

# ABORTO SIN CULPA

recorriendo  
el camino del  
acompañamiento

Informe de atención de la  
Línea Aborto: Información Segura. 2022



2022





FALDAS R



**ESTA ES UNA INVESTIGACIÓN MILITANTE A CARGO DE  
FEMINISTAS EN ACCIÓN LIBRE Y DIRECTA POR LA AUTONOMÍA  
SEXUAL Y REPRODUCTIVA (FALDAS-R) Y SU EQUIPO DE  
SISTEMATIZACIÓN E INVESTIGACIÓN.**

**EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Abyayala Esperanza Lanz Cumare  
Karina Chacón  
Manuela Fernández  
Anyoely V. Del Toro

Yonilda Montilla

Ana Maneiro

María Alejandra Reyes

Yuliana Mora

María Laura Salcedo

**CÁLCULO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Antonia Espósito

**EQUIPO DE REDACCIÓN:**

Abyayala Esperanza Lanz Cumare

Karina Chacón

Anyoely V. Del Toro

**ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Abyayala Esperanza Lanz Cumare

Karina Chacón

Manuela Fernández

Anyoely V. Del Toro

**EDICIÓN Y CORRECCIÓN:**

María Soledad Liparelli

**EQUIPO DE REGISTRO:**

María Alejandra Martín

María Soledad Liparelli

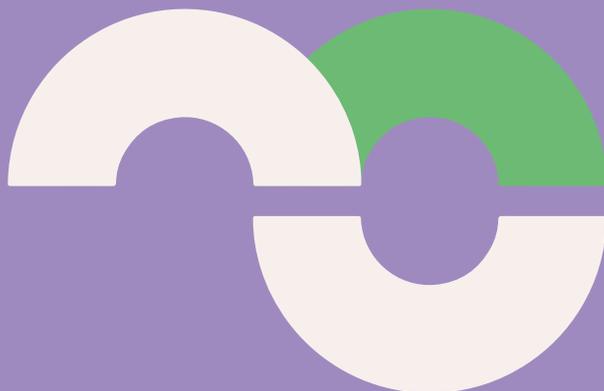
**CONCEPTUALIZACIÓN, DISEÑO  
GRÁFICO Y DIAGRAMACIÓN:**

Clay Alvino Thomas

Steffany Delgado

*Copyright (C) 2023 FALDAS-R. Todos los derechos reservados.  
Publicado en Caracas, Venezuela. Noviembre 2023.*

# ÍNDICE



05

NOTA EDITORIAL

07

RESUMEN EJECUTIVO

12

PERSPECTIVA DE LA  
SITUACIÓN DEL ABORTO  
DURANTE EL 2022

16

MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

18 ESTIGMA RELACIONADO AL ABORTO: UN SABER  
EN CONSTRUCCIÓN

23 EL ACOMPAÑAMIENTO COMO HERRAMIENTA  
PARA MITIGAR EL ESTIGMA

27 METODOLOGÍA

29

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

30 DATOS DEMOGRÁFICOS DE LAS MUJERES Y  
PERSONAS GESTANTES QUE CONTACTARON LA  
LÍNEA ABORTO: INFORMACIÓN SEGURA

34 LA EXPERIENCIA DE ABORTAR

39 RAZONES Y OPINIÓN SOBRE EL ABORTO

41 COMPAÑERA: IMPORTANCIA DEL  
ACOMPAÑAMIENTO PARA REDUCIR EL ESTIGMA

43

CONCLUSIONES

44

RECOMENDACIONES

46

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

# ÍNDICE DE GRÁFICOS



29

**GRÁFICO 1.** Tasa diaria de llamadas. Venezuela. 2022.

30

**GRÁFICO 2.** Procedencia de llamadas en los casos registrados. Venezuela. 2022.

31

**GRÁFICO 3.** Edades de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. Venezuela 2022.

32

**GRÁFICO 4.** Nivel de instrucción de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. Venezuela 2022.

32

**GRÁFICO 5.** Ocupación de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. Venezuela 2022.

33

**GRÁFICO 6.** Número de hijos de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. Venezuela. 2022.

33

**GRÁFICO 7.** Ingresos mensuales aproximados de las mujeres y personas gestantes que fueron atendidas en segunda llamada. Venezuela. 2022.

34

**GRÁFICO 8.** Fuente de información sobre la Línea aborto: información segura en los casos registrados. Venezuela. 2022.

35

**TABLA I.** Métodos de confirmación del embarazo en las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. Venezuela. 2022.

36

**GRÁFICO 9.** Realización previa de un protocolo de aborto en los casos registrados. Venezuela 2022.

37

**GRÁFICO 10.** Uso de métodos anticonceptivos en la relación que provocó el embarazo. Venezuela 2022.

37

**GRÁFICO 11.** Tipo de anticonceptivos utilizados por parte de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. Venezuela 2022.

38

**GRÁFICO 12.** Experiencia previa de aborto de las mujeres y personas gestantes en los casos registrados. Venezuela. 2022.

39

**GRÁFICO 13.** Razones para abortar de las mujeres y personas gestantes en los casos. Venezuela. 2022.

40

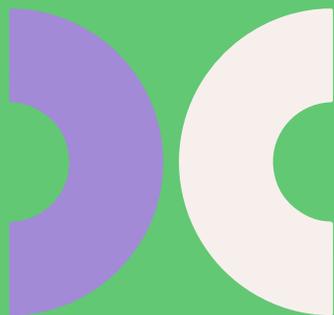
**GRÁFICO 14.** Opinión sobre la legalidad del aborto. Venezuela. 2022.

41

**GRÁFICO 15.** Redes de acompañamiento de mujeres y personas gestantes en los casos registrados en un segundo contacto. Venezuela. 2022.

41

**GRÁFICO 16.** Sensaciones asociadas al aborto en mujeres y personas gestantes en los casos registrados en un segundo contacto. Venezuela. 2022.



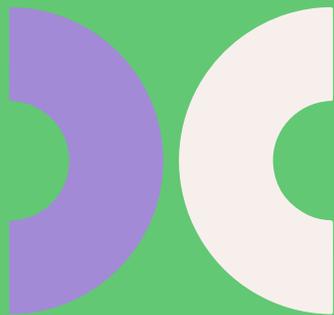
Este informe reúne datos sobre las personas que nos contactaron a la Línea Aborto: Información Segura durante el año 2022, haciendo una aproximación a las barreras y riesgos a los que se enfrentan las mujeres y personas gestantes que desean interrumpir voluntariamente sus embarazos, en la búsqueda de información segura para tomar decisiones informadas sobre sus vidas y sus cuerpos. Cabe destacar que, en el contexto venezolano, las condiciones de criminalización y estigmatización en torno al aborto incrementan significativamente estos riesgos.

Por otro lado, en un contexto global de grandes avances en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, vemos con preocupación los retrocesos con respecto a la autonomía de las mujeres y personas gestantes en nuestra región, impulsados por el auge de movimientos antiderechos y sus discursos estigmatizantes. Desde FALDAS-R mantenemos nuestro firme compromiso con la lucha por la despenalización del aborto en Venezuela.

Partimos de la premisa de que un aborto seguro es aquel que se lleva a cabo de manera autónoma y con el acompañamiento necesario. Los datos aquí recopilados buscan contribuir a la creación de políticas públicas y estrategias colectivas para reducir el estigma relacionado con el aborto en nuestro país, por lo que presentamos una serie de recomendaciones dirigidas al Estado venezolano. Entre estas recomendaciones se destacan la aprobación del proyecto de Ley sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la eliminación de los artículos del Código Penal que penalizan el aborto, la implementación de protocolos de atención postaborto, así como el acceso a métodos anticonceptivos modernos y a educación integral de la sexualidad.

**NOTA**

**EDITORIAL**



La lucha por la despenalización del aborto es una lucha por la igualdad, la seguridad y la autonomía de las mujeres y personas gestantes. Este informe sobre la Línea Aborto: Información Segura representa para nosotres un llamado a la acción, a la difusión de información sobre la realidad del aborto en Venezuela y a la persistencia en una lucha que busca asegurar que todas las mujeres y personas gestantes puedan ejercer sus derechos plenamente, sin culpa ni estigma.

**¡EL ABORTO SEGURO Y  
ACOMPAÑADO SERÁ LEY!**

**RESUMEN \***

**EJECUTIVO**



# ABORTO SIN CULPA

36%



DE LAS MUJERES Y  
PERSONAS GESTANTES QUE  
NOS CONTACTARON TENÍAN  
ENTRE 20 Y 25 AÑOS

49%



DE LAS MUJERES Y  
PERSONAS GESTANTES  
QUE NOS CONTACTARON  
MANIFESTARON NO TENER  
HIJES, FRENTE A UN 28% QUE  
SÍ LES TIENE.

El acompañamiento se torna, desde nuestra perspectiva, en una herramienta fundamental para reducir el estigma relacionado al aborto. Acompañamiento que es necesario se realice en todas las etapas del proceso, es decir, antes, durante y después del aborto.

Así, el acompañamiento de abortos en contextos restrictivos legalmente representa una estrategia clave para mitigar los riesgos asociados al aborto clandestino y garantizar que las mujeres puedan ejercer su autonomía y derechos reproductivos de manera segura.

Este informe estadístico busca retomar las reflexiones teóricas y los aprendizajes de la investigación que realizamos en el año 2021 sobre el estigma relacionado al aborto (ERA) en las usuarias de la Línea Aborto: Información Segura (FALDAS-R, 2021b). La soledad, el miedo y la culpa que acompañan en gran medida a las mujeres y personas gestantes que deciden interrumpir sus embarazos nos indican que, además del proceso de generar cifras y evidencia sobre la situación del aborto en Venezuela, comprender el comportamiento del ERA y desarrollar estrategias efectivas para su mitigación son aspectos claves para la lucha por la despenalización legal y social del aborto.

## DATOS DEMOGRÁFICOS DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES QUE CONTACTARON LA LÍNEA ABORTO: INFORMACIÓN SEGURA

En el 47% de los casos registrados, las mujeres y personas gestantes manifestaron ser del Distrito Capital. Esta tendencia se mantiene en el segundo contacto, con el 46% de los casos registrados.

Para el año 2022, la mayoría de las mujeres y personas gestantes que nos contactaron tenían entre 20 y 25 años (36%) tendencia que se mantiene en nuestros informes anteriores. Este dato nos permite visibilizar la edad promedio en la que las mujeres y personas gestantes buscan interrumpir su embarazo, información que puede ser de utilidad para la creación de políticas públicas y proyectos destinados a este grupo etario.

La mayoría de las mujeres y personas gestantes que nos contactaron manifestaron no tener hijos (49%), frente a un 28% que sí les tiene.

# ABORTO SIN CULPA

# 77%



**DE LAS PERSONAS QUE CONTACTARON LA LÍNEA ABORTO: INFORMACIÓN SEGURA DURANTE EL 2022 NO HABÍA INTENTADO INTERRUMPIR EL EMBARAZO CON NINGÚN PROCEDIMIENTO ANTES**

# 42%



**DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES QUE NOS CONTACTARON MANIFESTÓ NO HABER UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA RELACIÓN QUE PROVOCÓ EL EMBARAZO.**

## LA EXPERIENCIA DE ABORTAR

El 77% de las personas que contactaron la Línea Aborto: Información Segura durante el 2022 no había intentado interrumpir el embarazo con ningún procedimiento antes del contacto con la línea. Sin embargo, un 11% había intentado interrumpir su embarazo en momentos previos a la llamada. De este registro, el 10% realizó el procedimiento de manera incorrecta y, por lo tanto, no funcionó. Solo un 1% hizo el procedimiento de manera correcta sin éxito.

El 42% de las mujeres y personas gestantes que nos contactaron manifestó no haber utilizado métodos anticonceptivos en la relación que provocó el embarazo. Seguido de un 40% que manifestó que sí usaron métodos anticonceptivos.

También registramos un total de 17 casos donde no usaron métodos anticonceptivos debido a que la relación sexual que provocó el embarazo no fue consentida, esto significa que el embarazo fue producto de un abuso sexual, representando un 3% del total.

De las mujeres y personas gestantes que sí utilizaron métodos anticonceptivos, al consultarles qué tipo de método utilizaron, identificamos que el uso de métodos de barrera (condón masculino) es el más común, representando un 29% de los casos, seguido de pastillas de emergencia, un 13% y pastillas anticonceptivas un 12%.

Uno de los estigmas más prevalentes en sociedades que penalizan el aborto es la creencia errónea de que las personas que recurren al aborto lo harán de manera cada vez más frecuente. No obstante, nuestros informes anteriores (FALDAS-R, 2021a) han demostrado que la realidad contradice esta percepción. De las mujeres y personas gestantes que hemos acompañado en este periodo, un 75% no tenía experiencias previas de aborto. Solo un 12% había atravesado un proceso de interrupción de embarazo, y de ese grupo un 7% había experimentado un aborto inducido.

# ABORTO SIN CULPA

## 40%



**DECIDE ABORTAR PORQUE  
NO DESEA CONTINUAR CON  
EL EMBARAZO NI TENER UNE  
HIJE EN ESE MOMENTO**

## 35%



**DECIDE ABORTAR POR  
RAZONES ECONÓMICAS**

## RAZONES Y OPINIÓN SOBRE EL ABORTO

En el caso de las mujeres y personas gestantes que nos contactaron, el mayor porcentaje que decide abortar es porque no desea continuar con el embarazo ni tener un hijo en ese momento (40%). La segunda causa más frecuente está relacionada con las condiciones económicas, representando el 35% de los casos. Es importante mencionar el cambio en la tendencia con respecto a informes anteriores, donde la situación económica solía ser la razón principal. Ahora, la razón "no lo deseo" encabeza la lista.

El análisis por grupos etarios distingue la diversidad en las razones para abortar, debido a las diferentes etapas de la vida de las mujeres y personas gestantes que nos contactaron. El grupo de 14 a 19 años menciona razones relacionadas con sus estudios académicos, el no desear ser madre en ese momento específico de sus vidas y la migración.

En el grupo de edades comprendidas entre los 20 y 25 años, las razones predominantes son los estudios académicos, la situación económica y las razones laborales. En este grupo etario se observa un porcentaje significativo que no proporciona detalles sobre su razón para abortar, lo que pueda asociarse con el estigma social que rodea el aborto en Venezuela.

El temor al estigma, la presión externa, los sentimientos de culpa o vergüenza y la falta de apoyo son factores que pueden contribuir a esta tendencia. Por otra parte, destaca también que, en el grupo de edades comprendidas entre los 26 y 31 años, las razones predominantes fueron mala relación de pareja y violencia sexual; de 32 a 37 años fueron migración y violencia sexual. Finalmente, en el último grupo de edades comprendidas entre 38 y 43 años, las razones más comunes fueron: mala relación de pareja, "no lo deseo" y situación económica. El hecho de que en estos tres últimos grupos etarios se registren las razones vinculadas con violencia sexual y posibles situaciones asociadas a la violencia de género, como la mala relación de pareja, refleja una mayor concentración de casos de exposición a situaciones violentas en los grupos de edad más avanzada.

# ABORTO SIN CULPA

# 85%



**DE LAS PERSONAS QUE NOS CONTACTARON EXPRESARON ESTAR DE ACUERDO CON QUE EL ABORTO SEA LEGAL EN TODAS SUS CAUSALES.**

El 85% de las personas que nos contactaron expresaron estar de acuerdo con que el aborto sea legal en todas sus causales. Este alto porcentaje refleja consistencia en la tendencia de los informes anteriores, donde la mayoría de los casos que buscan apoyo están a favor de la legalización total del aborto. Es importante destacar que un 11% de los casos optó por no responder a esta pregunta, mientras que solo un 3% considera que el aborto debe ser legal por algunas causales como la situación económica.

## COMPAÑERA: IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO PARA REDUCIR EL ESTIGMA

Solo el 9% de los casos reportó no sentirse acompañade durante su proceso de aborto, seguido de un 7% que decidió no responder. Para quienes reportaron estar acompañades, en un 31% se referían a su pareja, en un 31% a una amiga y un 11% por la Línea Aborto: Información Segura.

Cuando analizamos comparativamente la sensación de acompañamiento con las semanas de gestación, nos damos cuenta de que en los tiempos de gestación más avanzados, en un porcentaje importante de los casos, las mujeres o personas gestantes manifestaron no sentirse acompañades. Esto es particularmente grave al tratarse de las semanas de gestación donde podrían existir más riesgos de complicaciones, por ende es cuando más se requiere apoyo logístico (como por ejemplo traslados a servicios de salud) o apoyo para solventar cualquier situación que pueda presentarse.

Por su parte, la mayor cantidad de respuestas positivas sobre acompañamiento se encuentran en las primeras semanas de gestación. Esto puede estar relacionado con el hecho de que en la medida que avanza un embarazo no deseado, los sentimientos de culpa se incrementan y también la necesidad de mantener el secreto o silencio sobre la práctica del aborto.

# PERSPECTIVA DE LA SITUACIÓN DEL ABORTO DURANTE EL 2022

**S**i bien los derechos sexuales y derechos reproductivos, y en particular el acceso al aborto seguro y legal han tenido avances en muchas partes del mundo en la última década, también se ha observado un preocupante crecimiento de movimientos y grupos antiderechos que buscan limitar o incluso abolir estos avances.

El aborto es una práctica común en la vida sexual y reproductiva de las mujeres y personas gestantes en todas partes del mundo. Aun así, el 2022 ha sido un año de respuesta por parte de grupos antiderechos que están a menudo relacionados con agendas conservadoras y religiosas frente a los avances conquistados por las organizaciones feministas. El ascenso de estos grupos representa una amenaza a la autonomía de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Las restricciones sobre el acceso al aborto obligan a las mujeres y personas gestantes a maternidades forzadas, desinformación, clandestinidad y estigma, limitando su capacidad para tomar decisiones sobre su propia vida y salud.

Según el último informe sobre población y desarrollo del Fondo de Población de Naciones Unidas (2022), los abortos que se realizan en condiciones de inseguridad “son una de las principales causas de las más de 800 muertes maternas que se producen al día”. Este mismo informe señala que en todo el mundo, cerca de 7 millones de mujeres al año son hospitalizadas como consecuencia del aborto en condiciones de riesgo (UNFPA, 2022:11).

Estas circunstancias se asocian en gran parte con leyes restrictivas que penalizan a quienes optan por interrumpir un embarazo de manera voluntaria, lo que resulta en dificultades para obtener medicamentos y servicios de atención médica, así como en la criminalización, estigmatización, entre otras consecuencias.

**"LAS RESTRICCIONES SOBRE EL ACCESO AL ABORTO OBLIGAN A LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES A MATERNIDADES FORZADAS, DESINFORMACIÓN, CLANDESTINIDAD Y ESTIGMA, LIMITANDO SU CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES SOBRE SU PROPIA VIDA Y SALUD"**

Este panorama sobre el aborto es agravado por el accionar de estos sectores conservadores, los cuales han recurrido a la retórica de la "ideología de género" como un pretexto para deslegitimar los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres y las personas con capacidad de gestar. Estos argumentan que la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos, incluido el acceso al aborto seguro y legal, socava la moral y la estabilidad social. A menudo, utilizan un discurso distorsionado, afirmando que la "ideología de género" busca promover la homosexualidad, destruir la familia y destruir la moral religiosa. El discurso conservador antiderechos ha profundizado su accionar en 2022 con tergiversaciones de la lucha por la igualdad de género y la autonomía reproductiva como una amenaza a los valores tradicionales y la familia (Calles, 2023).

En este contexto de regresión democrática que atraviesan varios países de la región, numerosos líderes religiosos, políticos, académicos y representantes de diversos sectores de la sociedad, han manifestado un discurso hostil y de oposición hacia las políticas feministas que promueven la igualdad de género y la diversidad. Dentro de su agenda se incluyen la oposición al matrimonio entre personas del mismo género, la oposición o rechazo a la diversidad en la identidad de género, a la educación integral de la sexualidad como política pública y a la interrupción voluntaria del embarazo.

## **CENTROAMÉRICA: ENTRE EL DERECHO Y LA RELIGIÓN**

La situación del aborto en Centroamérica es compleja y varía de un país a otro. En general, el aborto está muy restringido en la región, y El Salvador y Nicaragua son los únicos países donde el aborto es completamente ilegal. En Guatemala se permite el aborto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro. En Honduras se permite el aborto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro, pero solo en las primeras 12 semanas de embarazo. Después de este tiempo de gestación, el aborto es ilegal, excepto en casos en que el embarazo plantee un riesgo serio para la salud de la madre, situación muy similar a la de Costa Rica.

En el año 2022, el Congreso de Guatemala discutió la Ley de Protección a la Vida y la Familia en la cual se planteaba que el Estado criminalizaría completamente el aborto y el matrimonio entre personas pertenecientes a la comunidad LGTBIQ+. Sin embargo, esta ley no fue aprobada debido a las fuertes críticas que recibió por parte de diversas organizaciones internacionales. Producto de esto, Giammattei (actual presidente de Guatemala), acusó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CDIH) ante la Organización de Estados Americanos (OEA) de "extorsión" por promover los derechos de las mujeres y la comunidad LGTBIQ+ (Mendoza, 2022).

Por otro lado, a través de un comunicado publicado el 9 de mayo del 2022 por la organización "Las 17" de El Salvador, se informó que una mujer fue sentenciada a 30 años de prisión por haber tenido una emergencia obstétrica en 2019, y en vez de recibir atención médica fue acusada por la Fiscalía General de El Salvador por abortar, estando en prisión preventiva por dos años. En este país, si una mujer sufre una complicación en el embarazo que de lugar a un aborto espontáneo, es habitualmente considerada como sospechosa de haber interrumpido el embarazo de manera voluntaria. Esta mujer fue procesada y condenada en el 2022 bajo el cargo de homicidio agravado, cuya pena de cárcel es de 30 años (Una emergencia obstétrica en El Salvador, 2022).

## **LA CORTE SUPREMA DE ESTADOS UNIDOS ANULA EL ACCESO AL ABORTO**

El 24 de junio de 2022 el Tribunal Supremo de Estados Unidos eliminó las garantías federales de protección del derecho al aborto al revocar la histórica sentencia del caso Roe contra Wade. Este cambio marcó la reversión de casi medio siglo de medidas esenciales para la protección del aborto en los Estados Unidos, trasladando la cuestión de la legalidad del aborto a la jurisdicción de cada estado (Demant, 2022)

El discurso polarizador ha tenido un impacto significativo en la legislación y las políticas públicas en varios países de América Latina y Estados Unidos, lo que ha llevado a la implementación de leyes restrictivas y la limitación del acceso al aborto seguro en muchos lugares.

## ARGENTINA: LA MAREA VERDE EN DISPUTA

En diciembre de 2020, Argentina sanciona la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Esta norma garantiza el derecho al aborto durante las primeras 14 semanas de gestación, para mujeres y personas gestantes. Pasado este plazo, solo se puede acceder a la práctica por las causales ya previamente contempladas.

En este contexto, una médica y dos socorristas<sup>1</sup> fueron detenidas en la ciudad de Villa María, provincia de Córdoba, Argentina, acusadas de “ejercicio ilegal de la medicina” y “encubrimiento” por brindar información y acompañar a mujeres que querían interrumpir voluntariamente su embarazo. Aunque fueron posteriormente liberadas, el Juzgado de Control indicó que seguirían vinculadas a la causa.

La abogada Rocío García Garro, integrante de Católicas por el Derecho a Decidir, en una nota para el periódico argentino Página 12, señaló que:

Apenas se sancionó la ley IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) los sectores antiderechos pidieron su inconstitucionalidad. Durante el 2021 contabilizamos 37 acciones en contra de la ley. En 2022 la estrategia de los sectores antiderechos estuvo direccionada hacia la criminalización.

Adicional a esto, enfatizó que “se criminalizaron a profesionales de la salud y a usuarias del servicio de salud”(Villa María: liberaron a las socorristas detenidas por acompañar abortos, 2022). Como puede observarse, la ley enfrentó oposición por parte de la Iglesia católica y grupos conservadores, con protestas y manifestaciones impulsadas por estos grupos. Además de ser desafiada en la corte por grupos antiaborto.

## VENEZUELA: ABRIENDO EL DEBATE

Venezuela no ha sido la excepción con respecto al avance de grupos antiderechos contra la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar, sin embargo, desde las organizaciones feministas se han desarrollado iniciativas para promover el debate relacionado con el aborto y su despenalización. Una de estas iniciativas impulsada por la Ruta Verde, plataforma conformada por más de 50 organizaciones feministas a nivel nacional, fue la recolección de firmas en respaldo al proyecto de Ley Orgánica sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (Ruta Verde se movilizó en Caracas por el aborto seguro y acompañado), que, entre otros temas, plantea la derogación de los artículos 430, 431, 433 y 434 del Código Penal venezolano que criminalizan el derecho a interrumpir el embarazo, los cuales afectan principalmente a las mujeres, niñas y adolescentes pertenecientes a los sectores empobrecidos y vulnerables de nuestro país<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Integrantes de Socorristas en Red, una articulación de colectivas de Argentina. Brindan información -siguiendo los protocolos de la Organización Mundial de la Salud- y acompañan a mujeres y a otras personas con posibilidad de gestar que han decidido interrumpir embarazos, para que lo hagan de manera segura y cuidada. Para más información ver: <https://socorristasenred.org/>

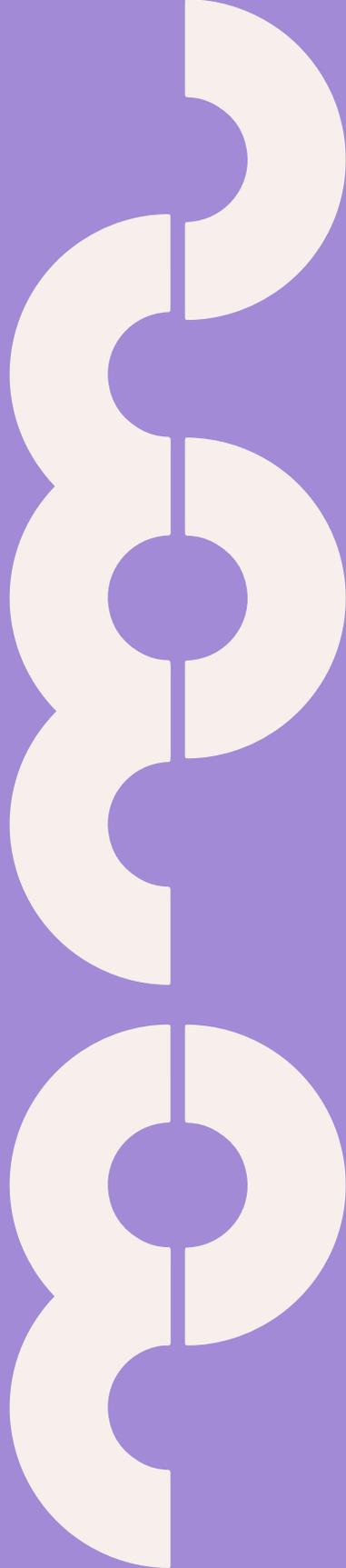
<sup>2</sup> Propuesta de ley DSYDR, disponible en: <https://ultimasnoticias.com.ve/wp-content/uploads/2022/08/PROPUESTA-DE-LEY-DSYDR-DEFINITIVA.pdf>

Por último, vale la pena señalar que en Colombia durante el 2022 la sentencia C-055 amplió el derecho al aborto, permitiendo así que mujeres, adolescentes, niñas y personas con capacidad de gestar puedan interrumpir su embarazo según sus propias razones y sin la amenaza de criminalización, durante las primeras 24 semanas de gestación; y después de este plazo, bajo las causales establecidas desde el año 2006 en la Sentencia C-355 sin límite de edad gestacional. Con esta sentencia Colombia quedó a la vanguardia latinoamericana y como uno de los países más avanzados del mundo en materia de reconocimiento de la autonomía, libertad y autodeterminación de las mujeres.

Frente a este contexto de arremetida en contra de los derechos sexuales y derechos reproductivos por parte de sectores conservadores antiderechos, las organizaciones feministas siguen acompañando cotidianamente a mujeres y personas gestantes que desean interrumpir sus embarazos, haciendo frente no solo a la criminalización, sino también a la clandestinidad, desinformación y estigmatización que existe alrededor de esta práctica.

**MARCO \***

**TEÓRICO-METODOLÓGICO**



## MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

La interrupción voluntaria del embarazo es una decisión que muchas mujeres y personas gestantes en todo el mundo toman a diario. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) el 61% de los embarazos no deseados (aproximadamente 121 millones cada año), finalizan en un aborto (Bearak et al, 2022). Por lo que podemos afirmar que es un acontecimiento común en la vida reproductiva de las mujeres y personas gestantes, independientemente de las leyes o las concepciones individuales que se tengan alrededor de la práctica. De estas cifras, la OMS también afirma que el 45% de los abortos en el mundo se llevan a cabo en condiciones inseguras (Bearak et al., 2022), esto podría deberse a la falta de legislación al respecto, lo que genera que este hecho se desarrolle muchas veces en contextos de criminalización, desinformación y clandestinidad.

Por otro lado, como ya hemos afirmado en informes anteriores, el uso y acceso del misoprostol y mifepristona para la interrupción voluntaria del embarazo incide de manera importante en la reducción de las tasas de mortalidad materna y las complicaciones por abortos inseguros en distintas partes del mundo (OMS, 2022), estos se consideran parte de la lista de medicamentos esenciales que la OMS sugiere a cada país para que garantice su calidad y acceso en los sistemas de salud pública.

La ventaja del uso de misoprostol y mifepristona al momento de interrumpir un embarazo, al ser menos riesgoso y más efectivo que cualquier otro método casero, es que se evitan intervenciones quirúrgicas y complicaciones (siempre y cuando se realice con la dosis y el protocolo adecuado), por lo que las mujeres y personas gestantes tienen un mayor nivel de autonomía, seguridad y control sobre todo el proceso de aborto.

En esta misma línea, las directrices sobre la atención para el aborto de la OMS del año 2022 han reconocido que la interrupción voluntaria del embarazo puede desarrollarse con una mínima supervisión médica, con el fin de garantizar mayor acceso al procedimiento y autonomía por parte de la mujer o persona con capacidad de gestar.

**"LA OMS TAMBIÉN AFIRMA QUE EL 45% DE LOS ABORTOS EN EL MUNDO SE LLEVAN A CABO EN CONDICIONES INSEGURAS (BEARAK ET AL., 2022), ESTO PODRÍA DEBERSE A LA FALTA DE LEGISLACIÓN AL RESPECTO, LO QUE GENERA QUE ESTE HECHO SE DESARROLLE MUCHAS VECES EN CONTEXTOS DE CRIMINALIZACIÓN, DESINFORMACIÓN Y CLANDESTINIDAD."**

Las investigaciones y evidencias muestran que las mujeres pueden autogestionar el aborto con medicamentos (AM), un procedimiento no invasivo, de manera segura y eficaz. Cada año, millones de mujeres optan por el autouso de medicamentos para interrumpir embarazos no deseados. Aunque aún se carece de datos mundiales, en India, por ejemplo, aproximadamente 15.6 millones de abortos ocurrieron en el año 2015; de esos, el 73% fueron abortos con medicamentos que las mujeres tuvieron fuera de una unidad de salud. (IPAS, 2020:2)

Hemos profundizado en informes anteriores sobre la disputa entre el saber popular y el conocimiento científico profesional, esta discusión sigue vigente en tanto existen avances importantes relacionados con los abortos autogestionados. La tendencia a medicalizar estos procedimientos, según Mines-Cuenya (2015), usualmente significa la descalificación de los saberes populares relacionados con la prevención, considerándolos erróneos y requiriendo su modificación. En este contexto, es importante destacar que la generación de conocimientos sistemáticos, eficaces y respaldados científicamente sobre el aborto no es exclusiva de los profesionales de la salud. Desde nuestra experiencia, hemos observado que la autonomía derivada del aborto informado, en casa y acompañado, incide de manera positiva en las mujeres o personas gestantes que atraviesan este proceso.

Las redes de acompañamiento juegan un papel fundamental, al brindar atención e información para el aborto seguro y autogestionado sobre todo en entornos en los que el aborto es ilegal o está muy restringido (Ibis Reproductive Health, 2022).

Sin embargo, consideramos que las redes de acompañamiento de abortos no solo brindan servicios de atención e información en este sentido, sino que también pueden tener un gran impacto para reducir el estigma relacionado al aborto. Por esto consideramos importante, una vez más, caracterizar este fenómeno en pro de respetar y proteger los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

## ESTIGMA RELACIONADO AL ABORTO: UN SABER EN CONSTRUCCIÓN

Una de las principales definiciones de estigma la acuñó el sociólogo Erving Goffman (1963) durante la década de los sesenta, planteando que el estigma es "un atributo que es profundamente desacreditador", es decir, reduce a la persona en cuestión "de un todo y persona normal a una contaminada, con menor valor". Podemos definir el estigma como una construcción social que atribuye características al individuo, etiquetándolo como una suerte de "persona marcada" negativamente, esta etiqueta o marca ejerce una poderosa influencia en cómo se percibe la identidad y las perspectivas de vida de la persona estigmatizada (Goffman, 1963).

El estigma puede tener expresiones visibles y otras más imperceptibles, esto determina el nivel de ocultabilidad que puede tener el individuo que lo experimenta, esto significa guardar el secreto sobre la condición o situación que enfrenta, para evitar la estigmatización. Por otro lado, también está compuesto por algunas dimensiones, las cuales se presentan simultáneamente cuando aparece el estigma. Entre esas están: la etiqueta, los estereotipos, separación y discriminación. Por otro lado, para que exista la estigmatización, debe existir una clara relación de poder (Link y Phelan, 2001).

**"EL ESTIGMA PUEDE TENER EXPRESIONES VISIBLES Y OTRAS MÁS IMPERCEPTIBLES, ESTO DETERMINA EL NIVEL DE OCULTABILIDAD QUE PUEDE TENER EL INDIVIDUO QUE LO EXPERIMENTA."**

En nuestra investigación sobre el ERA (FALDAS-R, 2021b), indagamos sobre el concepto de estigma relacionado a la práctica del aborto definiendo que, en realidades con marcos legales más restrictivos y de difícil acceso al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, las expresiones del estigma suelen ser más visibles. En cambio, en contextos donde existen servicios y condiciones para el acceso al procedimiento es donde “generalmente las actitudes intra e interpersonales son más comprensivas” (Kumar et al., 2009).

En este sentido, el ERA no es una constante universal, sino que está determinado por características socio-relacionales producidas localmente. Por ejemplo, una de las representaciones del ERA está estrechamente vinculada a la construcción social de la femineidad. Aunque estas construcciones sobre la supuesta naturaleza de las mujeres pueden variar, parece que en diversos contextos este estigma nace del desafío que supone el aborto a los paradigmas de la femineidad. Kumar et al. (2009) plantean al respecto que: “hay al menos tres construcciones arquetípicas del ‘femenino’ que pueden ser transgredidas a través de la experiencia de abortar: la sexualidad femenina solo para la procreación, la inevitabilidad de la maternidad y la crianza instintiva de los vulnerables” (traducción propia).

Por esto mismo, el debate del aborto es un debate altamente ideologizado sobre lo que representa la familia, la femineidad, la maternidad y la sexualidad. Esta última siendo el centro de una disputa, pues puede implicar todo tipo de transgresiones a las convenciones morales o construcciones sociales sobre cuándo, cómo, con quién y por qué una mujer o persona gestante debe tener sexo, debe quedar embarazada o debe interrumpir un embarazo.

**“EL ERA ES EL RESULTADO DE MÚLTIPLES FORMAS DE DISCRIMINACIÓN Y DESIGUALDADES ESTRUCTURALES PERPETUADAS DEBIDO AL ACCESO DESIGUAL AL PODER Y A RECURSOS, ROLES DE GÉNERO Y ESFUERZOS POR CONTROLAR LA SEXUALIDAD FEMENINA.”**

En nuestra sociedad, se suele estigmatizar a las mujeres y personas gestantes que optan por interrumpir sus embarazos, reduciéndoles de ser consideradas como personas “normales” a personas “contaminadas” o “con menor valor” en función de estas percepciones culturales arraigadas.

Profundizando en el estudio del ERA y sus características, identificamos tres de sus rasgos fundamentales: su carácter compuesto, su transitoriedad y su ocultabilidad.

Para definir el carácter compuesto del estigma relacionado al aborto, partimos de la definición de Cockrill y Nack (2013) quienes plantean que el ERA es el resultado de múltiples formas de discriminación y desigualdades estructurales perpetuadas debido al acceso desigual al poder y a recursos, roles de género y esfuerzos por controlar la sexualidad femenina. Esto tiene que ver con discursos estigmatizantes que se tejen en torno al aborto desde distintas instancias de poder.

Por otro lado, según Link y Phelan (2001):

La estigmatización depende totalmente del acceso al poder social, económico y político que permite la identificación de diferencias, la construcción de estereotipos, la separación de etiquetar a las personas en distintas categorías y la ejecución completa de la desaprobación, el rechazo, exclusión y discriminación (p. 367)

Siguiendo la idea de Link y Phelan (2001), podemos determinar que el ERA se manifiesta en los distintos niveles de la interacción social. Desde el individual, con los posibles impactos a nivel psicológico y emocional en la mujer o persona gestante que desea interrumpir el embarazo, así como en los niveles comunitarios, de opinión pública, institucionales, judiciales, económicos y políticos, entre otros. Como parte de un discurso dominante, reproduce la discriminación al considerar la interrupción voluntaria del embarazo como un evento indeseable.

Con respecto a la transitoriedad del estigma relacionado al aborto, Norris et al. (2011) señalan que las sensaciones relacionadas con la experiencia de abortar pueden ser circunstanciales, es decir, estas reemergerían en determinadas situaciones a lo largo de la vida de la mujer o persona gestante que decide interrumpir un embarazo (como frente a la pregunta sobre su vida reproductiva o una conversación respecto al aborto, por ejemplo).

El carácter de ocultabilidad emerge del concepto de estigma trabajado por Goffman (1963) donde este plantea expresamente que las identidades o comportamientos estigmatizados no necesitan ser visibles para acarrear las consecuencias del estigma. Con relación al ERA, podemos definir que la percepción de la desaprobación generalizada respecto a la interrupción voluntaria del embarazo y a características como el cuidado de la reputación tienen una relación directa con la voluntad de las mujeres y personas gestantes de mantener en secreto sus experiencias de aborto, o de develarlas de manera selectiva. Esto genera lo que Kumar et al. (2009, p. 6) denominaron la paradoja de la prevalencia: un círculo vicioso donde el estigma asociado al aborto convierte esta práctica en algo sobre lo que no se puede hablar y, por lo tanto, se considera que sucede con menos frecuencia o que no sucede, y a su vez, lo refuerza como una conducta “indeseable” o “desviada” que las mujeres o personas gestantes no se atreven a contar, reforzando así el mismo estigma alrededor de la práctica.

**"LAS CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA RELACIONADO AL ABORTO INCLUYEN DISCRIMINACIÓN, MIEDO A REVELAR EL ABORTO, COSTOS ECONÓMICOS PARA LAS MUJERES O PERSONAS GESTANTES, Y LA PERPETUACIÓN DEL SECRETO"**

Según nuestro informe sobre el ERA pudimos evidenciar que este silencio en algunas mujeres “se relaciona con el miedo a ser rechazadas o juzgadas, palabras u otras expresiones de sistemas de valores con los que las mujeres anticiparon que, si otras personas se enteraban de su aborto, muy posiblemente recibirían juicios y críticas” (FALDAS-R, 2021b).

Las consecuencias del estigma relacionado al aborto incluyen discriminación, miedo a revelar el aborto, costos económicos para las mujeres o personas gestantes, y la perpetuación del secreto, lo que contribuye a la consolidación del estigma. La percepción de "buenos" y "malos" abortos también influye en cómo las mujeres experimentan su aborto.

La interrupción voluntaria del embarazo puede suscitar una amplia gama de sensaciones en las mujeres o personas gestantes que así lo decidan, y para comprender el estigma es necesario indagar en estas emociones. En este sentido, se exploraron las experiencias y testimonios de las mujeres que fueron parte de nuestra investigación sobre ERA (FALDAS-R, 2021), para evidenciar desde sus palabras, construcciones y subjetividades cómo fue atravesar este proceso.

Una de las emociones más notables que se evidencian al momento de tener un embarazo no deseado y posteriormente tomar la decisión de abortar es el estrés. Según Lazarus (1984), el estrés es una respuesta a una percepción de una situación amenazante o desbordante de los recursos de un individuo. La toma de decisiones en torno al aborto puede generar niveles variables de estrés en mujeres y personas gestantes, particularmente en los momentos previos al procedimiento. La falta de claridad en el ámbito social o jurídico, además el hecho de enfrentar un embarazo no deseado, puede generar incertidumbre y miedo.

Según Joseph E. Ledoux (1999), el miedo es una respuesta adaptativa a estímulos que se perciben como amenazantes, en este caso podría estar relacionado con la realidad clandestina del aborto. Venezuela, por ejemplo, tiene una de las leyes más restrictivas en materia de aborto de América latina y el mundo. El Código Penal vigente, como ya se mencionó, penaliza el aborto en cualquier caso, a menos que la vida de la gestante corra peligro, esto evidentemente dificulta su acceso y expone a las mujeres y personas gestantes a situaciones de desinformación, inseguridad y clandestinidad. Si una mujer o persona gestante decide interrumpir voluntariamente su embarazo con medicamentos puede no solo ser criminalizada por esta práctica, sino también podría enfrentarse a redes clandestinas de comercialización de medicamentos, las cuales manejan precios especulativos sin importar la eficacia de los mismos; podría, además, enfrentarse a la desinformación sobre el uso de medicamentos y a complicaciones médicas por el mal uso del protocolo para interrumpir el embarazo. La exposición a estas situaciones de inseguridad es uno de los principales elementos generadores de sensaciones de estrés, miedo e incertidumbre (FALDAS-R, 2021b).

**"UNA DE LAS EMOCIONES MÁS NOTABLES QUE SE EVIDENCIAN AL MOMENTO DE TENER UN EMBARAZO NO DESEADO Y POSTERIORMENTE TOMAR LA DECISIÓN DE ABORTAR ES EL ESTRÉS."**

Daniel Kahneman y Amos Tversky (1987) plantean que la incertidumbre está relacionada con la falta de certeza o conocimiento completo sobre un evento, situación o resultado futuro. Esto podría contribuir a las sensaciones de estrés y ansiedad asociados con la decisión de abortar, siendo la ansiedad una emoción humana común y una respuesta al estrés o peligro percibido.

Por otro lado, Marta Rondón (2009) plantea un principio llamado la "variabilidad individual" que establece que las sensaciones de estrés están profundamente relacionadas con el entorno de quien atraviesa este proceso. "Las circunstancias específicas son evaluadas como estresoras si exceden los recursos de la persona para adaptarse" (Rondón, 2009:7), por lo que la percepción que tenga la persona sobre su capacidad para afrontar un embarazo no deseado y posteriormente el hecho de interrumpirlo, frente a un entorno que acepte o rechace su decisión, juega un papel fundamental en las consecuencias del ERA.

Cockrill y Nack (2013) plantean que pueden reconocerse tres manifestaciones individuales de estigma relacionados al aborto: el estigma internalizado, el estigma sentido y el estigma reproducido. El estigma internalizado parte de las sensaciones individuales como la culpa y el rechazo al hecho de interrumpir un embarazo, hasta el punto de que las mujeres o personas gestantes pueden sentir que su experiencia de aborto las hace egoístas, inmorales o incluso "antinaturales" por contravenir expectativas familiares o convenciones culturales sobre la maternidad.

El estigma sentido y el estigma reproducido están más relacionados con la idea que puede tener una mujer o persona gestante sobre lo que las personas en su entorno puedan opinar sobre su decisión. Por ejemplo, una gran parte de la sociedad podría concebir que existen “abortos buenos” y “abortos malos”. Los abortos “buenos” se relacionan con “circunstancias aceptables” en las que se genera un embarazo no deseado, como los que son producto de abusos sexuales, incesto o donde se desarrollen malformaciones fetales. Mientras que los abortos “malos” se asocian con juicios morales, como la falta o falla de métodos anticonceptivos o simplemente elecciones personales. Esta división genera que muchas veces quienes abortan se sientan presionados para enmarcar su experiencia de aborto dentro de los límites aceptables para evitar el estigma, pero terminan precisamente reproduciéndolo (FALDAS-R, 2021b).

Las mujeres o personas gestantes a menudo sienten que deben ocultar su experiencia debido a la condena social que enfrentan y al posible peligro de ser criminalizadas. Este silencio perpetúa el estigma y dificulta la creación de un entorno en el que puedan compartir sus experiencias y recibir apoyo.

A pesar de esto, es importante mencionar que no en todos los casos de interrupción voluntaria del embarazo encontramos sensaciones de estrés o ansiedad.

Por ejemplo, en la investigación sobre el ERA (FALDAS-R 2021b) evidenciamos que en varios de los testimonios de las mujeres que atravesaron un proceso de aborto “el hecho de solucionar el conflicto generado por un embarazo no deseado fue una nueva oportunidad de reestructuración de sus vidas y dinámicas”. Estas sensaciones están asociadas a la posibilidad de visibilizar un horizonte sin el flagelo de la vergüenza o sufrimiento, apostando a una reconciliación con la autonomía, el poder decidir y transformar la idea de la maternidad.

**“OTRO FACTOR FUNDAMENTAL CON RESPECTO A LAS SENSACIONES DE ALIVIO AL MOMENTO DE ATRAVESAR POR UNA EXPERIENCIA DE ABORTO ES LA PRESENCIA DE REDES DE ACOMPAÑAMIENTO (PAREJA, AMIGUES, FAMILIA).”**

Asumir una maternidad no deseada genera un gran malestar en quienes afrontan un embarazo no deseado, por lo tanto, a pesar de que las sensaciones de ansiedad, estrés o miedo se pueden presentar sobre todo en momentos previos a la interrupción del embarazo, algunas personas pueden sentir que la decisión de abortar es tomada en favor de lo que representa un beneficio para ellos y sus familias (Cockrill y Nack, 2013; Instituto Guttmacher 1999). De esta manera, se transgreden los estereotipos asociados a la femineidad, el sometimiento a la sexualidad femenina, la inevitabilidad de la maternidad y el cuidado de los demás (Kumar et al., 2009).

Otro factor fundamental con respecto a las sensaciones de alivio al momento de atravesar por una experiencia de aborto es la presencia de redes de acompañamiento (pareja, amigas, familia). En la investigación sobre ERA (FALDAS-R, 2021b) algunas mujeres manifestaron sentirse acompañadas, y esto en gran medida hacía sus procesos de aborto mucho más llevaderos, a diferencia de si estuviesen solas.

También las redes activistas de información segura tuvieron un rol significativo para disminuir miedos y tensiones durante el transcurso de las interrupciones voluntarias del embarazo de las mujeres y personas gestantes. Al tener acceso oportuno a información veraz y confiable, pudieron realizar sus procedimientos con mayor seguridad, tranquilidad y serenidad.

## EL ACOMPAÑAMIENTO COMO HERRAMIENTA PARA MITIGAR EL ESTIGMA

El acompañamiento entendido como práctica política feminista tiene su origen en la llamada concientización o autoconciencia feminista, término que se atribuye a la estadounidense Kathie Sarachild (1968), empleado para definir la práctica de colectivizar experiencias personales entre mujeres sobre su situación social, y darles un sentido político que lleve a la acción transformadora. Esto vendría a concretarse en los grupos de autoconciencia feminista, una práctica grupal de apoyo formada en el feminismo radical de los años 70'. Estos espacios daban lugar a las emociones y deseos para poner en común las experiencias subjetivas de las mujeres en la vida cotidiana. Desde la práctica de escuchar experiencias vividas, las mujeres podrían validarse y compartir similitudes sobre las vivencias de las opresiones sistemáticas que vivían. Los grupos se conformaban de manera espontánea, sin jerarquías ni estructuras fijas, y con el compromiso de tomar las decisiones por consenso y asumir responsabilidades colectivas respecto a los contenidos y el proceso en general (Guzmán Martínez et al., 2021:3).

Desde una perspectiva crítica feminista, múltiples autoras señalan la importancia del acompañamiento en la lucha por los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres y personas gestantes. Es el caso de Alda Facio (1999), quien enfatiza que el acompañamiento no es simplemente una acción de apoyo emocional, sino un acto de solidaridad que empodera a las mujeres a tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo y salud. Facio argumenta que el acompañamiento, al proporcionar información precisa y un ambiente seguro, desafía las estructuras de las sociedades patriarcales y contribuye a la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres y personas gestantes, permitiéndoles ejercer su autonomía y tomar decisiones que respeten sus necesidades y deseos reproductivos. El acompañamiento puede abarcar una variedad de áreas incluyendo la salud, la educación, el desarrollo personal y la defensa de derechos basándose en la empatía, la escucha activa y el respeto por la autonomía de la persona acompañada.

**"EL ACOMPAÑAMIENTO NO ES SIMPLEMENTE UNA ACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL, SINO UN ACTO DE SOLIDARIDAD QUE EMPODERA A LAS MUJERES A TOMAR DECISIONES INFORMADAS SOBRE SU PROPIO CUERPO Y SALUD."**

El estudio "Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco: un análisis histórico-crítico", desarrollado por Grecia Guzmán Martínez, Margot Pujal i Llombart, Enrico Mora Malo y Dau García Dauder (2021), hace un recorrido histórico señalando diferentes acciones del movimiento de liberación de las mujeres y el movimiento de salud de las mujeres. El estudio muestra cómo los grupos de apoyo mutuo (en el abordaje de problemas de salud mental) dan continuidad a las trayectorias de gestión colectiva y feminista de la salud, y se posicionan como herramientas para la creación de procesos políticos en distintos contextos socioculturales.

En el citado artículo se señala que en la década de los 70 la emergencia y expansión de los grupos de autoconciencia, sentaba las bases para el desarrollo de grupos de autoconocimiento, sobre todo en el ámbito de la salud de las mujeres:

Siendo especialmente representativa la reapropiación colectiva de los cuerpos a través del uso del espéculo, la denuncia de las violencias en el ámbito ginecológico y la autogestión de la salud sexual y reproductiva. Los grupos emergían como un movimiento crítico en sí mismo, dentro del movimiento de salud de las mujeres, en tanto permitían prestar atención a las formas en que las decisiones sobre la salud de las mujeres generalmente recaían sobre varones médicos. (Guzmán Martínez et al., 2021:5)

Esta experiencia es retomada por organizaciones feministas que acompañan a mujeres y personas gestantes que deciden interrumpir sus embarazos.

El estigma en torno al aborto, la educación de género, las creencias sobre la vida o lo que debe ser una mujer, entre otros muchos factores, impiden que las mujeres hablen abiertamente de este aspecto de su experiencia o lo vivan con malestar, e incluso culpa, a pesar de considerar que tomaron la mejor decisión. El temor a la descalificación o al rechazo motiva el silencio. No obstante, cada vez más mujeres buscan hablar de su experiencia. (Ortiz et al., 2020)

El acompañamiento se torna, desde nuestra perspectiva, en una herramienta fundamental para reducir el estigma relacionado al aborto. Acompañamiento que es necesario se realice en todas las etapas del proceso, es decir, antes, durante y después del aborto.

La organización mexicana Las Libres define el acompañamiento como:

La acción social y política de la vivencia del derecho a decidir sobre el propio cuerpo; implica proporcionar todo lo necesario a las mujeres para que lo vivan de forma segura, gratuita y con calidad; para así avanzar hacia la eliminación del estigma y hacia la despenaliza-

**"EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL MARCO DEL ABORTO EN CONTEXTOS LEGALES RESTRICTIVOS REPRESENTA UNA ESTRATEGIA CLAVE PARA MITIGAR LOS RIESGOS ASOCIADOS AL ABORTO CLANDESTINO Y GARANTIZAR QUE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES PUEDAN EJERCER SU AUTONOMÍA Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE MANERA SEGURA."**

Así, el acompañamiento en el marco del aborto en contextos legales restrictivos representa una estrategia clave para mitigar los riesgos asociados al aborto clandestino y garantizar que las mujeres y personas gestantes puedan ejercer su autonomía y derechos reproductivos de manera segura. De acuerdo con Alda Facio (1999), el acompañamiento impacta directamente en diversas dimensiones de la vida de las mujeres:

En una dimensión emocional, el acompañamiento proporciona un espacio seguro donde las mujeres pueden expresar sus emociones, preocupaciones y temores sin juicio ni estigma. Esto puede ayudar a reducir la ansiedad y el estrés asociados con la decisión de abortar, lo que a su vez puede mejorar la salud mental de la mujer y su bienestar emocional durante todo el proceso.

En cuanto al acceso a la información, el acompañamiento garantiza el acceso a información segura y comprensible sobre las opciones disponibles, los procedimientos de aborto, los riesgos, beneficios, y los cuidados postaborto. Esto permite que las mujeres tomen decisiones informadas basadas en hechos y datos confiables, en lugar de mitos o desinformación.

Aporta al empoderamiento y autonomía, ya que cuando el acompañamiento se centra en respetar la autonomía de la mujer y empoderarla para que tome decisiones coherentes con sus necesidades y deseos reproductivos, promueve un sentido de control sobre su propia vida y cuerpo, lo que resulta en un aumento de su autoestima y la confianza en la toma de decisiones.

Es necesario señalar que a partir de nuestros informes anteriores, pudimos observar que nuestro país no cuenta con servicios de atención integral y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva, particularmente en materia de aborto. La criminalización que pesa sobre la práctica del aborto trae como consecuencia que, aunque exista una normativa para su atención cuando está en curso (la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva, emitida por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, la cual fue actualizada en 2013), estas orientaciones no se cumplan de manera adecuada. La norma, en su apartado 5.6.7 Intervenciones en situación de aborto, establece que “el aborto voluntario, realizado con técnicas inadecuadas y deficientes condiciones sanitarias, puede llevar a la madre a graves complicaciones como la hemorragia y sepsis, las cuales constituyen una de las principales causas de muerte materna” (MPPS, 2013:177). Entre los procedimientos establece explícitamente:

**“EL ABORTO VOLUNTARIO, REALIZADO CON TÉCNICAS INADECUADAS Y DEFICIENTES CONDICIONES SANITARIAS, PUEDE LLEVAR A LA MADRE A GRAVES COMPLICACIONES COMO LA HEMORRAGIA Y SEPSIS, LAS CUALES CONSTITUYEN UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA”**

- Asegurar atención inmediata a la paciente, brindándole un trato humanizado.
- Prevenir complicaciones.
- Aplicar tratamiento médico postaborto.
- Brindar anticoncepción postaborto con el consentimiento informado de la usuaria.
- Referir psicoterapia de apoyo.

De esta manera, la atención médica en casos de abortos voluntarios debería estar garantizada, ya que las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de inseguridad ponen en riesgo la salud, e incluso la vida de las mujeres y personas gestantes<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Los protocolos de atención Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia brindan orientaciones específicas para el tratamiento de complicaciones hemorrágicas de la primera mitad de embarazo: aborto incompleto y aborto retenido, indicando orientaciones para procedimientos clínicos y paraclínicos, identificación del riesgo y medidas terapéuticas.

Este Informe se propone retomar las reflexiones teóricas y los aprendizajes que nos dejó la investigación que realizamos en el año 2021 sobre el estigma relacionado al aborto en las usuarias de la Línea Aborto: Información Segura. La soledad, el miedo y la culpa que acompañan en gran medida a las mujeres y personas gestantes que abortan nos indican que además del proceso de generar cifras y evidencia sobre la situación del aborto en Venezuela, comprender el comportamiento del ERA y desarrollar estrategias efectivas para su mitigación son aspectos claves para la lucha por la despenalización legal y social del aborto.

## METODOLOGÍA

Con el objetivo de garantizar un soporte seguro y cada vez más eficaz a las personas que buscan apoyo en la Línea Aborto: Información Segura, nuestro protocolo de atención está organizado en dos momentos, un primer y un segundo contacto. En el primer contacto explicamos quiénes somos y qué hacemos; si la persona requiere la información que proporcionamos, se aplica el protocolo A -primera llamada-. En esta instancia, con base a una serie de preguntas, se aclaran dudas sobre alguna contraindicación a los medicamentos, se identifican las semanas de gestación, los métodos de confirmación del embarazo y a partir de allí se brinda la información sobre cuál método es el más efectivo para interrumpir el embarazo de manera segura. Si es necesario por las características del caso, se indican exámenes médicos o recaudos a tener en cuenta antes de tomar el medicamento. Por su parte, el protocolo B -segunda llamada- es cuando se ofrece a la persona las indicaciones del correcto uso del medicamento, todo lo relacionado con su ingesta, los síntomas normales y cómo identificar posibles complicaciones, qué hacer en caso de que se presenten, entre otras informaciones. Además, se brinda el acompañamiento telefónico para que la mujer o persona gestante pueda llevar a cabo un aborto seguro. Es importante puntualizar que toda la información recolectada es confidencial, y solo es solicitada con fines estadísticos.

Como hemos venido trabajando en años anteriores, la metodología del presente informe se encuadra en un análisis de estadística descriptiva. Con respecto a la muestra, el análisis parte de un segmento que no representa la totalidad de mujeres y de personas con capacidad de gestar que efectivamente abortan en Venezuela; son solamente las personas que completaron de manera efectiva nuestras encuestas, las cuales se realizan al finalizar la atención, tanto en nuestro protocolo A y el protocolo B. Es importante destacar que las personas que contactan la Línea Aborto: Información Segura solicitan diferentes tipos de acompañamiento, consultas o información, y responder las encuestas no es un paso obligatorio y necesario para que les sea brindado el servicio, por lo que muchas de las personas que contactaron a la línea, pudieron no responder y eso incidió en el tamaño de la muestra.

Por otro lado, durante el 2022 algunas de las preguntas en protocolo B comenzaron a implementarse en el cuestionario de protocolo A, esto por la importancia de su contenido y la necesidad de aumentar la muestra de resultados. Esto es así para variables como: “ingresos”, “experiencia previa en aborto” y “razones para abortar”. Por lo que es posible observar en algunos gráficos la categoría “no aplica al período”, lo que significa una falta de respuestas, ya que en ese momento no se solicitaba tal información.

**"CON BASE A UNA SERIE DE PREGUNTAS, SE ACLARAN DUDAS SOBRE ALGUNA CONTRAINDICACIÓN A LOS MEDICAMENTOS, SE IDENTIFICAN LAS SEMANAS DE GESTACIÓN, LOS MÉTODOS DE CONFIRMACIÓN DEL EMBARAZO Y A PARTIR DE ALLÍ SE BRINDA LA INFORMACIÓN SOBRE CUÁL MÉTODO ES EL MÁS EFECTIVO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO DE MANERA SEGURA."**

También durante el 2022 comenzamos a incorporar variables vinculadas al acompañamiento, con el objetivo de indagar el impacto que esto tiene en la mitigación del estigma relacionado al aborto. Como se mencionó, el ERA tiene una alta prevalencia entre las mujeres y personas gestantes que deciden interrumpir sus embarazos, por lo que el camino para lograr la legalización del aborto implica, entre otros muchos aspectos, su descriminalización social. Pretendemos que nuestro trabajo cotidiano brinde pistas certeras sobre el impacto que el acompañamiento como práctica política tiene en la lucha por el aborto legal, seguro y gratuito. Si bien nuestro país tiene un marco legal bastante restrictivo, la atención postaborto está establecida legalmente y, como se evidenció en páginas anteriores, hay un conjunto de normativas que la regulan. En este sentido vemos la necesidad de generar no solo cifras que den cuenta, aunque de modo parcial, de la situación del aborto en nuestro país, sino también promover y garantizar el acompañamiento para las mujeres y personas gestantes que deciden interrumpir sus embarazos de manera voluntaria. Consideramos que este acompañamiento se debe dar antes, durante y después del aborto, ya que gran parte de las mujeres y personas gestantes que abortan lo hacen sometidas a fuertes situaciones de estrés y angustia. Consideramos que indagar en las emociones y sentimientos al momento de abortar, si estaban acompañadas y por quiénes, son aspectos claves para construir una ruta de acompañamiento que tenga un impacto real en la reducción del ERA.

**"PRETENDEMOS QUE NUESTRO TRABAJO COTIDIANO BRINDE PISTAS CERTERAS SOBRE EL IMPACTO QUE EL ACOMPAÑAMIENTO COMO PRÁCTICA POLÍTICA TIENE EN LA LUCHA POR EL ABORTO LEGAL, SEGURO Y GRATUITO"**

Por todo esto reiteramos que, aunque las variables sobre acompañamiento no muestren la totalidad de la realidad sobre el aborto en Venezuela, el presente trabajo es un aporte importante para construir evidencia en torno a este tema.

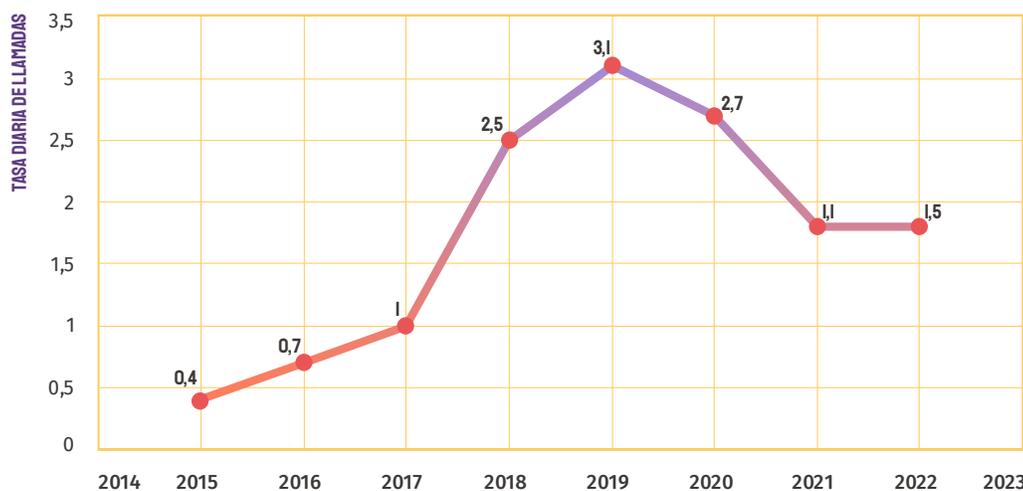
## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el año 2022, se comunicaron un total de 671 personas a la Línea Aborto: Información Segura. De estas 671 personas, 567 hicieron una primera llamada para solicitar información para abortar (protocolo A) y 104 hicieron una segunda llamada ya teniendo el medicamento para recibir acompañamiento telefónico (protocolo B).

Esta cantidad de contactos registrados representa un incremento importante con respecto a los casos analizados en el informe de la Línea Aborto: Información Segura del 2021 (FALDAS-R, 2022).

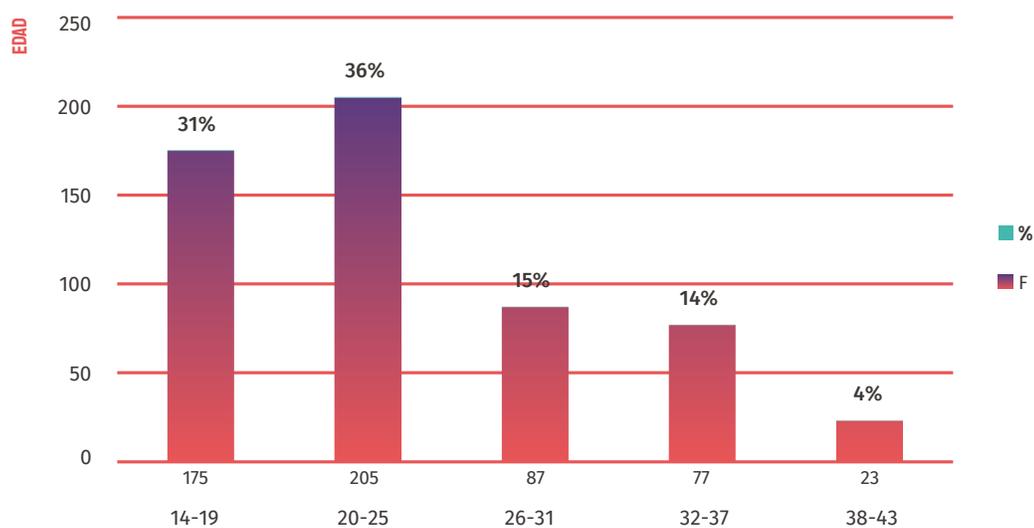
Una de las medidas de seguridad de la Línea Aborto: Información Segura es fomentar el uso de plataformas de mensajería seguras para que quienes se comunican reciban información sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Durante el 2022, el 70% de las personas que nos contactaron se comunicaron a través de la app Telegram para el caso del protocolo A y un 80% de casos registrados, para el protocolo B.

Durante el año 2022 recibimos en promedio al menos dos casos diarios en la Línea Aborto: información Segura, lo que significa un ligero aumento en relación con los datos recabados en nuestro informe del 2021.



**GRÁFICO I.** TASA DIARIA DE LLAMADAS. VENEZUELA. 2022.  
Fuente: elaboración propia





**GRÁFICO 3.** EDADES DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA 2022.

**Fuente:** elaboración propia

**N: 567**

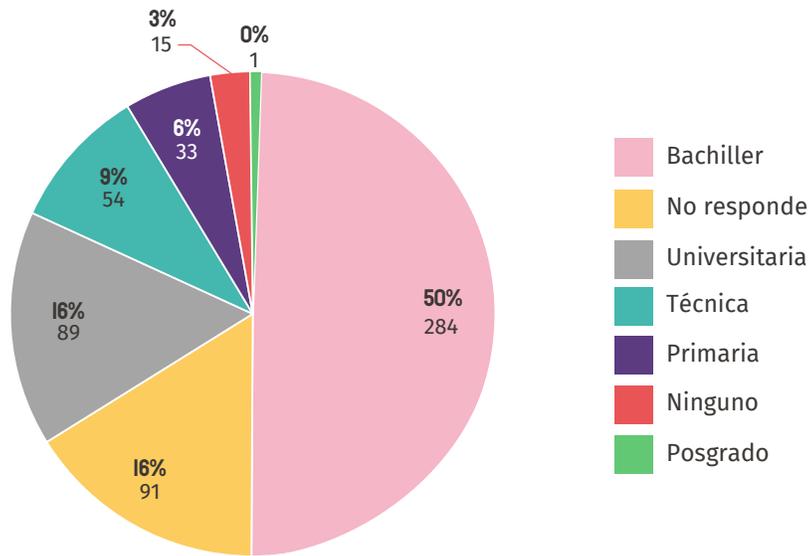
Para el año 2022, la mayoría de las mujeres y personas gestantes que nos contactaron tenían entre 20 y 25 años (36%), tendencia que se mantiene en nuestros informes anteriores. Este dato nos permite visibilizar la edad promedio de quienes buscan interrumpir su embarazo, información que puede ser de utilidad para la creación de políticas públicas y proyectos destinados a este grupo etario.

Por otro lado, se observa un incremento de llamadas a la Línea Aborto: Información Segura de mujeres y personas gestantes con edades comprendidas entre los 14 y 19 años (31%). Esto representa un aumento significativo en relación con los datos recabados en nuestros informes anteriores, por lo que consideramos importante indagar en las razones de este incremento.

Un aspecto importante a tomar en cuenta es que según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas la tasa de fecundidad en adolescentes en Venezuela es de 85,3%, representando una de las más altas de la región (UNFPA, 2020). Es necesario considerar adicionalmente que el embarazo adolescente o a temprana edad, es un problema estructural en el país y de larga data, ya que lleva 50 años sin modificarse.

Factores como la tasa de embarazos adolescentes en el país, el acceso a educación integral de la sexualidad, la dificultad de acceso a métodos anticonceptivos, entre otros elementos, podrían contribuir a este significativo incremento de casos en este grupo de edad en específico.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN



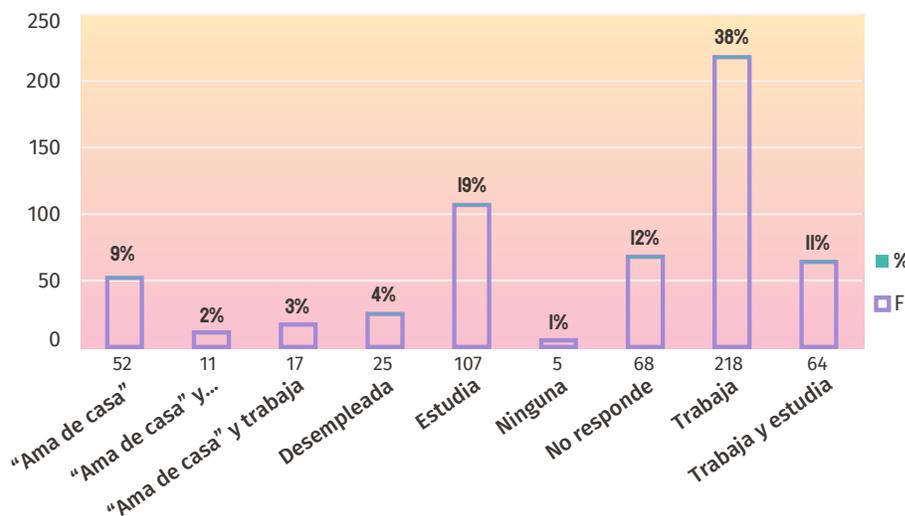
**GRÁFICO 4.** NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA 2022.

Fuente: elaboración propia

N:567

Con respecto al acceso a la educación formal, identificamos que en los casos registrados la mitad de las mujeres y personas gestantes que se comunicaron a la Línea durante el 2022 ha completado estudios de educación media, 50%; seguido de un 16% que cuenta con estudios universitarios o de posgrado y un 6% que solo concluyó la primaria.

OCUPACIÓN

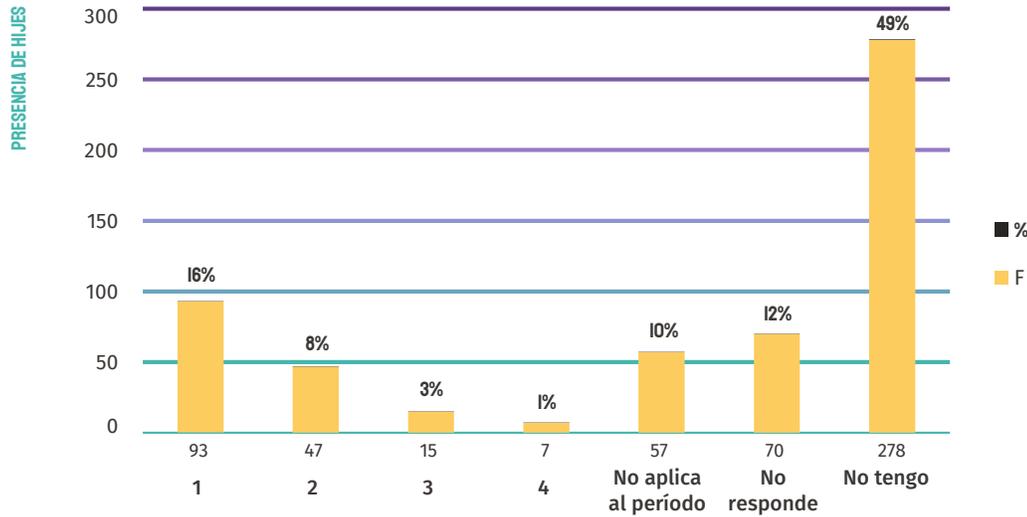


**GRÁFICO 5.** OCUPACIÓN DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA 2022.

Fuente: elaboración propia

N:567

En el 38% de los casos registrados, las mujeres y personas gestantes que llamaron a la Línea manifestaron trabajar, seguido de un 19% que manifestó solo estudiar. Por otro lado, aunque el porcentaje de personas que solo se dedica al trabajo doméstico es bajo, consideramos que la mayoría de las mujeres que trabajan y estudian también realizan labores domésticas que son invisibilizadas o no consideradas como un trabajo al tener otra ocupación remunerada.



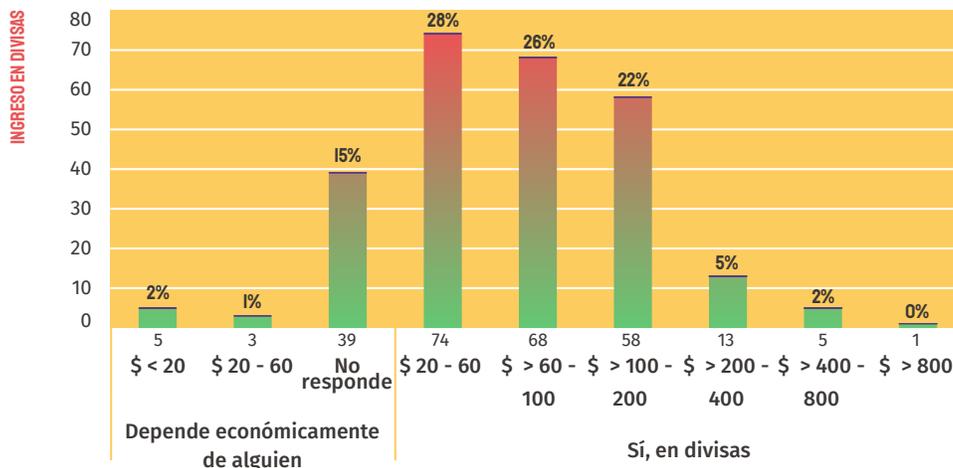
**GRÁFICO 6.** NÚMERO DE HIJES DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA, 2022.

Fuente: elaboración propia

■ %  
■ F

N:567

La mayoría de quienes nos contactaron manifestaron no tener hijos, 49%; frente a un 28% que sí tiene hijos<sup>4</sup>.



**GRÁFICO 7.** INGRESOS APROXIMADOS MENSUALES DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA, 2022.

Fuente: elaboración propia

■ %  
■ F

N:567

<sup>4</sup> Hay un porcentaje importante de mujeres y personas gestantes que no respondió esta pregunta en la encuesta, ya que es posible que no estuviese en la misma a inicios del 2022.

Desde hace dos años se comenzó a regularizar el uso de divisas y el acceso a salarios en dólares en nuestro país. Por lo que al igual que en el 2021, quisimos identificar en dólares los ingresos que perciben quienes nos contactaron. El 83% indicó poseer ingresos; sin embargo, de este el 72% no percibe más de 100\$ mensuales. Solo el 28% recibe entre 20\$ y 60\$ mensuales y un 26% entre 60\$ y 100\$. Un 22% recibe entre 100\$ y 200\$, y apenas el 7% de los casos subsiste con más de 300\$ al mes.

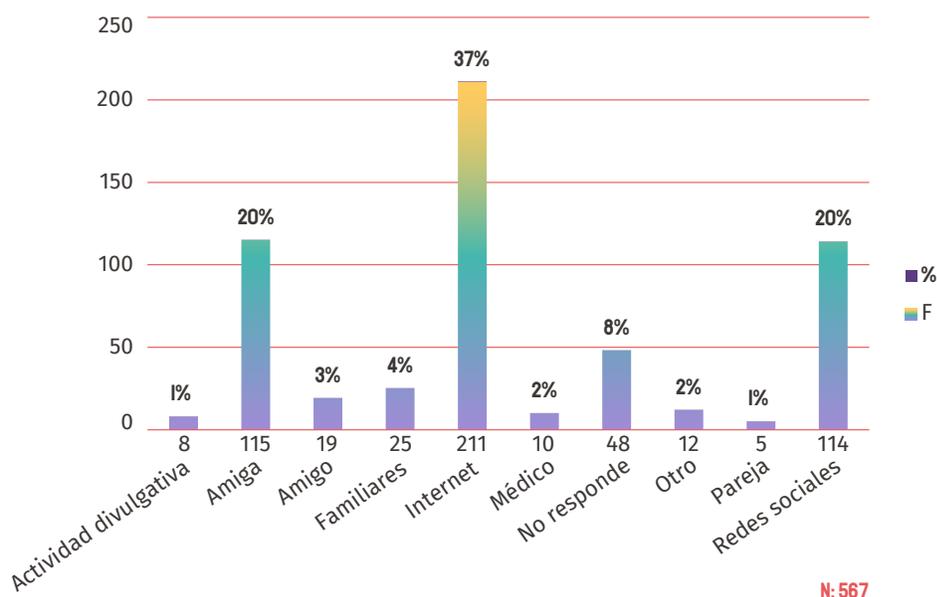
Por otro lado, un 18% indicó no percibir ingresos o decidió no responder la pregunta.

De este análisis podemos resaltar un porcentaje significativo que no percibe ingresos o depende económicamente de alguien más, lo cual, al igual que en informes anteriores, podemos deducir que está estrechamente relacionado con la dificultad de acceso a métodos anticonceptivos por razones económicas. y en consecuencia se da el incremento de embarazos no deseados y la posterior decisión de abortar.

La Línea Aborto: Información Segura está comprometida con la difusión de información segura, certificada por la OMS sobre el proceso de interrupción del embarazo, de manera gratuita. Sigue existiendo un porcentaje importante de mujeres y personas gestantes que no poseen ingresos económicos y que necesitan abortar, evidenciándose que no todas tienen la posibilidad de acceder a un aborto seguro por razones económicas, siendo así una discusión enmarcada en la desigualdad existente entre clases sociales y en la necesidad de que el acceso al aborto seguro sea considerado un tema de salud pública.

## LA EXPERIENCIA DE ABORTAR

“¿CÓMO LLEGASTE A LA LÍNEA?”



**GRÁFICO 8.** FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LA LÍNEA ABORTO: INFORMACIÓN SEGURA EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA. 2022.

Fuente: elaboración propia

El mayor porcentaje de los casos registrados supo de la existencia de la Línea Aborto: Información Segura a través de internet, 57%, desglosado entre la navegación en buscadores de Internet y el contenido publicado en redes sociales sobre la Línea. Esto seguido de los casos en donde la mujer o persona gestante supo de la Línea por medio de una amiga que le compartió el número de atención, representando el 20% de los casos.

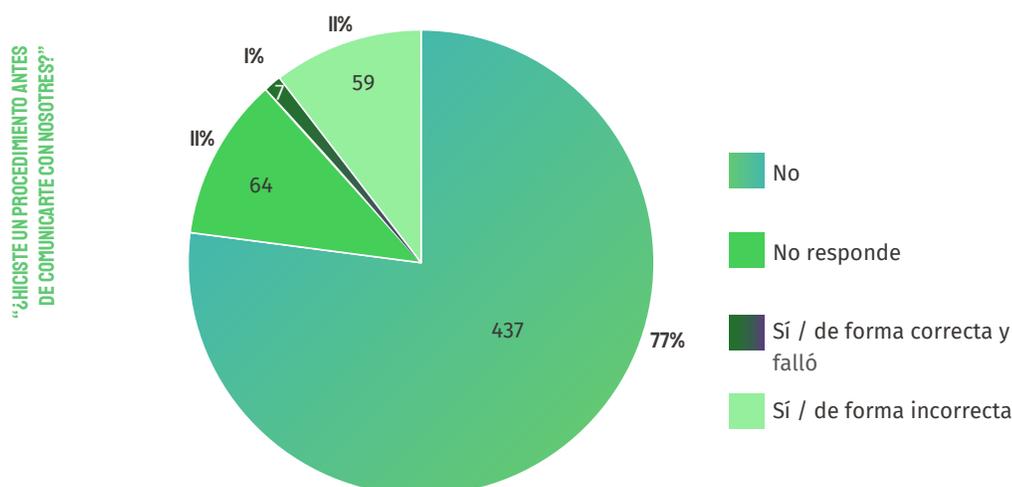
Esta tendencia se mantiene en relación con nuestros informes anteriores, frente a lo cual podemos hacer dos lecturas. La primera en relación con la fortaleza de nuestro trabajo comunicacional en diversas plataformas digitales. La segunda, las dificultades para acceder a poblaciones con mayores niveles de vulnerabilidad, con escaso o nulo acceso a internet o limitaciones en servicios telefónicos y eléctricos, situaciones que siguen siendo graves en muchos estados del país. Esto es un gran desafío pendiente para nuestro servicio, diseñar estrategias de difusión masiva de nuestros contactos para que más mujeres y personas gestantes puedan tener acceso a información segura y confiable, y al acompañamiento adecuado.

Prueba	F	%
Eco	307	54%
Exámen de sangre	204	36%
Otra	23	4%
Prueba de farmacia (en blanco)	31	5%
		0%
<b>Total general</b>	<b>565</b>	<b>100%</b>

**TABLA I. MÉTODOS DE CONFIRMACIÓN DEL EMBARAZO EN LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA. 2022.**

**Fuente:** elaboración propia

La confirmación del embarazo a través de ecografías o pruebas de sangre son procedimientos fundamentales para realizar el protocolo de interrupción del embarazo con medicamentos. De las mujeres y personas gestantes que nos llamaron, un poco más de la mitad confirmó su embarazo mediante una ecografía: 54%. Por su parte, un 36% solo se había realizado una prueba de sangre para confirmar su embarazo y un 5% solo había confirmado su embarazo a través de una prueba de farmacia. Nos parece importante señalar que este acceso a servicios de salud representa la finalización de la emergencia sanitaria por COVID-19, donde en nuestro informe del año 2021, el 50% de las usuarias habían manifestado tener dificultades en momentos previos al aborto para confirmar sus embarazos a través de pruebas sanguíneas o ecografías, ya que los servicios de salud priorizaban a pacientes afectados por el COVID-19 y el acceso a los servicios en materia de salud sexual y reproductiva se vieron gravemente afectados (FALDAS-R, 2022).



**GRÁFICO 9.** REALIZACIÓN PREVIA DE UN PROTOCOLO DE ABORTO EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA 2022.

**Fuente:** elaboración propia

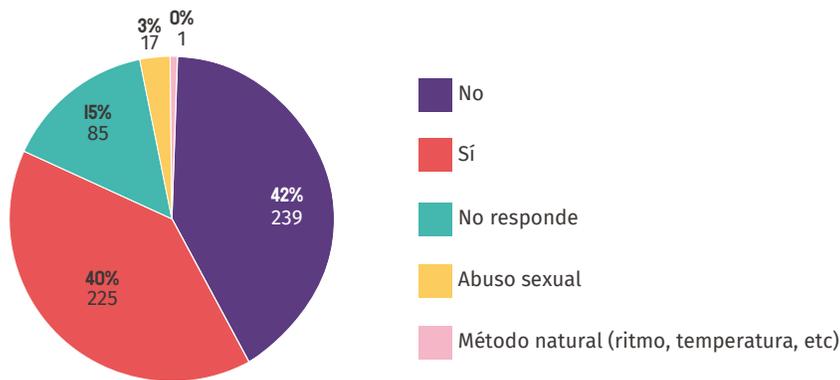
N: 567

El 77% de las personas que contactaron la Línea Aborto: Información Segura durante el 2022 no habían intentado interrumpir el embarazo con ningún procedimiento antes del contacto con la Línea. Sin embargo, un 11% había intentado interrumpir su embarazo en momentos previos a la llamada. De este registro, el 10% realizó el procedimiento de manera incorrecta y, por lo tanto, no funcionó. Solo un 1% hizo el procedimiento de manera correcta sin éxito.

En nuestra investigación sobre el estigma asociado al aborto (FALDAS-R, 2021b) pudimos caracterizar algunos de los procesos emocionales que transitan las mujeres que atraviesan una experiencia de aborto, sobre todo en momentos previos al procedimiento. De estas sensaciones podemos evidenciar la incertidumbre asociada a la desinformación que existe alrededor de esta práctica debido a varios factores, ya sea la ocultabilidad del hecho y posteriormente la paradoja de la prevalencia (Kumar et al., 2009), la criminalización, la clandestinidad asociada al aborto, entre otros. Según esto podemos deducir que es plausible que un porcentaje de mujeres y personas gestantes hayan intentado de manera incorrecta el protocolo y este no haya funcionado. A esto también se le suma la incidencia que tienen las redes especulativas y fraudulentas que comercializan los medicamentos para interrumpir un embarazo en nuestro país, las cuales pueden poner en riesgo la salud e incluso las vidas de quienes recurren a ellas.

Por otro lado, también se debe resaltar la importancia del acceso a la información segura y certificada por la OMS a través de las redes de acompañamiento, como estrategia para promover y proteger la autonomía de las mujeres y personas gestantes en un proceso rodeado de tanto desconocimiento.

USO DE M.A.C. DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL



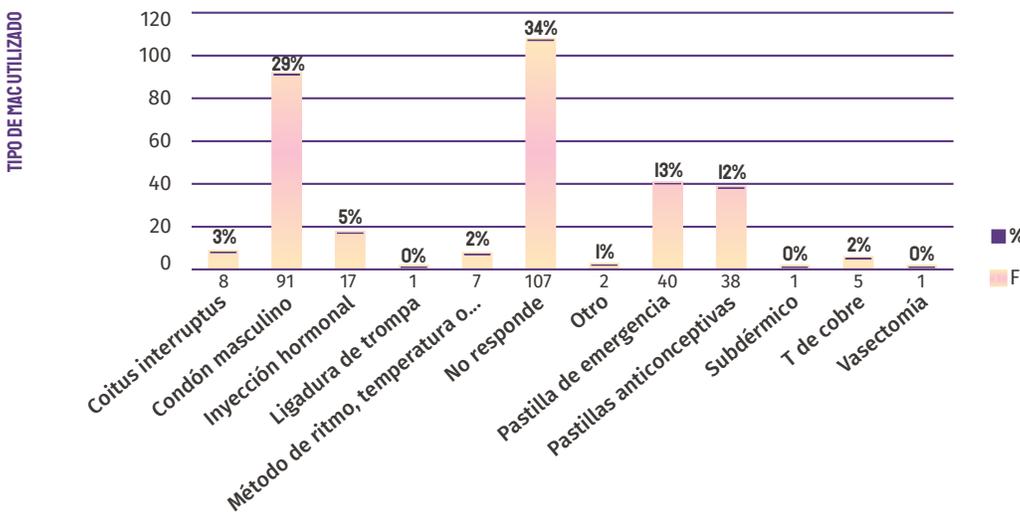
**GRÁFICO 10.** USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA RELACIÓN QUE PROVOCÓ EL EMBARAZO. VENEZUELA 2022. Fuente: elaboración propia

N:567

El 42% de las mujeres y personas gestantes que nos contactaron manifestó no haber utilizado métodos anticonceptivos en la relación que provocó el embarazo. Seguido de un 40% que manifestó que sí usó métodos anticonceptivos.

También registramos un total de 17 casos donde no se usaron métodos anticonceptivos debido a que la relación sexual que provocó el embarazo no fue consensuada, esto significa que el embarazo fue producto de un abuso sexual, representando un 3% del total. Esta última es una cifra que se mantiene en relación con nuestros informes anteriores.

De las mujeres y personas gestantes que sí utilizaron métodos anticonceptivos, al consultar qué tipo de método utilizaron identificamos que el uso de métodos de barrera (condón masculino) es el más común, representando un 29% de los casos, seguido de pastillas de emergencia, 13%, y pastillas anticonceptivas, 12%.



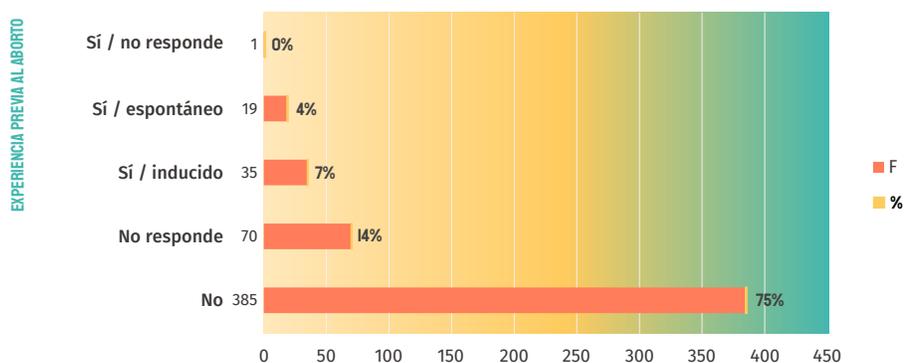
**GRÁFICO 11.** TIPO DE ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR PARTE DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA 2022. Fuente: elaboración propia

N:318

Como en años anteriores, la mayor parte de las usuarias se encontraban entre la 4ta y 6ta semana de gestación; esto es así para quienes nos llaman por primera vez, 48% de los casos; seguido de un 28% que se encontraba entre la 7ma y 9na semana. Este último es el rango comprendido entre el momento de la relación sexual insegura, la sospecha y confirmación del embarazo, la toma de decisiones y el manejo de opciones para la interrupción voluntaria del embarazo.

Para los casos registrados en un segundo contacto, la mayoría se encontraba entre la 7ma y 9na semana gestación, 40%; seguido de un 25% que se encontraba aún entre la 4ta y 6ta semana. Observamos un desplazamiento con respecto a la cantidad de semanas identificadas en la primera llamada, lo que puede indicar el tiempo que transcurre mientras logran obtener el medicamento y todos los recursos necesarios para interrumpir el embarazo.

A pesar de la ilegalidad y la criminalización, el aborto es una práctica cotidiana por la que la mayoría de las mujeres y personas gestantes atraviesan al menos una vez en su vida. La ilegalidad del aborto afecta la salud física y mental de quienes viven este proceso con la carga que el contexto imprime en ellas y ellos; sin embargo, esto no aumenta o disminuye su ejercicio. Aun así, sobre esta práctica recaen muchos mitos, entre ellos el hecho de que una persona que aborta lo hará con tanta frecuencia que pondrá en riesgo su salud o su vida. Nuestros informes anteriores han demostrado que la realidad contradice esta percepción (FALDAS-R, 2021, 2022).



**GRÁFICO 12.** EXPERIENCIA PREVIA DE ABORTO DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS. VENEZUELA. 2022.

**Fuente:** elaboración propia

De las mujeres y personas gestantes que hemos acompañado en este periodo, un 75% no tenía experiencias previas de aborto. Solo un 12% había atravesado un proceso abortivo, y de ese grupo, un 7% había experimentado un aborto inducido como se muestra en el gráfico 13.

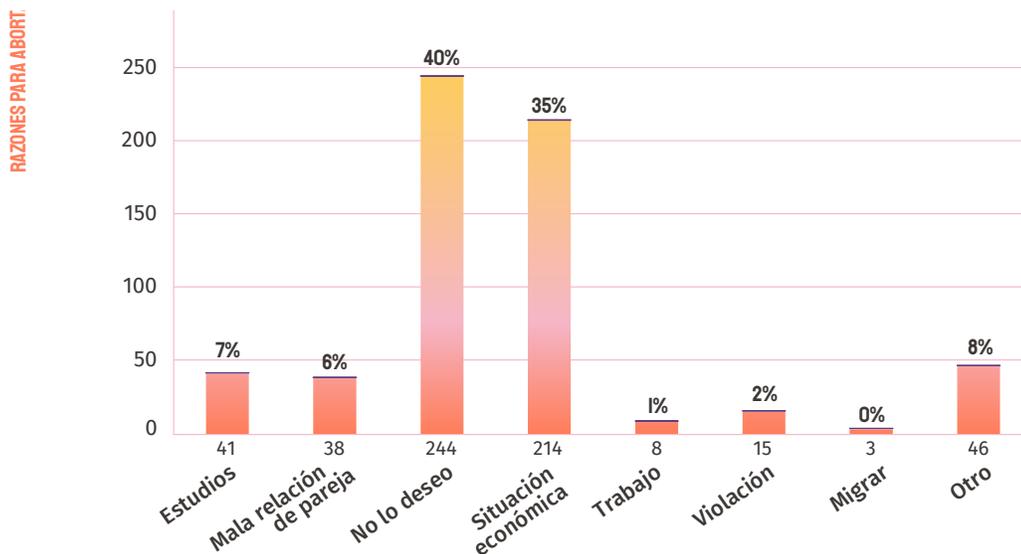
Este análisis destaca la disparidad entre el estigma relacionado con la frecuencia del aborto y la experiencia real de las mujeres y personas gestantes a quienes brindamos apoyo.

## RAZONES Y OPINIÓN SOBRE EL ABORTO

Una pregunta frecuente en la discusión sobre la legalización del aborto es: ¿por qué las mujeres recurren a esta práctica? Las razones para abortar son muy diversas, con base en la evidencia mundial podemos identificar entre ellas: la violencia sexual, la falta de acceso a servicios de salud y a métodos anticonceptivos modernos, las dificultades para el uso correcto y consistente de los anticonceptivos, las fallas propias de los métodos y el hecho mismo de que muchas mujeres, adolescentes y niñas, no desean ser madres en determinado momento de sus vidas.

En el caso de las mujeres y personas gestantes que nos contactaron, el mayor porcentaje que decidió abortar era porque no deseaba continuar con el embarazo ni tener un hijo en ese momento, un 40%. La segunda causa más frecuente fue por condiciones económicas, representando el 35% de los casos. Es importante mencionar el cambio en la tendencia con respecto a informes anteriores, donde la situación económica solía ser la razón principal. Ahora, la razón "no lo deseo" encabeza la lista.

Otro dato que destaca en este análisis y el cual ya fue mencionado en variables anteriores es que durante el año 2022 se registraron 17 casos de abuso sexual, de estos 15 (el 2%)<sup>5</sup> tomó la decisión de abortar precisamente porque el embarazo fue producto de violencia sexual. En la categoría "otro" que ocupa el 8% se encuentran quienes reportaron estar solas, no estar preparadas, razones de salud mental propia e inviabilidad del feto como razones para interrumpir el embarazo.



**GRÁFICO 13.** RAZONES PARA ABORTAR DE LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS. VENEZUELA. 2022.

Fuente: elaboración propia

N:567

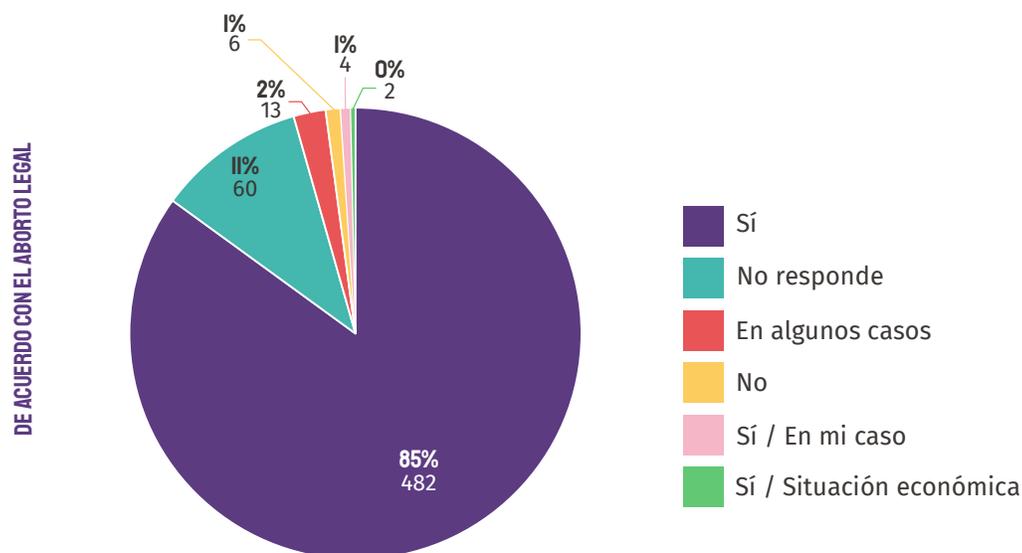
<sup>5</sup> En años anteriores se ha reportado violencia sexual entre el 3% y 4% de los casos.

El análisis por grupos etarios distingue la diversidad en las razones para abortar, debido a las diferentes etapas de la vida de las mujeres y personas gestantes que nos contactaron. El grupo de 14 a 19 años menciona razones relacionadas con sus estudios académicos, el no desear ser madre en ese momento específico de sus vidas y la migración. En el grupo de edades comprendidas entre los 20 y 25 años, las razones predominantes son los estudios académicos, la situación económica y las razones laborales.

En este último grupo etario se observa un porcentaje significativo de mujeres o personas gestantes que no proporciona detalles sobre su razón para abortar, lo que pueda asociarse con el estigma social que rodea el aborto en Venezuela.

El temor al estigma, la presión externa, los sentimientos de culpa o vergüenza y la falta de apoyo son factores que pueden contribuir a esta tendencia. Por otra parte, destaca también que en el grupo de edades comprendidas entre los 26 y 31 años las razones predominantes fueron mala relación de pareja y violencia sexual; de 32 a 37 años fueron migración y violencia sexual. Finalmente, en el último grupo de edades comprendidas entre 38 y 43 años, las razones más comunes fueron: mala relación de pareja, “no lo deseo” y situación económica. El hecho de que en estos tres últimos grupos etarios se registren las razones vinculadas con violencia sexual y posibles situaciones asociadas a la violencia de género, como la mala relación de pareja, refleja una mayor concentración de casos de exposición a situaciones violentas.

El 85% de las personas que nos contactaron expresaron estar de acuerdo con que el aborto sea legal en todas sus causales. Este alto porcentaje refleja consistencia en la tendencia de los informes anteriores, donde la mayoría de los casos que buscan apoyo están a favor de la legalización total del aborto. Es importante destacar que un 11% de los casos optó por no responder a esta pregunta, mientras que solo un 3% considera que el aborto debe ser legal por algunas causales, como la situación económica.



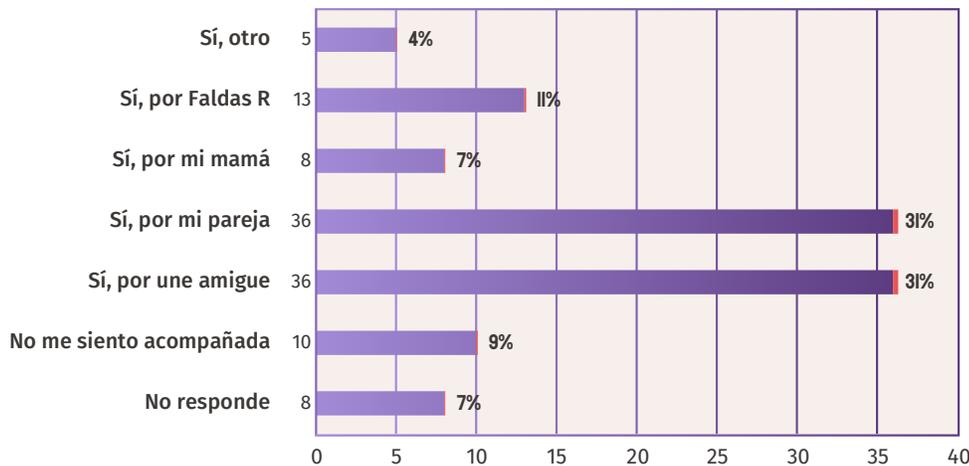
**GRÁFICO 14.** OPINIÓN SOBRE LA LEGALIDAD DEL ABORTO. VENEZUELA. 2022.

Fuente: elaboración propia

## COMPAÑERA: IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO PARA REDUCIR EL ESTIGMA

Solo en el 9% de los casos las mujeres y personas gestantes manifestaron no sentirse acompañadas durante el proceso de aborto, y un 7% decidió no responder. Para quienes reportaron estar acompañadas, en un 31% se referían a su pareja, otro 31% a una amiga y un 11% al acompañamiento de FALDAS-R.

¿TE SENTISTE ACOMPAÑADA POR TU DECISIÓN?

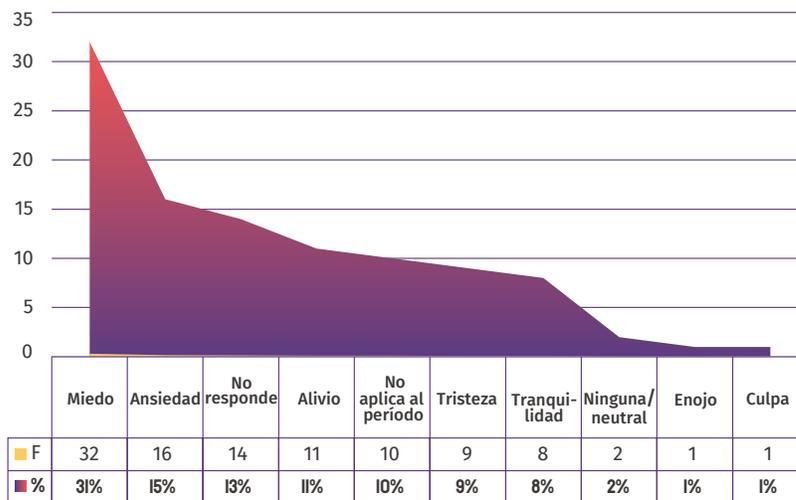


N:116

**GRÁFICO 15.** REDES DE ACOMPAÑAMIENTO DE MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS EN UN SEGUNDO CONTACTO. VENEZUELA. 2022.

Fuente: elaboración propia

SENSACIONES ASOCIADAS AL ABORTO



F: Frecuencia

**GRÁFICO 16.** SENSACIONES ASOCIADAS AL ABORTO EN MUJERES Y PERSONAS GESTANTES EN LOS CASOS REGISTRADOS EN UN SEGUNDO CONTACTO. VENEZUELA. 2022.

Fuente: elaboración propia

Al analizar las sensaciones que tuvieron las mujeres y personas gestantes que transitaron un aborto, podemos identificar que en el 31% de los casos manifestaron tener miedo y en un 15% manifestaron haber tenido ansiedad, siendo las sensaciones más reportadas por quienes atravesaron este proceso. Seguido a estas, un 11% manifestó sentir alivio, un 9% manifestó sentir tristeza y un 8% tranquilidad. Solo en el 1% de los casos registrados las mujeres y personas gestantes reportaron sentir culpa.

Estos datos brindan pistas para comprender la relevancia del Estigma Asociado al Aborto. En primer lugar, el acceso a información segura y oportuna, siendo la desinformación la causante de los sentimientos de miedo y ansiedad, provocando altos niveles de estrés en las mujeres y personas gestantes, sobre todo en momentos previos al procedimiento. En segundo lugar, contar con información, acceso a los servicios postaborto y tener la confianza en estos servicios; es central para reducir tanto los riesgos asociados a complicaciones por aborto, así como la incertidumbre que rodea el ERA. Finalmente, un elemento que resulta interesante señalar es que el porcentaje de mujeres y personas gestantes que manifestaron sentir culpa por su proceso de aborto, es significativamente bajo.

Cuando analizamos comparativamente la sensación de acompañamiento con las semanas de gestación, nos damos cuenta de que en los tiempos de gestación más avanzados, en un porcentaje importante de los casos, las usuarias manifestaron no sentirse acompañadas. Esto es particularmente grave al tratarse de las semanas de gestación donde podrían existir más riesgos de complicaciones, por ende es cuando más se requiere apoyo logístico (como por ejemplo traslados a servicios de salud) o apoyo para solventar cualquier situación que pueda presentarse.

**"CONTAR CON INFORMACIÓN, ACCESO A LOS SERVICIOS POSTABORTO Y TENER LA CONFIANZA EN ESTOS SERVICIOS; ES CENTRAL PARA REDUCIR TANTO LOS RIESGOS ASOCIADOS A COMPLICACIONES POR ABORTO, ASÍ COMO LA INCERTIDUMBRE QUE RODEA EL ERA. "**

Por su parte, la mayor cantidad de respuestas positivas sobre acompañamiento se encuentran en las primeras semanas de gestación. Esto puede estar relacionado con el hecho de que en la medida que avanza un embarazo no deseado, los sentimientos de culpa se incrementan y también la necesidad de mantener el secreto o silencio sobre la práctica del aborto.

Por otro lado, el miedo fue la respuesta más común en la mayor parte de los tiempos de gestación, entre las semanas de gestación más tardías la ansiedad fue la sensación más experimentada. Las sensaciones de alivio y tranquilidad estuvieron más presentes en los casos de 9 semanas de gestación o menos.

## VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y ABORTO: UN CRUCE DE ALTO RIESGO

Al finalizar el segundo contacto, se hace la consulta a quienes nos contactan, sobre si desean ser remitidos a una organización acompañante de casos de violencia basada en género (VbG). A través de esta consulta pudimos evidenciar que al menos el 27% de los casos atendidos atravesaba también una situación de VbG, en total 153 casos. Este hallazgo pone de manifiesto que las mujeres y personas gestantes que buscan acceder a un aborto en contextos restrictivos de ilegalidad, no solo enfrentan barreras legales y estigmatización, sino que también pueden verse expuestas a situaciones de VbG, lo que representa una vulnerabilidad adicional que complican aún más su proceso de aborto.

# RECOMENDACIONES

Como en años anteriores, cerramos este informe estadístico con una serie de recomendaciones al Estado venezolano que permita avanzar en la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres y personas gestantes en nuestro país:

- **A**probar el proyecto de Ley Orgánica sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la cual tiene como objeto garantizar los derechos sexuales y derechos reproductivos como derechos humanos fundamentales, creando las condiciones para aplicar políticas públicas integrales, e impulsar cambios en los patrones socioculturales que sostienen las desigualdades de género y las relaciones de poder asociadas al género, identidades y orientaciones sexuales, para así favorecer la construcción de una sociedad justa democrática, participativa, paritaria y protagónica.
- **D**eclarar con lugar la acción de nulidad interpuesta en contra de los artículos del Código Penal venezolano que criminalizan el aborto. Este recurso fue presentado por integrantes de FALDAS-R durante el año 2018 ante la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia de Venezuela, exigiendo la derogación de los artículos que atentan contra los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres y personas gestantes en Venezuela.
- **P**roponemos la despenalización del aborto por solicitud hasta la semana 12 de embarazo y por causales de la semana 13 a la 22. Las causales que planteamos son las recomendadas por diversos organismos internacionales: violación o incesto; inviabilidad del feto por malformaciones congénitas incompatibles con la vida; resguardo de la salud física y mental de la mujer o persona gestante; por razones económicas; por minoría de edad y por presencia de alguna diversidad funcional que haga a la mujer o persona gestante no desear llevar a término el embarazo.
- **A**vanzar en garantizar el cumplimiento de los protocolos de atención postaborto considerados emergencias obstétricas, en cumplimiento con las normas vigentes en el país. Desarrollar procesos de sensibilización y formación con el personal de salud para mitigar el impacto del estigma relacionado al aborto, tanto en este personal como en les usuarias.

Al igual que lo planteamos en informes estadísticos anteriores, es urgente legislar para garantizar el uso del medicamento mifepristona en el tratamiento clínico de abortos en los protocolos de atención, cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia, lo que significa la autorización del registro sanitario del medicamento mifepristona en Venezuela.

También es imprescindible garantizar el acceso a:

- **M**étodos anticonceptivos modernos que aseguren el goce de los derechos sexuales y derechos reproductivos, y garanticen que el ejercicio de la maternidad sea planificada, segura, deseada y elegida.
- **A**l medicamento misoprostol, actualmente incluido en la lista de medicamentos esenciales (Gaceta Oficial N° 40.777, de fecha 29 de octubre de 2015).
- **L**a educación integral de la sexualidad, como estrategia para consolidar el derecho de todas las personas a tener disponible información veraz y actualizada respecto a sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

#### Por último, consideramos que es importante desarrollar:

- **P**rocesos de acompañamiento pre y postaborto que brinden información segura y que permitan a las mujeres y personas gestantes tomar decisiones sobre sus cuerpos y vidas, con todas las herramientas disponibles.
- **E**spacios de acompañamiento postaborto que permitan a las mujeres y personas gestantes poner en palabras los sentimientos y emociones asociados a los procesos de aborto, y compartirlos con quienes han pasado por experiencias similares.

# CONCLUSIONES

La publicación anual de nuestros informes estadísticos sobre los datos recabados en la Línea Aborto: Información Segura refleja nuestro compromiso inquebrantable con la sistematización de datos relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo en Venezuela, así como la democratización del acceso a información y la promoción de la construcción colectiva del conocimiento. Nuestra misión es clara: trabajar incansablemente en un horizonte político donde la despenalización del aborto en Venezuela sea una realidad.

En un contexto restrictivo en materia de aborto, que criminaliza no solo a las mujeres y personas gestantes, sino también a médicos y acompañantes con penas de prisión que alcanzan hasta tres años, la necesidad de cambio es urgente. Sin embargo, este entorno de ilegalidad y estigmatización no detiene la práctica del control sobre la reproducción, que ha sido parte integral de la historia de las mujeres como un ejercicio de autonomía sobre sus propios cuerpos. Es crucial reconocer que la interrupción voluntaria del embarazo es una realidad común y, en condiciones adecuadas y con políticas apropiadas, es un procedimiento completamente seguro.

La ausencia de políticas estatales y marcos legales que garanticen el acceso al aborto como un derecho no solo pone en peligro la vida de las mujeres y personas gestantes, sino que también perpetúa la desinformación, el estigma y la criminalización asociados a esta decisión. Es hora de transformar esta realidad y abogar por un entorno en el que la decisión de interrumpir un embarazo sea respetada, segura y basada en la información, en lugar de estar marcada por el miedo y la desinformación. La despenalización es un paso necesario hacia un futuro más inclusivo y respetuoso de los derechos reproductivos de todas las personas, especialmente para las mujeres, niñas y personas gestantes venezolanas.

**"EN UN CONTEXTO RESTRICTIVO EN MATERIA DE ABORTO, QUE CRIMINALIZA NO SOLO A LAS MUJERES Y PERSONAS GESTANTES, SINO TAMBIÉN A MÉDICOS Y ACOMPAÑANTES CON PENAS DE PRISIÓN QUE ALCANZAN HASTA TRES AÑOS, LA NECESIDAD DE CAMBIO ES URGENTE."**

# REFERENCIAS

**Alborch, C. (2011).** *Malas: Rivalidad y complicidad entre mujeres.* España: Editorial Aguilar.

**Alcalde Egaña, I. (2019).** El impacto del acompañamiento en procesos abortivos sobre el empoderamiento de las mujeres. De la acción comunitaria al desarrollo social (pp.53-82). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.

**Bearak JM, Popinchalk A, Beavin C, et al. (2022).** Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015–2019. *BMJ Global Health*; 7:e007151. doi:10.1136/bmjgh-2021-00715

**Calles, O. (2023, junio 25). Alba Carosio:** “La ‘ideología de género’ no existe, es un fantasma que presentan como enemigo del bienestar social y la familia”. PROVEA de <https://provea.org/lgbtiq/la-ideologia-de-genero-no-existe-es-un-fantasma-que-presentan-como-enemigo-del-bienestar-social-y-la-familia-alba-carosio-lgbt-venezuela/>

**Facio, A. Fries, L (1999).** *Género y derecho.* Santiago de Chile. LOM Ediciones, La Morada.

**Faldas-r (2021a).** *De la escucha a la palabra* [archivo en PDF]. Recuperado de: <https://faldas.red/informe-el-aborto-desde-la-escucha-2019/>

**FALDAS-R (2021b).** *El aborto en Venezuela: una aproximación teórica* [archivo en PDF]. Recuperado de: <https://faldas.red/el-aborto-en-venezuela-una-aproximacion-teorica/>

**FALDAS-R (2022).** *Acompañarnos. Desde la escucha hacia la acción* [archivo en PDF]. Recuperado de: <https://faldas.red/informe-acompanar-nos-desde-la-escucha-hacia-la-accion/>

**Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA (2020).** *Educación y planificación, las claves para prevenir el Embarazo en Adolescentes en Venezuela.*

Venezuela UNFPA Recuperado de: <https://venezuela.unfpa.org/es/news/educaci%C3%B3n-y-planificaci%C3%B3n-las-claves-para-prevenir-el-embarazo-en-adolescentes-en-venezuela>

**Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA (2022).** Estado de la población mundial 2022. Visibilizar lo invisible: La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales [archivo en PDF]. Recuperado de: [ES\\_SWP22\\_report\\_0.pdf\(unfpa.org\)](ES_SWP22_report_0.pdf(unfpa.org))

**Goffman, E. (1963).** *Stigma: Notes on the management of spoiled identity.* Upper Saddle River, EE.UU.: Prentice Hall.

**IPAS (2020).** Autouso de medicamentos para el aborto seguro. El enfoque de Ipas y proyectos en curso [archivo en PDF]. Recuperado de: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1374>

**IPAS (2021).** *¿Por qué abortan las mujeres?.* Recuperado de: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2021-QueAbortanLasMujeres.pdf>

**MARTINEZ, G.; LLOMBART, M.; MALO, E. y DAUDER, D. (2021, abril 28).** *Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco: un análisis histórico-crítico.* *Salud colect.* [online], vol.17, ISSN 1669-2381. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2021.3274>. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652021000103274&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652021000103274&lng=es&nrm=iso)

**Kahneman, D., & Tversky, A. (1987).** *Teoría prospectiva: Un análisis de la decisión bajo riesgo* [archivo en PDF]. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/65981.pdf>

**Kumar, A., Hessini, L., Mitchell, E. (2009).** *Conceptualising abortion stigma, Culture, Health & Sexuality*, 11:6, 625-639, DOI: 10.1080/13691050902842741. ISSN: 1369-1058 (impreso) 1464-5351 (Online). Disponible online en: <https://www.tandfonline.com/loi/tchs20>

# REFERENCIAS

- Las Libres (2014).** *Acompañamiento Modelo Integral de Acompañamiento para un Aborto Seguro (MIAAS)*. México, © Centro Las Libres de Información en Salud Sexual Región Centro A.C.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984).** *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer
- LeDoux, J. (1999).** *El cerebro emocional*. Barcelona, España: Editorial Planeta.
- Martinez, G.; Llombart, M.; Malo, E. y Dauder, D. (2021, abril 28).** Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco: un análisis histórico-crítico. *Salud colect.* Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652021000103274&](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652021000103274&).
- MacKinnon, C. (1995).** *Hacia una teoría feminista del Estado*. Madrid, España: Editorial Cátedra.
- Mendoza M. (2022).** *Congreso de Guatemala aprueba ley que penaliza el aborto y prohíbe el matrimonio igualitario*. Recuperado de: <https://cnnespanol.cnn.com/2022/03/09/congreso-guatemala-aprueba-ley-penaliza-aborto-prohibe-matrimonio-igualitario-orix/>
- Mines-Cuenya, A. (2015).** *La percepción de los/as estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires sobre el tratamiento del aborto en la formación médica*. *Población y salud en Mesoamérica*, volumen (13), pp. 20-47 [archivo en PDF]. Recuperado de [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-02012015000200002&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-02012015000200002&script=sci_abstract&tlng=es)
- Ministerio del Poder Popular para la Salud - MPPS (2013).** *EProtocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia*. Publicado con la colaboración y el apoyo de: Oficina Sanitaria Panamericana/ Organización Mundial de la Salud, UNICEF; UNFPA, Caracas, Venezuela. Recuperado de: <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013).** *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva*. Publicado con la colaboración y el apoyo de: Oficina Sanitaria Panamericana UNICEF; UNFPA, Caracas, Venezuela. Recuperado de: [https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NormaOficial%20SSR%202013\\_1.pdf](https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NormaOficial%20SSR%202013_1.pdf)
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J., Kavanaugh, M., De Zordo, S., Becker, D. (2011).** *Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences*. *Revista Women's Health Issues* 21-3S (2011) S49-S54. Copyright: 2011 by the Jacobs Institute of Women's Health. Published by Elsevier Inc.
- Ortiz, O., Belfrage, M. y Román, S. (2020).** *Círculos de reflexión para mujeres que han tenido un aborto voluntario. Manual de formación para facilitadoras. Cuaderno 1*. México: Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C., Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Ddeser, ADAS.
- Rondon, M. B. (2009).** *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido*. Recuperado de: [Consecuencias-emocionales-psicologicas-aborto-inducido-Marta-Rondon.pdf](https://consecuencias-emocionales-psicologicas-aborto-inducido-Marta-Rondon.pdf) (promsex.org)
- Ruta Verde se movilizó en Caracas por el aborto seguro y acompañado. (s/f).** Recuperado de: <https://rutaverdevzla.com/ruta-verde-se-movilizo-en-caracas-por-el-aborto-seguro-y-acompanado/>
- Sarachild K. (1973).** *Consciousness-raising: A radical weapon*. *En First National Conference of Stewardesses for Women's Rights New York* (pp. 144-450.). Redstockings. Recuperado de: <https://www.rape-reliefshelter.bc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Feminist-Revolution-Consciousness-Raising-A-Radical-Weapon-Kathie-Sarachild.pdf>
- The Alan Guttmacher Institute (1999).** *Sharing responsibility: Women, society and abortion worldwide*. New York: Alan Guttmacher Institute. Recuperado de: <https://www.guttmacher.org/pubs/sharing.pdf>
- Una emergencia obstétrica en El Salvador (2022, junio)** Recuperado de: <http://agrupacionciudadana.org/otra-mujer-es-injustamente-condenada-por-sufrir-una-emergencia-obstetrica-en-el-salvador/>
- Villa María: liberaron a las socorristas detenidas por acompañar abortos. (2022, diciembre 27).** Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/511209-villa-maria-liberaron-a-las-socorristas-detenido-por-acompa>