

EL OBSERVATORIO PARA LA VIOLENCIA GINECOBSTÉTRICA EN VENEZUELA: UN HORIZONTE DE DESAFÍOS

OBSERVATORY FOR GYNECOBSTETRIC VIOLENCE IN VENEZUELA: A HORIZON OF CHALLENGES

América Villegas Rodríguez

ame.villegas@gmail.com

ORCID 0000-0002-1987-5806

Observatorio de Violencia Ginecobstétrica de Venezuela. Universidad Nacional Experimental de las Artes UNEARTE. CECA Modesta Bor. Baruta, Venezuela

Rossie Eugenia Cedeño Gómez

rossiecedenog@gmail.com

ORCID 0000-0002-3362-6611

Observatorio de Violencia Ginecobstétrica de Venezuela. Centro de Estudios de la Mujer. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela

Recibido: 20/09/2023 - Aprobado: 28/11/2023

Resumen

La pandemia por COVID-19 evidenció el desgaste preexistente del sistema de salud venezolano, disminuyó las opciones de atención en salud materna y recrudeció la violencia ginecobstétrica. También incrementó los casos de muerte materna y perinatal, una regresión de los indicadores de salud. Por ello, analizamos la situación de la atención ginecobstétrica durante la gestación, parto y puerperio en el sistema de salud venezolano en la Gran Caracas. Fue una investigación epistemológicamente situada desde la perspectiva feminista cuyo método hermenéutico hizo un abordaje descriptivo-interpretativo con procedimientos cuantitativos y cualitativos. Los hallazgos muestran cómo intervenciones médicas y trato recibido evidencian irrespetos a los derechos sexuales y reproductivos a la vez que la ineficacia e inexistencia de políticas públicas que garanticen la salud.

Palabras clave: violencia ginecobstétrica, salud materna, derechos sexuales y reproductivos, Venezuela.

Abstract

The COVID-19 pandemic highlighted the pre-existing wear and tear of the Venezuelan health system, decreased maternal health care options, and increased gynecobstetric violence. It also increased cases of maternal and perinatal death, a regression of health indicators. For this reason, we analyze the situation of gynecobstetric care during pregnancy, childbirth and the postpartum period in the Venezuelan health system in Greater Caracas. It was an epistemologically situated investigation from a feminist perspective whose hermeneutic method took a descriptive-interpretive approach with quantitative and qualitative procedures. The findings show how medical interventions and treatment received show disrespect for sexual and reproductive rights as well as the ineffectiveness and nonexistence of public policies that guarantee health.

Keywords: gynecobstetric violence, maternal health, sexual and reproductive rights, Venezuela.

Introducción

El Observatorio Venezolano de Violencia Ginecobstétrica (OVGOVE) nace como una propuesta de la organización Parir con Placer (PCP) junto a las organizaciones Mesa de Mujeres (MD&E), Mujeres por los Derechos (MUDERES) y la Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM), todas integrantes de la Alianza Salud para Todas¹. Se plantea como misión ofrecer análisis periódicos de la situación de esta particular forma de violencia contra las mujeres, con énfasis en el respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos consagrados en la legislación venezolana.

En los últimos años la mortalidad materna ha tenido un aumento significativo. A pesar de que en la actualidad carecemos de cifras oficiales, los datos publicados en los años 2015 y 2016 evidencian un considerable incremento. De acuerdo con González Blanco (2017), “... en 2015 el registro de muertes maternas se ubicó en 456, mientras que en el año 2016 hubo 756...” (p. 2), la mayor concentración se presentó en los estados Zulia, Carabobo y Lara; afirma la autora. Tales cifras son evidencia de la violación de derechos fundamentales como a la vida, la salud, la igualdad y no discriminación; todos violentados en cada una de las mujeres que fallecen por causas relacionadas con su gestación y parto.

Al respecto, interesa citar el trabajo de Jojoa-Tobar et al., (2019), quien adjetiva las serias dificultades para lograr que las mujeres víctimas presenten sus

¹ La Alianza aglutina más de 20 organizaciones que hacen vida a lo largo del territorio nacional entre las que se encuentran Alaplaf, Ampuve, Avesa, Berenjena Empoderada, Cecavid, Las Comadres Púrpuras, Musas, RVG+ Capítulo Mujer; entre otras. Esta coalición tiene entre sus fines apoyar el fortalecimiento de la investigación y la incidencia de la temática de la salud en mujeres venezolanas.

denuncias. La autora refiere como la escasa conciencia de sus propios derechos durante la atención del embarazo, parto, postparto o postaborto, la mínima difusión de esta problemática y la propia naturalización del maltrato se constituyen en obstáculos, dificultan el reconocimiento y la propia conceptualización de esta particular forma de violencia.

Tal realidad, se constituyó en motivación para realizar este estudio que alcanzó los estados que componen La Gran Caracas (Distrito Capital, La Guaira y Miranda) durante el segundo semestre de 2022, con el propósito de analizar la situación de la Atención Ginecobstétrica (AGO en lo sucesivo) durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano.

Episteme y método

Se trató de una investigación post-positivista situada epistemológicamente desde la perspectiva feminista de acuerdo a Maffia (2007), que compartió principios críticos orientados a la deconstrucción del discurso disciplinar instituido con la intención de identificar y corregir los sesgos sexistas, y así evitar que se constituyan en elementos de distorsión que normalicen las prácticas consideradas como violentas, como expresa Flores (2018).

Para favorecer la caracterización de la AGO, optamos por el método hermenéutico, con un abordaje descriptivo-interpretativo que trianguló procedimientos de orden cuantitativo y cualitativo. La técnica utilizada fue la entrevista, que se administró telefónicamente a 318 mujeres quienes

participaron como protagonistas del estudio, postuladas voluntariamente a la consulta; se identificaron como venezolanas y usuarias del sistema de salud venezolano entre los años 2007 y 2022.

Hicimos uso de un instrumento tipo encuesta que se organizó de manera estructurada y pre-secuencializada, con preguntas abiertas y cerradas clasificadas por temáticas, con un diseño que reflejó el sentido circuital del proceso de atención. Así, además de explorar los rasgos demográficos, apuntamos a caracterizar la atención ginecológica prenatal, el abordaje del ingreso y las condiciones del centro de salud, el trato deshumanizador que recibieron las usuarias, los mecanismos normalizados del poder médico y, finalmente, los cuidados posteriores al parto o la cesárea antes del egreso del centro de salud.

Los hallazgos

Si bien estos permiten dar cuenta en su mayor parte de la información derivada del corpus cuantitativo, también incorpora algunos aspectos cualitativos que revisten gran interés.

1. Primera temática: caracterización de las protagonistas del estudio. De acuerdo con los rasgos sociodemográficos, prevalecieron mujeres **morenas** (60%), jóvenes (61% entre 25 y 39 años) y heterosexuales (100%); con un estado civil compartido entre mujeres que declaran estar casadas o en unión estable en un 50%, o la soltería en un 48%. En cuanto al lugar de residencia al momento de realizar el estudio, solo un 8% refirió La Guaira, mientras que el resto, a partes casi iguales, señaló Miranda y el Distrito Capital.

En cuanto al número de gestaciones, se refleja que el 95% de las mujeres entrevistadas han vivido un máximo de tres gestaciones; el restante 4% respondió que tuvo de cinco a seis, y sólo el 1% más de seis. En cuanto a la cantidad de partos o cesáreas, el 42% reportó solo un parto o cesárea, 33% respondió que dos, y 22% que tres o cuatro. El 75% afirmó que el aborto no hace parte de su experiencia de vida mientras el 24% sí lo ha vivido al menos una vez.

En cuanto al tipo de nacimiento, en centros privados el 82% fue por cesáreas y 18% por partos. Inversamente, en centros públicos el 39% fue por medio de cesáreas, y el 61% por partos. Lo cual indica, mientras en centros privados alcanzó un 80%; lo que resulta cuando menos alarmante, pues la cifra se encuentra muy por encima del 10-15% estimado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OPS, 2019).

2. Los hallazgos de la segunda temática corresponden a la atención ginecobstétrica prenatal. Al respecto se debe destacar que un 97% de las entrevistadas afirmó haber asistido a estas consultas: 44% lo hizo en el sistema de salud privado, 31% en el sistema público y otro 24% con un patrón mixto (público y privado). No obstante, al explorar qué información recibieron durante esta consulta, encontramos que a más de la mitad (56%) se le informó sobre la salud materna durante la gestación y al 55% sobre la cesárea y sus riesgos. En cuanto a los signos de riesgo durante la gestación, el 54% de las mujeres recibió información contra un 43% que no la obtuvo. Sólo un 39% recibió consejería sobre lactancia materna contra un significativo 61% que no la recibió y un mínimo de 26% se informó sobre educación para la salud infantil,

a diferencia de un altísimo 74% de las mujeres que no la recibió en esas consultas.

Queda en evidencia que, si bien el 97% de las mujeres asistió a consulta de control prenatal, esto no garantiza que hayan recibido la información mínima referente a los riesgos de la cesárea o los signos a considerar para su salud durante el embarazo, ni sobre los cuidados y la salud del recién nacido, o acerca de la lactancia materna; desvirtuando el espacio de la consulta prenatal de seguimiento como espacio educativo para madres y padres.

Para quienes fueron usuarias del sistema de salud público a partir del año 2017, consultamos sobre si estuvieron en contacto o fueron censadas por alguna promotora de parto humanizado (PPH), a lo que el 71% de las mujeres respondió negativamente. También, se expresó el 80% de ellas al ser cuestionadas sobre la asistencia a actividades de educación prenatal promovidas por parte de este programa; sólo un 20% respondió de manera afirmativa.

Sobre este aspecto se reporta que solo dos de cada seis mujeres tuvo contacto con la figura de la promotora de parto humanizado o que fueron censadas por estas en su comunidad. Además, el 80% de las consultadas expresó que no participó en ninguna actividad de educación prenatal para conocer sus derechos durante el parto o recibir información que permitiera hacer de esta una experiencia positiva.

3. La tercera temática se refiere al abordaje del ingreso y a las condiciones del centro de salud. Consideremos que el 31% de las entrevistadas recibió atención en un centro de salud privado, mientras que la mayoría representada en un 69%, lo hizo en uno del sistema de salud público. A estas usuarias se las interpelló sobre si fueron ingresadas al primer centro al que acudieron; al respecto, un significativo 71% (155 mujeres) respondió que sí, mientras que otro importante 27% (59 mujeres) respondió negativamente, por lo que debieron irse del lugar sin recibir atención. El 64% de estas últimas (38 gestantes) fue referido a otros centros de salud, mientras que otras 21 (29%), no recibió ningún tipo de referencia. De las primeras, solo el 12% obtuvo tales referencias por escrito, mientras que, para el resto, las referencias fueron verbales.

A esta práctica, se le denomina coloquialmente *ruleteo* y suele realizarla desde el personal médico de guardia hasta el propio portero de los hospitales. Es oportuno recordar que, el protocolo de atención al parto y nacimiento del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) indica que esta debe hacerse por escrito y debe garantizar la recepción y atención adecuada. Sin embargo, dada la situación de crisis de los centros de salud, esto ocurre muy poco.

Cuando exploramos las respuestas² en búsqueda de las razones de la remisión, el 52% de las entrevistadas considera que el principal motivo es la ausencia de especialistas, de insumos, recursos e incluso por la imposibilidad

² Falta de personal e insumos médicos 21%, No tenían cama 10%, Se adelantó el parto/No tenían incubadora/No había terapia neonatal 10%, Quirófanos contaminados 7%, No había agua 2% No tenían aire acondicionado 2%.

del centro de salud de contar con servicios públicos básicos. Lo cual, indica las precarias condiciones de infraestructura de algunos centros.

La segunda razón, sustentada en el 39% de las respuestas, señala situaciones relacionadas con las propias condiciones del embarazo y su pronóstico. De allí, que el embarazo de alto riesgo en un 17%, la falta de dilatación en un 7%, y ser primera gesta, estar perdiendo líquido o simplemente haberles dicho *que no podrían parir*, sumó a partes iguales otro 15%. Finalmente, y como tercera razón surgieron respuestas como; *querían hacerme cesárea*, que reporta el 2% y NS/NC (no hubo respuesta) que ocupó el restante 7%.

Como dato crítico, destacamos que el 77% de las mujeres entrevistadas manifestó ignorar lo que es un plan de parto. Y un 23% expresó conocer en qué consiste. Solo el 5% de las entrevistadas realizó el plan de parto por escrito y lo presentó al centro de salud donde fueron atendidas. Lo cual, se traduce en 16 de las 318 mujeres entrevistadas. Estas cifras evidencian la necesidad de construir mecanismos que permitan la formalización de este documento como parte de la atención y educación prenatal y, su aceptación por parte del equipo de salud en la atención al parto y nacimiento.

Otro aspecto de interés, lo constituye la solicitud de algún tipo de insumos médico-quirúrgicos para brindar la atención en el Sistema de Salud Público (SSP) es que, de las 218 gestantes que fueron usuarias de este sistema, al 65% no se le solicitó, contrariamente a un tercio de ellas (34%), sí. Igualmente, la respuesta ante la solicitud de agua potable y alimentos para su propio

consumo, fue afirmativa en el 76% y 72%, respectivamente. Se concluye, que una de cada cuatro mujeres debe garantizar su hidratación y alimentos para ingresar a esos espacios de salud. De manera similar, ocurrió a un 30% de ellas a quienes se solicitó artículos de limpieza como contribución durante su estadía en el centro de salud.

Aunque se presentó como fenómeno aislado, por la gravedad de sus implicaciones corresponde reportar el hecho de que 12 mujeres de un total de 218 que usaron el SSP, respondieron que le fue solicitado dinero para ingresar al centro. Se trata de un 5,5% y aunque resulte una proporción baja, esto significó para ellas una privatización *de facto* del derecho a la salud y se constituyó en sí mismo en un riesgo adicional. También, en esa misma proporción algunas mujeres se vieron obligadas a compartir la cama con alguna otra parturienta.

4. En cuanto al trato deshumanizador que recibieron las usuarias y los mecanismos normalizados del poder médico. Corresponde apuntar que un importante escollo, considerar que Venezuela carece de datos oficiales que informen periódicamente sobre el número de cesáreas realizadas en los centros de salud, por ello cobra valor de este estudio.

Sobre el **Consentimiento Informado**, el estudio afirma que a siete de cada 10 mujeres no se les solicitó firmar autorización alguna que indicara riesgos o consecuencias de los procedimientos que podrían realizarles, lo que afectó negativamente la toma de decisiones informadas. Ello, coincide con lo

planteado en el Informe de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer³ (Naciones Unidas, 2021), donde Šimonović destaca el valor de este instrumento como un derecho humano que ayuda a proteger contra la violencia obstétrica.

Además, la pesquisa arroja que persisten protocolos de atención durante el ingreso a los centros de salud que vulneran los derechos de las mujeres mediante el intervencionismo y la medicalización. Entre ellos destacan la colocación de vía intravenosa inmediatamente al llegar al hospital (con el fin de administrar oxitócicos sintéticos). También, se reporta la ruptura artificial de membranas para acelerar el parto y la realización de numerosos y con frecuencia innecesarios tactos vaginales. Dichos procedimientos, se aplicaron de forma rutinaria y sin informar ni solicitar el consentimiento de las mujeres.

Este informe, dejó en evidencia que en la mayoría de los centros de salud públicos y privados se prohíbe el libre movimiento de las gestantes y la ingesta de alimentos o de líquidos durante la fase inicial del trabajo de parto. Ello irrespeta lo establecido en la Norma Oficial de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva (2013), los Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia (2014), así como las Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva (2018), documentos oficiales emitidos por el MPPS y la OMS.

3 Dubravka Šimonović fue nombrada Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias por el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas desde junio de 2015.

Preocupa especialmente, la realización de procedimientos durante el parto que han sido desaconsejados en la normativa nacional e internacional. Tal es el caso de la maniobra de Kristeller (empujar con el antebrazo el abdomen de la mujer). Esta práctica ha sido prohibida en el protocolo de atención por los efectos sobre la salud de las mujeres por la inexistencia de evidencia científica que avale su utilización. A pesar de ello, el estudio reveló que le fue practicada a 73 de las mujeres entrevistadas.

Otro aspecto relevante de la investigación es que, se constató la existencia de rutinas médicas que constituyen VO, como lo son el corte del periné o episiotomía que se realizan sin el consentimiento informado de la mujer. Ello le ocurrió a 101 de las 318 cuyos partos se dieron en centros públicos o privados. En la mayoría de los casos la intervención se realizó sin anestesia y obviando las repercusiones físicas y psicológicas que acarreó para las mujeres, lo que se constituyó en un hecho de violencia de género; un acto de tortura y un tratamiento inhumano y degradante.

Se suma otra práctica considerada como rutina en los centros públicos, se trata de la revisión uterina sin anestesia (introducción de la mano o algún instrumento con gasas para limpiar luego del parto), esta es realizada mayormente por estudiantes de Medicina o médicos y médicas graduadas, cursantes de la especialidad en Obstetricia. De acuerdo al estudio precitado, se le practicó a una de cada 10 mujeres que tuvieron un parto, aunque los Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia (2013) señalan que no es recomendable, y que, en caso de ser necesario, siempre debe realizarse bajo anestesia. El procedimiento es

descrito como opcional, innecesario e incluso perjudicial y solo se justifica ante la retención de restos placentarios.

Sobre estas prácticas, Camacaro Cuevas et al., (2019) sentencian que:

Esa tendencia de la medicina a invadir e irrumpir en la reproducción humana se enlaza inexorablemente con la patologización de la vida, entonces evitando que la patología haga su fantasmal aparición, se medicaliza desde el episodio de parir/nacer hasta el de morir. (26)

Algunas conclusiones

La realidad de las mujeres venezolanas, participantes en el estudio se encuentra muy lejos de poder ser catalogada como una experiencia de parto positiva, por estar desprovistas de apoyo emocional y sin la posibilidad de ejercer su autonomía para tomar decisiones informadas. Las intervenciones médicas y el trato recibido en los centros de salud evidencian el irrespeto a sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

La violencia ginecobstétrica vivida por las mujeres demuestra la ineficacia, cuando no la inexistencia, de políticas públicas que garanticen la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres dentro de un sistema de salud que tiene la responsabilidad de brindar una atención de calidad. La carencia de programas de formación continuos para el personal de salud que genere cambios en la práctica, al igual que los escasos espacios de difusión y formación para que las mujeres puedan conocer sus derechos, hagan contraloría y logren exigir

sus derechos de manera sustantiva; evidencian la desarticulación de las estrategias que ha empleado el SS.

De acuerdo con el MPPS, y tal como lo enuncia Manual Operativo para la implementación de la estrategia de la Ruta Materna (2022), esta estrategia es un llamado a la acción para todos los entes y personas involucradas con miras a reducir las muertes maternas, en la cual se prioriza el formar y sensibilizar al personal de salud para mejorar la calidad y calidez de la atención al embarazo, parto y nacimiento, al igual que promover una experiencia positiva del nacimiento y la lactancia. No obstante, los hallazgos presentados muestran de manera inequívoca que la atención a la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato distan mucho de estar en armonía con los avances científico-técnicos.

Lo cual indica que, en el país carecemos de información oficial sobre los avances y acciones de la Coordinación Nacional de la Ruta Materna, programa responsable de proponer la actualización periódica de las normativas oficiales y protocolos de atención para garantizar una atención basada en el enfoque de derechos. La investigación evidencia que, en buena medida, las prácticas del personal médico obvian las directrices de los protocolos y leyes nacionales, amén de que consideramos que estos requieren ser revisados y actualizados de acuerdo a los avances científicos.

Otro aspecto resaltante ha sido el desinterés del sistema de salud por informar a las mujeres de asuntos relevantes de su salud sexual y reproductiva.

También, destaca la ausencia de programas dirigidos a la salud mental de las mujeres que viven la experiencia de gestación, parto y nacimiento. Creemos necesario visibilizar el impacto que tiene la violencia ginecobstétrica; no solo en el cuerpo de las mujeres, sino en su salud mental.

Recordemos que, Venezuela es signataria de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) desde el año 1983 y la ha incorporado dentro de su marco jurídico. Por lo tanto, el Estado está en la obligación de diseñar, ejecutar, hacer seguimiento y evaluar políticas públicas para eliminar la discriminación y la violencia contra las mujeres en el ámbito de la atención en salud. Esto, supone un compromiso y un deber que requiere atención sin dilataciones.

Finalmente, debemos resaltar el diseño de políticas públicas con un enfoque en derechos sexuales y derechos reproductivos en este ámbito. Lo cual, requiere de la participación de las y los diferentes actores que se involucran en este proceso, por lo que es necesario ampliar la convocatoria para una mayor discusión y reflexión sobre el modelo de atención médica, las normativas y protocolos vigentes contrastado con la evidencia científica actualizada, para que puedan participar organizaciones de derechos humanos, feministas, movimientos de base dentro de las comunidades, las escuelas de medicina del país y la sociedad venezolana de ginecobstétrica; todas con una disposición a reconocer la existencia y naturalización de prácticas violentas que deben ser transformadas porque, como hemos argumentado, constituyen una violación a los derechos de las mujeres.

Referencias

- Camacaro Cuevas, M., Arismendi Serrano, M., Orellana Cabrera, E., Pinto Ramos, M. y Naranjo, M. (2019). "Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: revisión manual uterina como rutina". *Inclusiones*. (Vol. 6, número especial, p.14-35). Disponible en <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/1796> [21/02/2023]
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (18 de diciembre de 1979). Naciones Unidas.
- Flores, M. (2018). "¿Evidencia de una epistemología otra?" *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. (Vol. 23, N° 50, p. 55-75). http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/16953/144814483389 [15/02/2023]
- González Blanco, M. (2017). "Mortalidad materna en Venezuela: ¿Por qué es importante conocer las cifras?". *Revista de Obstetricia y Ginecología Venezolana*. (Vol. 77, N° 1, p. 1-4) Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322017000100001 [20/02/2023]
- Jojoa Tobar, E., Chuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Paja Campo A. M. y Suárez-Bravo J. P. (2019). "Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible". *Revista Universidad Industrial de Santander. Salud*. (Vol. 51, N° 2, p. 135-146). Doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-201900> [21/02/2023]
- Maffia, D. (2007). "Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. (Vol.12, N° 28, p. 63.98).
- Manual Operativo para la implementación de la estrategia de la Ruta Materna. [Ministerio del Poder Popular para la Salud, MPPS]. 21 de febrero de 2022.
- Naciones Unidas (12 de julio de 2021). *Informe de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović*. Naciones Unidas/Asamblea general.
- Norma Oficial de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva. [Ministerio del Poder Popular para la Salud, MPPS]. Noviembre de 2013.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2019). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. OPS/OMS.
- Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. [Ministerio del Poder Popular para la Salud, MPPS]. 01 de diciembre 2013.