a servicios básicos de salud
Salud reproductiva y salud reproductiva	4	Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos desglosados por método
	5	Demanda de anticoncepción
Aborto	6	Incidencia de abortos
	7	Percepción sobre el aborto
Educación Sexual	8	Acceso a Educación Sexual
	9	Consumo de pornografía
Violencia sexual	10	Prevalencia de casos
	11	Acceso a la denuncia

Tabla 3. Indicadores de medición
Elaboración propia

Por último, en la investigación se construyeron 7 subíndices de acceso a la salud sexual y salud reproductiva que comprenden la evaluación de 37 variables que, sumadas, determinaron el nivel de acceso a cada ítem respectivo, y que, en promedio, mostraron un índice general de acceso a la salud sexual y salud reproductiva. Siguiendo los objetivos de la investigación, se compararon estos índices entre las mujeres y adolescentes sobrevivientes de violencia basada en género (incluyendo violencia sexual) y las no sobrevivientes, para evidenciar diferencias en el acceso a la salud en general. Estos índices quedaron contruidos de la forma siguiente:

Índice de acceso a Salud Sexual y Salud Reproductiva	
Dimensión	Variable
Salud ginecológica	Asistencia a consulta ginecológica
	Frecuencia de asistencia a consulta ginecológica
	Tipo de centro de salud al que asiste para ginecología
	Tiempo de llegada al centro de salud al que asiste a ginecología
Planificación familiar y MA	Orientación sobre planificación familiar y MA
	Uso actual métodos anticonceptivos
Higiene menstrual	Frecuencia de uso métodos anticonceptivos
	Tipo de material de higiene menstrual (HM) usado
	Tipo de sustancia usada para HM
	Calidad óptima del agua empleada para HM
Salud en embarazo previo	Uso de agua corriente y abundante para HM
	Asistencia a controles prenatales
	Asistencia médica en parto
Salud en embarazo actual	Asistencia obstétrica de urgencia
	Planificación de embarazo
	Asistencia a controles prenatales
	Momento de asistencia a primer control prenatal
	Acceso a pruebas de sífilis e ITS
	Acceso a toma de hierro y folato
Conocimientos sobre aborto	Acceso a vacuna antitetánica
	Acceso a Plan de Parto
Acceso a Educación Sexual Integral	Conocimiento sobre qué hacer ante embarazo de alto riesgo
	Manejo de conocimientos sobre aborto en Venezuela
	Nivel de conocimientos generales sobre ESI
	Nivel de conocimientos sobre Métodos anticonceptivos
	Nivel de conocimientos sobre Violencia sexual
	Nivel de conocimientos sobre Higiene menstrual
	Nivel de conocimientos sobre Placer y disfrute de la sexualidad
	Nivel de conocimientos sobre Embarazo y parto
Nivel de conocimientos sobre Negociación del preservativo	
Nivel de conocimientos sobre Menopausia	
	Nivel de conocimientos sobre ITS

Tabla 4. Índice de acceso a la salud sexual y salud reproductiva.
Elaboración propia

Modelo de análisis teórico

La salud sexual y la salud reproductiva son un derecho humano fundamental y un derecho de las mujeres en lo específico; siendo que la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994, mencionó por primera vez el acceso a los derechos reproductivos como una tarea global y expuso la necesidad de garantizar el acceso universal a estos derechos, en especial, entre las mujeres y niñas. Más tarde, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, afianzó el derecho de las mujeres a decidir sobre su salud sexual y salud reproductiva.

En este sentido, hablar de salud sexual y salud reproductiva supone comprender que se trata de un problema de salud pública y social, porque comprende a los sistemas de salud y a las personas, de derechos humanos, porque implica la libertad de decidir y la garantía del acceso a servicios, y de género, porque debe ser visto de forma diferenciada entre hombres y mujeres.

La salud sexual y reproductiva para el Fondo de Población de las Naciones Unidas implica un “estado de bienestar físico, mental y social que abarca la sexualidad y la reproducción” (UNFPA, 2022); con lo cual, la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos corresponde con el acceso a servicios de salud en óptimas condiciones, la prevención y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el acceso a planificación familiar y métodos anticonceptivos, la



atención médica en embarazo y parto y el acceso a información científica sobre sexualidad y reproducción, bajo un modelo de Educación Sexual Integral. Ahora bien, a pesar de los avances logrados a partir de El Cairo y Beijing, los derechos sexuales y derechos reproductivos aún enfrentan riesgos; y son las mujeres, niñas y adolescentes, quienes más viven dificultades en el acceso a la salud sexual y salud reproductivas, sobre todo en países de bajos ingresos como Venezuela. El UNFPA para América Latina y El Caribe advirtió que “todos los días mueren 800 mujeres al dar a luz, una cifra que no ha cambiado desde 2016. El 25% de las mujeres no puede negarse a mantener relaciones sexuales y cerca de 1 de cada 10 no puede tomar sus propias decisiones sobre anticonceptivos” (UNFPA, 2024); asimismo, añade que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina y El Caribe sigue siendo la segunda más alta del mundo después de África subsahariana, y que la reducción de la mortalidad materna en la región se ha estancado (UNFPA, 2024). Por ello, al estudiar la salud sexual y salud reproductiva, es fundamental hacer foco en las condiciones de las mujeres, niñas y adolescentes en cuanto a este derecho se refiere.

Dadas estas cifras, el UNFPA expone en su Informe Estado de la Población Mundial 2024 que cualquier avance global en la salud sexual y salud reproductiva sigue pasando por alto a las zonas más vulnerables, por lo que cualquier cese de programas de asistencia humanitaria a la salud sexual y salud reproductiva colocaría en riesgo a millones de personas, en especial a mujeres, niñas y adolescentes vulnerables.

Salud sexual, salud reproductiva y violencia

Como hemos visto, la salud sexual y salud reproductiva es vinculada directamente con la violencia, ya que la violencia en sí misma es un problema de salud pública en tanto tiene consecuencias directas en la salud de las personas y se inserta directamente en la estructura de las sociedades. El tipo de violencia que se relaciona con la salud sexual y salud reproductiva es la violencia basada en el género, y en especial, la violencia sexual. En este caso, las principales sobrevivientes suelen ser las mujeres y adolescentes: según ONUMIJERES (2024), unos 736 millones de mujeres han sido víctimas de violencia física o sexual por la pareja, lo que equivale a decir que 1 de cada 3; además, el 30% de las mujeres del mundo han vivido violencia sexual fuera del contexto de la pareja, al menos una vez en su vida. De hecho, UNICEF (2024) revela que, a nivel global, 1 de cada 8 mujeres y niñas (más de 370 millones) han sufrido violencia sexual antes de los 18 años, mientras que 1 de cada 11 niños y hombres han sido igualmente sobrevivientes de este tipo de violencia, lo que muestra una diferencia en menor escala de entre 60 y 130 millones de casos en los varones.

En este sentido, dentro de una sociedad patriarcal, las mujeres suelen ser más pobres que los hombres (hay 122 mujeres de entre 25 y 34 años viviendo en condiciones de pobreza extrema por cada 100 hombres del mismo rango de edad según ONUMIJERES, 2018) y enfrentar mayores riesgos para alcanzar una vida sexual plena y satisfactoria. Las mujeres enfrentan barreras en el acceso a



tratamientos y prevención de infecciones de transmisión sexual, así como en el acceso a servicios de salud ginecológica, planificación familiar y métodos anticonceptivos; bien sea porque no están disponibles en sociedades de ingresos bajos, como Venezuela, o porque el imaginario social y la cultura machista les impide romper estas barreras.

En adición a la carencia de servicios disponibles en países de ingreso bajo, una educación sexual tradicional coloca a las mujeres en el riesgo de sufrir consecuencias graves sobre su salud sexual y salud reproductiva, además de aumentar la probabilidad de ser sobreviviente de algún tipo de violencia. La desinformación en cuanto a derechos, el imaginario machista y la concepción androcéntrica de la sexualidad que describe a las mujeres como objetos de placer y goce para el hombre impiden el libre desenvolvimiento de la sexualidad de las mujeres, quienes no pueden vivirla de forma libre, consentida y plena.

Por ello, la violencia basada en género y la salud sexual y salud reproductiva están directamente entrelazadas; ya que la violencia puede afectar la salud de las mujeres, limitando la autonomía sexual y colocándolas en riesgo de sufrir lesiones corporales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. Asimismo, las barreras en el acceso a la información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, así como a una Educación Sexual Integral, coloca a las mujeres en una mayor vulnerabilidad de sufrir abusos. Una sexualidad y reproducción desinformada y sin bienestar conlleva



a la imposibilidad de decidir sobre el propio cuerpo y a recurrir a los servicios necesarios para protegerse.

Con todo esto, es fundamental comprender que la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos se traducirá directamente en una disminución de la violencia basada en género, ya que las mujeres y adolescentes podrán identificar de forma temprana la violencia, recibir atención y apoyo en servicios adecuados y con personal capacitado. Además, podrán gozar de una sexualidad y reproducción plena, planificada, libre y consentida.

Caracterización de la muestra

Antes de exponer los datos que detallan la situación de salud sexual, salud reproductiva y violencia de las mujeres y adolescentes de Distrito Capital, es necesario describir las características de la muestra tomada en cuanto a datos personales y socioeconómicos de las encuestadas. En este sentido, la mayoría de las mujeres y adolescentes poseen un nivel educativo medio, en tanto el 61,6% son bachilleres o egresadas de educación media, incluso entre las adultas (hasta 39 años). Asimismo, un 38,4% son técnicas superiores o universitarias. En la encuesta realizada en Lara, el porcentaje de bachilleres o egresadas de educación media alcanzó un 71,3%, mientras que en Caracas un 57,1% de la muestra total.

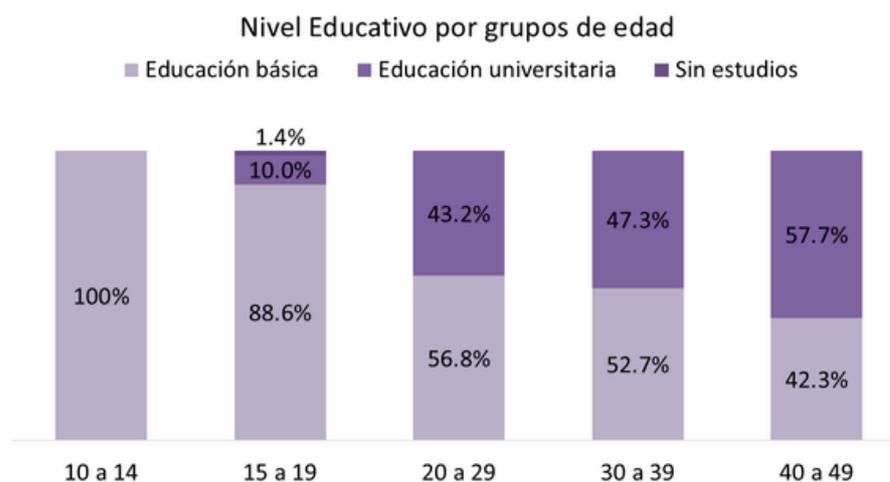


Gráfico 2. Nivel Educativo por grupos de edad.
Elaboración propia

En otro orden, el 4,4% de las mujeres y adolescentes encuestadas indicaron tener algún tipo de discapacidad, entre ellas, la discapacidad motora (45,5%), visual (40,9%), principalmente. El mismo porcentaje (4,4%) informó ser lesbiana, bisexual u tener otra orientación sexual distinta a la heterosexual (95,7%). Y, un 62,4% de las mujeres y adolescentes se autodefinieron morenas (56,8%), negras (4,6%), afrodescendientes (0,8%) o indígenas (0,2%). Aunque, un 37,6% se reconoció como blanca.

A nivel socioeconómico, el 56,6% de las mujeres y adolescentes se reconoció como soltera, siendo el principal estado civil entre la mayoría de los grupos de edad, excepto entre las más adultas (40 a 49 años), quienes en su mayoría indican estar casadas o en unión estable de hecho, lo que suma el 40,6% de la muestra total. A su vez, un 2% está divorciada y un 0,8% viuda. Observemos el comportamiento de los datos:

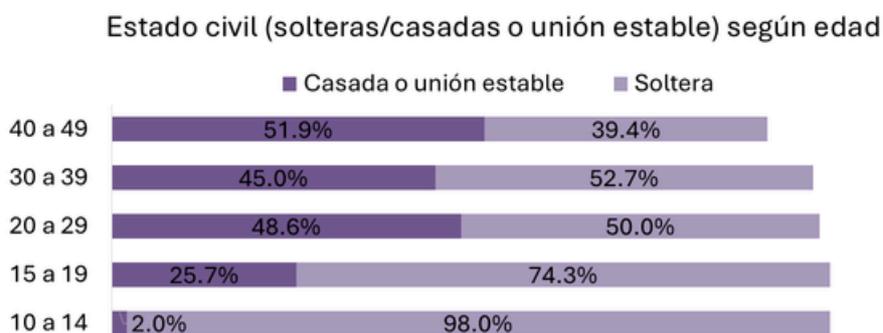


Gráfico 3. Estado civil por edad
Elaboración propia

Sobre lo anterior, llama la atención un porcentaje de 2% entre las adolescentes de 10 a 14 que dicen estar casadas o en unión estable, y un 25,7% con el mismo estado civil entre 15 y 19 años, lo que se hace más acentuado en Lara (30,4%). Ahora bien, entre el total de mujeres y adolescentes casadas o en unión estable de hecho, el cónyuge o pareja masculina es quien obtiene los mayores ingresos del hogar en el 68,5% de los casos, lo que evidencia la dependencia económica de la mujer frente a la pareja masculina (74,6% en Lara); sólo en el 25,1% de los casos los mayores ingresos del hogar están en manos de la propia mujer. Incluso, un 10% de las mujeres divorciadas aún dependen económicamente de su expareja masculina (25% en Caracas). Entre las solteras, el mayor ingreso del hogar proviene de la propia mujer encuestada (38,2% de los casos), o en su defecto, de la madre (26,5%), principalmente entre las más jóvenes.

Relación entre estado civil y principal fuente de ingresos del hogar

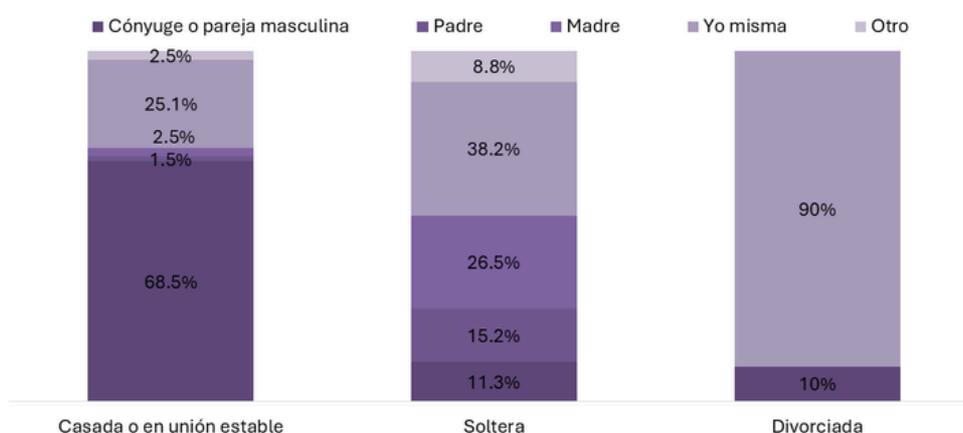


Gráfico 4. Estado civil/Ingresos del hogar
Elaboración propia



Con respecto a la ocupación económica de las mujeres y adolescentes encuestadas, el 34% declaró trabajar de forma dependiente y un 29% de forma independiente. Un 17,1% informó ser estudiante y un 17,8% encontrarse desocupada. Es de interés resaltar que el 24,6% de las mujeres entre 20 y 29 años y el 28,6% de las de 15 a 19 años se encuentran desocupadas, lo que evidencia la vulnerabilidad económica de este grupo.

A su vez, el 59,8% de las mujeres y adolescentes declaran que en sus hogares los ingresos mensuales rondan entre los 101 y 400 dólares estadounidenses (USD), lo que equivale a decir que 6 de cada 10 hogares subsisten con 13 USD o menos diarios; convirtiéndolos en hogares con pobreza relativa. Pero en Lara, el 84,7% declara obtener ingresos mensuales entre los 51 y los 300 USD. Por otra parte, el 22% indicó que su hogar recibe entre 11 y 100 USD al mes, lo que equivale a 3 USD o menos diarios, siendo hogares con pobreza extrema hacia relativa. Aunque, un 10,8% declaró que sus hogares reciben entre 401 y 500 USD mensuales y un 7,2% más de 500 USD por mes; lo que no hace que estos hogares escapen a la condición de pobreza relativa, ya que subsisten con alrededor de 17 USD diarios.

Cabe señalar que, si comparamos este dato con investigaciones anteriores de AVESA, es posible concluir que ha habido una mejoría del ingreso económico entre 2021 y 2025, ya que el ingreso del 61,7% de los hogares se ubicaba entre 1 y 45 USD mensuales en Distrito Capital (AVESA, 2021), lo que equivale a decir que hubo un alza entre 55 y 300 USD.

Ahora, en 2020 la situación era paupérrima, ya que el 52,4% de las mujeres declaró no poseer ingresos en dólares estadounidenses y que, según el tipo de cambio a la fecha, recibían menos de 10 USD al mes en bolívares (45%); y de las que sus hogares sí recibían ingresos en dólares, expresaron hacerlo entre 1 y 80 USD mensuales (35,6%), lo que las colocaba en su totalidad en hogares pobres extremos. Sólo un 12% de una muestra de 225 mujeres indicaban un ingreso del hogar mayor a 80 USD (AVESA, 2020).

Todo ello permite concluir que buena parte de los hogares han migrado de la pobreza extrema a la pobreza relativa. Observemos el gráfico general:

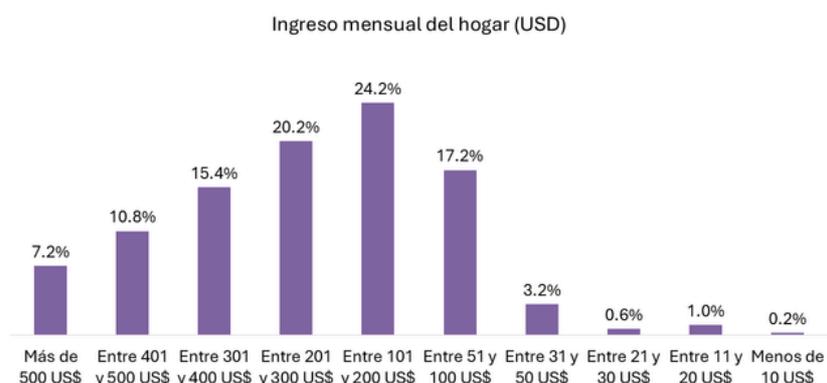


Gráfico 5. Ingreso mensual del hogar (USD)
Elaboración propia

Resultados de la investigación

Acceso a la salud sexual y salud reproductiva

Como se ha dicho, el acceso a la salud sexual y salud reproductiva forma la base de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, ya que les permite acceder al bienestar físico, mental y social necesario para ejercer una vida sexual y reproductiva plena y libre. Examinemos entonces la situación de las mujeres y adolescentes del Distrito Capital en cuanto al acceso a la consulta ginecológica y sus implicaciones para la salud sexual y salud reproductiva.

Asistencia a consulta ginecológica

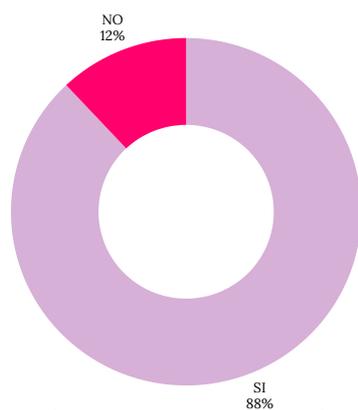


Gráfico 6. Asistencia a consulta ginecológica
Elaboración propia

Del total de la muestra de mujeres y adolescentes, un **12%** informó que **nunca ha asistido a consulta ginecológica**; y entre quienes sí lo han hecho, un **42,1%** indicó que **lo hace una vez al año** y un **38,2%** confesó que **no asiste regularmente** a consulta ginecológica, siendo que un **51,8%** asistió por última vez a esta consulta hace un año o más.

Asimismo, un **63,6%** de las mujeres y adolescentes asisten a consulta ginecológica en **centros de salud privados**; y apenas un **31% asiste a centros de salud pública**. Esto habla de la no asistencia regular a esta consulta, relacionado con los ingresos económicos mensuales de sus hogares, que no sobrepasan los 13 USD diarios, en su mayoría; lo que les obliga a priorizar otras necesidades cotidianas como alimentación o transporte. De esta manera, la salud ginecológica deja de ser preventiva y se asume como necesaria cuando hay algún síntoma específico. Esto se muestra en el **10,6%** de las mujeres y adolescentes que notificaron haber asistido **hace 1 mes o menos a consulta ginecológica**, principalmente en Caracas (19%), a pesar de indicar que no lo hacen regularmente. Otro dato interesante a mencionar es que el **75,3%** informó que para llegar al centro de salud donde asisten a consulta ginecológica, **demoran entre 16 minutos y 1 hora**, lo que da cuenta del cumplimiento de estándares mínimos de proximidad de los servicios de salud.

Tipo de centro de salud al que asiste para consulta ginecológica



Gráfico 7. Tipo de centro de salud al que asiste para consulta ginecológica
Elaboración propia

En el contexto de la consulta ginecológica, el **62,7%** de las mujeres y adolescentes **recibió información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos**, aunque un **26,5%** sólo la recibió **algunas veces** y un 10,9% dijo no haberla recibido nunca.

Ahora bien, a pesar de que las mujeres y adolescentes no acuden regularmente a consulta ginecológica, **7 de cada 10 refieren haber sufrido alguna patología ginecológica**, siendo las más comunes las infecciones urinarias (48,2%), los quistes en los ovarios (16,4%), y los trastornos de la menstruación (12%). En Lara, por su parte, hay una incidencia importante de vaginosis bacteriana (17%). Asimismo, **2 de cada 10 de las que han sufrido alguna patología ginecológica han sido adolescentes**, y un 98% informó haber recibido tratamiento.

Prevalencia de patologías ginecológicas por tipo

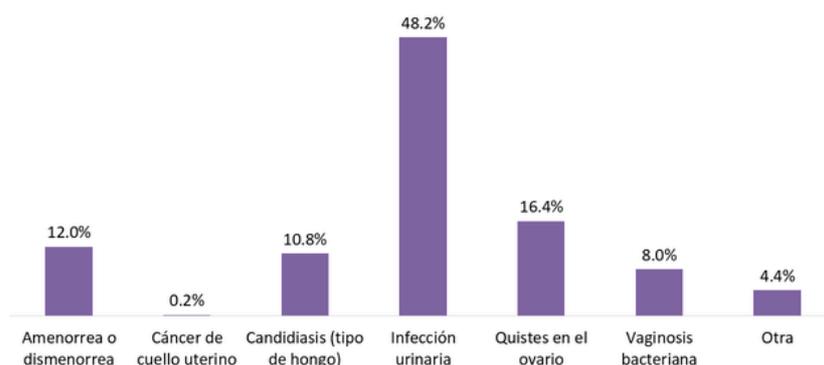


Gráfico 8. Prevalencia de patologías ginecológicas por tipo. Elaboración propia

En cuanto a las **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**, la prevalencia se ubica en **14%** del total de mujeres y adolescentes encuestadas (más en Caracas, 17%, que, en Lara, 8%), siendo la más común el Virus de Papiloma Humano (55%), la clamidiasis (23,8%) y el herpes genital (7%). Nadie reportó haber contraído Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Cabe señalar que este porcentaje de prevalencia de ITS resultó más alto, frente a la medición que AVESA y la Alianza Salud para Todas realizaron en 2021, donde la prevalencia de ITS se ubicó en 13,3%. También, la tasa de prevalencia de VPH se ubicó 3 puntos más debajo de la evidenciada en el estudio relatado, ubicándose 7 puntos porcentuales por debajo de la media de VPH para América Latina y El Caribe (OMS, 2024). Asimismo, **6 de cada 10 mujeres que han contraído alguna ITS son adultas (20-39 años)**; y el total de mujeres que lo reportan, indican haber recibido tratamiento.

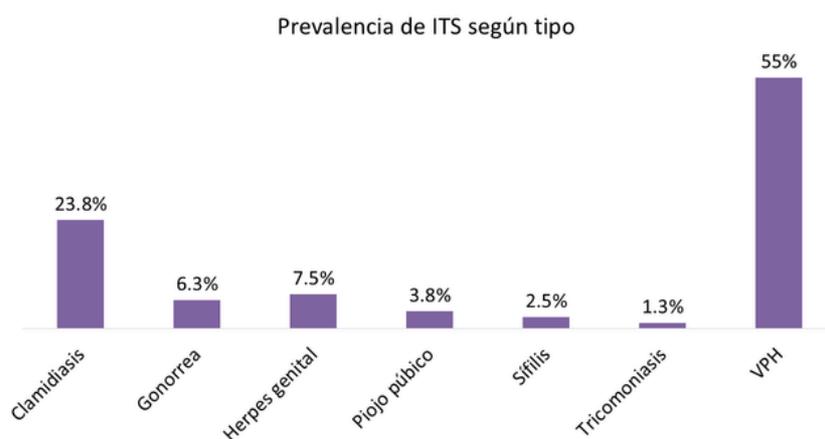


Gráfico 9. Prevalencia de ITS por tipo.
Elaboración propia

Salud e higiene menstrual

La salud y la higiene menstrual se comprende, universalmente, como un derecho humano de las mujeres que contribuye con su bienestar físico, mental y social, y se hace evidente en el acceso a óptimas condiciones sanitarias en el hogar, escuela o trabajo, en una buena calidad del agua (abundante y potable) y en el manejo de materiales apropiados para la práctica higiénica.

En ese sentido, las mujeres y adolescentes encuestadas muestran tener un acceso a materiales adecuados para la práctica de la higiene menstrual, ya que el **90,2% utilizan toallas sanitarias regularmente** y el 6% utilizan copa menstrual, aunque un 1,8% usa tampones, siendo no recomendables. Por otra parte, un 2% reportó emplear otros materiales no seguros o bien, no usar ninguno (sangrado libre en casa). Esto expresa un aumento del uso de materiales adecuados para la higiene menstrual, ya que en una investigación anterior de AVESA y la Alianza Salud para Todas (2021), 2 de cada 10 mujeres informaron utilizar materiales caseros para la higiene menstrual no seguros. Asimismo, **9 de cada 10 mujeres tienen acceso a sustancias seguras como agua y jabón íntimo o corriente y/o gel de ducha para realizar la higiene menstrual**, mientras que el resto indica emplear compresas de infusiones, sólo agua u otra sustancia alternativa.

Acceso a agua limpia y de calidad para higiene menstrual

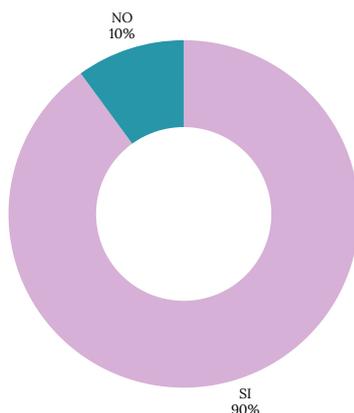


Gráfico 10. Acceso a agua limpia y de calidad para higiene menstrual
Elaboración propia

Otro de los aspectos relevantes para medir el acceso a una óptima higiene menstrual es la calidad del agua, y en este caso, el **90% de las mujeres y adolescentes encuestadas indicaron que el agua que emplean para la higiene menstrual es limpia**, aunque un 46,4% de las mujeres y adolescentes indican que no tienen acceso a agua corriente y

Acceso a agua abundante para higiene menstrual

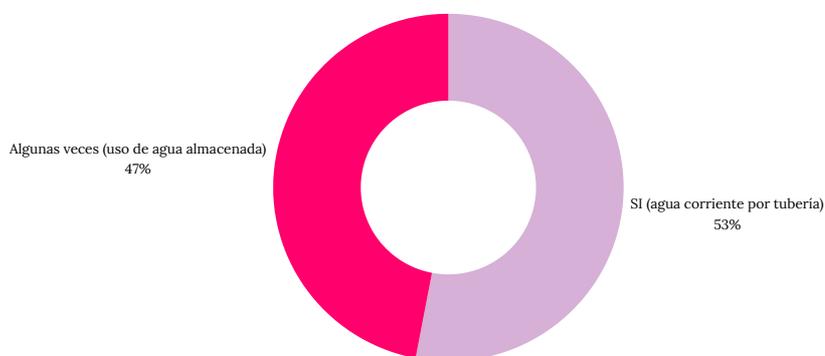


Gráfico 11. Acceso a agua abundante para higiene menstrual
Elaboración propia



abundante para la higiene menstrual, ya que, la mayoría usan agua almacenada en envases, a consecuencia de los racionamientos de agua potable, principalmente en Lara (60%). Ahora bien, frente a los datos recabados por AVESA y Salud para Todas (2021) en una investigación anterior, las condiciones de acceso a un agua limpia y adecuada para la higiene menstrual han mejorado, en tanto en aquel momento solo un 38,1% reconoció manejar agua limpia y cristalina. Sin embargo, en el caso del acceso a agua corriente y abundante para la higiene menstrual, la situación sigue siendo compleja, porque 4 de cada 10 mujeres y adolescentes declaraban que no tenían acceso a agua suficiente.

Por último, evaluando las inequidades reflejadas en el manejo de materiales y sustancias apropiadas para la higiene menstrual y el acceso al agua abundante y limpia, se puede concluir que, en promedio, un 17,3% no accede a condiciones óptimas en cuanto a calidad de agua, materiales y sustancias de higiene menstrual; o lo que es lo mismo, casi **2 de cada 10 mujeres son pobres menstruales**, siguiendo el concepto manejado por la organización Global Citizen (2019) que suma las inequidades en el manejo de la higiene menstrual, en las condiciones sanitarias y el bajo conocimiento requerido para la higiene menstrual, como indicadores clave para medir la pobreza menstrual.

Salud en el embarazo y el parto

En el caso de la salud en el embarazo, se ha intentado medir una serie de indicadores sobre el acceso a la salud en embarazos previos y actuales, partiendo que, del total de la muestra tomada, el 74,6% de las mujeres y adolescentes han estado embarazadas alguna vez y de este grupo, el 95,6% es madre, lo que puede significar que, en promedio entre Caracas y Lara, **9 de cada 10 embarazos han llegado a término.**

Asimismo, el **23,5% de las mujeres embarazadas, son adolescentes (10-19 años)** y 11,3% de las adolescentes totales han estado embarazadas alguna vez. De hecho, al sondear datos sobre la edad de estos embarazos previos, se pudo constatar que, entre todas las mujeres, **el 57,7% tuvo su embarazo anterior siendo adolescente, y esto equivale a decir que tenemos una tasa de embarazo adolescente de 60 por cada 100 mujeres. En Lara, esta tasa asciende a 90 por cada 100.** De hecho, el porcentaje de mujeres embarazadas encuestadas adolescentes (10-19 años) siguió cuotas asignadas en función al promedio de embarazos en Distrito Capital y Lara, según el INE (2011); pero, los datos de edad del embarazo previo pueden inducir que la tasa de embarazo adolescente ha aumentado desde el mencionado Censo de Población del INE.

En términos de acceso a la salud, el 68% de las mujeres y adolescentes asistieron a 7 o más controles prenatales en su embarazo anterior, pero, entre las mujeres y adolescentes embarazadas

encuestadas, el 79% de ellas ha asistido a 6 controles prenatales o menos, y aunque esto se haya dentro de los estándares mínimos de atención, cabe señalar que 3 de cada 10 mujeres y adolescentes han iniciado sus controles prenatales luego de la 12^a semana de embarazo, que equivale al tercer mes.

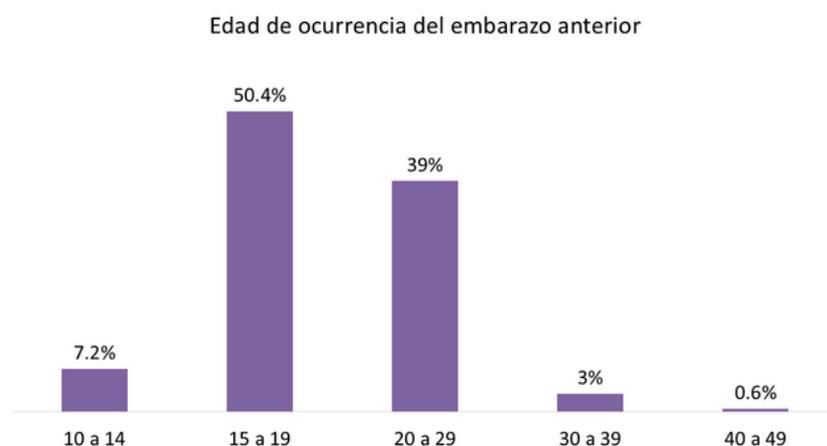


Gráfico 12. Edad de ocurrencia del embarazo anterior.
Elaboración propia

Esto pudiera asomar una disminución en la asistencia a controles prenatales entre los embarazos anteriores y el actual; siendo estas cifras más agudas en Lara que en Distrito Capital, ya que 49% asisto hasta 6 controles en su embarazo previo y 94% de las embarazadas actualmente encuestadas han asistido a 6 controles o menos.

Adicionalmente, el **95,5% de las mujeres y adolescentes entrevistadas recibieron asistencia médica en el embarazo anterior**, y un 33,2% indicó complicaciones durante el parto. De este porcentaje, 9% de las mujeres no recibió atención obstétrica de urgencia en el parto. De hecho, del total de mujeres y adolescentes que han tenido

embarazos a término, el 48,8% han vivido algún tipo de demora en el acceso a la atención médica en el parto. La más común, es la **demora por inadecuada calidad en la atención (41%)**, y le sigue la demora para acceder a la salud por falta de logística para referir a obstetricia (37%), luego, un 22% presentaron demoras para la atención médica debida por no reconocer signos de alarma o dificultades para la toma de decisión de buscar la debida atención en salud en el parto.

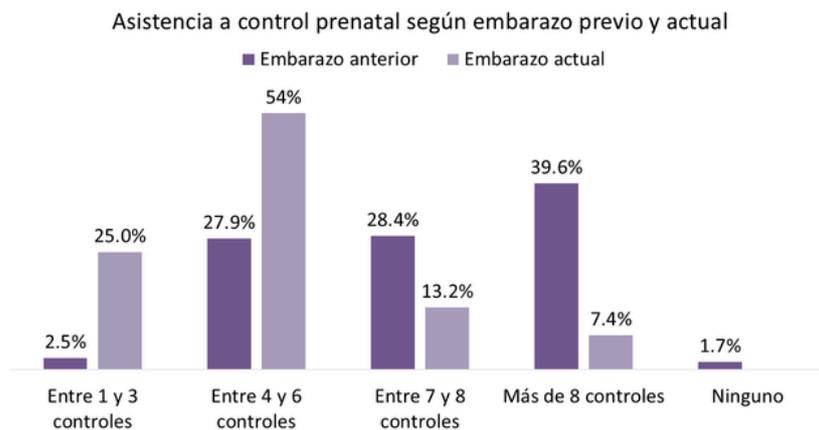


Gráfico 13. Asistencia a control prenatal según embarazo previo y actual
Elaboración propia

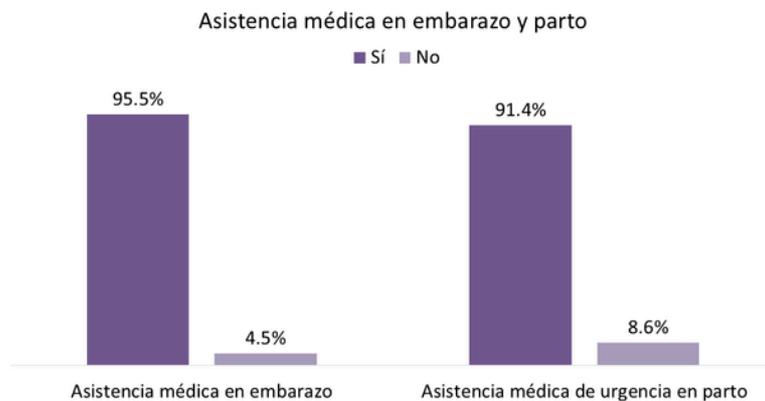


Gráfico 14. Asistencia médica en embarazo y parto.
Elaboración propia

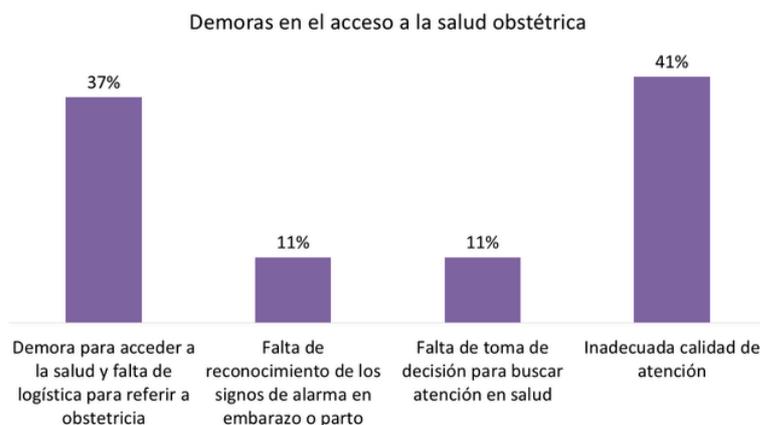


Gráfico 15. Demora en el acceso a la salud obstétrica
Elaboración propia

En cuanto al tipo de parto realizado, **4 de cada 10 mujeres y adolescentes indicaron haber parido a través de una cesárea**. Incluso, entre las embarazadas encuestadas, un 44,1% aseguró tener planeada una cesárea para parir. Este porcentaje de cesáreas es muy elevado en función a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) que indica que no puede superar el 10% o 15% de los partos totales. Este dato corresponde con la tasa promedio de cesáreas para América Latina y El Caribe, que se ubica en 44,3% (OMS, 2015).

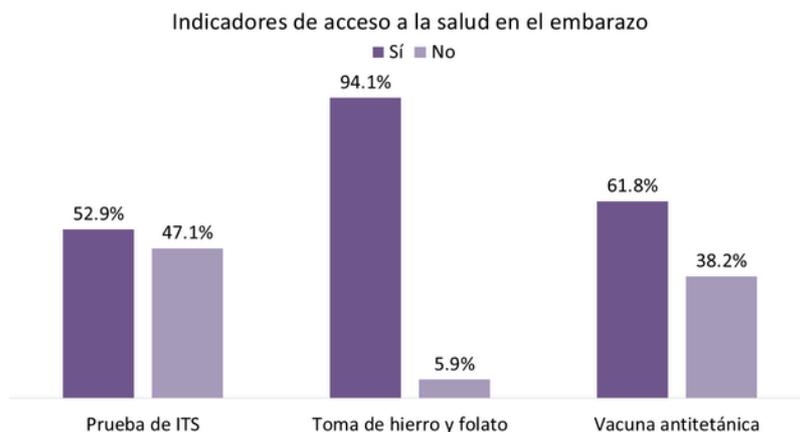


Gráfico 16. Indicadores de acceso a la salud en el embarazo.
Elaboración propia

Mirando con mayor detalle la salud obstétrica, **5 de cada 10 embarazadas no se han realizado pruebas para la detección de sífilis y otras ITS (en Lara esta cifra asciende a 7 de cada 10)**, ni han recibido información de estos paraclínicos en el centro de salud al que han asistido para sus controles prenatales. Aunque, 94% está realizando la adecuada toma de hierro y folato (100 tabletas) en el embarazo y un 61,8% ha recibido la vacuna antitetánica preventiva (en Lara, un 53% no la ha recibido); pero, de este grupo, solo un 38% ha recibido la segunda dosis de la vacuna. Cabe añadir que, en comparación con una investigación realizada por AVESA y la Alianza Salud para todas (2021), la tasa de acceso a la toma de hierro y folato ha aumentado en Distrito Capital en un 14%.

Por otro lado, **3 de cada 10 mujeres no han diseñado un Plan de Parto y no tienen información clara sobre el tema**, sin embargo, en un sondeo previo realizado por AVESA y la Alianza Salud para Todas (2021), las mujeres y adolescentes en su mayoría (76,7%) no tenían información alguna sobre el Plan de Parto; esto implica que actualmente más mujeres conocen sobre su derecho al Plan de Parto e incluso han diseñado uno.

Tipo de embarazo según su riesgo

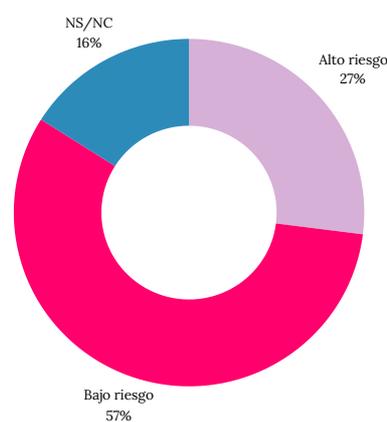


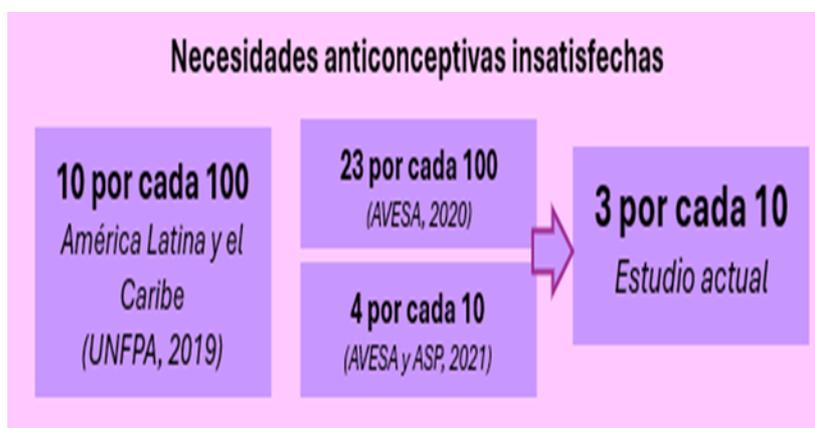
Gráfico 17. Tipo de embarazo según su riesgo
Elaboración propia



Por último, un 26,5% de las mujeres y adolescentes reconoce que su embarazo es de alto riesgo, y de este grupo, un **94,4% sabe qué hacer durante el parto y adónde acudir para recibir atención médica de urgencia.** Aunque, un 16,2% no tiene información sobre el nivel de riesgo de su embarazo, lo que pudiera colocar a estas mujeres en una mayor vulnerabilidad, de presentarse algún signo de alarma y no tener herramientas necesarias para responder a tiempo.

Métodos anticonceptivos y planificación familiar

Del total de mujeres y adolescentes encuestadas, un **63% declaró utilizar métodos anticonceptivos**, y de este grupo, un 90,9% indicó hacerlo siempre. Incluso, el 77,4% reporta uso actual y regular de métodos anticonceptivos (menos de 6 meses). Estos datos indican que **3 de cada 10 mujeres tienen necesidades anticonceptivas insatisfechas**, en vista de no querer tener hijos/as, y, además, 2 de cada 10 no usan frecuentemente métodos anticonceptivos, incluyendo los de barrera. Ya AVESA y la Alianza Salud para Todas (2021) advertían que 4 de cada 10 mujeres no usaban métodos anticonceptivos; asimismo, un estudio anterior de AVESA (2020) indicó una tasa de necesidades anticonceptivas insatisfechas de 30,7 por cada 100 en Distrito Capital y Miranda. Con ello, los datos actuales avizoran un aumento de entre 1 punto porcentuales del uso de métodos anticonceptivos frente a la medición de 2021, pero confirman la medición de 2020 y mantiene la diferencia de 20 puntos porcentuales frente a la media de necesidades anticonceptivas insatisfechas de América Latina y El Caribe (UNFPA, 2019).



Cabe señalar que, en Lara, el uso de métodos anticonceptivos es menor (43%), y sólo la mitad de las mujeres y adolescentes los usan frecuentemente. Esto da cuenta de unas necesidades anticonceptivas insatisfechas más elevadas si se compara con el total general (46%, no queriendo tener hijos/as).

Aunado a esto, un 44,3% de las mujeres y adolescentes indicaron que los métodos anticonceptivos que emplean fueron dispensados en centros de salud pública, mientras que un 42,6% declaró que ha comprado directamente o de forma privada los métodos anticonceptivos que usa. Aunque un 13% comparte sus métodos anticonceptivos con otra persona o bien, ha recibido donativos de alguna asociación civil, fundación u ONG.

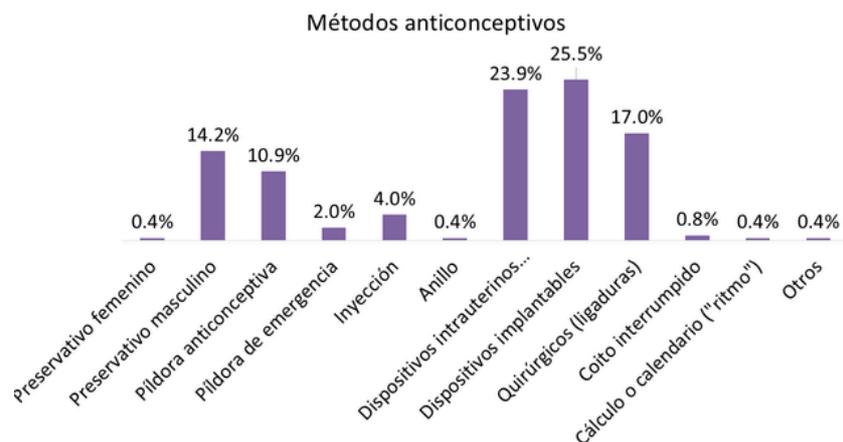


Gráfico 18. Métodos anticonceptivos.
Elaboración propia

El tipo de método anticonceptivo más empleado son los dispositivos implantables (25,5%), seguido de los dispositivos intrauterinos (23,9%) y la

esterilización o ligadura (17%). El uso del preservativo masculino o femenino ronda el 14,6% y la píldora anticonceptiva un 10,9%. Llama la atención que un 1,6% emplea métodos anticonceptivos no seguros como el coito interrumpido, el cálculo o ritmo u otros.

Entre quienes no usan de métodos anticonceptivos, encontramos que, un 39,6% de estas mujeres y adolescentes no lo hacen por no mantener una vida sexual activa, principalmente entre las más adultas (40-49) y las más jóvenes (10-14); pero un **13,2% cree que no necesita métodos anticonceptivos aún, manteniendo una vida sexual activa, esto habla directamente del desconocimiento sobre el tema.** Asimismo, un 7,7% reporta que no usa métodos anticonceptivos por razones económicas y otro 7,7% nunca los ha usado. A su vez, un 6,6% refiere razones culturales o religiosas y el mismo porcentaje dice tener una indicación específica que no recomienda su uso. Entre tanto, sólo un 4,4% comenta que no le agrada y el mismo porcentaje no le agrada a su pareja masculina.

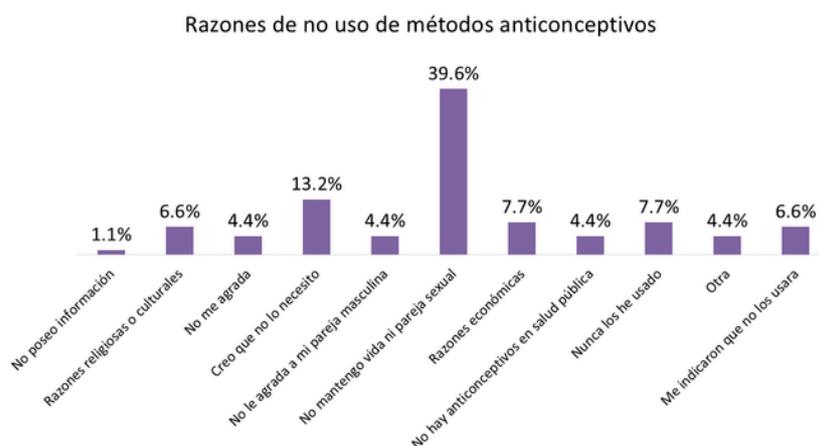


Gráfico 19. Razones de no uso de métodos anticonceptivos. Elaboración propia

Planificación familiar

Del total de mujeres y adolescentes embarazadas encuestadas, un **57,4% reportó que su embarazo no fue planificado**; esto ocurre principalmente entre las más jóvenes (15 a 29 años) y se complementa con los datos comentados sobre las necesidades insatisfechas de anticoncepción. Además, un **86,6% declara no querer tener hijos/as actualmente**, e incluso, entre las que no usan métodos anticonceptivos, un 86,7% no desea tener hijos/as, lo que afianza las necesidades insatisfechas de anticoncepción.

Adicionalmente, entre las madres encuestadas, un **55,8% declara que la maternidad ha interferido con sus necesidades personales de estudio y trabajo**, lo que da cuenta de los requerimientos de planificación familiar y redistribución de cargas de cuidado en la vida de las mujeres.

Embarazo planificado

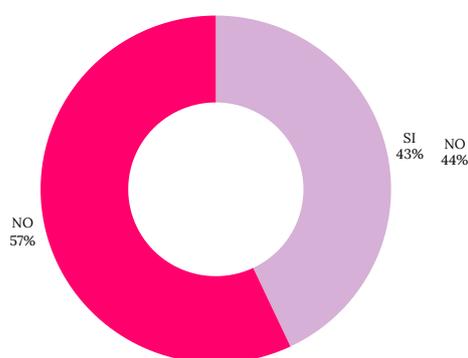


Gráfico 20. Embarazo planificado
Elaboración propia

Interferencia de la maternidad en necesidades de estudio y trabajo de la madre

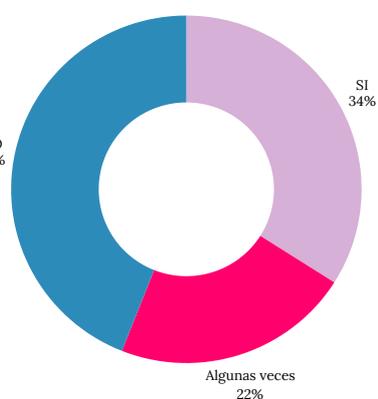


Gráfico 21. Interferencia de la maternidad en necesidades de estudio y trabajo de la madre
Elaboración propia

Abortos

Del total de mujeres y adolescentes encuestadas que han estado embarazadas, **2 de cada 10 declararon haber vivido un aborto espontáneo o a consecuencia de algún problema de salud sin haberlo provocado.** La mayor tasa se haya entre las más adultas (40-49 años), con un 39,2%, aunque de las que han sufrido abortos espontáneos un 8,9% son adolescentes (15-19 años).

Por otra parte, un **5,1% reconoció haberse practicado un aborto inducido por vía química o farmacológica,** principalmente (89,5%), o bien, quirúrgica (10,5%). Esta cifra es un poco más elevada en Caracas (6,9%). Los datos se expresan principalmente entre las adultas (20 a 39 años), en un 73,7%, y no se reportan abortos inducidos entre las más jóvenes. Cabe señalar que estas cifras recogidas de abortos son mucho mayores a las tomadas en el estudio de AVESA y la Alianza Salud para Todas (2021), donde sólo el 11,4% había vivido un aborto espontáneo, y un 1,9% reconocía haberse practicado un aborto inducido.

Todas las mujeres que se han practicado un aborto inducido reconocen haber vivido consecuencias de salud mental en un 51,5%, consecuencias sociales como estigma, discriminación o rechazo en un 33,3%, y consecuencias sobre la salud física en un 15,2%. Esto da cuenta del peso que la penalización del aborto trae sobre las mujeres; en tanto al riesgo de muerte por abortos inseguros se le suman daños morales y de salud mental para las sobrevivientes.

En cuanto al manejo de información sobre aborto, cabe señalar que, en promedio, el 66% de las mujeres y adolescentes encuestadas acertaron preguntas relativas a la legislación aprobada en Venezuela en materia de aborto. En este caso, sólo respondieron incorrectamente cuando se les preguntó si verdaderamente el aborto era ilegal en todos los casos, ante lo cual un 71,1% respondió afirmativamente, denotando confusión y falta de conocimiento sobre el tema, ya que, al preguntar por la legalidad del aborto bajo la causal de riesgo inminente de salud de la mujer, un 61% respondió que sí se aceptaba este motivo en el país. Con ello, el promedio de respuestas incorrectas se situó en 34%; pero, en detalle, un 74,5% conoce que el aborto no es legal en casos de violencia sexual, un 82% reconoce que no es legal en las primeras semanas de embarazo, un 94,6% sabe que el aborto no es legal ni gratuito en Venezuela y un 54,8% reafirma que el aborto sigue siendo ilegal ante casos de violencia sexual y/o cualquier riesgo de salud. Por último, **67,7% indicó que, en Venezuela, no existe información disponible y accesible sobre aborto.**

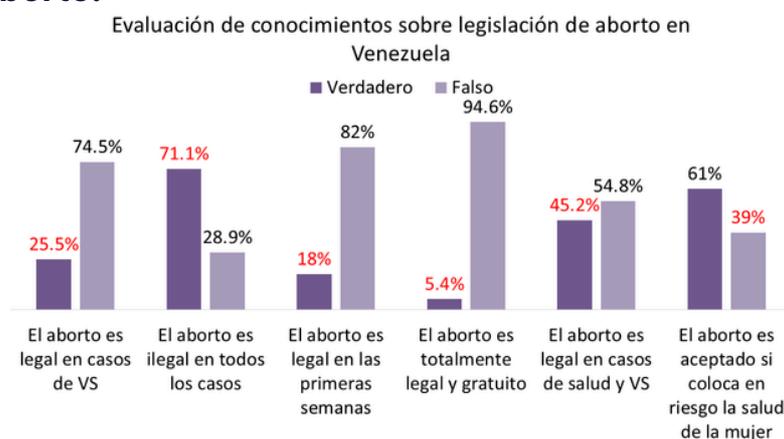


Gráfico 22. Evaluación de conocimientos del aborto en Venezuela.
Elaboración propia



A nivel perceptivo, el **50% de las mujeres y adolescentes encuestadas considera que el aborto sólo debe ser legal en casos específicos como violencia sexual o riesgo de salud**; y un 24,8% refirió que debía ser completamente legal, o al menos en las primeras 12 semanas de embarazo. Esto, frente a un 25,2% que cree que el aborto no debe ser legal en el país. Cabe destacar que las tesis de aborto gratuito y legal o bien, de aborto legal bajo causales como violencia sexual y riesgo de salud cobran fuerza entre las adultas (20-39 años), y la pierden entre las más adultas (40-49) y las jóvenes (15-19). De hecho, el 35,1% de las más jóvenes (10-14) indica que el aborto no debe ser legal en ningún caso, siendo el grupo más posicionado en esta opinión. Asimismo, en el caso de Caracas, es más común observar posturas a favor de la legalización plena del aborto (32%) que en Lara (8%).

Educación sexual integral

La Educación Sexual Integral es una visión pedagógica que busca proporcionar conocimientos sobre la sexualidad y la reproducción, desde una visión científica y dialógica; y promoviendo una sexualidad plena, libre, consentida y responsable. Sin embargo, no todas las personas logran acceder a esta información integral, pero sí pudieran recibir otro tipo de conocimientos propios de paradigmas educativos con una visión tradicional de la sexualidad y reproducción; o en su defecto, muchas personas no tienen acceso a información accesible y científica sobre esta temática, con lo cual, se imponen los prejuicios y el desconocimiento. Es por ello que es necesario indagar alrededor de los niveles de conocimiento de las mujeres y adolescentes encuestadas en torno a la Educación sexual que manejan.

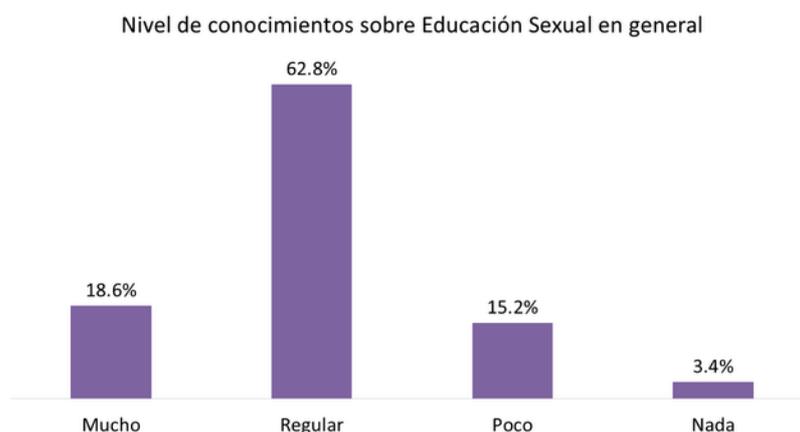


Gráfico 23. Nivel de conocimientos sobre Educación sexual en general
Elaboración propia

En este sentido, las mujeres y adolescentes encuestadas reconocen tener, en su mayoría, un **nivel regular de conocimientos sobre Educación**

Sexual (62,8%); y, de hecho, un 18,6% asume conocer poco o nada sobre Educación Sexual. Apenas un 18,6% asume que sabe mucho de este tema.

Al observar los niveles de conocimientos sobre Educación Sexual en diversos temas, puede constatar que en la mayoría de los casos la tendencia sigue siendo que las mujeres y adolescentes asumen tener conocimientos regulares, sobre todo en temas como métodos anticonceptivos (43%), violencia sexual (49%), placer y disfrute de la sexualidad (48%), negociación del uso del condón (49%) e ITS (47%). Sin embargo, en el caso de la higiene menstrual, las mujeres reconocen tener muchos conocimientos sobre el tema (55%), así como en el caso del embarazo y parto (45%). Pero, en cuanto a la menopausia, consideran, en un 32%, saber poco sobre el tema. Veamos estos datos en detalle:

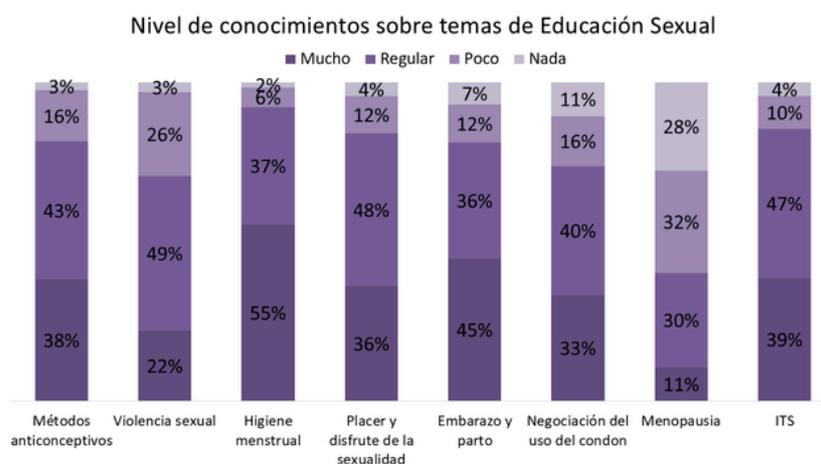


Gráfico 24. Nivel de conocimientos sobre temas de educación sexual. Elaboración propia



Por último, un 82,8% de las mujeres y adolescentes mencionó haber recibido alguna vez algún material de Educación Sexual como folletos, videos, libros o revistas, adaptados a diversas edades. Y, el 74,4% considera que los materiales recibidos han sido sencillos y entendibles.

Pornografía: consumo y percepción

La pornografía, como una forma de exposición sexual explícita, es considerada como productora de una educación sexual problematizada que, además de generar consecuencias físicas en el orgasmo, la excitación y el deseo sexual de quien la consume, dañar la autoestima sexual y favorecer el aislamiento, también reproduce los estereotipos tradicionales sobre el género y la sexualidad, exponiendo a las mujeres como el objeto de deseo masculino en condiciones de sumisión y explotación. Por ello, resulta interesante medir el consumo de pornografía.

Entre las mujeres y adolescentes encuestadas, sólo un **11,8% reconoce consumir regularmente pornografía**, y de este grupo, un 91% lo hace algunas veces, pero el resto lo hace siempre o casi siempre. Con todo, entre las adolescentes se evidencia un mayor consumo frecuente de pornografía, así como en Caracas (13,7%).

Pero, a un 30% la pornografía le parece ni agradable ni desagradable; aunque un 63,2% la considera desagradable o muy desagradable. Sólo un 6,8% asume algún tipo de nivel de agrado hacia la pornografía.

Frecuencia de consumo de pornografía

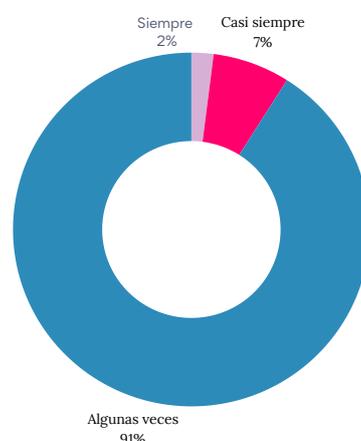


Gráfico 25. Frecuencia de consumo de pornografía
Elaboración propia

Ahora bien, quienes consumen regularmente pornografía lo hacen porque les genera placer (28,4%) o bien, para complacer a su pareja masculina (21,1%); seguidamente a un 12,6% le parece interesante y un 15,8% considera que aprende sobre sexo, observa y compara sus cuerpos con los vistos en escena. Otro 13,1% considera que verla es estar a la moda, o cumplir con lo común.



Gráfico 26. Razones de consumo de pornografía
Elaboración propia

Violencia sexual

Como ya se ha dicho, la violencia sexual debe comprenderse como un problema de salud pública y de derechos que afecta principalmente a mujeres y adolescentes de todo el mundo y de diversas formas y en múltiples contextos. Por ello, es necesario conocer a detalle cómo se expresa la violencia sexual en Venezuela, y para ello, se ha medido en este estudio dirigido a mujeres y adolescentes un total de 12 tipos de violencia sexual para comprobar su prevalencia.

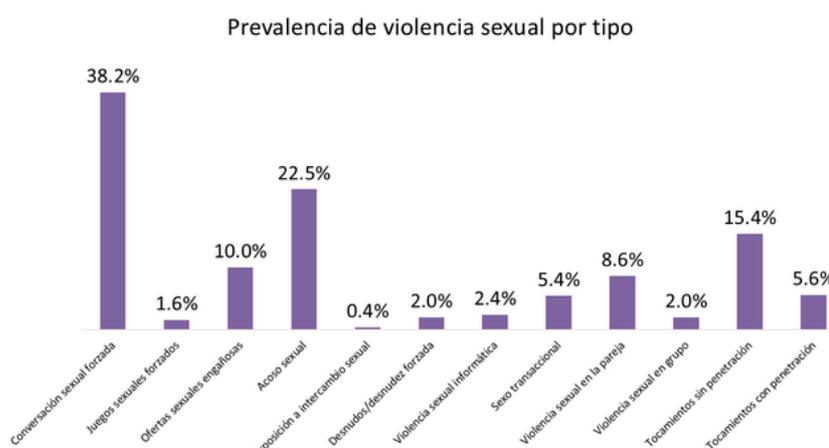


Gráfico 27. Prevalencia de violencia sexual por tipo.
Elaboración propia

En promedio, **1 de cada 10 mujeres y adolescentes son sobrevivientes de alguna forma de violencia sexual**, pero, un 1% de todas las mujeres y adolescentes prefirió, en promedio, no dar información sobre alguna forma de violencia sexual vivida, sobre todo al ser interrogadas sobre la violencia sexual en el contexto de la pareja (2,4%) y sobre el sexo transaccional por supervivencia (1,4%). El tipo de violencia sexual más frecuente es la conversación sexual forzada, ya que 4 de cada 10 mujeres y adolescentes revelan haberla vivido,



sobre todo entre las más jóvenes. A este le sigue el acoso sexual, con una prevalencia del 22,5%, los tocamientos sin penetración, en un 15,4%, y las ofertas sexuales engañosas con un 10%. En un nivel menor de prevalencia encontramos a la violencia sexual en el contexto de la pareja, en un 8,6%, los tocamientos con penetración o violación (5,6%), principalmente en Lara; y el sexo transaccional por supervivencia en 5,4%.

Las jóvenes (20-29 años) son las principales sobrevivientes de acoso sexual (22,9%), el sexo transaccional por supervivencia (8,2%) y la violencia sexual en el contexto de la pareja (13,1%); y las adolescentes (15-19) son las más vulnerables ante las conversaciones sexuales forzadas (52,2%), las ofertas sexuales engañosas (14,3%) y los tocamientos sin penetración (17,1%).

Ahora bien, a pesar de haber identificado un total de 188 sobrevivientes de algún tipo de violencia basada en género, incluida la violencia sexual, que equivalen a un 57,6% de las mujeres y adolescentes encuestadas, un 79% de todas ellas considera no haber vivido algún tipo de violencia sexual; esto quiere decir que **4 de cada 8 mujeres no se reconoce como sobreviviente de violencia**, a pesar de declarar algún evento tras la encuesta aplicada. La prevalencia de violencia en Lara alcanzó, a su vez, un 67%, pero de este grupo, un 66% no se reconoció como sobreviviente.

Ahora bien, de las que sí se reconocen como sobrevivientes de violencia, sólo un 2% colocó la denuncia; pero un 13,1% no lo hizo porque

consideró que las autoridades competentes no resolverían el caso (23,6%), sentían vergüenza o miedo (21,7%) no poseen confianza en los entes públicos (15,9%), o no creen que por tratarse de un hecho ocurrido siendo menor de edad, no puede denunciarse (13,4%).

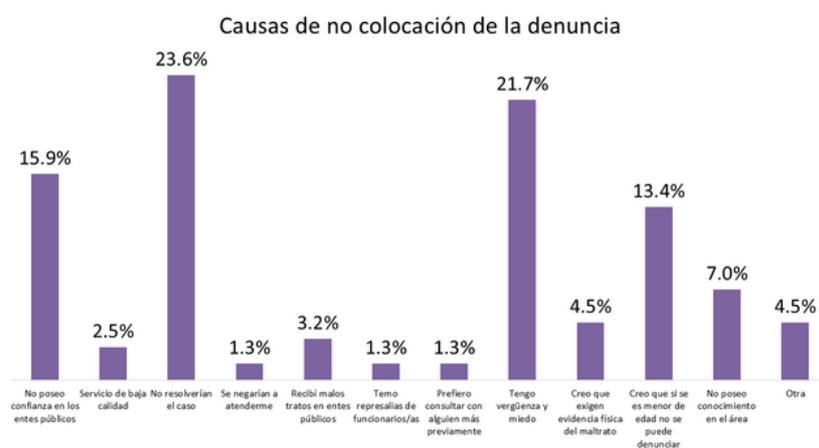


Gráfico 28. Causas de no colocación de la denuncia.
Elaboración propia

Índice de acceso a la salud sexual y la salud reproductiva

Como se ha comentado anteriormente, la salud sexual y salud reproductiva, en cuanto derecho, implica la posibilidad de tener servicios, conocimiento e información científica y espacios institucionales de protección disponibles; con lo cual, para valorar la situación de las mujeres y adolescentes encuestadas en cuanto a la salud sexual y salud reproductiva en Distrito Capital, y como ya se ha mencionado, se ha construido un índice que intenta medir, a partir de 32 variables, los niveles de acceso a la salud sexual y salud reproductiva en 7 dimensiones o subíndices.

La metodología de construcción de este índice parte de la sumatoria, en cada dimensión o subíndice, de variables con un nivel de medida ordinal que equivalen a la valoración de estándares mínimos en la garantía de derechos sexuales y derechos reproductivos; en este sentido, tras jerarquizar estos estándares, puede determinarse el nivel de acceso a cada uno, distribuido en los atributos: alto, medio y bajo. Cada dimensión o subíndice tiene su propia sumatoria basada en el comportamiento de los datos, que luego, se divide para construir los rangos que ordenan los atributos mencionados, convirtiéndolo en una variable ordinal. Posteriormente, cada subíndice se ha sumado y se ha realizado el mismo procedimiento para la construcción del índice general de acceso a salud sexual y salud reproductiva. La distribución de las variables por cada dimensión o subíndice se presenta en la Tabla 4.

Partiendo de este apéndice metodológico, podemos ahora dar cuenta de los resultados de este índice, desde la visión general hasta los detalles por cada dimensión. Y, en este orden, se puede concluir que, **ninguna de las mujeres y adolescentes asoman un nivel alto de acceso a la salud sexual y salud reproductiva; contrariamente, el 79% tiene un nivel mediano de acceso y un 21% un nivel bajo.** Esto se traduce en el hecho de que la mayoría de las mujeres enfrentan barreras en el acceso a la salud ginecológica, a la planificación familiar y métodos anticonceptivos, a la óptima higiene menstrual, a la salud en el embarazo, a conocimientos sobre aborto y una educación sexual integral. Detallemos ahora este índice según cada dimensión.

Índice de Acceso a la Salud Sexual y Salud Reproductiva

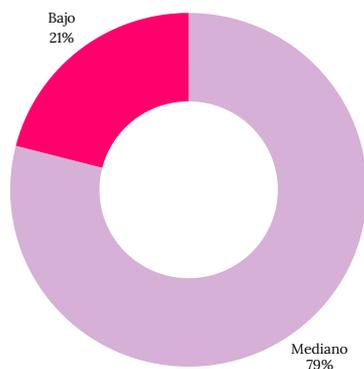


Gráfico 29. Índice de Acceso a la Salud Sexual y la Salud Reproductiva
Elaboración propia

Acceso a salud ginecológica

El subíndice de acceso a la salud ginecológica comprende, en principio, la asistencia a consulta médica especializada, y, por ende, la no asistencia a esta consulta supone un nivel bajo de acceso a la salud ginecológica. Sin embargo, este índice incluye la valoración de otros aspectos entre quienes sí asisten a consulta ginecológica, como, por ejemplo, la frecuencia de esta asistencia, el tipo de centro de salud al que se asiste y el tiempo de llegada a este centro de salud. Estas dos últimas variables miden estándares fundamentales que asoman calidad de atención y posibilidad de acceder a un tipo de salud determinado, además de la cercanía con el centro de salud.

En este caso, **6 de cada 10 mujeres y adolescentes tienen un nivel bajo de acceso a la salud ginecológica**, principalmente caracterizado por una asistencia no regular a la consulta ginecológica. Esto se expresa, en su mayoría, entre las más jóvenes, de 10 a 14 años en un 97,9% y de 15 a 19 años en un 74,3%, y a su vez, entre las más adultas (40 a 49), en un 55% de bajo índice de acceso. Las adultas, de 20 a 39 años, presentan un acceso mediano a la salud ginecológica, en un 51,7% promedio.

Acceso a planificación familiar y métodos anticonceptivos

El 51,4% de las mujeres y adolescentes evidencian un nivel medio de acceso a la planificación familiar y métodos anticonceptivos, que se expresan en algunas barreras para recibir orientación sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos en consulta ginecológica, para el uso regular de métodos anticonceptivos y la frecuencia con la que se emplean. Sin embargo, podemos decir también que 5 de cada 10 mujeres y adolescentes presentan niveles bajos de acceso a orientación en planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos.

Incluso, **9 de cada 10 adolescentes (14-19 años) tienen niveles bajos de acceso** a planificación familiar y métodos anticonceptivos; mientras que **5 de cada 10 adultas tienen niveles medios de acceso** a planificación familiar y métodos anticonceptivos. Recordemos que este caso, se añade ausencia de información sobre métodos anticonceptivos que genera que las mujeres consideren no necesitar estos métodos preventivos, a pesar de mantener una vida sexual activa, queriendo no tener hijos/as.

Acceso a óptima higiene menstrual

Este índice mide el tipo de material y de sustancia usada para la higiene menstrual, la calidad del agua y la existencia de agua corriente y abundante para la práctica higiénica. En este caso, las mujeres y adolescentes tienen un **nivel medio** de acceso a óptimas condiciones de higiene menstrual (**83,6%**), que se expresa en una barrera general para obtener agua corriente y abundante para la realización de la debida higiene. Sin embargo, un **6,6% tiene un nivel bajo**, lo que se traduce en riesgos inminentes de salud ginecológica.

Acceso a salud en el embarazo previo y actual

En el caso de la salud en el embarazo, se observan mejores niveles de acceso en embarazos anteriores que en el caso de las mujeres y adolescentes que están actualmente embarazadas. De hecho, el **71,6%** de las mujeres y adolescentes mostraron tener un **nivel mediano de acceso a la salud en sus embarazos previos**, mientras que entre las embarazadas consultadas, el nivel de acceso a la salud es también medio, pero en un 60,3%, ya que **39,7% contempla un nivel bajo de acceso a la salud en el embarazo actual**. Esta misma tendencia se expresa en todos los grupos de edad.

La conclusión general que se desprende de la medición de esta dimensión del nivel de acceso a salud sexual y salud reproductiva, es que las mujeres y adolescentes encontraban mayor acceso a salud obstétrica en embarazos previos que actuales, principalmente expresada en controles prenatales, atención médica en parto y en condiciones de urgencia por alto riesgo. Las embarazadas de hoy enfrentan mayores barreras para planificar sus embarazos, asistir a controles prenatales, acceder a pruebas para detectar ITS, tomar suplementos nutricionales, recibir vacuna antitetánica, armar un plan de parto y conocer qué hacer y adónde acudir en caso de urgencia ante un embarazo de alto riesgo.

Manejo de conocimientos sobre el aborto

En este renglón **7 de cada 10 mujeres y adolescentes encuestadas tienen un mediano acceso a conocimientos sobre la legislación del aborto en Venezuela**, presentando confusiones sobre lo que expresa la ley actual, principalmente entre las más jóvenes. Cabe señalar que ninguna de las mujeres tiene un alto acceso a conocimiento sobre aborto, lo que implica que no reconocen con claridad que la legislación actual sólo acepta el aborto en casos donde la salud de la mujer esté en riesgo.

Educación sexual integral

En resumen, **7 de cada 10 mujeres y adolescentes encuestadas presentan un nivel mediano de acceso a conocimientos sobre educación sexual integral**, específicamente en temas como métodos anticonceptivos, violencia sexual, higiene menstrual, placer y disfrute de la sexualidad, embarazo y parto, negociación del preservativo, menopausia e infecciones de transmisión sexual. Aunque, un 15% reconoce tener un manejo bajo. Cabe señalar que estas variables miden la percepción que la persona tiene sobre su propia idea de conocimiento sobre estos temas, traduciéndose esto en el hecho de que las propias mujeres están conscientes de las barreras que tienen para obtener información clara y de origen científico sobre estos temas. Entre todos los grupos de edad la tendencia suele ser la misma, sin embargo, entre las más jóvenes encontramos una mayor prevalencia de niveles bajos de conocimiento sobre educación sexual integral, un 27% entre las de 15-19 años y un 45% entre las de 10-14.

Salud sexual, salud reproductiva y violencia

Al detallar el modelo teórico que ciñe a esta investigación se pudo asomar que existe una relación directa entre la salud sexual y reproductiva y la violencia basada en género, en tanto esta última es también un problema de salud pública que implica acceso a servicios y a información sobre atención y prevención. Con todo, si una mujer o adolescente no puede acceder a servicios de salud sexual, tampoco lo hará si es sobreviviente de violencia; asimismo, si no se tiene información sobre sexualidad y reproducción tampoco se manejarán conocimientos para identificar la violencia, sus causas y consecuencias, su prevención individual y adónde acudir en caso de ser sobreviviente.

De esta manera, la relación entre salud sexual y reproductiva se hace evidente si se observa el comportamiento del índice de acceso a salud sexual y salud reproductiva entre los casos de violencia identificados tras la investigación.

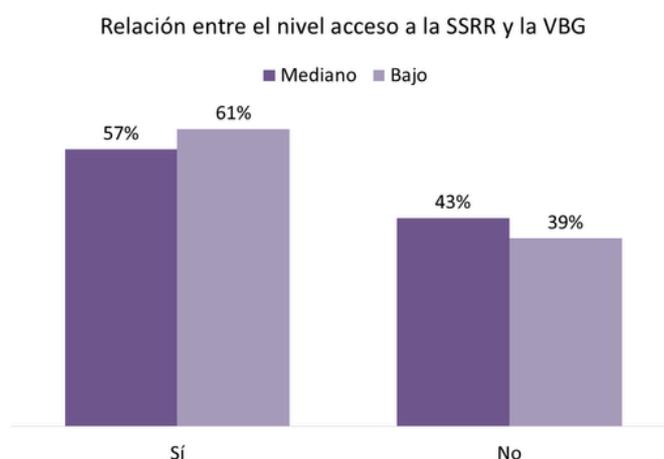


Gráfico 30. Relación entre el nivel acceso a la SSRR y la VbG.
Elaboración propia



Entre las mujeres y adolescentes sobrevivientes de violencia basada en género, la mayoría presentan un bajo acceso a salud sexual y salud reproductiva, incluyendo violencia sexual (61%), que de mediano acceso (57%). Mientras que, entre las mujeres y adolescentes no sobrevivientes hay un mayor número de quienes tienen un mediano acceso a la salud sexual y reproductiva (43%) frente a las que tienen un acceso bajo (39%). Estos datos demuestran una disminución de 22 puntos porcentuales entre las sobrevivientes y no sobrevivientes de bajo acceso a SSRR; cifra que pudiera descender mucho más si las mujeres y adolescentes alcanzaran niveles altos de acceso a la salud sexual y reproductiva.

Y es que una mujer que asista regularmente a consulta ginecológica y obstétrica en un centro de salud de calidad y de fácil acceso, donde se ofrezcan consultas de manejo clínico de la violencia sexual y otras formas de violencia basada en género, orientación sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, pruebas de infecciones de transmisión sexual y se expendan medicamentos y métodos anticonceptivos con regularidad, podrá acceder a servicios integrales en caso de ser sobreviviente de violencia y además, obtener información para cuidar su salud en estos casos.

El uso frecuente y consentido de métodos anticonceptivos, la educación sexual integral, la óptima higiene menstrual, el conocimiento sobre el derecho de aborto, facilitan un estado de bienestar físico, mental y social que sea el abono para problematizar una sexualidad androcéntrica y



brindar las herramientas necesarias para la prevención y erradicación de casos de violencia. Detallemos ahora este índice general en cada una de sus dimensiones, según su relación con la violencia.

En cuanto a la relación entre el acceso a ginecología y el número de sobrevivientes de violencia identificadas tras la investigación, se observa claramente que a medida que el nivel de acceso a la salud ginecológica es más alto, existe un número menor de sobrevivientes de violencia. Por ejemplo, entre las mujeres y adolescentes sobrevivientes, un 58% tienen un nivel bajo de acceso a la salud ginecológica y ninguna posee un alto nivel de acceso a salud ginecológica.

La misma situación se expresa en el acceso a salud en embarazos previos y actuales. Por ejemplo, entre las sobrevivientes encontramos que tienen un nivel bajo o medio de acceso a la salud en embarazo previo (80%), mientras que un 20% posee un nivel alto. Esto equivale a una disminución de 60 puntos porcentuales entre un bajo nivel y un alto nivel de acceso a salud en el embarazo previo, a pesar de que, la mayoría de las mujeres en todos los casos, han vivido violencia, solo que entre las que presentan un alto acceso a la salud obstétrica, hay menos sobrevivientes de violencia.

Asimismo, entre las sobrevivientes de VBG encontramos que en un 52% presentan un nivel de acceso bajo a salud en el embarazo actual, frente una pequeña diferencia de 48% que presentan un nivel medio, el porcentaje disminuye ampliamente



hasta ubicarse en 39%; esto equivale a decir que el número de mujeres que posee un mejor acceso a la salud obstétrica disminuye entre las sobrevivientes de violencia.

Ahora bien, en Caracas, en la dimensión relacionada con el manejo de conocimientos sobre la legislación de aborto en Venezuela, corroboramos nuestra hipótesis, nuevamente, ya que entre las mujeres y adolescentes que muestran un bajo nivel de acceso a conocimientos sobre aborto encontramos un 67% de sobrevivientes de violencia, mientras que entre las que muestran un nivel medio de conocimientos sobre el tema observamos un 49% de sobrevivientes, esto corresponde con una disminución de 18 puntos porcentuales; lo que demuestra que un mayor nivel de conocimientos sobre derechos se retrotrae, definitivamente, en protección y prevención ante la violencia.

Con respecto al acceso a la Educación Sexual Integral (ESI), vemos cómo se repite la hipótesis de relación inversamente proporcional entre un bajo acceso a salud sexual y salud reproductiva, y una alta prevalencia de sobrevivientes de violencia basada en género, ya que, entre las mujeres y adolescentes sobrevivientes, un 90% poseen un bajo o medio acceso a ESI y, hallamos que sólo un 10% de las sobrevivientes de violencia tienen un alto acceso a la ESI, en un 10%.

La misma relación proporcional entre violencia y falta de acceso a salud sexual y reproductiva, se expresa también en el índice de planificación familiar y métodos anticonceptivos, en tanto



hallamos entre las sobrevivientes un 55% que posee un nivel bajo de acceso a planificación familiar y métodos anticonceptivos, y sólo un 3% con alto acceso. Acá la diferencia es de 52 puntos porcentuales.

Pero, hay que apuntar que, en los casos de óptima higiene menstrual, la relación entre el bajo nivel de acceso y un aumento del número de sobrevivientes de violencia no se cumple, ya que se encuentra un mayor número de sobrevivientes de violencia entre aquellas que presentan un alto o medio nivel de acceso a planificación familiar, métodos anticonceptivos e higiene menstrual. Resultaría interesante, para futuras investigaciones, indagar las causas de esta relación inversa en esta dimensión.

Asimismo, en Lara, encontramos que la tesis planteada que vincula directamente la violencia con índices bajos de acceso a la Salud Sexual y Salud Reproductiva, se hace menos evidente, en tanto los índices generales de acceso a la salud son igualmente muy bajos entre las sobrevivientes y no sobrevivientes de violencia. Aunque, esto sí muestra que, mientras las brechas de acceso a la salud sean mayores, igualmente el número de sobrevivientes será mayor.

Conclusiones y recomendaciones

Tras el análisis de la relación entre la salud sexual, la salud reproductiva y la violencia basada en género, hemos identificado que a medida que las mujeres no pueden acceder a servicios esenciales de salud o a conocimientos sobre sexualidad y reproducción, se observa un mayor aumento de prevalencia de casos de violencia, incluida la violencia sexual en sus diversas formas.

En una Venezuela actual, caracterizada por la Emergencia Humanitaria Compleja, 9 de cada 10 mujeres enfrentan barreras diversas en el acceso a la salud sexual y salud reproductiva, principalmente expresadas en la irregularidad de asistencia a consultas ginecológicas, las necesidades insatisfechas de anticoncepción, la falta de orientación en planificación familiar, las deficiencias en el suministro de agua corriente y abundante para la higiene menstrual, la imposibilidad de planificar un embarazo a pesar de no desearlo, las dificultades en la prestación de servicios de salud obstétrica en controles y parto, la no realización de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual en el embarazo, y el bajo manejo de conocimientos sobre el derecho de aborto y la educación sexual integral.

Esto conlleva a que, las mujeres y adolescentes, desinformadas, carezcan de mecanismos de autoprotección para identificar la violencia (54% de casos de violencia identificados, frente a 84% de mujeres que no se reconocen sobrevivientes), saber adónde acudir y cómo manejar las consecuencias



de lo ocurrido. Además, estas mismas barreras en el acceso a la salud sexual y salud reproductiva, impiden que las mujeres y adolescentes sobrevivientes puedan encontrar servicios de calidad y capacitados para atender casos de violencia basada en género, lo que las hace vulnerables y contribuye a la invisibilización del problema.

Con todo ello, es fundamental para la sociedad, invertir en mejorar el acceso de las mujeres a la salud sexual y salud reproductiva, como un medio para incidir directamente en el número de casos de violencia basada en género; y, esta inversión pasa por mejorar la disponibilidad y calidad de servicios y métodos anticonceptivos, y por promover información adecuada y científica sobre Educación Sexual Integral. Recordemos que, de acuerdo al Objetivo número 5 de la Agenda Global 2030, relativo a la Igualdad de Género, para que exista un de Desarrollo Sostenible es fundamental no dejar a nadie atrás; y esto es, a las mujeres, niñas y adolescentes.

Referencias

AVESA (2020) Impacto de la emergencia por COVID 19 en la prestación y acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Distrito Capital y estado Miranda. En: <https://avesa.blog/2021/02/09/impacto-de-la-emergencia-por-covid-19-en-la-prestacion-y-acceso-a-los-servicios-de-salud-sexual-y-reproductiva-en-distrito-capital-y-estado-miranda/>

AVESA (2021) La salud de las mujeres en Venezuela: crisis del sistema sanitario y COVID-19. En: <https://avesa.blog/2021/04/22/la-salud-de-las-mujeres-en-venezuela-crisis-del-sistema-sanitario-y-covid-19/>

OMS (2024) Virus del papiloma humano y cáncer. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>

OMS (2015) Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. En: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15_02_spa.pdf;jsessionid=A4CAC02270F1AD5BA1A6263C36238DA?sequence=1

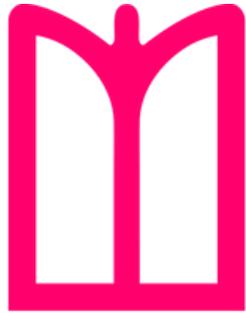
ONU (2018) Las mujeres están por debajo de los hombres en todos los indicadores de desarrollo sostenible. En: <https://news.un.org/es/story/2018/02/1427081>

ONUMUJERES (2024) Datos y cifras: violencia contra las mujeres. En: <https://www.unwomen.org/es/articulos/datos-y-cifras/datos-y-cifras-violencia-contra-las-mujeres>

UNFPA (2022) Salud sexual y reproductiva. En: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>

UNFPA (2024) Un nuevo informe del UNFPA revela que los 30 años de avances en cuanto a salud sexual y reproductiva han pasado por alto a las comunidades más marginadas. En: <https://lac.unfpa.org/es/news/un-nuevo-informe-del-unfpa-revela-que-los-30-a%C3%B1os-de-avances-en-cuanto-salud-sexual-y>

UNICEF (2024) Más de 370 millones de niñas y mujeres en todo el mundo se ven sometidas a violaciones y abusos sexuales en la infancia. En: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/mas-370-millones-ninas-mujeres-en-todo-mundo-se-ven-sometidas#:~:text=Se%20calcula%20que%20entre%2020240,de%20abuso%20sin%20contacto%20f%C3%ADsico>



AVESA

AVESA - Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa

Av. Libertador c/c Calle La Joya, Centro Comercial Libertador Municipio Libertador. Torre Oeste. PH4. 1050. Distrito Capital. Venezuela

RIF: J-30975538-2

contacto@avesaweb.com
www.avesa.blog

2025