ODISEF

J-41157765-0

Conocimientos y percepciones sobre salud sexual y salud reproductiva en 13 municipios de 11 entidades federales

(AGOSTO-SEPTIEMBRE 2026).



odisef.org

Coordinadora

Rina Mazuera-Arias

Autoras

Angie Stefanía Rosales-Rondón

Carmen Zenaida Vivas-Franco

Jennyfer Josimar Rincón-Sequeda

Afiliación institucional de las autoras

Angie Stefanía Rosales-Rondón
ODISEF.

Carmen Zenaida Vivas-Franco.
ODISEF, Universidad de Los Andes, Núcleo Universitario del Táchira "Dr. Pedro Rincón Gutiérrez" y Universidad Nacional Experimental del Táchira.

Jennyfer Josimar Rincón-Sequeda
ODISEF.

Apoyo estadístico

Jesús Orlando Mantilla-Chico

Diseño y diagramación

Abril Ávila-Pérez

Corrección de estilo

Careli Isabel Vivas-Franco

Depósito legal: TA2026000081

ISBN: 978-980-7906-47-0

Octubre 2026

Contacto: publicaciones@odisef.org

Cita sugerida

Rosales-Rondón, A., Vivas-Franco, C., y Rincón-Sequeda, J. (2026). Conocimientos y percepciones sobre salud sexual y salud reproductiva en 13 municipios de 11 entidades federales (agosto-septiembre 2026). San Cristóbal, Venezuela: ODISEF.

El contenido y los puntos de vista son responsabilidad exclusiva de las autoras y en ningún caso debe considerarse que reflejan los puntos de vista de las entidades financiadoras y/o colaboradoras.

ODISEF

Índice

Introducción (pág. 5)
Metodología (pág. 5)
Primera Parte: determinación del conocimiento y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en los municipios Libertador, Panamericano y Torbes del estado Táchira y del municipio Páez del estado Apure (pág. 7).

- Liminar (pág. 8)
- Perfil sociodemográfico y maternidad (pág. 9)
- Nivel educativo (pág. 10)
- Empleo y cargas de cuidado (pág. 10)
- Formación en sexualidad y espacios de formación (pág. 11)
- Prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos: análisis de uso y percepción según municipio (pág. 13)
- Conocimiento y reconocimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos (pág. 14)
- Violencia basada en género (pág. 16)
- Autonomía, decisiones y proyecto de vida (pág. 16)
- Salud preventiva e infecciones de transmisión sexual (pág. 19)

Segunda Parte: percepción de las mujeres encuestadas sobre los servicios de salud sexual y salud reproductiva en trece municipios pertenecientes a once entidades federales (pág. 20).

- Liminar (pág. 21)
- Perfil demográfico y socioeconómico de la población encuestada (pág. 22)
- Pertenencia étnica, identidad de género y orientación sexual (pág. 23)
- Situación laboral y fuentes de ingreso (pág. 23)
- Salud sexual y salud reproductiva, y planificación familiar (pág. 23)
- Salud reproductiva, antecedentes gestacionales y situación maternal actual (pág. 23)
- Acceso a información y orientación en anticoncepción (pág. 24)
- Prevalencia y métodos anticonceptivos utilizados (pág. 24)
- Anticoncepción de emergencia y SS y SR en adolescentes (pág. 25)
- Salud materna, atención obstétrica y parto humanizado (pág. 26)
- Atención del parto (pág. 27)
- Prácticas de parto respetado (pág. 27)
- Controles posnatales y emergencias obstétricas (pág. 28)
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) y diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (pág. 28)
- Acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS (pág. 28)
- Violencia basada en género y mecanismos de protección (pág. 29)
- Rutas de denuncia y servicios de apoyo (pág. 30)
- Percepción de la VBG (pág. 31)
- Gestión menstrual (pág. 31)

Tercera Parte: hallazgos a partir de la triangulación de ambas encuestas (pág. 33)
Conclusiones (pág. 35)
Recomendaciones (pág. 36)
Referencias (pág. 39)

Introducción

El presente informe ofrece un análisis contextualizado del conocimiento de las mujeres encuestadas en relación con los derechos sexuales y derechos reproductivos, sus percepciones sobre el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSySR) y las dinámicas asociadas a la violencia basada en género (VBG) que las afectan en diversos territorios del país. El marco de análisis sitúa a la autonomía corporal y la salud reproductiva como derechos fundamentales, cuya garantía requiere el acceso universal, oportuno e informado a servicios clínicos esenciales, métodos de planificación familiar y espacios libres de discriminación o estigmatización. A partir de una mirada integral, el documento expone lo percibido por las mujeres a partir de algunas realidades que condicionan su bienestar.

Metodología

La investigación se fundamentó en un enfoque cuantitativo y descriptivo centrado en la exploración de percepciones, vivencias y conocimientos autorreportados por las participantes, mediante la aplicación de dos instrumentos de consulta estructurada.

La primera fase metodológica organizó la información recolectada por medio de una encuesta orientada a explorar el grado de conocimiento y apropiación de los derechos sexuales y derechos reproductivos, correspondiente a una muestra de 1312 mujeres consultadas en los municipios Páez del estado Apure (550), así como Libertador (279), Panamericano (223) y Torbes (260), del estado Táchira.

En la segunda fase se expandió el alcance territorial y se aplicó una encuesta diseñada para determinar la percepción sobre el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva en los territorios monitoreados. Esta ampliación es un rasgo a destacar del estudio, ya que permitió analizar, de forma comparativa, las percepciones cotidianas y las experiencias reportadas en diferentes contextos locales. Esta muestra estuvo integrada por 1284 mujeres distribuidas en trece municipios pertenecientes a once entidades federales: Atures (Amazonas); Alberto Arvelo Torrealba (Barinas); Bruzual (Yaracuy); Ezequiel Zamora (Cojedes); Fernández Feo, Libertador y Torbes (Táchira); Guacara (Carabobo); Maracaibo (Zulia); Páez (Apure); Sucre (Miranda); Valdez (Sucre); y Zamora (Aragua).

La definición del volumen muestral respondió al perfil contextual y a las dinámicas propias de cada localidad, evitando una asignación rígidamente uniforme; en consecuencia, se estableció una cuota estándar de 100 consultas por municipio, con excepción de Alberto Arvelo Torrealba, donde se aplicaron 84. En la totalidad de los territorios la muestra superó las estimaciones mínimas sugeridas por densidad poblacional (las cuales oscilaban entre 40 y 60 consultas por municipio). De manera deliberada se adoptó este sobremuestreo para favorecer la saturación teórica, incorporar la heterogeneidad de las dinámicas comunitarias locales y asegurar la consistencia del análisis comparativo entre los 13 municipios. Al revisar comparativamente los datos obtenidos en cada entidad local, el estudio pudo visibilizar cómo el nivel de información sobre herramientas comunitarias y la presencia de patrones socioculturales generan variaciones particulares entre localidades.

La información se presenta en tres secciones: la primera expone los hallazgos relativos a las percepciones y conocimientos sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos; la segunda abarca los datos sobre la percepción del acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva en los territorios monitoreados y la tercera corresponde a la triangulación de variables seleccionadas de ambos instrumentos.

Es preciso señalar que la muestra analizada no posee representatividad estadística nacional ni busca extrapolar sus hallazgos al conjunto del país. Asimismo, este trabajo está orientado exclusivamente a recoger, analizar y visibilizar las opiniones, saberes y vivencias autorreportadas por las propias mujeres consultadas en sus entornos territoriales específicos.

1a. Parte

Determinación del conocimiento y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en los municipios Libertador, Panamericano y Torbes del estado Táchira y del municipio Páez del estado Apure.

Liminar

Se ofrecen los resultados de la primera encuesta orientada a explorar el grado de conocimiento y apropiación sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos en las mujeres encuestadas con los siguientes tres ejes:

1. **Caracterización demográfica, contexto socioeconómico y cargas de cuidado:** precisa variables como la estructura etaria; paridad y presencia de hijos; convivencia y niveles educativos alcanzados, así como la dinámica laboral y la precarización que afecta la autonomía económica de las mujeres.

2. **Educación sexual integral, autonomía y reconocimiento de derechos:** centrado en develar la oportunidad, los contenidos y las vías informativas sobre sexualidad, la noción de libertad sexual, el grado de apropiación conceptual de los derechos sexuales y derechos reproductivos, las dinámicas en la toma de decisiones y la inclusión de la planificación familiar en los proyectos de vida.

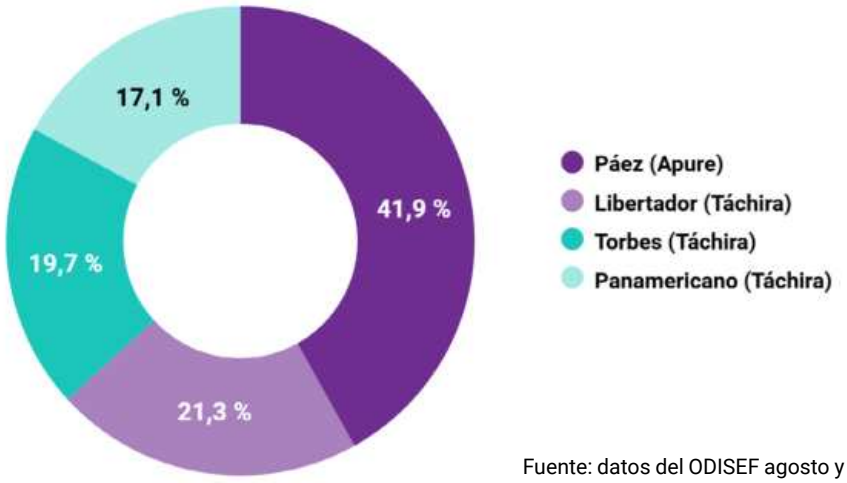
3. **Prácticas anticonceptivas, salud preventiva y protección frente a la violencia:** que profundiza en la prevalencia y brechas territoriales en el uso de métodos, las barreras económicas de acceso, el conocimiento de síntomas y prevención de infecciones de transmisión sexual, la concepción de una sexualidad segura y la capacidad para identificar las distintas modalidades de la violencia basada en género.

Para la recolección se desplegó un diseño cuantitativo de muestreo no probabilístico por cuotas, guiado por el criterio de saturación teórica y la complejidad territorial. La muestra alcanzó a un total de 1312 mujeres, consultadas a través de encuestas individuales aplicadas en sus hogares durante los meses de agosto y septiembre de 2026, bajo estrictos protocolos de consentimiento informado y confidencialidad.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y MATERNIDAD

La muestra analizada comprendió a 1312 mujeres y adolescentes mujeres distribuidas en dos entidades federales fronterizas: 550 encuestadas en el municipio Páez del estado Apure; y del estado Táchira fueron 279 encuestadas en el municipio Libertador, 224 en el municipio Panamericano y 259 en el municipio Torbes (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución porcentual de las encuestas por municipio

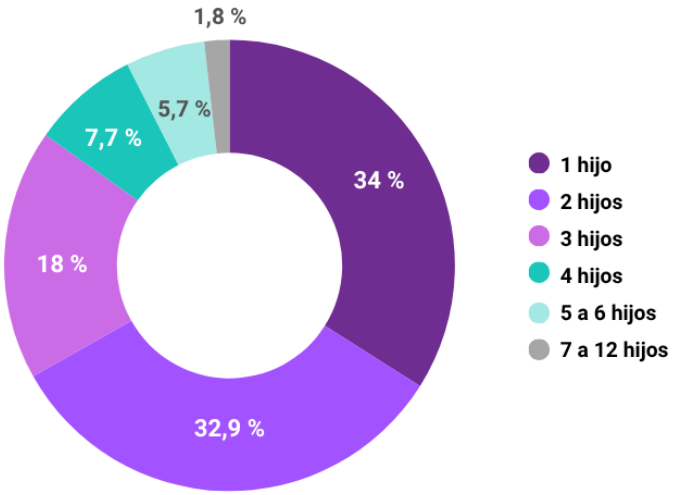


Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

Se identificó que el 76,4 % del total de mujeres tenía hijos. En el ámbito municipal, el porcentaje de mujeres con hijos estuvo liderado por Torbes (Táchira) con un 80,3 % (208 de 259); seguido de Páez (Apure) con el 76,4 % (420 de 550); Panamericano (Táchira) con un 75,9 % (170 de 224); y Libertador (Táchira) con un 73,1 % (204 de 279).

Los datos evidencian un comportamiento asimétrico en la distribución: 66,8 % de las encuestadas tenía entre 1 y 2 hijos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución de encuestadas según el número de hijos



Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

Los grupos etarios fueron: 180 encuestadas entre los 15 y 18 años (13,7 %); 405 encuestadas de 18 a 24 años (30,9 %); 249 encuestadas de 25 a 29 años (19 %); 178 de 30 a 39 años (22,9 %) y 300 encuestadas entre los 40 y 73 años (22,9 %).

La mayoría de la muestra se encontraba en una unión estable o casada (60,7 %, 796 mujeres), seguida por mujeres solteras (32,7 %, 429), divorciadas o separadas (5,6 %, 74) y viudas (1 %, 13). La prevalencia de la maternidad mostró una variación sustancial en función del vínculo de pareja, aquellas participantes casadas o unidas con hijos alcanzaron un 84,9 %, frente a las mujeres solteras con hijos que se tradujo en un 56,4 %.

NIVEL EDUCATIVO

El nivel alcanzado por las encuestadas evidenció una alta concentración en la educación secundaria y primaria (76,1 %), mientras la educación superior resultó con una presencia marginal.

Se registraron mayores índices de egreso del bachillerato (48,9 %) y de educación superior (4,8 %) en mujeres que no tienen hijos; mientras que el 90 % de las mujeres sin nivel educativo y el 72,2 % de las que solo cursaron primaria son madres. Entre las mujeres que no pudieron proseguir sus estudios, más allá de la primaria o el bachillerato, se reportó la suspensión de su proceso académico porque: quedó embarazada (32,4 %, 322 mujeres); no contaba con recursos económicos para estudiar (26 %, 258 mujeres) o tenía que trabajar (14 %, 139 mujeres).

Estos datos van en concordancia con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Programa Mundial de Alimentos (WFP) y Banco Mundial (BM), quienes enfatizan la relación directa y determinante entre la escolaridad de la mujer y su trayectoria reproductiva; a mayor nivel formativo alcanzado por la adolescente o la mujer, se incrementa notablemente la probabilidad de emplear métodos de planificación familiar eficaces, postergar la unión en pareja y el inicio de la maternidad, alcanzar una mayor estabilidad económica y concebir un menor número de hijos con mejores indicadores de salud. En consecuencia, garantizar la matriculación y la permanencia continua de las niñas en el sistema educativo resulta una medida crucial para la protección de la salud materno-infantil, al tiempo que potencia el desarrollo integral que la educación aporta a sus vidas (UNICEF, OMS, UNESCO, UNFPA, ONUSIDA, WFP y BM, 2010).

EMPLEO Y CARGAS DE CUIDADO

El 58,2 % (764 mujeres) de la muestra no trabajaba, mientras que el 41,8 % (548 mujeres) reportó una actividad laboral remunerada; en estas 548 mujeres la distribución por tipo de empleo reflejó una marcada precarización e informalidad: ocupaciones elementales (48,7 %, 267 mujeres), lo que incluyó, entre otras labores, limpiadoras, ayudante de preparación de alimentos, vendedoras ambulantes de servicios.

En cuanto a las mujeres que tenían hijos el 53,2 % no realizaba ninguna actividad remunerada, lo que sugiere que las intensas cargas de cuidado no remunerado actúan como una barrera "silenciosa" para su autonomía económica. La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres) explica que la organización actual del trabajo de cuidados restringe de manera severa la disponibilidad de tiempo de las mujeres, lo que dificulta su continuidad educativa, el ingreso a empleos remunerados dignos, la participación comunitaria y política, e incluso el descanso personal. De hecho, cerca del 45 % de las mujeres en edad laboral permanece al margen del mercado de trabajo debido a las exigencias que imponen las labores de cuidado no remuneradas (ONU Mujeres, 2026).

En la misma línea la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA) expone que esa labor de cuidados comporta el conjunto de tareas orientadas al sostenimiento y bienestar diario, entre las que destacan la atención a hijos e hijas, el auxilio a personas adultas mayores o dependientes, el mantenimiento de la vivienda y la preparación de alimentos. La ejecución de estas labores recae predominantemente en las mujeres, lo que produce una distribución inequitativa de las responsabilidades y profundiza las brechas de género. Esta sobrecarga laboral, históricamente invisibilizada, restringe la inserción de las mujeres en el trabajo remunerado y acentúa su vulnerabilidad ante la violencia (AVESA, 2025a).

FORMACIÓN EN SEXUALIDAD Y ESPACIOS DE FORMACIÓN

El 68,9 % (904 mujeres) afirmó haber recibido algún tipo de formación sobre sexualidad, mientras que un 31,1 % (408 mujeres) declaró no haber recibido ningún tipo de instrucción. De acuerdo con las percepciones de las encuestadas, el acceso a formación en sexualidad reflejó variaciones territoriales sustanciales: el escenario de mayor brecha preventiva se registró en el municipio Páez del estado Apure donde el 42,9 % de las encuestadas manifestó no haber recibido ningún tipo de capacitación en el tema. Las mujeres que a la vez eran madres registraron una mayor tasa de acceso a formación (71,4 %) en comparación con las mujeres sin hijos (61 %). De quienes habían recibido formación el 68,9 % que la obtuvo señaló que había versado, mayoritariamente sobre métodos anticonceptivos (80 %), planificación familiar (75 %) y en menor medida sobre derechos sexuales y derechos reproductivos (33,5 %) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Temas sobre los que recibió formación acerca de sexualidad (respuesta de opción múltiple)



Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

En virtud de lo señalado por las encuestadas el tipo de contenidos recibidos mostró diferencias territoriales marcadas: el escenario de menor abordaje en temas clave se registró en el municipio Libertador, donde apenas un 10,9 % de las mujeres dijo haber sido capacitada en derechos sexuales y derechos reproductivos; en contraste, el escenario de mayor integralidad formativa se consolidó en el municipio Panamericano, lugar donde las personas encuestadas alcanzaron las coberturas más altas en la enseñanza sobre métodos anticonceptivos (91,4 %), anatomía genital (87,1 %) y planificación familiar (84,9 %), seguido por el municipio Torbes con un 52,4 % en derechos sexuales y derechos reproductivos.

Si bien el 84,5 % de quienes obtuvieron formación señaló que la recibieron en su escuela o liceo, el 23,7 % afirmó haberla a través de los medios de comunicación, específicamente de redes sociales y el 19,3 % de amigos, vecinos y comunidad (Gráfico 4).

Gráfico 4. Fuentes de formación sobre sexualidad (respuesta de opción múltiple)



Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

Respecto a los espacios donde las mujeres recibieron capacitación acerca de sexualidad, se evidenciaron contrastes territoriales relevantes; en el municipio Libertador el 16,1 % de las encuestadas señaló haber accedido a esta información en instituciones de salud y solo un 3,1 % por medio de su entorno comunitario. El escenario de mayor diversificación e integración del entorno asistencial y familiar se consolidó en el municipio Panamericano con un 94,1 % de formación en el ámbito escolar, un 86 % en el entorno familiar y un 67,2 % en centros de salud, seguido muy de cerca por el municipio Torbes, que destacó por liderar la formación brindada desde las instituciones de salud (70,8 %). El 45,6 % de quienes recibieron formación la obtuvieron antes de los 13 años y el 50,1 % entre los 13 y los 19 años.

La educación sexual integral orienta a la juventud en los aspectos emocionales, físicos y sociales de la sexualidad, al tiempo que aporta conocimientos clave para la protección de la salud, el bienestar y la dignidad mediante información adaptada a la edad y a la cultura sobre relaciones saludables, derechos sexuales y derechos reproductivos. Asimismo, el acceso a esta formación promueve la toma de decisiones informadas, el autocuidado y la autonomía corporal, elementos que funcionan como premisas para el reconocimiento de los derechos humanos y el logro de la igualdad de género (UNFPA, 2025), de ahí su importancia medular.

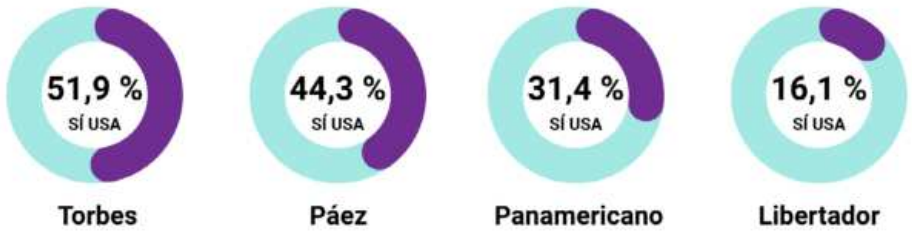
Por otro lado, de acuerdo con AVESA, las barreras en el acceso a la información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos sumadas a la falta de una educación sexual integral, incrementan la desprotección de las mujeres y elevan su exposición a situaciones de abuso (AVESA, 2025b), pues ese tipo de educación ayuda a posponer el inicio de la actividad sexual y mejora de manera significativa el entendimiento del cuerpo y la salud reproductiva (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [ACNUDH], 2026).

PREVALENCIA EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: ANÁLISIS DE USO Y PERCEPCIÓN SEGÚN MUNICIPIO

El 82,9 % (1087 mujeres) manifestó tener una vida sexualmente activa (85,8 % en el grupo de mujeres con hijos y 73,2 % en aquellas sin hijos). A pesar de ello, únicamente el 37,7 % (494 mujeres) utilizaba un método anticonceptivo al momento del estudio, frente a un 62,3 % (817 mujeres) que no empleaba ninguno. Esta prevalencia de uso se mantuvo prácticamente homogénea tanto en mujeres con hijos (37,8 %) como sin hijos (37,1 %). Entre el grupo que no utilizaba anticonceptivos, un 34,3 % señaló la carencia de recursos económicos como la razón principal, un 2 % indicó no considerarlo importante o necesario, y un 1 % manifestó que su pareja, progenitores o un tercero no se lo permitía. De acuerdo con la OMS, 164 millones de mujeres que quieren evitar o retrasar el embarazo no utiliza métodos anticonceptivos (OMS, 2026).

Al analizar los datos bajo una perspectiva territorial, se identificaron diferencias notorias en el acceso y uso de métodos. El escenario de mayor brecha de cobertura se registró en el municipio Libertador, donde el 83,9 % de las participantes afirmó no utilizar ningún método; en contraste, el escenario de mayor continuidad operativa se observó en el municipio Torbes, área en la que el 51,9 % reportó uso activo, seguido por el municipio Páez con un 44,3 % de respuesta afirmativa. Estas brechas territoriales respondieron a dinámicas y barreras diferenciadas según el municipio (Gráfico 5). Para las encuestadas los motivos económicos y la falta de información representaron la mayor vulnerabilidad en el municipio Libertador, donde se concentró el 90,6 % del total de respuestas por desconocimiento de métodos o rutas, así como el 48,4 % de los casos atribuibles a restricciones presupuestarias. Por su parte, el municipio Páez concentró las principales razones asociadas a condiciones de salud previa (59,3 %) y factores socioculturales, tales como motivos religiosos (75 %).

Gráfico 5. ¿En la actualidad estás utilizando métodos anticonceptivos?



Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

La no utilización de métodos anticonceptivos se considera muy grave, así lo explica la OMS, ya que de este modo se expone al 60 % de las mujeres en naciones de bajos ingresos a embarazos no planificados —precoces o tardíos (Observatorio de derechos sexuales y derechos reproductivos, 2021)— además las complicaciones derivadas del embarazo y el parto constituyen una de las causas determinantes de muerte entre la población gestante de 15 a 19 años en contextos de vulnerabilidad económica, al tiempo que la mortalidad neonatal durante los primeros siete días de vida resulta superior en hijos de madres menores de 20 años (OMS, 2014).

En relación con el anticonceptivo utilizado en la última relación sexual, la alternativa más declarada por las mujeres fue el condón (29,4 %, 386 mujeres), seguida muy de cerca por quienes indicaron no haber utilizado ningún método para evitar el embarazo (26 %, 341 mujeres). Respecto a los métodos hormonales e intrauterinos, se identificó un mayor uso de las pastillas anticonceptivas (17,1 %) e implantes subdérmicos (13,7 %), en comparación con las inyecciones anticonceptivas (9,1 %) y el dispositivo intrauterino (3 %). La distribución territorial reflejó marcadas diferencias en las prácticas anticonceptivas: la opción del uso del condón se consolidó como la principal alternativa entre las encuestadas en el municipio Libertador con un 52 % y en el municipio Torbes con un 41,7 %, en contraste con las encuestadas en el municipio Páez, donde descendió al 12,8 %.

Por el contrario, la respuesta referida a no usar ningún método para evitar el embarazo representó la situación de mayor desprotección en el municipio Páez (41,7 %) y en el municipio Libertador (30,1 %), distanciándose de los menores porcentajes de Torbes (4,6 %) y del municipio Panamericano (7,2 %). Acerca de los métodos hormonales, la categoría de las pastillas anticonceptivas alcanzó su mayor nivel de uso entre las encuestadas en Panamericano con un 30 % y en Torbes con un 20,8 %, frente a un 5 % en Libertador. Las inyecciones anticonceptivas tuvieron su principal presencia en Panamericano (17,5 %) y Torbes (15,8 %). Por su parte, los implantes subdérmicos registraron una distribución más homogénea, oscilando entre el 17,9 % en Panamericano y el 11,1 % en Libertador.

Respecto a las prácticas de menor eficacia y otras alternativas, la opción de retirarse antes del orgasmo se concentró en Libertador con un 16,8 %, al tiempo que el recurso a otro método distinto llegó al 6,7 % en Panamericano, el dispositivo intrauterino alcanzó su valor más alto en esa misma entidad con un 4,9 % y la manifestación de nunca haber tenido relaciones sexuales registró su proporción máxima en el municipio Páez con un 4,4 %.

CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

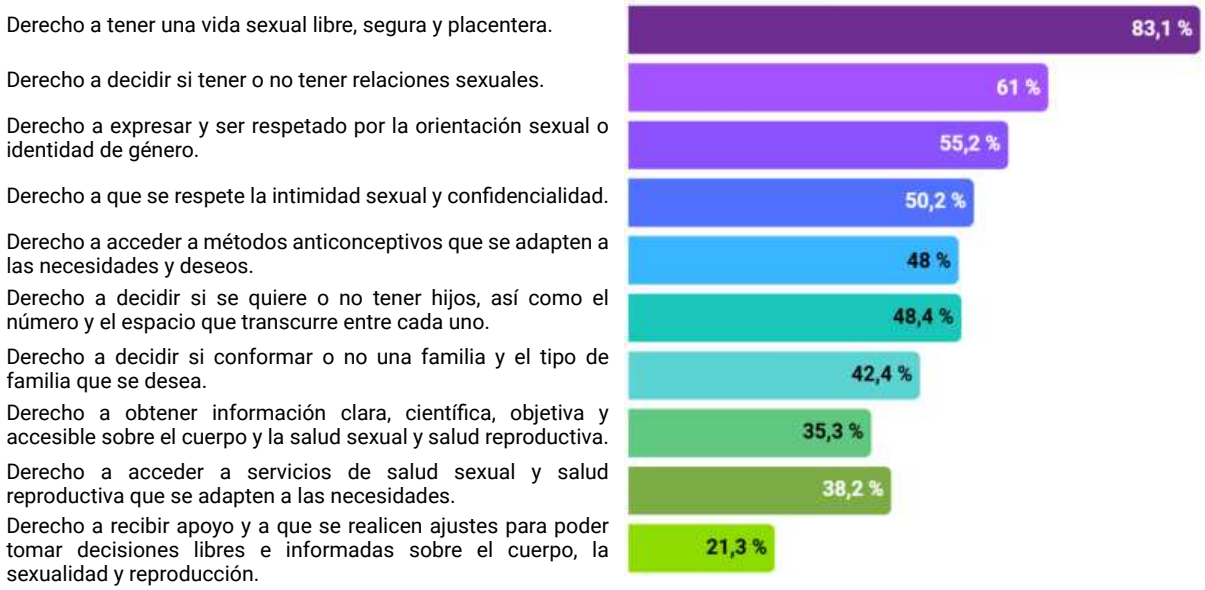
En lo referido al conocimiento sobre derechos sexuales y derechos reproductivos según la maternidad, se observó como contraste relevante que el escenario de mayor brecha de información se registró entre las mujeres sin hijos, el 52,3 % señaló no haber escuchado ni conocer sobre la materia; por el contrario, el escenario de mayor acceso a esta información se presentó en el grupo de mujeres con hijos, alcanzando un 57 % de respuesta afirmativa.

Respecto al conocimiento sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, por territorio, se identificó una clara diferencia: el escenario de mayor brecha de información se encontró en el municipio Páez, donde un 51,1 % de las mujeres consultadas manifestó no haber escuchado ni conocer del tema, seguido de cerca por el municipio Panamericano con un 49,3 % de respuesta negativa; en cambio, el escenario en el que las mujeres encuestadas afirmaron haber tenido mayor acceso esta información se consolidó en el municipio Torbes, lugar en la cual un 64,9 % de las participantes reportó tener conocimiento sobre estos derechos, seguido por el municipio Libertador, que alcanzó un 61,6 % de respuesta afirmativa.

De las 1002 mujeres que tenían hijos, el 61,7 % (618 mujeres) no reconocía sus derechos sexuales y derechos reproductivos, frente a un 38,3 % (384 mujeres) que sí los reconocía. De manera equivalente, entre las 310 personas sin hijos, el 63,2 % (196 mujeres) no los reconocía y el 36,8 % (114 mujeres) sí. Entre las mujeres que afirmaron reconocer los derechos sexuales y derechos reproductivos, el análisis territorial reveló diferencias sustanciales en los aspectos específicos reconocidos: de las encuestadas en el municipio Páez, únicamente un 10,1 % reconoció el derecho a recibir apoyo para tomar decisiones libres e informadas sobre el cuerpo, un 11,9 % el derecho a obtener información científica y a acceder a servicios adaptados a sus necesidades, y un 13,7 % el derecho a decidir la conformación familiar; no obstante, el escenario de mayor reconocimiento se observó en el municipio Panamericano: reconocimiento del derecho a una vida sexual libre, segura y placentera (88,2 %), a la libre expresión de la orientación e identidad de género (78,5 %), al respeto de la intimidad (76,3 %) y al acceso a métodos anticonceptivos adaptados (75,3 %) (Gráfico 6).

Entre quienes reconocían esta categoría de derechos se pudo establecer que específicamente reconocían:

Gráfico 6. Reconocimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos



Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

En cuanto a la identificación efectiva de los derechos sexuales y derechos reproductivos según el territorio, los datos reflejaron diferencias sustanciales: en el municipio Libertador el 69,9 % de las mujeres consultadas declaró no identificar estos derechos, seguido de cerca por el municipio Páez con un 69,5 % de respuesta en ese mismo tenor; por el contrario, en el municipio Torbes un 58,9 % de las participantes afirmó identificarlos de manera efectiva, seguido por el municipio Panamericano, que alcanzó un 41,7 % de afirmación al respecto.

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

El nivel de conocimiento sobre los tipos de VBG presentó variaciones importantes en lo territorial y desde la maternidad. En la perspectiva territorial, la mayor brecha informativa se registró en el municipio Páez, donde el 43,5 % de las mujeres consultadas manifestó no conocer este tipo de violencias; en contraposición con el municipio Panamericano donde el 78,5 % de las participantes reportó conocerlas, seguido por el municipio Libertador con un 72 % y el municipio Torbes con un 71,4 % de respuesta afirmativa.

Respecto al análisis de la variable de la maternidad, se observó una brecha similar: las mujeres sin hijos representaron el grupo de mayor vulnerabilidad informativa, con un 41,6 % que afirmó no conocer los tipos de VBG; por el contrario, el mayor conocimiento se presentó entre las mujeres con hijos: 69,2 %. Las diferencias territoriales fueron marcadas entre aquellas que declararon conocer los tipos de VBG e identificaron sus distintas modalidades: las mujeres encuestadas en el municipio Libertador identificaron apenas en un 10,9 % formas no físicas de violencia como la violencia económica y solo un 2 % reconoció la violencia patrimonial, tendencia que también se observó en el municipio Páez con porcentajes reducidos en ambas modalidades (18,8 % y un 11 % respectivamente); por el contrario, en el municipio Torbes fueron reconocidas la violencia física (99,5 %), la violencia psicológica (96,2 %), la violencia económica (77,8 %) y la violencia patrimonial (40 %), mientras que la violencia sexual tuvo su punto máximo de reconocimiento en el municipio Libertador con un 99,5 %.

AUTONOMÍA, DECISIONES Y PROYECTO DE VIDA

Al indagar lo relativo a la noción de libertad sexual, la alternativa seleccionada por la mayoría de la población total (55 %, equivalente a 722 encuestadas) fue: *decidir sobre las cosas que va a hacer, sin que nadie le diga lo que tiene que hacer. Es saber respetarse y respetar a los demás*. La segunda opción más frecuente, elegida por el 37,6 % (493 encuestadas), correspondió a: *es ser libre y que nadie le imponga las reglas*. Por su parte, un 5,3 % (70 encuestadas) señaló no conocer el concepto. Proporciones menores optaron por: *es salir, divertirse y ser feliz porque se es joven* (1,4 %, 18 encuestadas) y: *es seguir lo que dicen las amigas porque ellas entienden más que los progenitores* (0,7 %, 9 encuestadas). Al efectuar el análisis según la presencia de hijos o hijas, se observa que la opción *es decidir sobre las cosas que se van a hacer, sin que nadie le diga lo que tiene que hacer.* Es saber respetarse y respetar a los demás, registró una mayor proporción entre las mujeres que tienen hijos (57,1 %) en comparación con aquellas que no tienen hijos (48,4 %). Por el contrario, la respuesta

es ser libre y que nadie le imponga las reglas, presentó una mayor prevalencia en el grupo de mujeres sin hijos (41,6 %) frente al grupo con hijos (36,3 %).

Con relación a la comprensión de la libertad sexual, el análisis territorial reflejó una marcada dualidad conceptual entre la autonomía responsable y la ausencia de límites. El escenario con mayor inclinación hacia una noción fundamentada en la toma de decisiones autónomas y el respeto mutuo decidir sobre las cosas que va a hacer, sin que nadie le diga lo que tiene que hacer se consolidó en el municipio Panamericano con un 68,2 %, seguido de Torbes con un 57,5 %. En contraposición, el enfoque orientado hacia la ausencia de restricciones es ser libre y que nadie le imponga las reglas alcanzó su mayor nivel de adopción en el municipio Libertador (47,3 %) y en el municipio Páez (39,6 %). Finalmente, la principal brecha por desconocimiento directo del término (no conoce el concepto) se concentró en los municipios Torbes (8,9 %) y Páez (6,9 %).

El 35,7 % de las mujeres encuestadas manifestó desconocimiento sobre el derecho a la protección contra los malos tratos, el abuso físico o mental, la explotación, la esclavitud y las diversas formas de violencia o abuso sexual (tales como la violación, la prostitución, el embarazo o la esterilización forzados). Los datos evidenciaron diferencias territoriales relevantes: en el municipio Panamericano un 84,8 % de las participantes afirmó conocerlo, seguido por el municipio Torbes con un 78,3 % de respuesta afirmativa; por el contrario, en el municipio Páez el 47 % de las mujeres consultadas manifestó no conocer este derecho, seguido de cerca por el municipio Libertador con un 43,7 % de respuesta negativa.

Respecto a la percepción relacionada con lo que constituye una sexualidad segura, la mayoría lo asoció al uso del condón (68,8 %), seguido por el compromiso y la responsabilidad (53,7 %) y el conocimiento y cuidado frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) (50,9 %). En menor proporción, un 6,8 % consideró la abstinencia sexual como parte de este concepto. Por otro lado, un 4 % indicó no saber y solo un 0,5 % señaló que ninguna de las opciones aplicaba. En términos comparativos hubo diferencias territoriales: el uso del condón se consolidó como la noción dominante en el municipio Libertador (95,7 %) y en el municipio Torbes (84,2 %), mientras que en el municipio Páez dicha opción cayó al 44,6 %; en cuanto a la dimensión relacional de compromiso y responsabilidad, la mayor prevalencia se observó en el municipio Panamericano con un 77,6 %, lo que contrasta con la prevención de ITS, la cual tuvo su nivel más alto de asociación en Libertador (63,8 %) y Páez (62,1 %), frente a un reducido 28,2 % en Torbes; por último, alternativas como la abstinencia sexual se mantuvieron marginales en todos los territorios, en Páez alcanzó el 9,8 % y por falta de información sobre el tema el 7,8 %.

Existió un consenso casi unánime entre las mujeres encuestadas respecto al papel fundamental que desempeñan las actitudes y los valores en la vivencia de la sexualidad (95,3 %). Este hallazgo evidencia que la dimensión ética y

actitudinal es percibida como un componente indispensable del bienestar y desarrollo sexual, consolidándose esta postura de manera ligeramente más pronunciada entre las personas con hijos (96,4 %, en comparación con el 91,6 % registrado en quienes no los tienen). Los datos mostraron un alto consenso afirmativo en todos los territorios, aunque con leves variaciones: el escenario de mayor valoración de estos principios se consolidó en el municipio Torbes, donde el 98,5 % de las participantes respondió afirmativamente, seguido de cerca por el municipio Panamericano con un 97,8 % y el municipio Libertador con un 96,8 %. Por otro lado, la mayor brecha de disconformidad se registró en el municipio Páez, lugar en el cual un 7,1 % de las mujeres consultadas consideró que no son importantes, manteniéndose, aun así, en un nivel de aprobación del 92,2 %.

Al precisar la relación entre el conocimiento preventivo y la sexualidad responsable, se observó una alta aprobación en ambos grupos, con un porcentaje mayor entre quienes tenían hijos (95,8 %), en comparación con quienes no tenían (91,9 %). Se registró una amplia convergencia afirmativa entre los distintos municipios: la localidad de mayor adherencia a esta concepción fue el municipio Torbes, donde un 98,1 % de las encuestadas respondió de manera afirmativa, seguido muy de cerca por el municipio Panamericano con un 97,8 % y el municipio Libertador con un 97,5 %; en cambio, la mayor discrepancia se identificó en el municipio Páez, un 7,7 % de las mujeres consultadas consideró que dicha afirmación no aplica, situando el conocimiento afirmativo en ese lugar en un 91,2 %.

La integración de la planificación familiar en el proyecto de vida alcanzó una aceptación generalizada (77,2 %), aunque su valoración presentó matices según la experiencia de la maternidad y el ámbito territorial. Por un lado, el análisis según la maternidad reflejó una marcada inclinación proyectiva entre las mujeres sin hijos, quienes otorgaron una mayor preponderancia a este aspecto (86,5 %, frente al 74,4 % de quienes ya tenían hijos), hecho que sugiere una reestructuración de las metas y expectativas familiares tras la vivencia previa de la maternidad. Por otro lado, la dimensión territorial dio cuenta de brechas relevantes entre localidades: el escenario de mayor consolidación de esta meta se observó en el municipio Torbes, donde un 97,3 % de las participantes afirmó incluirla en su plan personal, seguido por el municipio Panamericano (87,9 %) y el municipio Libertador (83,9 %); por el contrario, en el municipio Páez casi cuatro de cada diez mujeres (39,5 %) manifestaron que la planificación familiar no forma parte de su proyecto de vida.

En lo que respecta a la toma de decisiones acerca de la sexualidad, la mayoría declaró tomar sus propias decisiones de forma individual (55 %, correspondiente a 720 mujeres), seguida por quienes manifestaron decidir en conjunto con su pareja (44 %, 576 mujeres), mientras que las alternativas sobre la opinión de terceros o la decisión ajena representaron proporciones marginales (0,7 % y un 0,2 % respectivamente). Al analizar este comportamiento según la maternidad, quienes toman sus propias decisiones se consolidó

entre las mujeres sin hijos (65,2 %, frente al 51,8 % de quienes sí tenían hijos); en contraste, la decisión tomada en conjunto con la pareja tuvo una mayor adopción en el grupo con hijos (47,7 %, frente al 32,3 % del grupo sin hijos). Por su parte, la dimensión territorial reflejó dos dinámicas contrapuestas: el nivel más alto de autonomía individual se registró en el municipio Torbes (70,9 %) y en el municipio Panamericano (69,1 %), frente a su punto más bajo en el municipio Libertador (39,8 %). La decisión concertada en pareja alcanzó su punto máximo en Libertador (60,2 %), mientras que el municipio Páez presentó un equilibrio exacto entre ambas posturas (49,6 % en cada categoría).

SALUD PREVENTIVA E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se identificó una desigualdad de información relevante en materia de las ITS, dado que casi la mitad de las mujeres encuestadas (47,8 %) desconoció sus síntomas. Este desconocimiento se acentuó de forma particular entre las mujeres sin hijos, donde el 52,9 % declaró no conocer la sintomatología (frente al 47,1 % de su mismo grupo), a diferencia de las mujeres con hijos, quienes mostraron un nivel de reconocimiento ligeramente superior (53,8 %). Territorialmente, se pudo precisar que el escenario de mayor conocimiento se consolidó en el municipio Torbes, lugar donde casi ocho de cada diez encuestadas (79,2 %) afirmó conocer la sintomatología asociada, seguido por el municipio Panamericano con un 67,6 % de respuesta afirmativa. En sentido opuesto, en el municipio Libertador, casi cuatro de cada cinco mujeres (78,1 %) manifestó no conocer los síntomas, seguido por el municipio Páez, donde más de la mitad de las encuestadas (51,4 %) también señaló desconocer esta información.

Una amplia mayoría de mujeres encuestadas (79 %) declaró tener conocimiento sobre las ITS más comunes. Este conocimiento estuvo fuertemente asociado con la condición de maternidad, consolidándose de manera mucho más elevada en las mujeres con hijos (82,4 %, frente al 68,1 % registrado en aquellas sin hijos), lo que evidencia una brecha de información de 14,3 puntos porcentuales en detrimento de las mujeres sin experiencia de maternidad. El escenario de mayor nivel de información se consolidó en el municipio Panamericano, donde casi nueve de cada diez mujeres (88,8 %) afirmó conocer cuáles son estas infecciones, seguido por el municipio Torbes con un 79,8 % de respuesta afirmativa. Por su parte, los municipios Páez y Libertador registraron porcentajes de conocimiento muy similares entre sí, con un 76,3 % y un 75,6 % respectivamente.

La mayoría de las mujeres encuestadas (77 %) manifestó tener conocimiento de las medidas preventivas para evitar el contagio de ITS. Este nivel de información fue significativamente más alto entre las mujeres con hijos (80,2 %, frente al 66,5 % de quienes no tenían hijos). El mayor nivel de información se registró en el municipio Panamericano, donde un 88,3 % de las participantes afirmó conocer dichas medidas de prevención, seguido por el municipio Torbes con un 80,9 % y el municipio Páez con un 75,6 %. Por el contrario, en el municipio Libertador, el 33,3 % de las encuestadas manifestó no conocer la forma de prevenir estas infecciones.

2a. Parte

Percepción de las mujeres encuestadas sobre los servicios de salud sexual y salud reproductiva en trece municipios pertenecientes a once entidades federales.

Liminar

En esta segunda parte del informe se presentan los resultados consolidados de la encuesta para determinar la percepción sobre el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva en los territorios monitoreados. La investigación analiza la situación de la SSySR en el contexto humanitario de Venezuela, particularmente en los sectores de salud y protección contemplados en el Plan de Respuesta Humanitaria (PRH) 2026 (Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios [OCHA], 2026) y bajo el enfoque del triple nexo: acción humanitaria, desarrollo y paz.

Para la recolección de evidencia, se desplegó un diseño cuantitativo de muestreo no probabilístico por cuotas, guiado por el criterio de saturación teórica y la complejidad territorial. La muestra alcanzó a un total de 1284 mujeres, consultadas en trece municipios pertenecientes a once entidades federales: Atures (Amazonas); Alberto Arvelo Torrealba (Barinas); Bruzual (Yaracuy); Ezequiel Zamora (Cojedes); Fernández Feo, Libertador y Torbes (Táchira); Guacara (Carabobo); Maracaibo (Zulia); Páez (Apure); Sucre (Miranda); Valdez (Sucre); y Zamora (Aragua). Esta diversidad geográfica permitió analizar de forma comparativa las percepciones cotidianas y las experiencias reportadas en diferentes contextos locales a través de encuestas individuales aplicadas punto a punto en sus hogares durante los meses de agosto y septiembre de 2026, bajo estrictos protocolos de consentimiento informado y confidencialidad.

La observación se concentró en 13 municipios seleccionados a partir de su inclusión en la lista de priorización por niveles de severidad humanitaria del PRH (tales como Atures, Valdez, Páez, Fernández Feo, Torbes y Maracaibo), más los territorios incorporados bajo criterios analíticos y contextuales vinculados con la heterogeneidad socioeconómica, la intensidad de flujos migratorios y la afectación por eventos adversos. La información se organizó en siete ejes fundamentales:

1. **Perfil demográfico y socioeconómico de la población encuestada:** que determina la estructura etaria, el estado civil, el nivel educativo alcanzado, la pertenencia étnica, la diversidad sexual y de género, junto con las dinámicas laborales y de ingresos que condicionan la autonomía económica.

2. **Salud sexual, salud reproductiva y planificación familiar:** centrado en la actividad sexual, el historial gestacional, la orientación recibida por el personal de salud, la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos y las barreras que limitan la autonomía en las decisiones reproductivas.

3. **Salud materna, atención obstétrica y parto humanizado:** analiza las percepciones de la población, respecto a la cobertura del control prenatal, el entorno y personal de atención del parto, la garantía del parto respetado y las brechas en la atención de emergencias obstétricas y controles posnatales.

4. **Infecciones de transmisión Sexual y el diagnóstico de VIH:** se determina el nivel de información sobre servicios diagnósticos gratuitos o a bajo costo y las barreras comunitarias asociadas al estigma y la discriminación.

5. **Violencia basada en género (VBG) y mecanismos de protección:** se indaga en la preparación comunitaria ante agresiones sexuales, el conocimiento de rutas de denuncia formal y la disponibilidad de servicios especializados.

6. **Gestión menstrual:** productos utilizados y la idoneidad de la infraestructura sanitaria en espacios públicos y educativos.

7. **Barreras autorreportadas de acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva:** identificación de los obstáculos estructurales, en los distintos municipios.

PERFIL DEMOGRÁFICO Y SOCIOECONÓMICO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

Edad y estado civil

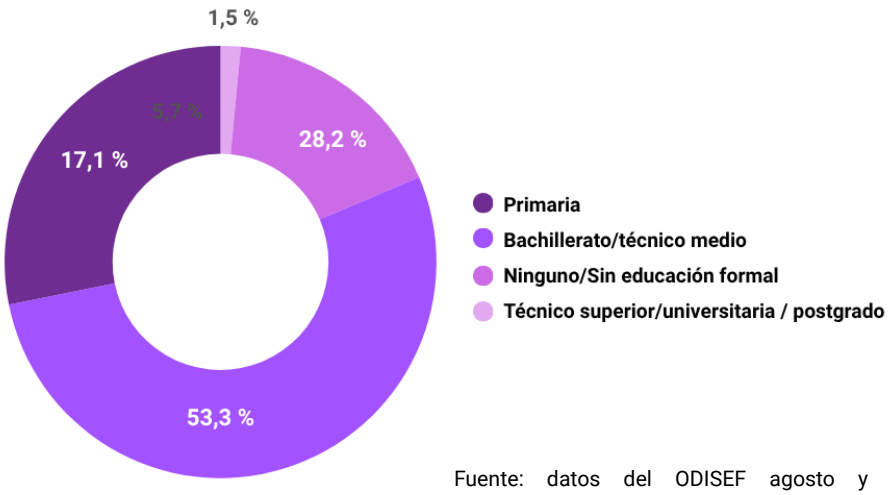
El grupo etario predominante entre las mujeres encuestadas fue de 30 a 39 años (31,2 %), seguido por el grupo de 40 años o más (26,5 %), de 18 a 24 años (21,1 %), de 25 a 29 años (15,2 %), y menores de 18 años (6 %).

La mayoría de las participantes reportó estar casada o en unión libre (58,7 %) o soltera (33 %). En menor proporción se registraron mujeres divorciadas o separadas (7,2 %) y viudas (1,1 %). No obstante, en los municipios Ezequiel Zamora (61 %) y Bruzual (58 %), la mayoría de las mujeres encuestadas reportó estar soltera.

Nivel educativo

Un 53,3 % de las encuestadas había culminado el bachillerato (Gráfico 7).

Gráfico 7. Nivel educativo



Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

PERTENENCIA ÉTNICA, IDENTIDAD DE GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL

El 8,1 % (104) de las encuestadas se autorreconocía como parte de un pueblo indígena o comunidad étnica, y están distribuidas geográficamente en: Atures (47,1 %), Maracaibo (11,5 %), Bruzual (8,7 %), Zamora (7,7 %), Sucre (6,7 %), Alberto Arvelo Torrealba (5,8 %), Páez (4,8 %), Fernández Feo (3,8 %); y Ezequiel Zamora, Libertador, Torbes y Valdez (1 % cada uno).

SITUACIÓN LABORAL Y FUENTES DE INGRESO

El 47,1 % contaba con empleo formal, el 36,7 % tenía un empleo informal, el 16 % estaba desempleada y el 0,2 % estaba pensionada o jubilada.

Entre quienes tenían un empleo informal, la mayoría (13,8 %) pertenecía al municipio Fernández Feo, seguido de Maracaibo (11,5 %), Páez (10 %) Guacara (9,3 %), Libertador (8,9 %), Sucre (8,5 %), Torbes (7,2 %), Bruzual y Alberto Arvelo Torrealba (6,2 % cada uno), Valdez (5,7 %), Zamora (5,5 %), Atures y Ezequiel Zamora (3,6 % cada uno). Por su parte, quienes señalaron estar desempleadas, se encontraban principalmente en el municipio Zamora (16,5 %), seguido de Valdez (13,6 %), Sucre (11,7 %), Fernández Feo (10,2 %), Libertador (9,2 %), Páez (8,7 %), Ezequiel Zamora (8,3 %), Atures (5,3 %), Alberto Arvelo Torrealba, Bruzual y Torbes (4,4 % cada uno), Maracaibo (1,9 %) y Guacara (1,5 %).

SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Para la OMS la salud sexual y salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias. De allí que su pleno ejercicio requiere el reconocimiento irrestricto de la autonomía corporal: la capacidad inalienable de cada persona para tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo, su sexualidad y su reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia (OMS, 2003).

Es por ello que, en el marco de las normas internacionales, la autonomía reproductiva exige que las personas dispongan de acceso universal a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como a información clara y libre de estigmas (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [CDESC], 2016).

SALUD REPRODUCTIVA, ANTECEDENTES GESTACIONALES Y SITUACIÓN MATERNAL ACTUAL

Los datos demuestran un nivel elevado de actividad sexual en la muestra analizada: el 78 % de las mujeres se mantuvo sexualmente activa en los últimos 6 meses, mientras que el 20,7 % reportó no estarlo y un 1,3 % prefirió no responder.

La mayoría había tenido dos embarazos a lo largo de su vida (22,7 %), uno solo (21,9 %), tres (19,6 %), cuatro o más (18,9 %), y el 16,8 % no había tenido embarazos a lo largo de su vida. Cabe destacar que en esta pregunta se consideraron la

totalidad de embarazos (incluidas pérdidas gestacionales, partos prematuros, hijos nacidos vivos o muertos).

Respecto a la maternidad, el 95 % de las encuestadas tenía hijos vivos (31,9 % dos; 29,3 % uno; 22 % tres; y 16,8 % cuatro o más). Además, en el último año, el 88,9 % no registró partos ni pérdidas gestacionales, el 9 % tuvo un parto y el 2,2 % experimentó una pérdida gestacional. Así mismo, se identificó que, entre las encuestadas el 83,6 % no estaba embarazada ni amamantando, el 11,2 % se encontraba en periodo de lactancia, el 4,8 % estaba embarazada y un 0,4 % reportó estado gestacional y de lactancia simultáneos.

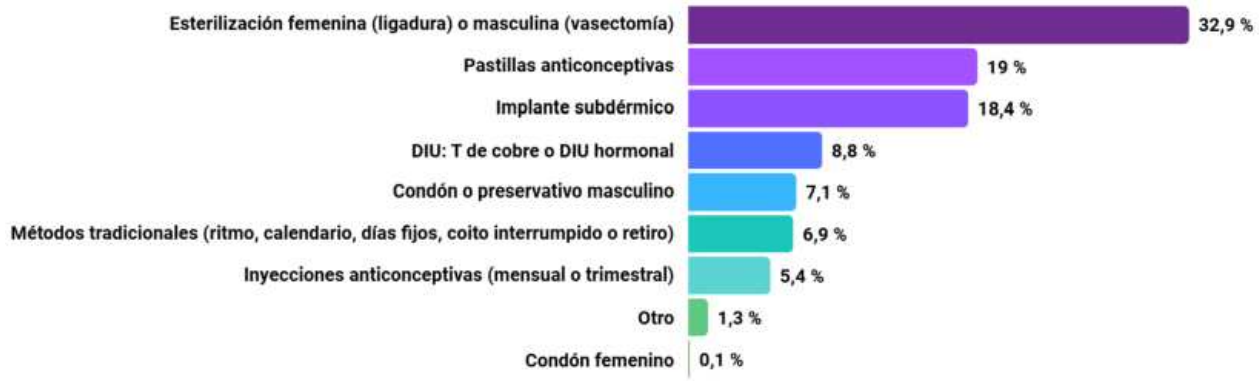
ACCESO A INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN

Al indagar respecto a si habían recibido orientación referente a métodos anticonceptivos por parte del personal de salud en el último año, el 44,8 % señaló que no; el 42,8 % indicó que sí, con información completa; y el 12,5 % señaló que sí, pero con información insuficiente. Quienes nunca habían recibido orientación acerca de métodos anticonceptivos pertenecían a los municipios Guacara (13,6 %), Bruzual (11,5 %), Ezequiel Zamora (11,3 %), Atures (10,1 %), Sucre (9,9 %), Maracaibo (9,4 %), Libertador (8,2 %), Valdez (6,8 %), Alberto Arvelo Torrealba (5,7 %), Zamora (5,6 %), Páez (3,1 %), Torbes (3 %), y Fernández Feo (1,9 %).

PREVALENCIA Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS

El 61,8 % de las mujeres utilizaba en el momento de ser encuestada algún método anticonceptivo, el 22,2 % no utilizaba ninguno y el 16 % manifestó no usarlo por ausencia de pareja sexual. La mayor prevalencia de mujeres que no usaban métodos anticonceptivos se detectó en el municipio Ezequiel Zamora (12,3 %), seguido de Zamora (11,9 %), Atures, Fernández Feo y Libertador (10,2 % cada uno), Maracaibo (9,1 %), Bruzual (7 %), Valdez (6,3 %), Páez (6 %), Sucre (5,6 %), Alberto Arvelo (5,3 %), y Guacara (2,1 %). Sin embargo, entre quienes sí empleaban anticoncepción, la distribución reflejó una marcada preferencia por métodos irreversibles y de larga duración, específicamente esterilización femenina o ligadura (32,9 %) (Gráfico 8).

Gráfico 8. Métodos anticonceptivos más utilizados



Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

Barreras para el uso de anticonceptivos

Las razones reportadas por aquellas encuestadas que no utilizaban anticonceptivos expusieron una serie de obstáculos que condicionan la autonomía corporal (Gráfico 9):

- **Factores clínicos y temor a efectos adversos:** constituyó la principal barrera reportada (17,5 %), especialmente en Páez (80 %), Torbes (40 %) y Valdez (37,5 %).
- **Razones reproductivas y relacionales:** el 15,3 % deseaba un embarazo y el 11,9 % reportó ausencia de relaciones sexuales.
- **Barreras socioculturales:** 4,9 % aludió como razón principal la oposición activa de la pareja, familiares o motivos religiosos; y, el 4,5 % expuso que no utilizaba anticonceptivos debido al temor por eventuales juicios de valor.

Gráfico 9. Razón principal por la que no usa métodos anticonceptivos



Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y SSYSR EN ADOLESCENTES

En relación con el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia (anticoncepción de urgencia), el 55,9 % sabía dónde conseguirla y podría adquirirla por su cuenta; 17,5 % sabía dónde conseguirla, pero no podría adquirirla por su cuenta; 11,6 % no sabía dónde conseguirla y el 15 % indicó que no requería esa información. Al analizar los datos por municipio, se evidenció que, quienes señalaron que no sabrían dónde conseguirla viven en: Zamora (16,8 %), Guacara (14,1 %), Atures y Valdez (13,4 % cada uno), Bruzual (8,1 %), Ezequiel Zamora y Sucre (7,4 % cada uno), Libertador (6 %), Alberto Arvelo Torrealba (4,7 %), Maracaibo (2,7 %), Torbes (2 %) y Fernández Feo (0,7 %).

Sobre la estigmatización percibida hacia adolescentes que buscan servicios de SSySR, el 25,5 % percibe que la estigmatización ocurre ocasionalmente, el 22,4 % sostuvo que ocurría de forma frecuente, destacando esta problemática en Zamora (25 %), Atures y Valdez (20 % cada uno). Solo el 39,1 % afirmó que no existe estigmatización; y, el 13 % no tenía información al respecto.

En general, la estigmatización contraviene los mandatos del CDESC (2016) respecto a la disponibilidad y asequibilidad sin discriminación de los insumos de salud sexual y salud reproductiva, por ello, el reporte de estigmatización frecuente u ocasional hacia las adolescentes puede exponer particularmente a esta población a riesgos incrementados de embarazos no planificados.

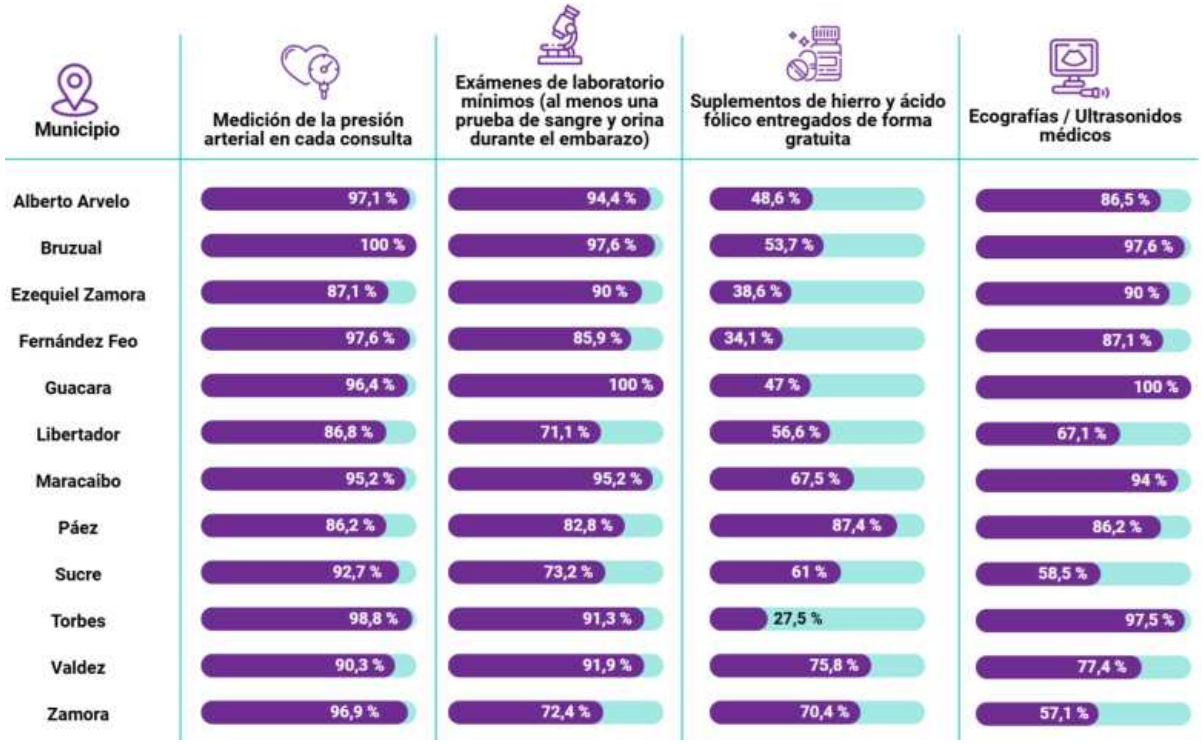
SALUD MATERNA, ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y PARTO HUMANIZADO

Dentro de la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos, se encuentra el seguimiento integral de la gestación y el alumbramiento. De acuerdo con las directrices de la OMS se recomienda un mínimo de ocho consultas a lo largo del embarazo, con el objetivo de optimizar la experiencia de la gestante, prevenir complicaciones y garantizar intervenciones clínicas oportunas (OMS, 2026). El parto y nacimiento humanizado se concibe como un modelo de atención que restituye la centralidad de la mujer, su hijo o hija y su entorno familiar en el proceso de embarazo, parto y postparto; lo cual exige el respeto absoluto a los tiempos biológicos, la fisiología, la autodeterminación y el bienestar emocional de la gestante, bajo la garantía de un entorno clínico exento de violencia y medicalización innecesaria, que promueva la participación activa de la madre en la toma de decisiones, el derecho al acompañamiento continuo por una persona de su elección y la dignificación del alumbramiento, ya sea por vía vaginal o cesárea, como una experiencia segura, respetuosa y basada en el pleno ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos (UNFPA, 2018).

Los resultados evidencian un alineamiento positivo con los estándares globales: la mayoría de las encuestadas acudió a 8 o más consultas (57,6 %). No obstante, un 29,8 % acudió entre 4 y 7 consultas, el 9,3 % entre 1 y 3, el 2,6 % no asistió a ninguna y un 0,8 % aún no acudía por encontrarse en etapas gestacionales muy tempranas. Las mujeres que reportaron no haber asistido a ninguna consulta se encontraban en los municipios: Fernández Feo, Sucre y Valdez (14,8 % cada una), Atures y Páez (11,1 % cada uno).

En cuanto a los componentes clínicos de la atención recibida: el 93,7 % reportó medición de la presión arterial en cada consulta, un 87,5 % indicó la realización de exámenes de laboratorio (al menos una prueba de sangre y orina), el 83,9 % se sometió a ecografías o ultrasonidos médicos, y el 57,3 % recibió suplementos de hierro y ácido fólico de forma gratuita (Gráfico 10).

Gráfico 10. Alcance de los controles prenatales por municipio. Respuesta de opción múltiple



Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

ATENCIÓN DEL PARTO

La atención del parto estuvo a cargo principalmente de profesionales de la medicina especialistas en obstetricia o medicina general (92,4 %), enfermeras obstétricas o parteras certificadas (1,2 %), familiares o vecinos (0,5 %) y parteras comunitarias (0,4 %); en el 4,9 % no aplicaba por encontrarse en periodo de gestación. Respecto al entorno físico, el 79,6 % dio a luz en un hospital público o centro especializado de la red pública, el 11,8 % en clínicas u hospitales privados, el 2,1 % en ambulatorios públicos y el 1,5 % en su vivienda o espacios comunitarios. Destacó territorialmente que el 6,5 % en Valdez y el 5,5 % en Atures dieron a luz en sus domicilios o espacios comunitarios.

PRÁCTICAS DE PARTO RESPETADO

En cuanto a las prácticas del parto respetado, el 75,5 % de las encuestadas afirmaron que el profesional de la medicina le informó sobre cada procedimiento antes de realizarlo, al 67,8 % se le respetó el primer contacto piel con piel inmediato con su bebé tras el nacimiento, el 52,9 % destacó que el parto se dejó evolucionar naturalmente, pero solo un 21,9 % indicó que el establecimiento le facilitó que un acompañante de su elección estuviera con ella en todo momento, y para el 5,1 % no aplicaba esa información.

CONTROLES POSNATALES Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

En el periodo posparto, el 40,1 % acudió a la consulta rutinaria luego de finalizado el puerperio y el 37 % a control temprano (entre 10 y 15 días). Sin embargo, el 35,5 % no asistió a ningún control posnatal y entre ellas destacan quienes residían en los municipios Libertador (61,8 %), Atures (50,5 %) y Fernández Feo (49,4 %) por no haber acudido a ningún control luego del parto.

Ante una emergencia obstétrica, el 66,3 % conocía el centro con capacidad quirúrgica y de transfusión de sangre con atención 24 horas más cercano.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

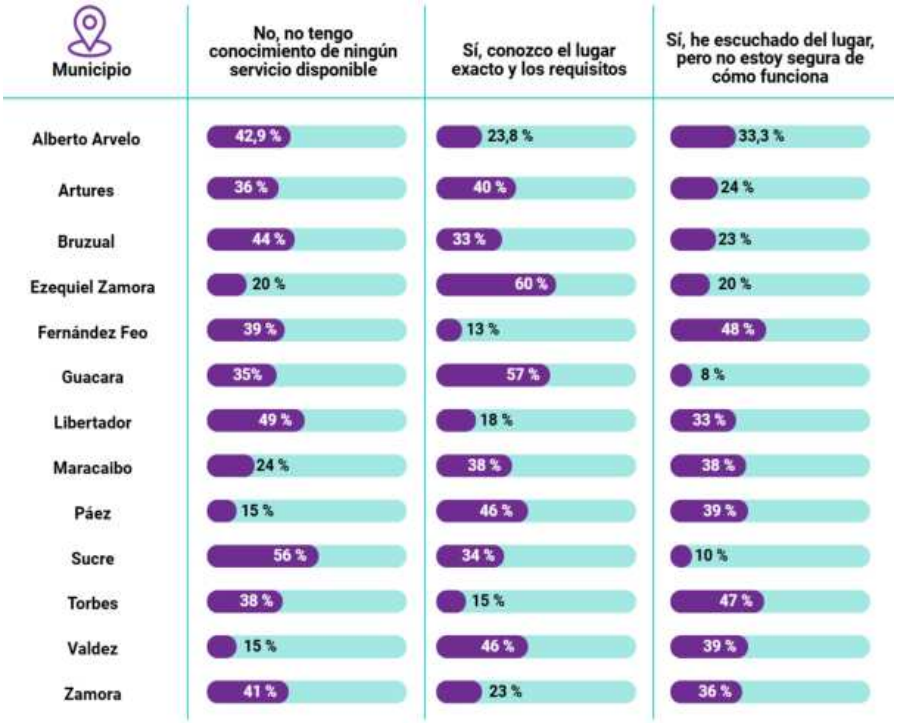
El acceso equitativo a la salud sexual y salud reproductiva constituye un principio fundamental que postula que todas las personas, sin distinción geográfica, socioeconómica o de identidad, deben disponer de oportunidades reales y oportunas para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de ITS, incluido el VIH (OMS, 2022). Este acceso no depende exclusivamente de la infraestructura física, sino de la disponibilidad de servicios libres de barreras económicas y de discriminación.

No obstante, el ejercicio de este derecho se ve severamente obstaculizado por el estigma social y la discriminación vinculados a las ITS y al VIH, tal como lo ha señalado el ONUSIDA, (2024), el miedo al juicio moral, la estigmatización y la discriminación en el entorno comunitario actúan como disuasores que retrasan la búsqueda de diagnóstico temprano e interrumpen el apego al tratamiento antirretroviral.

ACCESO A SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ITS

En cuanto al nivel de información sobre servicios de orientación y atención de las ITS, el 34,5 % de las participantes manifestó conocer con precisión los espacios disponibles y los requisitos para acceder a pruebas diagnósticas o tratamientos a bajo costo o sin costo. Por su parte, un 30,6 % indicó haber escuchado de la existencia de estos centros, pero sin precisar sus dinámicas de atención, mientras que el 34,9 % señaló no disponer de información de los lugares de atención cercana en sus localidades. Al observar las variaciones territoriales, se identifican diferencias locales relevantes: en el municipio Ezequiel Zamora el 60 % de las consultadas reportó un conocimiento preciso de estos servicios, en contraste con el municipio Sucre, donde el 56 % manifestó requerir mayor información sobre las opciones de atención disponibles (Gráfico 11).

Gráfico 11. Conocimiento de centros para pruebas y tratamiento de ITS por municipio



Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

Por otro lado, en relación con los obstáculos que enfrentan las personas que viven con VIH, el 83,4 % indicó que no conoce a nadie en esta situación y por ello no contaba con información al respecto. También se verificó principalmente, la discriminación o miedo a ser identificada al retirar el tratamiento (7,4 %). Cabe destacar que, quienes señalaron el miedo a la discriminación como el principal obstáculo fueron especialmente las encuestadas en Páez (20 %), Libertador (18,9 %), Atures y Valdez (12,6 % cada uno), Alberto Arvelo Torrealba (9,5 %), Ezequiel Zamora (7,4 %), Maracaibo (6,3 %), Torbes (4,2 %), Fernández Feo y Zamora (3,2 % cada uno) y Bruzual (2,1 %).

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (VBG) Y MECANISMOS DE PROTECCIÓN

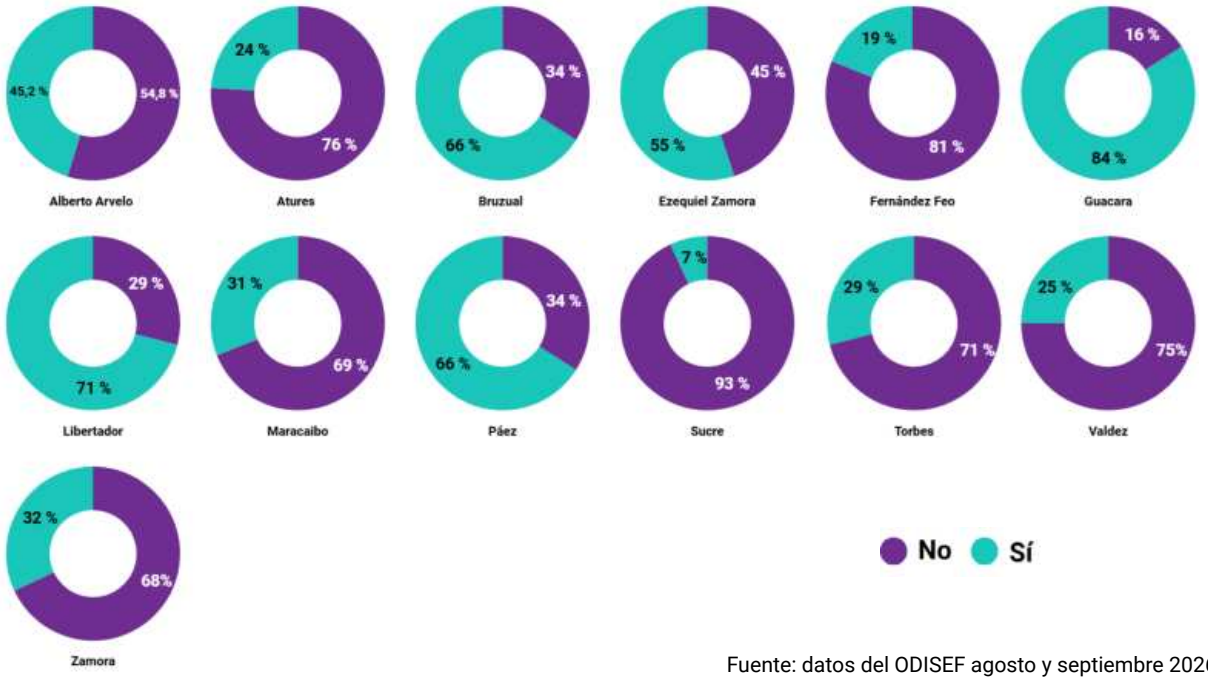
La VBG comprende toda agresión dirigida contra una persona fundamentada en los roles, identidades y relaciones de poder socialmente construidos entre géneros, por lo que, su génesis radica en sistemas normativos, patrones socioculturales y estructuras jerárquicas que legitiman y perpetúan la desigualdad y la discriminación estructural (UNFPA, 2021). Por ello, el diseño de rutas de atención integral y rutas de derivación formal (judicial, policial y psicosocial) es imperativo para garantizar la restitución de derechos y la protección de las sobrevivientes. Es importante señalar, que, ante situaciones de agresión sexual, los protocolos correspondientes, establecen que la respuesta médica de emergencia debe activarse de manera inmediata dentro de las primeras 72 horas, con el objetivo de garantizar la profilaxis postexposición para prevenir la transmisión del VIH, la

anticoncepción de emergencia, la profilaxis para ITS y el soporte médico forense integral (Ministerio del Poder Popular para la Salud, ONUSIDA y UNFPA, s.f.).

Sin embargo, los datos revelaron que el 60,7 % de las encuestadas aseguró que la comunidad en la que reside desconoce qué hacer en caso de sufrir una agresión de esta naturaleza. Tan solo el 39,7 % manifestó saber que se debe buscar atención médica de emergencia, anticoncepción de postexposición y profilaxis dentro de las primeras 72 horas.

Localmente, se aprecian los siguientes contrastes: Sucre destaca como el municipio donde la mayor proporción de mujeres señaló que su comunidad desconocía totalmente los protocolos (93 %), mientras que Guacara se alza como el espacio con mayor grado de conocimiento de acuerdo con la percepción de las encuestadas (84 %) (Gráfico 12).

Gráfico 12. Conocimiento sobre la atención médica de emergencia tras una agresión sexual, por municipio.



Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

RUTAS DE DENUNCIA Y SERVICIOS DE APOYO

En relación con el conocimiento de las instituciones judiciales, policiales o rutas de derivación formal para interponer denuncias y activar medidas de protección: 47,2 % conocía con claridad el procedimiento y a qué instituciones acudir, frente al 30,6 % que desconocía por completo las instituciones competentes. Las encuestadas con mayor desconocimiento de las rutas formales fueron las que se encontraban en Libertador (59 %) y Torbes (54 %), en contraparte con Bruzual (81 %) y Guacara (80 %), que mostraron mayor familiaridad con las rutas.

En cuanto a la existencia de servicios de apoyo psicológico o legal especializados y confidenciales: 37 % afirmó que existen servicios gubernamentales o de organizaciones no gubernamentales activos y accesibles, un 36,5 % desconocía

su existencia, y el 18,4 % aseguró que no existen dichos servicios en su municipio. Cabe señalar, que el desconocimiento de estos servicios se concentraron, de acuerdo con las encuestadas, en Atures (70 %) y Sucre (61 %), mientras que su disponibilidad fue más reconocida en Páez (71 %), Valdez (66 %) y Torbes (52 %).

PERCEPCIÓN DE LA VBG

Al indagar en la frecuencia de la VBG en el entorno, el 41,7 % señaló que no se percibían ni escuchaban tales casos, el 21,9 % lo ignoraba, el 19,3 % reportó ocurrencias aisladas u ocasionales, y un 16 % advirtió que se trataba de una problemática frecuente y en aumento. Destacó drásticamente el municipio Valdez, donde el 60 % percibe la VBG como un problema en constante ascenso, frente a Guacara, donde el 83 % no percibía esta clase de eventos (tabla 1).

Tabla 1. Percepción sobre aumento de casos de violencia ejercida por parejas o esposos contra las mujeres, por municipio

Municipio	No responde	No sabe	No se perciben o no se escuchan casos en este entorno	Ocurre de forma aislada u ocasional	Sí, es una problemática frecuente y en aumento en la comunidad
Alberto Arvelo	2,4 %	13,1 %	36,9 %	21,4 %	26,2 %
Atures		20 %	51 %	19 %	10 %
Bruzual		18 %	38 %	27 %	17 %
Ezequiel Zamora	1 %	11 %	50 %	24 %	14 %
Fernández Feo		16 %	41 %	37 %	6 %
Guacara		2 %	83 %	15 %	
Libertador	4 %	35 %	26 %	18 %	17 %
Maracaibo		6 %	61 %	23 %	10 %
Páez	2 %	31 %	45 %	11 %	11 %
Sucre	1 %	65 %	19 %	9 %	6 %
Torbes	1 %	41 %	43 %	6 %	9 %
Valdez		6 %	20 %	14 %	60 %
Zamora	4 %	19 %	27 %	27 %	23 %

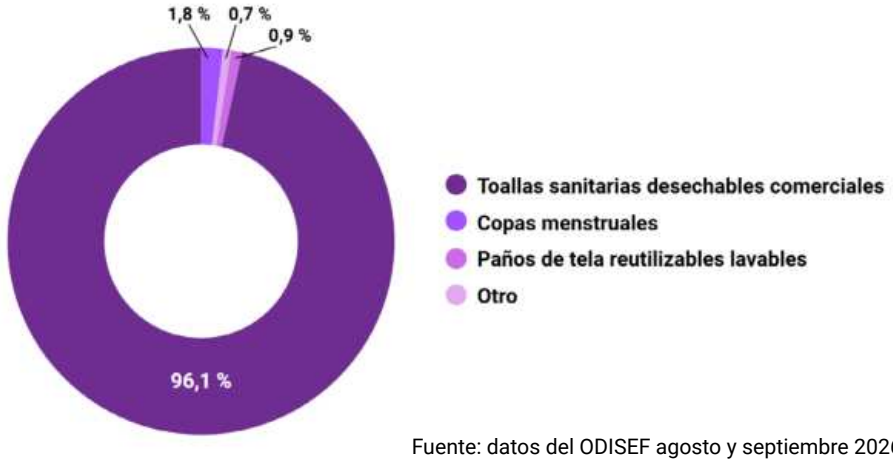
Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

GESTIÓN MENSTRUAL

La salud menstrual trasciende la mera dimensión biológica de la gestión del ciclo; constituye un asunto inalienable de derechos humanos, equidad de género y justicia social, de allí que la dignidad menstrual implica que todas las mujeres, niñas y adolescentes mujeres deben tener la capacidad de gestionar su menstruación de manera segura, higiénica, sin temor ni vergüenza, y con acceso garantizado a insumos adecuados y a una infraestructura pública que lo respalde (UNFPA, s.f.). Los datos demostraron que la mayoría dependía

de insumos desechables tradicionales, específicamente toallas sanitarias desechables (96,1 %) (Gráfico 13).

Gráfico 13. Productos de gestión menstrual utilizados



Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

3a. Parte

Hallazgos a partir de la triangulación de ambas encuestas.

Brecha entre la recepción de información y el ejercicio efectivo de la autonomía corporal

Aunque el 68,9 % de las encuestadas con el instrumento para explorar el grado de conocimiento y apropiación sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos afirmó haber recibido alguna charla o formación en sexualidad, solo el 37,9 % reconoció los derechos sexuales y derechos reproductivos. La brecha más severa se observó en el municipio Libertador del estado Táchira donde a pesar de que un 61,6 % dijo conocer o haber escuchado el término, únicamente el 30,1 % los reconocía plenamente. Por su parte, en la encuesta diseñada para determinar la percepción sobre el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva en los territorios monitoreados se identificó que se suele limitar la orientación sexual a enfoques puramente biológicos o reproductivos, y se omiten componentes esenciales de prevención de la violencia, la autonomía decisional y la gestión menstrual digna. Por tanto, se recomienda **acompañar y fortalecer** los programas formativos existentes mediante la incorporación de marcos metodológicos estandarizados para potenciar la comprensión y apropiación efectiva de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Diferencia entre el reconocimiento de los tipos de VBG y la orientación práctica relacionada con las rutas de atención

En la encuesta para explorar el grado de conocimiento y apropiación sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos, el 66,4 % de las mujeres consultadas declaró conocer cuáles son los tipos de VBG, con coberturas informativas destacadas en municipios como Libertador (72 %) y Torbes (71,4 %). No obstante, los hallazgos de la encuesta diseñada para determinar la percepción sobre el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva en los territorios monitoreados evidenciaron que la apropiación conceptual del término no se traduce en el conocimiento de la respuesta clínico-asistencial oportuna: un 60,7 % de la muestra general desconocía que ante una agresión o violencia sexual se debe acudir a un centro de salud para recibir atención médica de urgencia dentro de las primeras 72 horas. Esta brecha de información acerca de la ventana clínica inmediata resultó bastante amplia en Libertador y Torbes, donde el desconocimiento de dicho protocolo alcanzó el 71 % en ambos casos. Frente a esto, se recomienda **acompañar y fortalecer** las campañas de difusión de los protocolos de actuación médica inmediata ante casos de violencia sexual.

La red de atención primaria logra captar y acompañar eficazmente durante el embarazo, pero la asistencia de las mujeres a los controles disminuye significativamente tras el nacimiento

La encuesta para explorar el grado de conocimiento y apropiación sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos registró una alta asistencia a los controles durante el proceso de gestación: el 89,2 % de las mujeres declaró haber asistido a controles prenatales durante su último embarazo. La encuesta diseñada para determinar la percepción sobre el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva en los territorios monitoreados se profundizó en el continuo asistencial posparto y reveló que, tras el nacimiento, un 35,5 % de las mujeres no asistió a ningún control posnatal (61,8 % en Libertador, un 50,5 % en Atures y un 49,4 % en Fernández Feo). Ello, demuestra la necesidad de reforzar las acciones de información y sensibilización con las propias mujeres referidas a la importancia del autocuidado y la salud posnatal. Al igual que resulta prioritario afianzar la percepción de la consulta posparto como una cita médica indispensable para la recuperación de la madre, la detección oportuna de complicaciones tardías, el apoyo en la lactancia materna y la orientación en planificación familiar.

Conclusiones

Existe un distanciamiento marcado entre la información recibida por las mujeres y su capacidad para reconocerse como titulares de derechos. Existe una tendencia generalizada a entender la sexualidad únicamente desde su dimensión biológica o reproductiva, lo que deriva en un escaso reconocimiento y desdibujamiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos en la práctica clínica y cotidiana. Al no identificar la autonomía sobre el propio cuerpo como un derecho fundamental y determinante para la salud se limita la capacidad individual para tomar decisiones libres, informadas y seguras respecto a la planificación reproductiva, la anticoncepción y el disfrute pleno de la salud sexual.

Aunque se identifican las agresiones físicas o verbales como formas de violencia de género, existe una grave desinformación respecto a las medidas de salud inmediatas que deben tomarse tras sufrir una agresión sexual. Las mujeres desconocen mayoritariamente la existencia del protocolo clínico de emergencia y la ventana crítica de las 72 horas para prevenir infecciones como el VIH y embarazos no deseados. Esta falta de información, sumada a la normalización o silencio ante situaciones de abuso compromete la atención médica oportuna, el seguimiento ginecológico integral y la debida asistencia legal.

La prevención en salud sexual se encuentra relegada por la falta de reconocimiento de los síntomas asociados a las infecciones de transmisión sexual y por una baja cultura de diagnóstico oportuno. La falta de autoobservación, la asintomatología recurrente de estas afecciones, la escasa consulta ginecológica preventiva, la baja adherencia a tamizajes de rutina y la persistencia de estigmas socioculturales asociados a la patología del tracto genital y al VIH lleva a que muchas mujeres acudan a servicios de salud en etapas avanzadas de una afección o durante el embarazo, y omitan la práctica de autocuidado preventivo como norma de vida.

Mientras que las mujeres muestran una alta disposición a cumplir con la asistencia a controles prenatales, se observa un abandono casi total del autocuidado durante el periodo posterior al nacimiento. Existe un bajo reconocimiento de la importancia de la consulta posnatal, lo que lleva a no acudir a las revisiones de recuperación ginecológica, no solicitar asesoría oportuna para la anticoncepción posparto e impide la detección precoz de morbilidades físicas y trastornos neuropsiquiátricos o afectivos asociados al alumbramiento.

La gestión menstrual continúa estando permeada por estigmas socioculturales, tabúes y limitaciones en el manejo de prácticas de higiene de bajo impacto. Gran parte de la población no aborda la menstruación como un proceso fisiológico y endocrino natural, lo que perpetúa conductas de ocultamiento y desinformación. La carencia de educación pedagógico-sanitaria e higiene informada incide de forma directa en el bienestar psicoafectivo, el desarrollo psicosocial y la salud reproductiva y ginecológica de adolescentes y mujeres.

La inserción de las mujeres en el mercado de trabajo se caracteriza por ocupaciones elementales, informales o no remuneradas, caracterizadas por la

inestabilidad o ausencia de ingresos. Esta precariedad laboral genera una escasez directa de recursos económicos que limita el presupuesto destinado a la compra de insumos de salud e higiene y dificulta el financiamiento de traslados oportunos a la atención médica primaria y especializada en salud sexual y salud reproductiva.

La interacción entre un bajo nivel educativo y la falta de oportunidades de empleo formal consolida un ciclo continuo de vulnerabilidad para las mujeres. Esta situación se profundiza por la asunción predominante de las labores de cuidado no remuneradas y la atención a familiares dependientes, lo que actúa como una barrera silenciosa que absorbe su tiempo y restringe las posibilidades de retomar estudios, capacitarse o insertarse en el mercado laboral remunerado. Sin ingresos propios estables ni la formación requerida para alcanzar autonomía económica, las mujeres enfrentan una marcada dependencia de sus parejas o redes familiares, lo cual merma su capacidad de negociación en el hogar, reduce la libertad para tomar decisiones autónomas sobre su salud, cuerpo y vida reproductiva, y obstaculiza la salida de entornos de violencia, estigmatización o desprotección.

Existe una brecha estructural entre la sola recepción de charlas o contenidos informativos sobre sexualidad y la apropiación conceptual efectiva de los derechos sexuales y derechos reproductivos. La educación recibida tiende a centrarse en enfoques biológicos y en la anatomía reproductiva, y se dejan de lado aspectos fundamentales como la autonomía en la toma de decisiones informadas, la prevención de la violencia y el enfoque de derechos en salud.

Identificar las distintas expresiones de la violencia basada en género no garantiza el conocimiento sobre cómo y dónde acceder a atención médica de emergencia. La escasa difusión de las guías de manejo clínico para víctimas de agresión sexual especialmente dentro de la ventana de las primeras 72 horas, compromete el acceso oportuno a profilaxis postexposición contra infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH) y a la anticoncepción de emergencia, lo que termina incrementando, de forma evitable, el riesgo de morbimortalidad y embarazos no planeados.

Recomendaciones

AL ESTADO VENEZOLANO

Incentivar las consultas de control ginecológico y puerperal entre los 10 y 40 días posparto para ofrecer una ruta asistencial articulada que incorpore la consejería en anticoncepción posparto e inicio oportuno de métodos anticonceptivos, para reducir la morbimortalidad materna, optimizar el intervalo intergenésico y prevenir embarazos no planeados subsiguientes.

Avanzar en el fortalecimiento de los contenidos curriculares del sistema educativo nacional hacia un enfoque pedagógico integral de la sexualidad que, además del componente anatómico y biológico, incorpore el desarrollo de habilidades para la vida, el autocuidado, la prevención de la violencia y la toma de decisiones informadas.

Fortalecer las capacidades del Sistema Público Nacional de Salud para asegurar la continuidad y optimización de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, así como los mecanismos institucionales de prevención y atención integral ante la violencia contra las mujeres, mediante el co-diseño, ejecución y evaluación de una estrategia permanente de comunicación, sensibilización y difusión de información institucional bajo la rectoría del Ministerio del Poder Popular para la Salud, que potencie la sinergia intersectorial entre la Red de Atención Primaria en Salud, los centros asistenciales hospitalarios, las instancias del Poder Popular organizado en las comunidades y los planteles del sistema educativo formal y no formal por medio del impulso de la promoción de la salud y la orientación integral de la sexualidad.

Fortalecer la implementación de las políticas nacionales de salud existentes, mediante el impulso continuo a la divulgación oportuna sobre el margen de atención médica prioritaria dentro de las primeras 72 horas para la atención integral de víctimas de violencia sexual, a fin de coadyuvar con el órgano rector en la masificación, accesibilidad y aplicación sistemática de sus protocolos clínicos de atención integral temprana y tratamientos preventivos específicos en toda la red asistencial nacional.

Fomentar políticas públicas e incentivos que promuevan la formación técnica, la inserción laboral formal de las mujeres y la creación de redes comunitarias e institucionales de cuidado infantil y de personas dependientes, orientadas a conciliar las cargas del hogar y favorecer la autonomía económica de las mujeres.

A LAS ORGANIZACIONES EN ARTICULACIÓN CON EL ESTADO VENEZOLANO

Diseñar e implementar programas comunitarios de formación con lideresas locales, promotoras de salud y docentes, focalizados en transformar la información sobre salud reproductiva en herramientas prácticas para el reconocimiento de la autonomía corporal, la autoobservación sintomática de ITS y la cultura del examen ginecológico preventivo, del tamizaje y la medicina preventiva.

Desarrollar iniciativas complementarias de formación comunitaria en materia de salud e higiene menstrual en espacios comunitarios, orientadas a fortalecer el conocimiento práctico sobre la fisiología del ciclo, la anatomía del aparato reproductor y la prevención de infecciones del tracto urogenital; esta estrategia de acompañamiento formativo deberá realizarse en coordinación con los actores locales y podría potenciarse mediante la dotación de insumos y kits de higiene para la gestión menstrual.

Co-crear y difundir herramientas comunitarias accesibles (directorios, mapas de servicios y guías informativas) sobre las rutas de denuncia y los servicios de atención médica, psicosocial y legal disponibles en el ámbito municipal.

Promover la cooperación intersectorial entre programas estatales, organizaciones comunitarias y sector privado para vincular las intervenciones en salud sexual y salud reproductiva con iniciativas de emprendimiento, capacitación técnica y medios de vida, con el propósito de reducir los factores de vulnerabilidad socioeconómica que perpetúan la dependencia.

Anexo 1

Municipio	Población que no identifica la ventana crítica de atención médica de emergencia	Población que no conoce la institución judicial, policial o ruta de derivación	Población con tiempos de traslado superiores a 1 hora para acceder a atención	Población que no asistió a ningún control postnatal	Población sin acceso efectivo ni información oportuna sobre centros de diagnóstico
Alberto Arvelo Torrealba (Barinas)	54,8 %	21,4 %	**38,9 %**	45,8 %	42,9 %
Atures (Amazonas)	**76 %**	20 %		**50,5 %**	36 %
Bruzual (Yaracuy)	34 %	2 %	1,2 %	17,1 %	**44 %**
Ezequiel Zamora (Cojedes)	45 %	21 %	1,4 %	22,9 %	20 %
Fernández Feo (Táchira)	**81 %**	15 %	**100 %**	**49,4 %**	39 %
Guacara (Carabobo)	16 %	19 %		31,3 %	35 %
Libertador (Táchira)	71 %	23 %	30,3 %	**61,8 %**	**49 %**
Maracaibo (Zulia)	69 %	**27 %**		13,3 %	24 %
Páez (Apure)	34 %	**24 %**	3,4 %	23 %	15 %
Sucre (Miranda)	**93 %**	18 %		48,8 %	**56 %**
Torbes (Táchira)	71 %	**36 %**	**65,1 %**	40 %	38 %
Valdez (Sucre)	75 %	3 %	11,5 %	41 %	15 %
Zamora (Aragua)	68 %	8 %	20,4 %	21,4 %	41 %

Fuente: datos del ODISEF agosto y septiembre 2026.

Referencias

A

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2026). A/HRC/62/62: Acelerar el progreso hacia la prevención del embarazo adolescente - Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos - Versión preliminar editada. Informes temáticos. https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc6262-accelerating-progress-towards-preventing-pregnancy-among

Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (2025a). Los cuidados en la prevención de la violencia basada en género. Evaluación de impacto. https://avesa.blog/wp-content/uploads/2025/05/Evaluacion-de-Impacto-Cuidados-y-VbG.pdf

Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (2025b). Salud, derechos sexuales, derechos reproductivos, y violencia de género. https://avesa.blog/wp-content/uploads/2025/03/Salud-DSR-y-VbG-1.pdf

C

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016). Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y salud reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2017). Recomendación general núm. 35 sobre la

violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19. https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BD

E

Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (2025). Cómo se interrelacionan la desigualdad de género y el cambio climático. https://www.unwomen.org/en/articles/explainer/how-gender-inequality-and-climate-change-are-interconnected

Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las (2026). El trabajo de cuidados es el motor que sostiene el mundo. https://www.unwomen.org/es/articles/in-focus/care

F

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Programa Mundial de Alimentos y Banco Mundial (2010). Para la Vida. Cuarta edición. https://www.unicef.org/venezuela/media/831/file/Para%20la%20vida.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018). Parto y nacimiento humanizado. Parir con calidad y calidez un derecho humano de las mujeres. https://venezuela.unfpa.org/es/publications/parto-y-nacimiento-humanizado-parir-con-calidad-y-calidez-un-derecho-humano-de-las

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2021). Lineamientos técnicos conceptuales para implementar proyectos de violencia basada en género en contextos de emergencia. https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/lineamientosvbgencontextos-deemergencia_final.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2021). Mi cuerpo me pertenece: El derecho a la autonomía y la autodeterminación (Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2021). https://www.unfpa.org/es/sowp-2021

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2025). Educación sexual integral. Nuestra labor. https://www.unfpa.org/es/educaci%C3%B3n-sexual-integral

Fondo de Población de las Naciones Unidas (s.f.). La menstruación y derechos humanos. https://www.unfpa.org/es/menstruacion-preguntas-frecuentes#%C2%BFC%C3%B3mo%20se%20relaciona%20la%20menstruaci%C3%B3n%20con%20los%20derechos%20humanos?

M

Ministerio del Poder Popular para la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de Población de las Naciones Unidas (s.f.). Manejo clínico de la violencia sexual. https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cartillas_-_atencionvs.pdf

O

Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2021). Métodos anticonceptivos son clave para el empoderamiento de las mujeres. https://observadsdr.org/metodos-anti-

conceptivos-son-clave-para-el-empoderamiento-de-las-mujeres/

Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (2026). Venezuela: Extensión del Plan de Respuesta Humanitaria 2026. https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/venezuela-extension-del-plan-de-respuesta-humanitaria-2026?_gl=1*-t60hib*_gcl_au*MTk1MzU5MTYzMC4xNzkxMjM4NDE1*_ga*MTU3OTg-5Mjg5OC4xNzkwMzcwNDg0*_ga_E60ZNX2F68*czE3OTEzMTg0NDEkbzMkZzAkdDE3OTEzMTg0NDEkajYwJGwwJGgw

Oficina de Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres y ONU Mujeres (2022). Hacia la igualdad de género y el liderazgo de las mujeres para la resiliencia ante el riesgo de desastres en América Latina y el Caribe. https://www.cepal.org/sites/default/files/doc_riesgo_desastres_csw.pdf

Organización Internacional para las Migraciones (2021). La movilidad humana derivada de desastres y el cambio climático en Centroamérica. https://lac.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1446/files/documents/la_movilidad_humana_derivada_de_desastres_y_el_cambio_climatico_en_centroamerica.pdf

Organización Mundial de la Salud (2003). Salud reproductiva. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb113/seb11315a1.pdf

Organización Mundial de la Salud (2022). Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/efaf3bab-4386-4104-8e69-1a8b8ee052cc/content

Organización Mundial para la Salud (2026). La OMS amplía las opciones anticonceptivas seguras. https://www.who.int/es/news/item/23-09-2026-who-expands-safe-options-for-contraception

Organización Mundial de la Salud (2016). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who

P

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2024). VIH y estigma y discriminación. https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-11/07-2024-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrmination_es.pdf