

# "UNO PASA POR MUCHAS COSAS"

Barreras de acceso a la IVE  
en mujeres refugiadas  
y migrantes venezolanas  
en Colombia



# "UNO PASA POR MUCHAS COSAS"

Barreras de acceso a la IVE  
en mujeres refugiadas  
y migrantes venezolanas  
en Colombia



**UNO PASA POR MUCHAS COSAS:  
BARRERAS DE ACCESO A LA IVE EN MUJERES REFUGIADAS  
Y MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA.**

**| Autora:**

Juliana Martínez Londoño

**| Asesoría técnica:**

Laura Castro González

Carolina Triviño

Ángela Isabel Mateus Arévalo

*La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*

Juliette Ortiz Romero

*Fundación Oriéntame*

**| Corrección de textos:**

Andrea Idárraga Arango

**| Diseño y diagramación:**

David Ramírez Umaña

© La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres

ISBN: 978-628-95216-0-3

Bogotá - Colombia

Agosto de 2022

# TABLA DE CONTENIDO

Agradecimientos .....	7
Introducción .....	9
<b>I METODOLOGÍA.....</b>	<b>11</b>
<b>II CONTEXTO DE LA MIGRACIÓN VENEZOLANA EN COLOMBIA.....</b>	<b>14</b>
Situación de las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes en Colombia.....	17
Derecho a la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas.....	22
Normatividad sobre el derecho a la salud de la población migrante en Colombia.....	26
Obligaciones legales estatales en cuanto a salud sexual y reproductiva.....	30
<b>III CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS ATENDIDOS Y ACOMPAÑADOS.....</b>	<b>35</b>
<b>IV BARRERAS DE ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.....</b>	<b>45</b>
Desconocimiento del marco legal.....	48
Interpretación restrictiva del marco legal.....	53
Fallas en la prestación de los servicios.....	57
<b>V BARRERAS DE ACCESO A OTROS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....</b>	<b>60</b>
Acceso a métodos anticonceptivos.....	62
Atención del embarazo y el parto.....	64
Atención de la violencia contra las mujeres.....	65
Autonomía reproductiva y violencia obstétrica.....	66
<b>VI MEDIDAS ESTATALES Y BARRERAS DE ACCESO SEGÚN LAS RESPUESTAS A LOS DERECHOS DE PETICIÓN.....</b>	<b>68</b>
<b>VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>72</b>
<b>VIII BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>77</b>
<b>IX ANEXO.....</b>	<b>86</b>
Anexo 1. Guía para la elaboración de entrevistas y grupos focales.....	86
Anexo 2. Definición categorías de la investigación.....	89

# TABLA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> <i>Atenciones en IVE realizadas por La Mesa, por años</i> .....	36
<b>Figura 2.</b> <i>Edades de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por La Mesa</i> .....	37
<b>Figura 3.</b> <i>Lugar de residencia de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por La Mesa</i> .....	38
<b>Figura 4.</b> <i>Edad gestacional de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por La Mesa</i> .....	39
<b>Figura 5.</b> <i>Resultado del acompañamiento realizado por La Mesa</i> .....	39
<b>Figura 6.</b> <i>Atenciones de IVE realizadas por la Fundación Oriéntame, por años</i> .....	40
<b>Figura 7.</b> <i>Edades de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por Oriéntame</i> .....	40
<b>Figura 8.</b> <i>Lugar de residencia de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por Oriéntame</i> .....	41
<b>Figura 9.</b> <i>Ocupación mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por Oriéntame</i> .....	42
<b>Figura 10.</b> <i>Edad gestacional de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por Oriéntame</i> .....	42
<b>Figura 11.</b> <i>Financiación del procedimiento</i> .....	43
<b>Figura 12.</b> <i>Método anticonceptivo utilizado por mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por Oriéntame</i> .....	43

## Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas que participaron de las entrevistas y grupos focales; sus reflexiones y vivencias son el núcleo esta investigación. Gracias por el tiempo y por la confianza para compartir sus experiencias con nosotras.

A quienes fueron enlaces, referenciaron estas personas, acompañaron las visitas y compartieron algún tipo de información, también les agradecemos, en especial a los equipos de Médicos del Mundo - Francia, Fundación Oriéntame y La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Además, este documento estuvo abierto a comentarios de varias personas de estas organizaciones (Laura Castro, Johanna Cepeda, Ángela Mateus, Carolina Melo, Juliette Ortiz Romero, Luz Adriana Pineda, Carolina Triviño y Salomé Valencia) lo que permitió afinar algunas ideas.

Agradecimiento especial a Juliette Ortiz Romero, investigadora asociada de Oriéntame y a Carolina Triviño Maldonado, abogada de casos de La Mesa, por su disposición para responder preguntas y revisar análisis preliminares. También, a Ángela Isabel Mateus, responsable del trabajo regional de La Mesa, quien acompañó todo el proceso; y a la historiadora Jeimy Cubillos que apoyó la logística de la investigación.

Damos las gracias a Acción Contra el Hambre en Bogotá y Soacha, a la Corporación Mujer, Denuncia y Muévete en Cúcuta, al Club Kiwanis Nubes Verdes en Ipiales, y al Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM) en Bogotá y Región, que prestó su colaboración con espacios y contactos.

Por último, agradecemos a la socióloga Laura Cartagena quien, generosamente, compartió una lista de referencias bibliográficas que resultaron muy valiosas.

*ahí vamos y la situación acá desde  
que llegué no ha sido fácil [...] y uno como migrante tiene mucho desprecio,  
uno pasa por muchas cosas,  
tanto laboral como en todas partes,  
pero poco a poco hemos ido saliendo adelante,  
resolviendo así sea poquito o mucho,  
lo que uno pueda hacer.*

Mujer migrante venezolana  
entrevistada en Cúcuta

## INTRODUCCIÓN

Con esta investigación, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (en adelante La Mesa),<sup>1</sup> con el apoyo de la Fundación Oriéntame<sup>2</sup> y Médicos del Mundo – Francia<sup>3</sup> busca identificar las barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y a otros servicios de salud sexual y reproductiva por parte de las mujeres venezolanas refugiadas<sup>4</sup> y migrantes<sup>5</sup> en Colombia, particularmente en Bogotá, San José de Cúcuta, Soacha e Ipiales, en el contexto del aumento de la migración venezolana en el territorio nacional, producto de la crisis que atraviesa Venezuela y de la pandemia de la Covid-19.

Es nuestro interés conocer y analizar el panorama de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes, especialmente del derecho a la IVE, en los cuatro territorios mencionados, y comparar la perspectiva que tienen distintos actores sobre el tema: mujeres migrantes y refugiadas venezolanas, personal de salud, integrantes de organismos y agencias de cooperación, sociedad civil y la institucionalidad encargada de la respuesta estatal.

Para ello, se realizaron visitas a estas ciudades y se hicieron entrevistas semiestructuradas y grupos focales, se enviaron peticiones de información oficial, y se revisó bibliografía sobre los temas asociados a la investigación; esto se complementó con el análisis de los casos de mujeres que buscaron interrumpir el embarazo y que fueron acompañadas por La Mesa, Oriéntame y Médicos del Mundo.

El 21 de febrero de 2022, en la etapa de escritura de esta investigación, la Corte Constitucional de Colombia decidió, mediante Sentencia C-055, despenalizar el aborto hasta la semana 24, permitiendo que las mujeres y las niñas aborten por sus propias razones (Corte Constitucional de Colombia, 2022). Después de este plazo, las mujeres pueden interrumpir su embarazo apelando a las causales reconocidas como un derecho desde el 2006: cuando el embarazo implique un riesgo para la vida o la salud integral de la mujer; cuando el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de violencia sexual o incesto; y cuando el feto tenga una malformación grave que haga inviable su vida extrauterina.<sup>6</sup>

1) La Mesa es un colectivo conformado desde 1998 por organizaciones y personas que trabaja por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en particular los relacionados con la libre opción de la maternidad, el libre ejercicio de la sexualidad y la despenalización total del aborto. Véase: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/>

2) Fundación Oriéntame es una organización de beneficio social creada en 1977, dedicada a posibilitar a las mujeres el ejercicio de sus derechos, mediante el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva seguros y con alta calidad humana. Véase: <https://orientame.org.co/>

3) Médicos del Mundo es una asociación independiente que trabaja para hacer efectivo el derecho a la salud para todas las personas, especialmente para las poblaciones vulnerables, excluidas o víctimas de catástrofes naturales, hambrunas, enfermedades, conflictos armados o violencia política. Véase: <https://www.medicosdelmundo.org/>

4) En esta investigación se entiende por persona refugiada a aquella que huye de su lugar de origen debido a que su vida, libertad o seguridad se encuentran amenazadas con ocasión de situaciones de guerra, violencia, violación masiva de derechos humanos, perturbación del orden público y persecución, de manera que requiere protección internacional. Véase: <https://bit.ly/3tNKFD>

5) Una persona migrante es la que "se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones" [Traducción propia] (International Organization for Migration, 2019, p. 132). Esta investigación se referirá exclusivamente a quienes pasan fronteras internacionales.

6) Este trascendental cambio fue producto de la demanda de inconstitucionalidad que tenía como pretensión eliminar el delito de aborto del Código Penal y que fue interpuesta el 16 de septiembre de 2020 por cinco organizaciones en representación de Causa Justa (La Mesa, Women's Link Worldwide, Centro de Derechos Reproductivos, Católicas por el Derecho a Decidir y el Grupo Médico por el Derecho a Decidir). Causa Justa es un movimiento que surgió en el 2017 como iniciativa de La Mesa y al que se sumaron organizaciones feministas y defensoras de los derechos humanos, activistas, académicas y prestadoras de servicios de salud en todo el país, que busca la libertad y autonomía reproductiva de todas las mujeres, mediante la eliminación del delito de aborto. Véase: <https://causajustaporelaborto.org/>

Niñas, adolescentes, mujeres adultas, personas con identidades no binarias y hombres trans son titulares del derecho a la IVE en todo el territorio nacional, así como las extranjeras que se encuentren en el país, quienes son cobijadas por el derecho constitucional a la igualdad.<sup>7</sup> El fallo reciente tuvo en cuenta que la criminalización del aborto impacta de manera desproporcionada a las mujeres que se encuentran en contextos de mayor vulnerabilidad, como las mujeres migrantes en situación irregular, lo que desconoce su derecho a la igualdad y agudiza esta vulnerabilidad.

En los más de 15 años de la Sentencia C-355 de 2006, la materialización de este derecho ha tenido deficiencias sistemáticas y las barreras de acceso han sido una constante, siendo la persistencia del delito de aborto una barrera estructural para ejercer el derecho y para la prestación de los servicios a cargo de profesionales de la salud.<sup>8</sup> A partir del conocimiento de este panorama, Causa Justa se propuso también lograr mayor legitimidad en torno a las decisiones de las mujeres sobre su vida, su cuerpo y su reproducción.

En el caso de las mujeres venezolanas en Colombia, de acuerdo con el estudio de La Mesa (2019): *Migrantes venezolanas en Colombia: Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*, las barreras son más severas en función de la vulnerabilidad y los riesgos propios de su condición de migrantes, agudizándose particularmente para aquellas que no cuentan con un estatus migratorio regular, y dando origen a barreras específicas derivadas de esta condición, lo que hace visible que enfrentan mayor discriminación.

Esta nueva versión del estudio, continúa profundizando y alimentando la línea de investigación sobre las barreras de acceso al aborto que ha realizado La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres desde hace varios años (La Mesa, 2017, 2019; La Mesa et al., 2021), y que contribuye a la visibilización y discusión en torno a las fallas del modelo de causales vigente desde el 2006, de modo que se identifiquen algunos de los retos del nuevo escenario normativo, y la necesidad de generar un entorno que respete la autonomía de las mujeres.

Para esto, el informe presenta la metodología de investigación. Después, expone el contexto de la migración venezolana en Colombia, haciendo hincapié en la situación de las mujeres y en la garantía de sus DSR, a partir de un recuento de la normatividad que les aplica y las obligaciones legales en este campo. A continuación, se presentan los resultados de la investigación, haciendo el análisis de la información recolectada, que permitió, en contraste con las obligaciones legales, puntualizar las barreras de acceso al aborto que enfrentan las mujeres venezolanas migrantes y refugiadas, y las barreras con relación a otros servicios de salud sexual y reproductiva.

Finalmente, se realizan algunas conclusiones y recomendaciones, en función de la incidencia que se espera de esta investigación ante la opinión pública y los actores relevantes, sobre la necesidad apremiante de mejorar el acceso y la atención en salud sexual y reproductiva de esta población, especialmente en lo relacionado con el derecho a la IVE.

7) Con esto hacemos referencia a los artículos 13 y 100 de la Constitución Política. La igualdad aplicada a la salud se consagra en la Ley 100 de 1993. Existe también desarrollo jurisprudencial al respecto, destacándose la Sentencia SU-677 de 2017. Para más información, véase la sección Normatividad sobre el derecho a la salud de la población migrante en Colombia de este documento (pág. 26).

8) Si bien vendrá una regulación bajo el nuevo marco normativo, debe tenerse presente que la Corte Constitucional mediante más de 20 sentencias ha establecido una línea jurisprudencial clara para la protección y garantía del derecho fundamental a la IVE, que ha sido adoptada por las entidades públicas y privadas competentes, incluyendo la creación de rutas y protocolos de atención en el sector salud. De manera que la despenalización hasta la semana 24 puede valerse de las reglas y el andamiaje institucional precedente. Véase: Corte Constitucional de Colombia: C-355 de 2006, T-171 de 2007, T-636 de 2007, T-988 de 2007, T-209 de 2008, T-946 de 2008, T-009 de 2009, T-388 de 2009, T-585 de 2010, T-841 de 2011, T-959 de 2011, T-636 de 2011, T-627 de 2012, T-532 de 2014, C-754 de 2015, C-274 de 2016, T-301 de 2016, C-327 de 2016, T-694 de 2016, T-697 de 2016, T-741 de 2016, C-341 de 2017, SU-096 de 2018 y T-284 de 2020. Para resúmenes analíticos de estas sentencias, véase: <https://derechoalaborto.com/>



# Metodología



**E**sta investigación siguió principalmente una metodología cualitativa, buscando recolectar y analizar información sobre la migración venezolana en Colombia, los derechos de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas en el país, y su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, con énfasis en el ejercicio de su derecho al aborto. En los casos en los que fue posible, se indagó sobre su derecho a la información sobre DSR, a la anticoncepción, a controles prenatales y atención del parto, y a la atención en violencias basadas en género. Igualmente, se quiso entender, desde la perspectiva de los actores involucrados, cuáles son las barreras de acceso.

De manera complementaria, se adoptó un enfoque cuantitativo y se revisaron las estadísticas de la atención y acompañamiento brindados a estas mujeres por La Mesa, Oriéntame y Médicos del Mundo.

Sumado a esto, se revisaron capítulos de libros, artículos académicos e informes especializados, enfocados en las temáticas expuestas, elaborados por docentes y estudiantes dentro de la academia, la sociedad civil, la cooperación internacional y las entidades estatales.

Se visitaron las ciudades de Bogotá, San José de Cúcuta, Soacha e Ipiales entre los meses de noviembre y diciembre del 2021, y se hicieron recorridos por sus pasos fronterizos, refugios y centros de atención. Los territorios de la investigación fueron seleccionados por sus particularidades en cuanto a la migración: concentrar una gran cantidad de población migrante, como es el caso de Bogotá y San José de Cúcuta; ser zona de frontera con Venezuela (San José de Cúcuta) y de paso para aquella que se dirige al Ecuador (Ipiales); y ser una alternativa a Bogotá, residencial y laboralmente (Soacha). Adicionalmente, dos de las organizaciones que promueven este estudio, prestan servicios de IVE en estos lugares: Fundación Oriéntame tiene sedes en Bogotá, Cúcuta e Ipiales; y Médicos del Mundo en Bogotá, Ipiales y Soacha. La Mesa ha puesto énfasis en su trabajo regional en Cúcuta.

Se realizaron ocho entrevistas semiestructuradas a mujeres migrantes y refugiadas venezolanas para conocer cómo (re) construyen y (re) significan sus experiencias en la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva, y la decisión de acceder a una IVE en Colombia; y 14 entrevistas semiestructuradas a personal de salud dedicado a su atención, para entender los desafíos del sistema de salud con el aumento de la población migrante y su interpretación sobre las barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Adicionalmente, se hicieron dos entrevistas a profesionales que ofrecen otro tipo de atención a migrantes, como refugio y asesoría legal.

También, se realizó un grupo focal en cada uno de los territorios con representantes de organizaciones de mujeres o mixtas, de agencias y organismos de cooperación, y de mecanismos de adelanto de derechos de las mujeres, para conocer su interpretación sobre las necesidades y atención de esta población en materia de salud sexual y reproductiva (véase: Anexo 1. Guía para la elaboración de entrevistas y grupos focales).<sup>9</sup>

Las entrevistas se introducen en el texto bajo la letra M para referirse a las mujeres (también en los casos en que su participación fue en el marco de un grupo focal), y como PS cuando se trata de profesionales de la salud; las entrevistas a otros profesionales se clasificaron bajo las mismas siglas, para evitar su identificación. Tanto en el caso de las entrevistas a las mujeres como de profesionales de salud, se indica la ciudad.

Todas las entrevistas y grupos focales fueron grabados en audio, transcritos parcialmente y clasificados con las siguientes categorías: situación en Venezuela, migración, derecho a la salud, obligaciones estatales, políticas públicas, anticoncepción, aborto y violencia contra las mujeres. Estas categorías se propusieron *a priori* y tuvieron algunas variaciones, conforme se analizaba el material disponible (véase: Anexo 2. Definición categorías de la investigación).

De la misma manera, la revisión de fuentes primarias comprendió las bases de datos y los casos de mujeres que buscaron interrumpir su embarazo, y que fueron acompañadas y atendidas por La Mesa y por Oriéntame entre 2018 y 2021. Esta información permitió levantar estadísticas sobre algunas características sociodemográficas, así como identificar las barreras que enfrentan las mujeres migrantes y refugiadas venezolanas para acceder a este derecho.

Para consultar la voz de las autoridades colombianas sobre las medidas que han adoptado para garantizar y proteger los DSR de estas mujeres, especialmente el derecho a la IVE, se enviaron peticiones de información oficial a 43 entidades de los sectores Salud, Inclusión social y reconciliación, Interior, Relaciones exteriores, Presidencia y Mujer, y a algunas de la Rama judicial y del Ministerio público. De estas, 26 dieron respuesta.<sup>10</sup>

La información obtenida se organizó con tres etiquetas: una territorial, otra considerando aspectos de las políticas públicas (lineamientos, generación de conocimiento, promoción y prevención, atención, barreras identificadas y sanción) y, por último, según las categorías de la investigación mencionadas anteriormente.

Finalmente, se contrastaron las fuentes con el ánimo de tener una visión general que permitiera visibilizar los matices de las barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva por parte de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas, con énfasis en servicios de IVE.

9) En todos los casos se conserva el anonimato y confidencialidad de las personas que voluntariamente participaron del estudio, a quienes se les explicaron sus objetivos, alcance, metodología, riesgos y usos de la información, para lo que se suscribió un consentimiento informado.

10) Los derechos de petición se enviaron el 15 de octubre de 2021 y estuvieron dirigidos a: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Defensoría del Pueblo, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud Pública, Superintendencia Nacional de Salud, Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, Ministerio de Relaciones Exteriores, Fiscalía General de la Nación, Consejería Presidencial para la Equidad de Género y Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales. En el caso del ICBF, la Defensoría y la Fiscalía, también se dirigieron peticiones a las regionales o seccionales de Bogotá, Soacha, Cundinamarca, Nariño y Norte de Santander. Igualmente, para la Defensoría se radicaron peticiones ante la delegada de Mujer y Asuntos de Género y la delegada del Derecho a la Salud. Además, a entidades del orden distrital y local: personerías, secretarías de Salud, secretarías de las Mujeres o la dependencia que hiciera sus veces en los territorios de la investigación. En los casos de las 17 entidades de las que no obtuvimos respuesta dentro de los términos de ley, enviamos insistencias el 7 de diciembre de 2021, además de una petición al Ministerio del Interior indagando por cifras de trata de personas en el país.



# Contexto de la migración venezolana en Colombia



La estrecha relación entre Colombia y Venezuela, países que comparten 2.219 kilómetros de frontera, tiene, en uno de sus recientes capítulos, la creciente migración de la población venezolana hacia Colombia. La crisis económica, política, sanitaria y humanitaria del vecino país, ha significado la salida de sus nacionales, siendo Colombia su principal destino. Esta reversión de los flujos migratorios modificó el perfil migratorio colombiano, que pasó de ser en 20 años un país emisor de personas migrantes hacia Venezuela a uno receptor.

La relación migratoria entre ambas naciones había estado marcada por la masiva presencia de colombianos en el país vecino, atraídos por la economía petrolera, y expulsados de Colombia por el conflicto armado interno. En el nuevo escenario, las y los ciudadanos venezolanos han emigrado motivados por la inseguridad, la escasez de alimentos, el alto costo de la vida, la hiperinflación y las violaciones a los derechos humanos, como la falta de servicios básicos de salud. En palabras de una mujer entrevistada: “No había trabajo, los niños no se me alimentaban bien, nos acostábamos sin comer” (M1 Ipiales, comunicación personal, 4 de diciembre de 2021).

Desde el 2013, la pobreza en Venezuela ha seguido una tendencia creciente: en el 2019, el 96% de los hogares estaba en situación de pobreza y el 76% en pobreza extrema (Universidad Católica Andrés Bello y Universidad Central de Venezuela, 2020). Este, junto con otros indicadores y estudios sobre la crisis, el contexto y características de las salidas y los trayectos, hacen pensar en el “carácter esencialmente forzado de la migración contemporánea venezolana” (Gandini et al., 2019, p. 2).

La migración venezolana hacia Colombia ha tenido varias oleadas, que muestran la salida progresiva de la población en flujos heterogéneos y con distintos protagonistas: primero, a cuenta gotas, de élites, empresariado y profesionales, en gran medida por motivos políticos; después, de la clase media; y, más recientemente, de manera masiva, de personas con menor formación académica y recursos, que han emigrado por el deterioro de su calidad de vida. Lo abrupto de esta *migración en contexto* de crisis y su proporción, ha originado redes de corrupción que han configurado largas rutas migratorias que se valen de distintos medios de transporte, entre los que se incluyen los viajes a pie. Esto se traduce en riesgos para los derechos humanos (Gandini et al. 2019).

El Observatorio de Venezuela de la Universidad del Rosario considera que son cuatro las olas de la emigración venezolana. La primera, entre 1999 y 2002, motivada por razones políticas ante la elección presidencial de Hugo Chávez en 1998, la nueva Constitución de 1999, los cimientos legales de su proyecto político y el golpe de Estado del 2002. La segunda, entre 2003 y 2009, que se produjo por persecución política y

socioeconómica. En este período se dio el despido masivo de trabajadores de la empresa estatal Petróleos de Venezuela, S.A. (PDVSA), la nacionalización de empresas de varios sectores, y la enmienda constitucional que permite la reelección indefinida de los cargos de elección popular.

En la tercera ola, que se dio entre el 2010 y el 2014, las élites y sectores medios profesionales salieron del país impulsados por el fallecimiento de Chávez y la posesión de Nicolás Maduro en el 2013, en medio de un ambiente de multitudinarias movilizaciones y violencia en las calles. La última ola se dio entre el 2015 y el 2018, y fue ocasionada por la crisis humanitaria producto de la deportación de más de 20.000 colombianos, el cierre de la frontera y el deterioro de las condiciones de vida: empeoramiento del estado de salud de la población (visible en el aumento de indicadores como la tasa de desnutrición), el desabastecimiento de alimentos, el aumento de la inflación y de la inseguridad. Esta ola podría extenderse hasta el 2021, considerando los efectos de la pandemia de la Covid-19 (Observatorio Nacional de Venezuela y Fundación Konrad Adenauer Stiftung, 2018).

De acuerdo con Migración Colombia (2019), en el 2019, las y los nacionales venezolanos representaron el 33% (1.095.706 de personas) del total de los flujos migratorios de entrada al país, por encima de cualquier otro país de la región y del mundo. La misma entidad informó que en el 2021 hubo un incremento, alcanzando a ser en total 1.842.390 migrantes de este país en Colombia: 344.688 se encontraban en condición regular, 1.182.059 en proceso de regularización a través del Estatuto Temporal de Protección, y 315.643 en condición irregular (Migración Colombia, 2021b). Según la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), la población venezolana era, a agosto de 2021, de 2.271.547 personas (DANE, 2022b).<sup>11</sup>

El reporte del 2021 no contiene información sobre la cantidad de mujeres y hombres de la población migrante venezolana. Los datos del 2020 indicaban que, de 1.729.537 migrantes venezolanos en Colombia, el 51% eran hombres y el 49% mujeres (Migración Colombia, 2021a). La GEIH anotó que en 2021 el total de personas nacidas en Venezuela y residentes en Colombia llegó a 2.26 millones, de las cuales 2.1 millones de personas manifestaron que hace 5 años vivían en Venezuela. De estas últimas, el 49.5% son mujeres y el 50.5% hombres. 16 de cada 100 mujeres migrantes eran jefas de hogar (DANE, 2022b). Entre 2015 y 2020, 6.483 niños, niñas y adolescentes venezolanos ingresaron al proceso administrativo de restablecimiento de derechos (Decreto 216 de 2021).

La población nacida en Venezuela es más joven que la colombiana de acogida: los hombres y mujeres venezolanas que están entre los 0 y 35 años (81.3% y 79.7% respectivamente) superan a los y las colombianas (59.2% y 56% respectivamente) (DANE, 2022b). Aunque la distribución de niveles educativos es similar por sexos, en la educación técnica superior y en los posgrados hay un mayor porcentaje de mujeres, quienes tienen mayor representación que los hombres en los niveles educativos más altos: 54.5% vs. 45.5% en técnica y 58.1% vs. 41.9% en superior y posgrados.

Según el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV), el 47% de esta población se concentró en los siete departamentos fronterizos (La Guajira, Cesar, Norte de Santander, Boyacá, Arauca, Vichada, Guainía), y el 53% en el resto del país (Castro Franco, 2019). Son entonces numerosos los territorios que, con infraestructura precaria y recursos insuficientes, han debido atender las necesidades de sus nuevos habitantes, sin tener resueltas las de personas nacionales. Esto, indudablemente, es un reto para las instituciones, la prestación de los servicios básicos del Estado colombiano y la capacidad de acogida y adaptación de la sociedad civil.

Migración Colombia (2021b) calculó, con corte a agosto de 2021, que Bogotá (21.37%), Antioquia (14.34%), Norte de Santander (8.91%), Atlántico (7.63%) y Valle del Cauca (7.15%) son las entidades territoriales con más población venezolana en el país. Por ciudad de residencia, la siguiente es la estimación de la concentración de personas venezolanas en las ciudades de interés de este estudio: Bogotá, 339.716; San José de Cúcuta, 98.680; Soacha, 33.709; e Ipiales, 3.817. En Bogotá, el 75% de la población refugiada, migrante y

<sup>11</sup> La GEIH es una operación estadística a cargo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en la que se brinda información sobre la fuerza de trabajo del país (tamaño, período y estructura), y de variables sociodemográficas. Véase: <https://acortar.link/oXtK8E>

retornada se concentra en las localidades del sur y el occidente, que son zonas con menor infraestructura para el acceso a servicios, y en las que también se han asentado anteriormente víctimas del conflicto armado (Personería de Bogotá, 2021).

La selección de estos territorios para la investigación se debió, por un lado, a la alta concentración de población migrante, como se evidencia para Bogotá y San José de Cúcuta; y por otro, por sus peculiares dinámicas migratorias: San José de Cúcuta tiene una estrecha relación con Venezuela, Ipiales se ha convertido en el paso de *las y los caminantes* venezolanos hacia Ecuador, y Soacha ha acogido a migrantes venezolanos que encuentran una alternativa más económica y favorable a Bogotá.

Debe tenerse en cuenta que las personas migrantes venezolanas pueden tener vocación de *permanencia* (residen en Colombia), encontrarse *en tránsito* (atraviesan el país para llegar a otros destinos) o estar en *movimientos pendulares* (visitan temporalmente el país para satisfacer necesidades básicas o servicios).<sup>12</sup> Los dos primeros perfiles migratorios pueden estar en situación regular o irregular. Para regular su permanencia en el territorio colombiano, la persona migrante deberá solicitar o adquirir refugio, visa, cédula de extranjería, salvoconducto de permanencia o Permiso Especial de Permanencia (PEP), lo que facilita su vinculación educativa, laboral y al sistema de salud. No obstante, organizaciones como Dejusticia (2019) han advertido sobre “la burocracia excesiva y la ausencia de rutas permanentes y accesibles para regular su permanencia en el país” (p. 11). Para el tercer perfil, existe la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF), documento que permite el ingreso, tránsito y permanencia temporal en lugares de frontera, por un plazo máximo de siete días, pero no otorga un estatus migratorio.

Otro elemento contextual que debe considerarse tiene que ver con el cierre de fronteras entre Colombia y Venezuela, que ha conducido a un aumento de los pasos informales (conocidos como trochas) y, con ello, a condiciones y situaciones de ilegalidad e inseguridad para las personas migrantes, así como a diferencias entre los registros oficiales y el flujo real de personas que se mueven entre ambos países. Desde 2015 solo se permitía el paso peatonal, lo que significó un repunte en el flujo de personas de Venezuela hacia Colombia. En febrero de 2019 el bloqueo de fronteras fue mayor, motivado por el reconocimiento que el jefe de Estado colombiano hizo de Juan Guaidó como presidente del país vecino, y por el intento de la oposición venezolana de introducir ayuda humanitaria.

En ese momento, el presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Nicolás Maduro, anunció la ruptura de las relaciones diplomáticas y consulares, lo que hace imposible la corresponsabilidad que debe existir entre ambos Estados para hacer frente a la migración a través de medidas conjuntas e integrales.

En marzo del 2020, Colombia cerró todas las fronteras terrestres, marítimas y fluviales con Panamá, Ecuador, Perú y Brasil, para contener el contagio de la Covid-19; la reapertura se produjo en mayo de 2021, exceptuando la frontera con Venezuela. En octubre del 2021 se anunció la apertura comercial con este país permitiendo el paso de vehículos de carga.

Al momento de publicar esta investigación, se desconoce cuándo se implementará esta medida y cuándo se producirá una apertura total que reestablezca las comunicaciones e intercambios entre los dos países. El presidente electo para el período 2022-2026, Gustavo Petro Urrego, anunció la apertura de fronteras y el restablecimiento de derechos humanos en esta zona, aunque no hay una fecha definida para esto (Cedeño, 2022).

### Situación de las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes en Colombia

El sexo y el género influyen en las dinámicas y experiencias migratorias, en las que cada vez las mujeres representan una mayor proporción en todo el mundo. En el 2020, el número de migrantes internacionales —quienes residen en un país distinto al de su nacimiento— ascendió a cerca de los 272 millones, de estos, el 48% son mujeres (Centro de Análisis de Datos Mundiales sobre la Migración de la Organización Internacional

12) Estos perfiles de migrantes son del Humanitarian Needs Overview, de la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) (2019) y del GIFMM Colombia y R4V (2020a). También fueron empleados en el informe Migrantes venezolanas en Colombia: Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (La Mesa, 2019). Adicionalmente, se encuentran las personas colombianas retornadas y la población colombiana de acogida, de quienes no nos ocuparemos en esta investigación.

para las Migraciones, s.f.). Al revisar las cifras de población venezolana en Colombia, pocos dígitos separan de la paridad numérica entre mujeres y hombres (49% vs. 51%, respectivamente) y se alcanza en algunos territorios, aunque por poca diferencia, una mayor cantidad de mujeres, por ejemplo, en Bogotá (51%), Cundinamarca (51%), Nariño (51%) y Norte de Santander (53%) (Migración Colombia, s.f.).<sup>13</sup>

Este aumento de la migración de las mujeres, entre otras razones, ha conducido a hablar de la *feminización de las migraciones*, término que se refiere al cambio que, desde la década de los setenta del siglo xx, se produjo en los movimientos migratorios, en los que las mujeres cobraron mayor protagonismo no solamente en las cifras sino también en las teorías explicativas, al incorporar el sexo como variable de análisis, y la división sexual del trabajo para explicar su subordinación en este contexto (Mora, 2003).<sup>14</sup>

Con el tiempo, fue cada vez más compartida la idea de que el género influye diferenciadamente en las probabilidades y condiciones de migración de mujeres y hombres, evidenciando, desde la academia y las políticas públicas, que mientras los hombres migraban principalmente por razones económicas, para las mujeres pesaban la familia y el matrimonio, bien fuera para unirse con sus seres queridos o para huir de relaciones violentas (Mora, 2003; Paiewonsky, 2007).

Al respecto, la GEIH permite ver una diferencia entre el cambio de residencia de las mujeres migrantes y el de los hombres migrantes: mientras ellas manifestaron como principal motivo el acompañar a otros miembros del hogar (55.1% las mujeres y 41.4% los hombres), ellos lo hicieron por trabajo (32.3% los hombres y 17.0% las mujeres). Para ellas fue más determinante la reunificación familiar, elemento que se desprende de los roles tradicionales de género.

A propósito de estos, las mujeres migrantes se dedicaban predominantemente a trabajos domésticos y de cuidado, sector poco regulado y en el que hay una demanda masiva de mano de obra femenina, para suplir estas necesidades en países ricos e industrializados.

Quizás la característica más notable de la migración femenina es como ésta se sustenta en la continua reproducción y explotación de las desigualdades de género en el marco del capitalismo global. La mayoría de las trabajadoras migrantes realizan “trabajos de mujeres” como niñeras, empleadas domésticas o trabajadoras sexuales, los nichos laborales menos deseables en términos de remuneración, condiciones laborales, protección legal y reconocimiento social. De esta forma el género actúa como principio organizador del mercado laboral en los países de destino, reproduciendo y reforzando los patrones de género preexistentes que discriminan a las mujeres. (Paiewonsky, 2007, p. 5)

Esta feminización se refleja también en una mayor participación de las mujeres en el envío de remesas, que provienen principalmente de la economía del cuidado.<sup>15</sup> Por consideraciones fundamentadas en el género, como que las mujeres se preocupan más por sus familiares, se piensa que las mujeres son quienes envían más recursos a sus lugares de origen (Mora, 2003; Paiewonsky, 2007).

Con una mayor participación laboral y educativa de las mujeres, motivaciones propias de carácter económico y variaciones en su condición y posición, ellas han logrado intervenir más en las decisiones de mudanza y tener un papel más decisivo en el proceso migratorio y en los roles desempeñados en los lugares de destino. Es decir, que se han posicionado como migrantes autónomas y no como migrantes dependientes, que era como se las consideraba antes y que, en un entorno de desigualdad entre mujeres y hombres, este papel no está exento de riesgos, vulneraciones y explotación para ellas (Palacios Sanabria y Torres Villarreal, 2020; Rojas Rodríguez y Luna de Aliaga, 2020).

13) Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Chile, Guyana, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana hacen parte del Proceso de Quito, una iniciativa regional de carácter intergubernamental para coordinar las respuestas, mecanismos e intercambios con relación a la movilidad humana venezolana. En 2020, en atención a los cambios en los flujos migratorios, se incorporó a este proceso la temática de equidad de género.

14) Debe tenerse en cuenta, como señala Denise Paiewonsky (2007), que el incremento en el número de mujeres migrantes no es el único factor que conduce a hablar de la feminización de la migración, de hecho, hacia 1960, las mujeres ya representaban el 47% de las personas migrantes.

15) Se puede entender como el trabajo remunerado y no remunerado relacionado con el mantenimiento de la vivienda, los cuidados a otras personas y el mantenimiento de la fuerza de trabajo.

La Recomendación General No. 26 del Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) (2008) insiste en la obligación de los Estados frente al respeto, la protección y facilitación del acceso a derechos de las mujeres durante la migración, y reconoce su vulnerabilidad particular y la discriminación de la que son objeto por motivo de sexo y género:

La situación de las mujeres migrantes es diferente en lo que respecta a los cauces legales de migración, los sectores a los que migran, los abusos de que son víctimas y las consecuencias que sufren por ello. Para comprender las formas concretas en que resultan afectadas las mujeres, es menester examinar la migración de la mujer desde la perspectiva de la desigualdad entre los géneros, las funciones tradicionales de la mujer, el desequilibrio del mercado laboral desde el punto de vista del género, la prevalencia generalizada de la violencia por motivo de género y la feminización de la pobreza y la migración laboral a nivel mundial. (CEDAW, 2008, p. 4)

Esta recomendación analiza cómo las ideas sobre el género permean todo el proceso migratorio en el que, a menudo, se delimitan las labores que pueden ser asumidas por las mujeres migrantes al trabajo doméstico y de cuidado y a sectores informales, y se restringe el acceso a información sobre sus derechos, sin que puedan conocer rutas de atención.

Por visiones tradicionales de la maternidad, las migrantes suelen ser juzgadas por separarse y ausentarse, así sea temporalmente, de sus hijos e hijas, atribuyéndoles la responsabilidad de la desintegración familiar. Con relación al embarazo, las trabajadoras migratorias pueden ser despedidas o deportadas por este asunto, no tienen asegurada su atención en salud ni las licencias por maternidad o aborto.

Tres relatorías especiales de las Naciones Unidas sobre asuntos relacionados con mujeres migrantes — violencia contra la mujer, derechos humanos de los migrantes, y trata de personas, especialmente de mujeres y niños—, han insistido en la pertinencia de abordar este asunto con perspectiva de género, dado que la discriminación y xenofobia es más acentuada contra ellas. Al respecto, se destaca que, en las situaciones de vulnerabilidad y explotación de las mujeres migrantes como la prostitución y el trabajo doméstico, se articula su doble condición de mujeres y de migrantes (Pacecca, 2012).

Es así que las mujeres refugiadas y migrantes tienen mayores riesgos de sufrir violaciones a sus derechos humanos. En el caso de las violencias basadas en género, estas suceden a lo largo del proceso migratorio, partiendo de la decisión de migrar, ante la que pueden encontrar obstáculos como pocos recursos, mayores dificultades para obtener sus documentos de identidad, negativas de su entorno y violencia.

En los pasos fronterizos, medios de transporte y los lugares de destino pueden ser víctimas de trata de personas, violencia sexual, cobros ilegales y estafa, cometida por sus parejas, acompañantes, miembros de grupos criminales, desconocidos y autoridades. Una de las mujeres entrevistadas relató cómo ingresando a Colombia, a través de Cúcuta, en el proceso de sellar el pasaporte, fue engañada y le robaron el dinero que traía para sus gastos y los de su esposo (M3 Soacha, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021). La trata de personas y el tráfico de personas migrantes amenazan su integridad, dignidad y seguridad, todo lo que puede desencadenar en violencias basadas en género, malos tratos y abusos sexuales, tanto en la familia como en otros ámbitos (Palacios Sanabria y Torres Villarreal, 2020; Núñez, 2019).

La Corte Constitucional (2021) ordenó en la Sentencia T-236 de 2021 que el Comité Interinstitucional de Lucha contra la Trata de Personas diseñe un protocolo con la ruta para la identificación de este delito, y con propuestas para brindar protección a las víctimas en el contexto de migración masiva. Además, la Corte resaltó que la trata de personas es una forma de violencia de género y de discriminación, siendo las mujeres las que sufren las peores consecuencias. El fallo abordó el caso de una mujer migrante venezolana que fue engañada con una oferta de trabajo (vender tintos) para trasladarse a Colombia, y al llegar fue informada de que debía prostituirse; su captor la abusó mediante tocamientos, la violentó físicamente e intentó accederla

carnalmente, lo que también pretendió hacer con su hija de 7 años. Tras huir, recibió amenazas y, por su grave situación económica y la nula respuesta estatal, regresó a Venezuela, de donde debió huir nuevamente ya que los tratantes seguían amenazándola.

En Colombia, se produjo un aumento de la violencia contra las mujeres migrantes, asociado a la migración masiva desde Venezuela.<sup>16</sup> En el 2010, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses atendió 47 casos y en el 2020 ascendieron a 3.040. En estos 10 años, Bogotá, Norte de Santander y Valle del Cauca concentraron un mayor número de feminicidios en los que las víctimas mortales fueron migrantes (entre 7 y 9 feminicidios). La Defensoría del Pueblo – Regional Norte de Santander (2022) dijo haber sido informada del asesinato de una mujer venezolana, presuntamente por un miembro del Ejército Nacional en el municipio de Sardinata, con quien, se conjetura, sostenía una relación sentimental; una de las hijas de la mujer fue abusada, al parecer por este militar.<sup>17</sup>

Entre 2017 y 2020, la violencia sexual contra mujeres migrantes aumentó 268%, la violencia de pareja 462%, la violencia intrafamiliar 212% y la violencia intrapersonal 234%.<sup>18</sup> Al analizar las cifras del 2020 por tipo de violencia y nacionalidad, las mujeres migrantes venezolanas representan más del 95% de los casos. En cuanto a las edades, según datos del Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género, en más del 50% de los casos de violencia física y psicológica, las víctimas son mujeres migrantes venezolanas entre los 18 y 28 años; y en el 39% de los casos de violencia sexual, las víctimas tienen entre 12 y 17 años. El lugar de agresión más común en todos los tipos de violencia es la vivienda, así es en casos de violencia física (80%), sexual (73%) y psicológica (86%).

En las entrevistas, profesionales de la salud mencionaron condiciones de vida, tales como el hacinamiento, el confinamiento y la carencia de una residencia permanente y segura, como factores de riesgo para la violencia sexual, tanto para ellas como para niños y niñas, y varios coincidieron en que pocas veces se denuncian los hechos por temor a consecuencias, amenazas y chantajes (PS2 Bogotá, comunicación personal, 3 de octubre de 2021; PS3 Bogotá, comunicación personal, 5 de octubre de 2021; PS1 Soacha, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021 ).

El hecho de encontrarse fuera de su territorio, desconocer los canales de atención institucional y, en muchos casos, no contar con un estatus migratorio regular, inhibe la búsqueda de servicios de salud y justicia.

Estos riesgos, abusos y vulneraciones se hacen particularmente visibles y profundos en zonas de frontera, cuyas dinámicas de superposición entre el fenómeno migratorio y el conflicto armado facilitan el abuso y la violencia sexual, así como las violencias basadas en género y cuya inseguridad se ve reforzada por la migración. (Moreno V. et al., 2020)

Con relación a la trata de personas, es posible establecer un vínculo entre la ocurrencia del delito y la migración, que para las mujeres se materializa principalmente en explotación sexual, matrimonio servil y trabajos forzados. Aun así, sobre el caso colombiano, académicas y sociedad civil han señalado la ausencia de “estrategias específicas que visibilicen los riesgos de los migrantes venezolanos ante la trata de personas y que desarrollen acciones concretas en el ámbito de prevención con una vocación de permanencia en el mediano y largo plazo” (Coral Díaz y Luna de Aliaga, 2022, p. 147). Riesgos que se suman a otros, como la presencia de actores armados ilegales que ejercen control en el territorio.

Por su parte, el Ministerio del Interior (2022) informó que la Estrategia Nacional para la Lucha Contra la Trata de Personas 2020-2024, adoptada mediante el Decreto 1818 de 2020, en su eje de cooperación internacional,

16) Los datos que se presentan a continuación son del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y del Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género (Observatorio Colombiano de las Mujeres y Conectando Caminos, 2021).

17) Esta información fue corroborada en prensa escrita.

18) "La violencia interpersonal se define operativamente, en el ámbito epidemiológico forense, como el fenómeno de agresión intencional que resulta en una lesión o daño al cuerpo o a la salud de la víctima y no la muerte, cuyo ejecutante no es un familiar en grado consanguíneo o de afinidad del agredido, y que excluye los casos de transporte" (Dueñas Mendoza, 2011, p. 104). Representa un conflicto entre partes que tienen una relación asimétrica en la que no procede la conciliación.

migración y fronteras, se propone abordar integralmente los fenómenos migratorios, fronterizos y de trata de personas. En correspondencia con esto, ha realizado asistencias técnicas sobre el delito de trata, derivado del fenómeno migratorio, en los departamentos de frontera.

Entre 2008 y 2021, Colombia registró 1.331 casos de trata de personas, 79% las víctimas fueron mujeres y 21% hombres (Ministerio del Interior, 2022). La principal finalidad fue la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual (59.6%), trabajos forzados (19.5%) y matrimonio servil (5.9%). De estas personas, 217 eran extranjeras, entre las que predominaban personas de origen venezolano (169 personas, equivalentes al 13%); y 138 eran mujeres, de las cuales 100 recibieron alguno de los servicios de asistencia inmediata (alojamiento, asistencia material, solicitud de documentos, servicios de transporte, asistencia médica, asistencia psicológica, asistencia jurídica o seguridad), y 92, algún servicio de asistencia mediata (servicio de transporte, asistencia médica, asistencia psicológica, articulación con educación, formación para el trabajo, empleabilidad, generación de ingresos, asesoría jurídica).<sup>19</sup>

La discriminación dificulta el acceso al trabajo de las mujeres refugiadas y migrantes con garantías e igualdad, y la estigmatización las encasilla como trabajadoras domésticas o sexuales. También, tienen mayores problemas para lograr regularizar su estatus migratorio y acceder a la justicia y a otros servicios estatales (Núñez, 2019). En efecto, estas mujeres tienen menores niveles de ocupación respecto a las mujeres colombianas, y respecto a los hombres migrantes venezolanos. En el 2020, la tasa de ocupación fue de 34.5% para las migrantes recientes (quienes migraron hace menos de 12 meses), 38.3% para las demás mujeres (no migrantes recientes) y 67.8% para los hombres migrantes recientes. Adicionalmente, las mujeres migrantes están mayoritariamente en el sector servicios (33.4% en actividades de alojamiento y servicios de comida), sectores altamente afectados durante el confinamiento obligatorio a causa de la Covid-19 (DANE y Ladysmith, 2021).

Sumado a lo anterior, se ha registrado participación de mujeres migrantes dedicadas a actividades sexuales por supervivencia y en situaciones de explotación sexual. Se presume que el bajo reporte de estas se debe al miedo a las autoridades y a las dificultades para obtener permisos de trabajo e ingresar al mercado laboral formal (DANE y Ladysmith, 2021). La Casa de Todas de la Alcaldía Mayor de Bogotá, un centro especializado en asesoría sociojurídica y atención psicosocial para personas en ejercicio de trabajo sexual, encuestó entre enero y noviembre de 2021 a 2.298 personas que realizan estas actividades y que fueron atendidas allí. El 94.6% eran mujeres, el 4.7% hombres y el 0.5% intersexuales; el 30% era de nacionalidad venezolana y el 32% no se encontraba afiliado al sistema de salud (Secretaría Distrital de la Mujer, 2021).

Asimismo, las mujeres que trabajan de manera informal manifiestan situaciones que pueden redundar en explotación:

En mi trabajo yo me ganaba \$20.000 pesos diarios ¿sí? Pero, o sea, diario y no diario porque me pagaban un día sí, un día no, dos días no, tres días sí, un día, cuatro, cinco no, por la situación de que las ventas están bajas, que si no se vende, bueno, te damos el plato de comida y el desayuno y el almuerzo y con eso te conformas hasta mañana, y si mañana hay plata, pues mañana te pago. (M2 San José de Cúcuta, comunicación personal, 9 de noviembre de 2021)

Indudablemente, el proceso migratorio tiene distintas caras para los hombres y para las mujeres. El mayor protagonismo de ellas, implica riesgos y vulneraciones en distintos ámbitos, producto de su condición de mujeres y de migrantes. Esta alta vulnerabilidad de las refugiadas y migrantes afecta de manera diferencial a mujeres indígenas, afrodescendientes, niñas y adolescentes no acompañadas y a mujeres Lesbianas Bisexuales y Trans (LBT), pues a menudo sufren formas interrelacionadas de discriminación y violencias.

<sup>19</sup> Las personas pueden recibir ambos servicios: de asistencia inmediata y de asistencia mediata.

## Derecho a la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas

La migración es un determinante estructural de la salud, toda vez que puede conducir a la exclusión de los servicios de este tipo, lo que se da particularmente en personas migrantes irregulares. En el caso de las mujeres, se combina con que ellas se insertan en el mercado laboral primordialmente en empleos informales, dificultando su afiliación al sistema de seguridad social (DANE y Ladysmith, 2021):

Las migrantes gestantes, en especial las irregulares, son expuestas a riesgos psicosociales y ambientales durante su proceso de tránsito y llegada, cargan con las exposiciones relevantes del lugar de origen, y además enfrentan diversos y nuevos riesgos para su salud en el lugar de destino. (Ariza-Abril et al., 2020, p. 209)

Paradójicamente, aun cuando acceder a servicios de salud en el contexto de crisis venezolana se encuentra entre las causas de la migración, esta repercute en la salud mental de quienes migran, asunto prioritario que recibe poca atención. La migración y algunas de sus circunstancias, como la separación del grupo familiar y la adaptación, suponen una vulnerabilidad que puede deteriorar la salud mental e implicar estrés, sufrimiento psíquico, depresión, ansiedad, pensamientos e ideación suicida y suicidio (Profamilia, 2020). Por ejemplo, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) ha descrito, a partir de una encuesta de caracterización realizada en Colombia, que el duelo del migrante y el sentimiento de culpa por poder consumir productos no disponibles en Venezuela, les genera angustia (Alarcón, 2019). A su vez, algunos estudios internacionales revelan que las mujeres migrantes tienen más síntomas de depresión durante la gestación y el parto (Fernández-Niño et al., 2019).

En este mismo sentido, de acuerdo con el *Plan de respuesta regional para refugiados y migrantes* (RMRP) del 2021 de la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V),<sup>20</sup> una de las principales dificultades identificadas en el sector salud consiste en las barreras que les impiden acceder a servicios de salud esenciales, lo que muchas veces está relacionado con su estatus migratorio, y que conduce a no recibir una atención integral.

En esta línea, el Consejo Danés para Refugiados (2020) estableció, a partir de una encuesta realizada entre octubre y diciembre de 2020 a 6.263 personas, que el 44.8% de la población venezolana monitoreada no tiene acceso a servicios de salud debido a: la falta de documentación (46.7%), la distancia (12.5%) y el transporte a los centros de salud (7.4%). Igualmente, se identificó el desconocimiento de las garantías que tienen las personas refugiadas y migrantes, y la falta de armonización de las normas, esto a partir de la información que brindaron mujeres gestantes sobre las barreras para los controles prenatales y atención especializada.

El Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFFM) y R4V (2020b) efectuaron una evaluación conjunta de necesidades, mediante una encuesta realizada en noviembre del 2020 a 3.100 hogares de personas refugiadas y migrantes venezolanas en Colombia. Los resultados mostraron que el 80% de quienes conforman los hogares no estaba afiliado al sistema de salud. El 43% de los hogares indicó que al menos un miembro del hogar necesitó tratamiento médico 30 días antes de la encuesta. En estos hogares tuvieron dificultades para acceder a servicios de salud por no estar afiliados (56%), por el costo de los servicios y las medicinas (51%) y por no tener documentación. Respecto a las necesidades en salud sexual y reproductiva, el 24% de las personas expresó haber necesitado acceder a estos servicios el mes antes de la encuesta. En materia de salud mental, el 41% de las personas señaló que, en la semana previa a la encuesta, uno/una o más integrantes del hogar experimentaron ansiedad, reducción del sueño o episodios de llanto.

El RMRP del 2021 marca dos cuestiones importantes sobre la atención en salud de esta población. La primera, es que existe una carencia de datos, especialmente de quienes se encuentran en tránsito. La segunda, es que la pandemia por la Covid-19 afectó el acceso a programas básicos de salud pública, como la atención

20) La plataforma está integrada por 158 organizaciones de América Latina y el Caribe. Véase: <https://bit.ly/3l9bnPF>

en salud sexual y reproductiva, y con esta a la IVE y a la planificación familiar.<sup>21</sup> Por ello, propone apoyar el acceso a la salud en igualdad y sin discriminación, así como considerar las necesidades en este ámbito, con perspectiva de género.

Los resultados de la encuesta citada del GIFMM y R4V (2020b), coinciden con lo anterior, al evidenciar que se produjo un deterioro en las condiciones de vida de las personas migrantes por las medidas de aislamiento preventivo para la mitigación de la pandemia. Las principales necesidades reportadas por los hogares seguían siendo: alimentos (85%), vivienda (68%), acceso a empleo o fuente de ingresos (44%), y asistencia en salud (29%). Las mujeres eran las principales cabezas de hogar (69%) y fueron más propensas a estrategias de supervivencia y a consumir menos alimentos en promedio. Hubo una caída de 26 puntos porcentuales en hogares que antes de la pandemia tenían una fuente de ingresos provenientes de un empleo (de 86% a 60%), el 69% de las personas encuestadas se privó de al menos una comida al día, y las mujeres fueron las más afectadas con los desalojos por incapacidad de pago de la vivienda. Al respecto, la Defensoría del Pueblo (2020a) informó que, en el contexto de la pandemia, ante el incumplimiento de pagos de arrendamiento, propietarios de inmuebles cometieron actos de violencia sexual.

A lo anterior se suman las condiciones adversas de los servicios de salud en Venezuela. El *Global Health Expenditure Database* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.), mostró que, en el 2017, último año con datos disponibles para Venezuela, este país apenas invirtió un 1.2% de su Producto Interno Bruto (PIB) en el sector salud, mientras que otros países latinoamericanos como Colombia invirtieron ese año el 7.2%. Por ende, el sistema de salud venezolano se encuentra deteriorado y colapsado. En el 2019, el 45% de los laboratorios clínicos no funcionaba y el 28.33% lo hacía de manera intermitente (Médicos por la Salud, 2019); en el 2018 se identificó desabastecimiento de insumos esenciales como antibióticos o anticoagulantes (escasez del 88% de medicamentos) (Médicos por la Salud, 2018). Una de las mujeres entrevistada, quien migró a Colombia en búsqueda de atención para el cáncer, manifestó que para su tratamiento:

Los medicamentos son muy costosos, por eso me tuve que venir porque para empezar la radio me dijeron que tenía que tener 2.500 dólares. O sea, que ni vendiendo una casa iba a pagar ese tratamiento y todo lo tuve que hacer pago, porque hay un seguro, pero no, no funciona. (M2 Soacha, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

El personal médico de los centros públicos venezolanos se ha visto reducido al menos en un 50% (González, 2019) y son constantes los cortes de agua y luz (Médicos por la Salud, 2018, 2019). Además, en el 2019, 13 de 40 hospitales reportaron violencia por fuerzas de seguridad del Estado contra el personal de salud, y 12 de 40 hospitales reportaron violencia contra personal del hospital, familiares o pacientes por grupos irregulares o paramilitares (Médicos por la Salud, 2019).<sup>22</sup>

Lo anterior afecta principalmente a la ciudadanía, cuyo estado de salud ha empeorado, y percibe este derecho como un lujo, ajeno a sus posibilidades dentro del territorio venezolano e incluso el colombiano, dadas las barreras de acceso al sistema.

Las consecuencias de esta puntual crisis son que las personas dejen de medicarse debidamente, bajen su dosis recetada, alteren sus tratamientos, los reemplacen por “medicinas” caseras y acudan a mercados clandestinos para conseguirlos sin conocer la procedencia de lo que consumen y así expongan su salud y vida, por la imposibilidad de acceder a ellos por los medios usuales, lo cual genera incluso resistencias a los medicamentos por la interrupción de los tratamientos, en el caso de enfermedades como el VIH/sida. (González, 2019, p. 160)

En el 2017, último año en el que se publicó el boletín epidemiológico del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela, este mostró que entre 2015 y 2016 se produjo un aumento del 65.79% en la

21) En el contexto de la emergencia sanitaria por la Covid-19, las barreras de acceso a la IVE se acentuaron, además de identificarse unas nuevas como la falta de información sobre rutas y canales de acceso, dificultades para obtener información y acceder al servicio debido a la falta de intimidad en el hogar, entre otras (La Mesa et al., 2021).

22) La encuesta funciona en una plataforma digital abierta para médicos/as de toda Venezuela y permite hacer monitoreo de las condiciones de los centros hospitalarios a nivel nacional.

mortalidad materna (112 muertes por cada 100.000 nacidos), emulando las cifras del país en 1990, lo que significa un verdadero retroceso. La falta de condiciones para la salud materna ha conducido a muchas mujeres embarazadas a un éxodo en búsqueda de atención sanitaria y partos seguros en Colombia. Esto, sin desconocer que el embarazo puede tener lugar en cualquier momento del proceso migratorio, haciendo inminente la necesidad de atención en salud.

El Observatorio Nacional de Migración y Salud (s.f.) anotó que en el 2018 se atendieron 15.879 partos de mujeres procedentes de Venezuela, en 2019 fueron 43.074 y en el 2020 ascendieron a 49.068. Este último año hubo en total 620.346 nacimientos en Colombia, en 2019 fueron 642.660 y en 2018 649.115. Mientras los nacimientos en el país descendieron, los nacimientos en mujeres venezolanas aumentaron: en el 2018 la contribución a los nacimientos de madres procedentes de Venezuela era del 0.9%, en el 2020 alcanzó el 10.5% del total de los nacimientos (DANE, s.f.).

Así, la atención prenatal y del parto explica, en gran medida, el aumento en la prestación de servicios sanitarios para migrantes. Ciudades fronterizas como San José de Cúcuta experimentaron en un solo centro de salud, el Hospital Universitario Erasmo Meoz, algo más que una triplicación de la atención a embarazadas venezolanas, pasando de 681 en 2016 a 2.152 en 2017 (Amnistía Internacional, 2017). Como lo explicó una de las entrevistadas:

[Algunas mujeres venezolanas] vienen dizque a parir no más y ven la situación que aquí está... se consigue para comer, el diario, se quedan aquí con los bebés o vienen a parir y se van porque aquí sí hay... para nosotras es gratuito. (M3 San José de Cúcuta, comunicación personal, 10 de noviembre de 2021)

En cuanto a consultas de planificación familiar, en 2020 fueron atendidas 32.405 mujeres venezolanas, mientras en el 2019 habían sido 25.287, aclarando que en Colombia dicha atención no está disponible para migrantes irregulares, excepto que se dé en el marco de la atención postparto.

En Venezuela la situación es más limitada y menos alentadora. Por un lado, en 2010 el 75% de las mujeres entre los 15 y los 49 años usaba métodos anticonceptivos, cifra que en Colombia era del 79.1% (Banco Mundial, s.f.). Por otro, la Federación Farmacéutica de Venezuela (FEFARVEN) ubicó la escasez de anticonceptivos en farmacias, donde habitualmente casi el 70% de las venezolanas accedía a ellos, entre el 83.3% y el 91.7% en el Área Metropolitana de Caracas, Barquisimeto, Maracaibo, Mérida y Porlamar, todas ciudades capitales, entre los meses de agosto y diciembre de 2018 (Asociación venezolana para una educación sexual alternativa, 2019).

Una de las mujeres entrevistadas se refirió a esta situación:

Por el tema de que no hay nada, este, iba a hacerme unos exámenes, no habían [sic] o si no el aparato estaba dañado, o si no tenía que hacértelo pago e incluso cuando tú buscas sistemas de pago, tampoco servían. Entonces, [son como extremos y por eso uno también se decide ir a otro país] y por la parte de... salud, por decir de citología, de planificación, tú ibas y siempre no había, no había cita o no había pastillas, citologías tampoco habían [sic]. (M1 Soacha, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Aunque en los últimos años algunos medios han reportado una mayor disponibilidad de los anticonceptivos en farmacias, los precios dificultan su uso. Para ilustrar, mientras el salario mínimo mensual en 2021 equivalía a \$2 USD, una caja de píldoras anticonceptivas puede costar mensualmente entre \$5 y \$30 USD, y el dispositivo intrauterino (DIU) entre \$60 y \$200 USD, sin contar la inserción (Andara Meza, 2021).

La escasez y estos precios prohibitivos impactan directamente la probabilidad de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y embarazos adolescentes, sin que existan condiciones para su atención. De acuerdo con datos oficiales del 2019, la prevalencia general del VIH en Venezuela fue de 0.61%

en personas entre los 15 y los 49 años y del 0.13% en personas entre los 10 y 19 (UNFPA y ONUSIDA, 2020). En Colombia, en el 2020, la prevalencia del VIH fue de 0.25%, siendo mayor en hombres (0.37%) que en mujeres (0.12%) (Vivas, 2021).

A lo anterior, se suma lo que Naciones Unidas ha tildado de “precaria educación sexual”. Debido a ello, Venezuela se ubica entre los tres primeros países latinoamericanos con mayores tasas de embarazos adolescentes (mujeres entre 15 y 19 años): en el 2019 esta fue de 95 nacimiento por cada 1.000 adolescentes (UNFPA – Venezuela, 2021). En Colombia, en el 2019, la tasa fue de 57.95 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021a); y en el 2020, la tasa fue de 66.3 (la Tasa General de Fecundidad fue de 45.7) (DANE, 2022a). Las consecuencias del embarazo adolescente y la maternidad temprana ponen en riesgo el acceso a oportunidades de las adolescentes, quienes pueden caer en ciclos de pobreza y exclusión por discontinuidades o expulsiones educativas.

La falta de anticonceptivos también puede aumentar la práctica de abortos en condiciones inseguras. En Venezuela el aborto solamente es legal cuando es indispensable para salvar la vida de la mujer, en otras circunstancias tiene una pena de 6 meses a 2 años de prisión. Según datos oficiales del 2013, el 10% de la morbimortalidad se dio por complicaciones en embarazos terminados en aborto, mientras que estimaciones de la sociedad civil lo consideran la causa del 16% de las muertes maternas (Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa, 2017). La inseguridad de los procedimientos es una consecuencia de la alta restricción, agravada por la deficiencia del sistema de salud. Así lo recordaba una mujer entrevistada que desde hace cuatro años se radicó en Colombia:

Tienes que recurrir a sitios como... allá le dicen la carnicería, los carniceros; más la salud no es muy... como está la situación en el país, la salud no es muy estable, es muy inestable todo lo que tenga que ver con salud allá, tanto sexual o la que sea es muy inestable, no sirve la salud, en estos momentos no creo que ahorita estén mejor que antes, lo dudo mucho. (M3 San José de Cúcuta, comunicación personal, 10 de noviembre de 2021)

Por fuera del sistema de salud, y en un mercado especulativo que incrementa los riesgos, las píldoras de misoprostol pueden costar hasta \$150 USD y la mifepristona no se encuentra disponible, esto aumenta las barreras para acceder a un aborto (Turkewitz y Herrera, 2021). Una de las mujeres entrevistadas indicó que acceder “siempre es muy difícil, porque puede ser que la pastilla sí la vendan, pero supongamos que acá [en Colombia] la pastilla cueste quince, diez mil pesos, un ejemplo, pero allá en Venezuela cuesta hasta \$50 dólares una sola pastilla” (M2 San José de Cúcuta, comunicación personal, 9 de noviembre de 2021).

El grupo feminista venezolano de asistencia al aborto, Faldas-R, registró en el 2019, 1.142 llamadas (un aumento del 40% respecto a 2018), principalmente de mujeres entre los 20 y 31 años, y que tenían entre 7 y 9 semanas de gestación; un 69% de las mujeres no había utilizado métodos anticonceptivos, ellas indicaron como las principales razones de esta decisión: su situación económica (46%), no desear un embarazo (29%) y el deseo de culminar sus estudios (Santiago et al., 2019).

Este panorama dista enormemente del colombiano, en el que el aborto estuvo parcialmente despenalizado en tres circunstancias desde 2006 y, ante la persistencia de barreras de acceso, se pudo instalar una discusión pública sobre la eliminación del delito que condujo a un cambio normativo importante en 2022, referenciado en la introducción. A pesar de esto, y tratándose de un derecho fundamental y un servicio esencial de salud, hay múltiples barreras de acceso, lo que se agudiza en el caso de las mujeres migrantes, especialmente para aquellas que no cuentan con documentos de regularización.

Según la autoridad sanitaria colombiana, con el envío de datos solicitados de las atenciones a personas extranjeras, mediante la Circular 029 de 2017, entre marzo de 2017 y agosto de 2020, fueron reportadas 4.056 mujeres venezolanas cuyo diagnóstico principal estaba relacionado con aborto, y 13.724 en los servicios de salud por procedimientos relacionados con este (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022b).

Sin datos oficiales disponibles, se evalúa que la situación de salud en Venezuela ha seguido empeorando (Universidad Católica Andrés Bello y Universidad Central de Venezuela, 2018). Esto tiene repercusiones en Colombia, como la presencia de enfermedades que estaban controladas, (el sarampión, por ejemplo) y el aumento de indicadores como la sífilis gestacional y congénita, además de la alta presión al sistema de seguridad social, particularmente en salud materno infantil. Al mismo tiempo, el panorama para las personas migrantes no es de plenas garantías, esencialmente por las condiciones para el acceso por parte de quienes no están regularizadas, condiciones que suelen ser más arduas para las mujeres, que tienen necesidades especiales en salud.

### **Normatividad sobre el derecho a la salud de la población migrante en Colombia**

Sobre los derechos que gozan las personas migrantes por fuera de sus Estados, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2003) ha expresado que:

La situación regular de una persona en un Estado no es condición necesaria para que dicho Estado respete y garantice el principio de la igualdad y no discriminación, puesto que [...] dicho principio tiene carácter fundamental y todos los Estados deben garantizarlo a sus ciudadanos y a toda persona extranjera que se encuentre en su territorio. (párrafo 118)

De forma similar, la declaración del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2017) sobre las Obligaciones de los Estados con respecto a los Refugiados y Migrantes, en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), señala que todas las personas —lo que incluye solicitantes de asilo, refugiados y migrantes, incluso irregulares— deben disfrutar de los derechos recogidos en el Pacto, entre los que se contempla el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (artículo 12), asunto que viene de la mano de asistencia y servicios médicos.

El mismo Comité (2000), en su Observación General No. 14, subrayó el derecho al acceso a servicios de salud preventivos, curativos y paliativos con igualdad y sin ningún tipo de discriminación, especialmente para grupos vulnerables o marginados, entre los que se encuentran las personas inmigrantes irregulares, además de resaltar la pertinencia de la perspectiva de género con relación a la salud de las mujeres.

Debe destacarse que el derecho a la salud sexual y reproductiva hace parte del derecho a la salud, y que implica un conjunto de libertades y derechos como el de “adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016, s.p.). También, incluye acceso a información, bienes, establecimientos y servicios de salud, que deben estar disponibles sin discriminación. En cuanto a las mujeres, la observación habla de estos derechos como imprescindibles para su autonomía y toma de decisiones vitales, así como de grupos desproporcionalmente afectados por una discriminación intersectorial, como el de las personas migrantes.

La Declaración de Beijing y su Plataforma de acción definen los DSR como derechos humanos:

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. (Organización de las Naciones Unidas, 1995, s.p.)

A su vez, la CEDAW ha establecido el derecho al acceso a información en salud, como asesoramiento sobre planificación familiar, y la protección de la salud y la seguridad en las condiciones de trabajo. Este Comité ha reconocido que la mujer migrante indocumentada es particularmente vulnerable a la explotación y el abuso por su estatus migratorio al tiempo que, desde la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, se ha señalado la situación de vulnerabilidad de la mujer migrante en

estado de embarazo. La aplicación conjunta de estos instrumentos internacionales, junto con la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, permitiría configurar un marco de protección para las mujeres migrantes.

En el plano nacional, la Constitución Política colombiana reconoce una condición general de igualdad de derechos civiles entre personas colombianas y extranjeras, independientemente de su estatus migratorio (artículos 13 y 100). Así, la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral, reconoce la universalidad del derecho a la salud, esto significa que incluye a todas las personas residentes, lo que se recoge en la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

A pesar de esto, y de las obligaciones adquiridas por el Estado colombiano en distintos instrumentos internacionales,<sup>23</sup> que se cimientan en los principios de universalidad, igualdad y solidaridad, las autoridades nacionales solo reconocen el derecho a la salud para migrantes regulares. Las personas migrantes irregulares tienen derecho a recibir atención de urgencias, bajo el entendido que deberán regularizar su situación y, en tal caso, podrán afiliarse al sistema para disfrutar del derecho a la salud.<sup>24</sup>

En la Estrategia Nacional para la Garantía de los Derechos Humanos, 2014-2034, formulada por la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales (2015), en las garantías para el ejercicio de la libertad de circulación, se propone impulsar un marco normativo sobre aspectos migratorios integrales, que reconozca los instrumentos internacionales y las normas constitucionales, y diseñar programas integrales para la promoción y garantía de los derechos humanos de las personas migrantes, incluyendo el derecho a la salud.

Una de las principales medidas tomadas bajo la idea de que la regularidad conduce al acceso a derechos como la salud, y que la irregularidad supone una mayor exposición y dificultades para la integración, ha sido la creación del Permiso Especial de Permanencia (PEP) (Resolución 5797 de 2017), que por su corta vigencia ha tenido varias rondas de renovación y rondas adicionales de expedición, mostrando una visión que, aunque flexible, es cortoplacista sobre la atención de esta problemática.<sup>25</sup> El PEP es un documento de identificación válido para personas nacionales venezolanas en Colombia que permite una regularización migratoria temporal y el acceso a la oferta institucional. Sin embargo, desde varias orillas se ha observado que la falta de documentación oficial venezolana y los altos costos para obtenerla repercuten en las dificultades de ingreso regular a otros países, lo que impide la regularización de hombres y mujeres (Dejusticia, 2019; Moreno V. et al, 2019; Programa de Protección Internacional de la Universidad de Antioquia et al., 2020).

En el mismo sentido, el Decreto 1288 de 2018 buscó la regularización de las personas migrantes venezolanas, al establecer en su artículo 7 que, quienes se encuentran inscritos en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos, tienen derecho a: atención de urgencias, acciones de salud pública como control prenatal para gestantes, y la afiliación al sistema de salud, bien sea en régimen contributivo o subsidiado. Esto supone la oportunidad y obligación de estos migrantes a afiliarse al sistema. En cuanto a menores de edad, el gobierno concedió la nacionalidad colombiana a niños y niñas nacidos en Colombia de padres venezolanos (Resolución 8470 de 2019, vigente hasta el 20 de agosto de 2021 y prorrogada por dos años más mediante la Resolución 8617 de 2021). Entre agosto de 2019 y agosto de 2020, fueron 47.617 niños y niñas, de acuerdo con la Registraduría Nacional del Estado Civil.<sup>26</sup>

<sup>23</sup> Entre ellos: Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales; Convención Americana sobre Derechos Humanos; Convención sobre el Estatuto de los Refugiados; Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares; y Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional.

<sup>24</sup> Artículos 168 de la Ley 100 de 1993, 67 de la Ley 715 de 2001, 20 de la Ley 1122 de 2007 y 14 de la Ley 1751 de 2015.

<sup>25</sup> Por ejemplo, mediante las resoluciones 240 de 2020 y 2502 de 2020.

<sup>26</sup> En teoría, todos los niños, niñas y adolescentes a cargo del ICBF tienen garantizado acceso a la salud en igualdad de condiciones y pueden afiliarse al sistema de salud sin documento de identificación, en el marco de la circular conjunta No. 021 emitida con el Ministerio de Salud (ICBF, 2021) En una situación más crítica se encuentran las y los menores de edad no acompañados. Se estima que entre 2015 y 2019 salieron 25.000 de Venezuela (Véase <http://hijosmigrantes.com/>). Se ha señalado la poca claridad para atender la situación de las y los menores no acompañados, quienes se exponen a trata de personas, tráfico de migrantes, violencias de todo tipo, explotación laboral y sexual por parte de grupos armados y contrabandistas, además de desescolarización y alteraciones emocionales por asumir responsabilidades de personas adultas, muchas veces lejos de sus familias, saltándose la infancia (La Liga Contra el Silencio, 2021, 2022).

Recientemente las políticas públicas en la materia han tenido tres instrumentos destacados: en primer lugar, el CONPES 3950 de 2018 – Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela, que generó estrategias de distinto orden, y estableció un presupuesto de 422.779 millones de pesos, para atender a un millón de venezolanos durante tres años (2018-2021).

En segundo lugar, la Ley 2136 del 2021 sobre principios y lineamientos para la reglamentación y orientación de la Política Integral Migratoria. De acuerdo con la Cancillería, esta ley pretende ser comprensiva e integral, unificando las normas existentes y ampliando el compromiso a otros migrantes, no solo a las personas venezolanas (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2021).

En tercer lugar, el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos, adoptado mediante Decreto 216 de 2021 del Ministerio de Relaciones Exteriores (2021), y cuya aplicación aun es incierta. Esta es la apuesta más significativa del Gobierno nacional, tiene una vigencia de 10 años y se compone de un registro único de migrantes venezolanos,<sup>27</sup> con el objeto de recaudar y actualizar información para la formulación de políticas públicas y la identificación de esta población; y de un Permiso de Protección Temporal, como un mecanismo de regularización migratoria y documento de identificación que autoriza a personas venezolanas a permanecer en el país. Estas medidas aplican para migrantes que cumplan alguna de las condiciones del artículo 4.<sup>28</sup> El Estatuto reitera que trabajadores migrantes y familiares tienen derecho a recibir atención médica de urgencias.

A pesar de estos esfuerzos, no puede desconocerse que: “Existen también numerosos retos en términos de integralidad normativa, compatibilidad con las normas internacionales ratificadas por el país, fortalecimiento de capacidades institucionales y de respuesta para atender la migración” (Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales, 2021, pp. 93-94), además de retos relacionados con el registro de la población migrante, discursos de xenofobia y discriminación, visiones parciales de la problemática que se reflejan en políticas públicas sin enfoques diferenciales, y graves vulneraciones de derechos humanos, como la explotación y trata de personas.

Ante este panorama, son varias las críticas planteadas. Para algunos autores, el marco normativo colombiano sobre extranjería no parte del marco internacional de los derechos humanos (Gandini et al., 2019; Moreno V. et al., 2019; Palacios Sanabria et al., 2020), en su lugar, concede amplias potestades a las autoridades migratorias y cifra los mayores esfuerzos en la creación de documentos que permiten la regularización y la permanencia en el territorio, aunque estos tengan una rápida obsolescencia (Gandini et al., 2019).

Esta obsolescencia, y la carencia de enfoque de derechos humanos, podrían modificarse bajo los términos del Estatuto, que ha sido reconocido por las Naciones Unidas, y que tiene una vigencia de 10 años. Igualmente, y aunque la Corte Constitucional ha marcado una línea que dialoga más con el derecho internacional, persisten vacíos que se traducen en desprotección: “las medidas excepcionales han generado una sobreproducción de legalidad —o una complejización de los procesos de regularidad—, que de alguna forma implica que el reino del Derecho atente contra el ejercicio real de derechos” (Gandini et al., 2019, p. 29).

Las críticas también apuntan a la proliferación de actos administrativos para atender la migración, el poco alcance de las leyes disponibles y la deficiencia en los enfoques diferenciales, lo que permite afirmar que en Colombia:

Se evidencia una ausencia de regulación integral de la migración, marcada por la dispersión normativa carente de sentido de integralidad y de enfoque de derechos humanos, sino que además el escaso

27) Bajo el Estatuto Temporal de Protección se han prerregrado, entre el 5 de mayo y el 30 de noviembre de 2021, 1.613.179 personas de origen venezolano en todo el país. Debe tenerse en cuenta que estos datos se encuentran en proceso de estabilización. Este Estatuto busca permitir el tránsito de los migrantes venezolanos que se encuentran en el país de un régimen de protección temporal a un régimen ordinario (Véase: <https://tabsoft.co/33Jj3cg>).

28) Encontrarse en Colombia de manera regular con Permiso de Ingreso y Permanencia (PIP), Permiso Temporal de Permanencia (PTP) o Permiso Especial de Permanencia (PEP) vigente; encontrarse en Colombia de manera regular con un salvoconducto SC-2, en el marco de una solicitud de reconocimiento de la condición de refugiado; encontrarse de manera irregular al 31 de enero de 2021; o ingresar a Colombia de manera regular por un Puesto de Control Migratorio, cumpliendo las respectivas normas migratorias, en los primeros dos años de vigencia del Estatuto.

marco normativo existente no da lugar al enfoque diferencial reflejado en un tratamiento pertinente e idóneo de la mujer migrante, evidenciando la doble vulnerabilidad que es visible en el contexto internacional. (Palacios Sanabria et al., 2020, p. 108)

Con unos lineamientos de política pública de reciente construcción y una normatividad escueta sobre el derecho a la salud de la población migrante irregular en Colombia, sus alcances han sido precisados por la Corte Constitucional en el sentido del derecho a recibir atención “básica y de urgencias”, independientemente de la permanencia irregular, y desde su llamando a tener en cuenta la crisis humanitaria y el principio de solidaridad (Corte Constitucional de Colombia, 2017). Esto implica que se cubriría más allá de la atención inicial de urgencias, es decir, superaría la estabilización de los signos vitales y abarcaría alteraciones de la integridad física y mental para disminuir riesgos de invalidez o muerte, buscando preservar la vida y la salud (Dejusticia, 2019).

El caso que condujo a la Sentencia de Unificación 677 de 2017 versaba sobre la negación de controles prenatales y atención del parto, ante lo cual la Corte recalcó que se trataba de una atención urgente que, de no brindarse, podía llevar a la muerte de la gestante, del feto o del recién nacido, por lo que eran evitables con “atención básica de los servicios de salud materna” (s.p.). Dicho de otra manera, los retrasos pueden ser más perjudiciales para las personas y el sistema de salud.

En otras sentencias, la Corte se había pronunciado sobre “una atención mínima por parte del Estado en casos de extrema necesidad y urgencia, en aras de atender sus necesidades más elementales y primarias” (Corte Constitucional de Colombia, 2007, s.p.), y sobre el derecho a la salud de los extranjeros:

independientemente de su permanencia regular o irregular en el país, se hace efectiva cuando estos reciben un mínimo de servicios de salud de atención de urgencias para atender sus necesidades básicas con el fin de preservar la vida en los siguientes eventos: (i) que no haya un medio alternativo, (ii) que la persona no cuente con recursos para costearlo y (iii) que se trate de un caso grave y excepcional. (2020, s.p.)

En el caso de las mujeres, esto implica atender las desigualdades que ponen en peligro su salud y que requieren atención especial, como es el caso de la salud reproductiva, precisando que la atención de urgencias comprende procesos asociados al embarazo, y con este, el aborto. Respecto a la salud materna, concluye la Corte (2017) en la Sentencia de Unificación que:

A partir de los riesgos para la vida de las mujeres que conlleva el hecho de estar embarazadas y las consecuencias que se generan de no recibir una atención en el momento adecuado, se evidencia que el concepto de urgencia no es genérico sino que depende de cada caso particular. Por consiguiente, los servicios de salud relacionados con el embarazo, el parto y el periodo después del parto, se deben catalogar como de atención urgente y prioritario, teniendo en cuenta todos los riesgos de salud que tiene la mujer gestante y las consecuencias que se derivan de no recibir la atención en el momento adecuado, pues en muchos casos la falta de prestación de éstos [sic] servicios lleva a la muerte materna y/o neonatal. (s.p.)

Si bien la línea de la Corte se ha mantenido en lo anterior con pocas excepciones (González, 2019),<sup>29</sup> en la Sentencia T-210 de 2018 menciona que el derecho a la salud contempla la atención integral y su disfrute más alto, lo que claramente va más allá de las urgencias. Particularmente sobre la salud de las mujeres, la Corte observó los riesgos diferenciales y agravados de las migrantes venezolanas, lo cual no puede obviarse en un contexto de crisis.

Como se ha evidenciado, la tensión sobre qué es una *urgencia* no está completamente resuelta, antes bien, está sujeta a interpretación. En la aplicación del derecho a la salud, las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

<sup>29</sup> En su intervención ciudadana en proceso T-7.2010.348 AC, Dejusticia (2019) identifica las sentencias T-239 de 2017 y T-348 de 2010 como fallos que limitan a la atención inicial de urgencias, el derecho a la salud de las personas migrantes.

y el personal de salud tienen un margen interpretativo que pareciera terminar resolviéndose, con frecuencia, en contra de las personas migrantes.<sup>30</sup> En su salvamento de voto a la Sentencia SU-677 de 2017, que no tiene efectos vinculantes, la magistrada Diana Fajardo planteó que el concepto del profesional de la salud, basado en criterios científicos, determina la urgencia.

Los recursos para estas atenciones de urgencias son cargados inicialmente al Sistema General de Participaciones y, de manera complementaria, con los excedentes de la Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) (Decreto 866 de 2017). De acuerdo con el Contralor General de la República, Felipe Córdoba, la deuda con hospitales públicos por atención de urgencias a población venezolana en los últimos tres años es mayor a los 407.000 millones de pesos. Para el Banco de la República, los costos de la atención en salud a esta población se acercan a los 620.000 millones de pesos (Portafolio, 2021).

Específicamente para la atención de los partos a mujeres migrantes venezolanas no aseguradas, el Ministerio de Salud y Protección Social (2021b) expidió la Resolución 1792 de 2021, que determina los criterios para la asignación de recursos para la financiación de la atención por urgencias de partos vaginales y cesáreas de estas mujeres, y asigna el valor adicional por brindar métodos anticonceptivos (dispositivo intrauterino o semipermanente intradérmico, su inserción o implantación y la consulta de planificación familiar) a solicitud de la paciente después del parto.

La misma entidad informó que, a través del Subclúster de salud materna, salud sexual y reproductiva, y violencias basadas en género, se identifica y trabaja en superar las brechas en la disponibilidad de servicios para las personas migrantes, priorizando la anticoncepción, la prevención del aborto inseguro, la atención de la IVE, la violencia sexual, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022b).

Los esfuerzos del Estado colombiano de velar por condiciones dignas para la población refugiada y migrante venezolana han sorteado limitaciones institucionales y presupuestales, tensiones políticas y diplomáticas con Venezuela, falta de información, necesidades crecientes de las personas migrantes, surgimiento de una economía ilegal y discursos xenófobos que les discriminan, vulneran y violentan.

En estas circunstancias, la Corte Constitucional ha buscado precisar los contornos de la atención en salud para la población migrante irregular. Para la Corte una urgencia no es solamente la prevención de la muerte, sino la preservación de la vida, en el sentido de protección de “toda circunstancia que haga sus condiciones de existencia insoportables e indeseables, y le impida desplegar adecuadamente las facultades de las que ha sido dotado para desarrollarse en sociedad de forma digna” (Corte Constitucional de Colombia, 2019, s.p.), definición que puede no verse aplicada a la hora de atender a las mujeres migrantes y refugiadas.

Por eso, es necesario que la cuestión se plantee tanto en el plano de los derechos humanos como de la salud pública y, por lo tanto, del derecho de las mujeres migrantes a recibir servicios de salud sexual y reproductiva como la IVE.

### Obligaciones legales estatales en cuanto a salud sexual y reproductiva

Además del marco normativo anteriormente expuesto, esta investigación describe las obligaciones legales del Estado colombiano con las mujeres respecto a su autonomía reproductiva y la libertad sexual en cinco aspectos: información sobre DSR, anticoncepción, controles prenatales y atención del parto, IVE y atención de violencias. Entendemos obligaciones legales como normas con fuerza vinculante, lo que implica, por un lado, determinadas autoridades y actores involucrados en las prestaciones sociales tienen definidas responsabilidades de hacer o no hacer alguna cosa; y, por otro, la ciudadanía titular de derechos puede exigir su cumplimiento. Estas normas se derivan de marcos internacionales, legislación y jurisprudencia nacional.

<sup>30</sup> En este contexto, la tutela es la herramienta jurídica prioritaria para que la población migrante reclame su derecho a la salud. En respuesta a un derecho de petición presentado por el medio de comunicación Consejo de Redacción, la Corte Constitucional señaló que, entre 2018 y marzo de 2021, la población extranjera radicó casi cuatro mil tutelas, en el 80% de estas se reclamaba el derecho a la salud (Morales, s.f.).

Las obligaciones relacionadas con atenciones en salud sexual y reproductiva se advierten en el Plan Decenal de Salud Pública; la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos; la Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y el Mantenimiento a la Salud; y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022a).

A propósito de los impactos de la Covid-19, tal como fue recogido en el informe *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto de la pandemia por Covid-19*, diversos organismos internacionales de derechos humanos y autoridades sanitarias señalaron que los servicios de salud sexual y reproductiva son básicos y esenciales, y que deben proveerse y garantizarse en estas circunstancias, lo que contempla facilitar el acceso al aborto de forma segura, garantizar la atención en salud a víctimas de violencia basada en género, y brindar información completa y veraz (La Mesa et al., 2021). La OMS (2021) planteó que las restricciones a estos servicios constituyen violaciones a los derechos humanos.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció que no podía suspenderse la atención en salud a víctimas de violencia sexual, por su carácter urgente, ni la atención de la IVE (Resolución 536 de 2020); tampoco el suministro de anticonceptivos. Para ello, las instituciones prestadoras de servicios de salud debían realizar las adecuaciones correspondientes.

A continuación, se detalla el alcance de las obligaciones legales del Estado con relación a las atenciones en salud sexual y reproductiva, que cobijan a todas las mujeres, tanto nacionales como extranjeras:

### Información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos

“Todas las mujeres deben poder contar con información suficiente, amplia y adecuada que les permita ejercer a cabalidad y en libertad sus derechos sexuales y reproductivos”, incluido el contenido de la Sentencia C-355 de 2006 y los distintos métodos anticonceptivos (Corte Constitucional de Colombia, 2009). Esta información debe ser de calidad, objetiva, asequible y basada en la evidencia. De acuerdo con la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, la promoción de la salud debe promover los DSR en los niveles individual, familiar y comunitario (Resolución 3280 de 2018).

En la Sentencia C-355, la Corte (2006) estableció que contar con información es lo que permite la toma de decisiones reproductivas libre de interferencias, por lo que este derecho está vinculado con el derecho a una educación sexual adecuada y oportuna, al tiempo que protege a las personas de invasiones en sus cuerpos y restricciones a su autonomía física. En correspondencia, es deber de los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, confesionales o laicos, entregar y publicar periódica y activamente información sobre estos derechos.

### Anticoncepción

Los prestadores de servicios de salud tienen la obligación de ofrecer información y asesoría sobre anticoncepción, suministrar el método anticonceptivo moderno más apropiado para las necesidades y preferencias de cada persona, sea mujer u hombre, o la pareja, y hacer seguimiento a su uso (Resolución 3280 de 2018). Los métodos anticonceptivos disponibles en el país y cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (POS) son los temporales, de emergencia y definitivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), lo que significa que están disponibles para las personas que se encuentren afiliadas al sistema de salud, dejando sin cobertura a las mujeres migrantes irregulares.

Las instituciones responsables de la planificación familiar deben tener un equipo capacitado para dar información, consejería y oferta anticonceptiva, en un espacio privado y propicio para ello.

## Atención del embarazo y del parto

La atención para el cuidado prenatal comprende las atenciones que buscan mejorar la salud materna, promover el desarrollo del feto, identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo de la gestación, generar condiciones para que el parto sea seguro, según las condiciones de salud de la gestante, y brindar información que permita la preparación para la maternidad (Resolución 3280 de 2018).

La vinculación a las consultas de cuidado prenatal debe darse después de la primera falta menstrual y antes de la semana 10 de gestación.<sup>31</sup> Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deben buscar reorientar a las mujeres que lleguen por urgencias, embarazadas, y que quieran continuar con su embarazo, hacia el cuidado prenatal.

La atención del parto se refiere a los procedimientos de acompañamiento y asistencia de las gestantes y de sus familias o acompañantes para que sea una experiencia basada en el enfoque de derechos, con ello, se busca reducir y controlar las complicaciones. “Las instituciones que realicen la atención del parto deberán también estar equipadas para la atención del recién nacido, con disponibilidad permanente del recurso humano para la atención del binomio madre hijo” (Resolución 3280 de 2018, p. 281).

Adicionalmente, como parte de dicha atención, se contempla la asesoría en anticoncepción y la provisión de anticonceptivos antes del alta hospitalaria. Como se dijo antes, estos servicios hacen parte de la atención de urgencias, por lo tanto, el estatus migratorio no debe ser impedimento para acceder a ellos.

## Interrupción Voluntaria del Embarazo

Los estándares normativos sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el país, a partir de la jurisprudencia emitida entre 2006 y 2021, se pueden resumir de la siguiente manera:<sup>32</sup>

- Está prohibido imponer obstáculos o barreras para el acceso a este derecho.
- El derecho a la IVE es un derecho fundamental de las niñas y las mujeres en Colombia. La IVE se inscribe dentro de la categoría de los derechos reproductivos, reconocidos como derechos humanos.
- El Estado tiene la obligación de suministrar información oportuna, suficiente y adecuada en materia reproductiva, incluyendo la IVE, que no podrá orientarse a la disuasión.
- El Estado tiene la obligación de adoptar todas las medidas necesarias para garantizar el acceso al servicio de IVE en todo el territorio, en todos los niveles de complejidad y en cualquier etapa del embarazo.
- Quienes intervengan en la ruta de atención de la IVE están en la obligación de respetar, garantizar y proteger el derecho a la intimidad y confidencialidad de las niñas y mujeres.
- El Estado tiene la obligación de garantizar el derecho de las mujeres a decidir sobre la IVE, libres de apremios, coacción, manipulación o presión.
- Toda mujer gestante tiene derecho a recibir un diagnóstico oportuno y actualizado sobre el estado de las condiciones de su embarazo. El derecho a la IVE incluye el derecho a recibir un diagnóstico oportuno e integral.
- El plazo razonable para dar respuesta y llevar a cabo la IVE —si ello es médicamente posible— es de cinco días. Están prohibidas las dilaciones injustificadas o la exigencia de requisitos adicionales a los establecidos en la Sentencia C-355 de 2006 para la práctica de la IVE.

<sup>31</sup>) Para las mujeres nulíparas con embarazos de curso normal se programan mínimo 10 controles prenatales, y 7 para las múltiparas.

<sup>32</sup>) El trabajo analítico que condujo a la identificación de estos estándares, en las numerosas sentencias de la Corte Constitucional sobre la IVE, fue realizado por La Mesa y se encuentra disponible en: <https://derechoalaborto.com/>

- La IVE puede solicitarse por las razones que la mujer aduzca y sin ser penalizada hasta la semana 24. Posteriormente, no existe límite a la edad gestacional para la realización de la IVE bajo las causales establecidas en el 2006.
- Cada causal es autónoma e independiente, aunque es posible que en un mismo caso se configure más de una causal, situación en la que se deberá aplicar aquella que suponga menores cargas para la mujer. Esto se conoce como el principio de coexistencia de causales.
- Toda víctima de violencia sexual tiene derecho a la IVE, que se garantizará mediante atención prioritaria y como urgencia médica, independiente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta, y de la existencia de la denuncia penal.
- Las menores de edad tienen plena autonomía para decidir sobre la IVE.
- La emisión del certificado médico corresponde a los profesionales de la salud, incluidos profesionales en psicología, quienes podrán emitir conceptos para la certificación de la IVE. El riesgo para la salud incluye la salud mental y social.
- Para la procedencia de la causal relacionada con la malformación del feto incompatible con la vida, basta con que en la certificación se indique que el feto “probablemente no vivirá”.
- En principio, los profesionales de la medicina podrán eximirse de practicar la IVE por motivos de conciencia, solo si se garantiza la prestación de este servicio en condiciones de calidad y de seguridad, sin imponer barreras ni cargas desproporcionadas a las mujeres.
- El embrión o feto no tiene categoría de persona humana, ni es titular del derecho a la vida.

Todos estos estándares aplican para las mujeres migrantes, dado que la IVE es un procedimiento prioritario y urgente. La situación de inmigrante puede agravar condiciones asociadas al embarazo, y la valoración del riesgo debe considerar la carga psíquica, física y social que la migración representa, asunto que se recoge en los *Lineamientos de atención en salud de IVE caso mujer migrante en situación irregular*, del Ministerio de Salud y Protección Social (Defensoría del Pueblo – Regional Bogotá, 2021).

### Atención de las violencias contra las mujeres

Son derechos de las víctimas de violencia psicológica, física, sexual y patrimonial:<sup>33</sup>

- Recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad.
- Recibir orientación, asesoramiento jurídico y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado.
- Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos y con los mecanismos y procedimientos de esta ley, y asociados con la salud sexual y reproductiva.
- Dar su consentimiento informado para los exámenes médico-legales en los casos de violencia sexual y escoger el sexo del facultativo.
- Ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o asistencia social.
- Recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral para ellas y sus hijos e hijas.
- Acceder a los mecanismos de protección y atención para ellas y sus hijos e hijas.

33) Estos son los tipos de violencias contemplados en la Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.

- La verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia.
- La estabilización de su situación, conforme a los términos previstos en esta ley.
- A decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo.

Estos derechos se suman a los del artículo 11 de la Ley 906 de 2004, referidos al acceso a la administración de justicia, lo que a su vez implica otros derechos como el trato humano y digno, la protección de la intimidad y la reparación de los daños de manera pronta e integral; así como a los del artículo 15 de la Ley 360 de 1997, sobre el trato con dignidad, privacidad y respeto, y el acceso gratuito a exámenes y tratamientos para la prevención de enfermedades venéreas, para trauma físico y emocional, y la recopilación de evidencia.

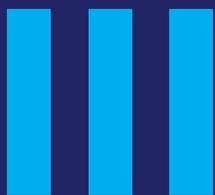
A propósito de la atención en salud integral y gratuita de las víctimas de violencia sexual, la Resolución 459 de 2012, que adopta el Protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, describe la asesoría sobre IVE como uno de sus componentes, y su acceso se encuentra entre los lineamientos a seguir.<sup>34</sup>

Debe tenerse en cuenta que, mediante la Ley 2136 de 2021, se modificó el artículo 7 de la Ley 1257 de 2008, de manera que se entiende que los derechos de las mujeres, incluidos los reconocidos en leyes, tratados y convenios internacionales ratificados, son efectivos “tanto para todas las mujeres dentro del territorio nacional, como para las connacionales que se encuentren en el exterior” (s.p.). Al respecto, la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (CEPEM) (2021) señala que las estrategias y acciones sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias, se encaminan a:

la protección, prevención, atención, sanción, acceso a la justicia y restablecimiento de Derechos a las mujeres, colombianas o extranjeras que habitan o se encuentran en el territorio nacional, esto incluye a las mujeres migrantes venezolanas o con cualquier nacionalidad, sin importar su estatus migratorio. (s.p.)

Esta información fue reiterada por la CEPEM (2021), en la respuesta a la petición presentada por La Mesa para esta investigación, al afirmar que las acciones de protección, prevención, atención, sanción, acceso a la justicia y restablecimiento de derechos de las mujeres víctimas se dirigen tanto a mujeres nacionales como a extranjeras, sin importar su estatus migratorio.

<sup>34</sup>) El carácter obligatorio de este protocolo fue posible por la demanda de inconstitucionalidad instaurada por varias organizaciones, entre las que se encontraba La Mesa, a la expresión “facultad” del artículo 23 de la Ley 1719 de 2014, y que resultó en la Sentencia 754 de 2015.



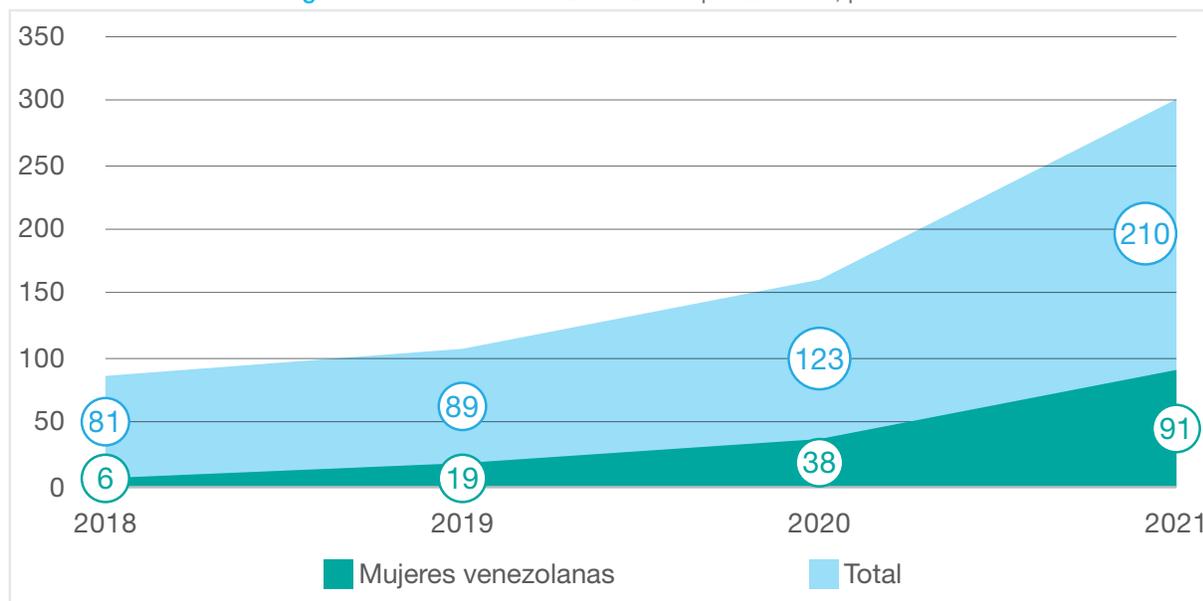
# Caracterización de los casos atendidos y acompañados



La Mesa brinda asesoría y acompañamiento jurídico gratuito a mujeres sobre su derecho a la IVE, lo que le permite conocer, de la mano de las protagonistas y en diálogo con las entidades responsables, sus condiciones de acceso en Colombia. El desconocimiento sobre este servicio de salud, su negación y la interposición de distintas barreras conduce a diversas mujeres, a entidades públicas y a organizaciones de la sociedad civil a consultar con este colectivo para asesorarse y gestionar estos casos. Desde el inicio de esta estrategia en el 2006 y hasta el 2021, La Mesa ha acompañado a 1.538 mujeres. En el año 2021 se atendieron 210 mujeres (15% de los casos en Bogotá y 85% en otras regiones).<sup>35</sup>

Entre 2018 y 2021, La Mesa asesoró y acompañó a 154 mujeres migrantes venezolanas, un 30% del total de sus atenciones. Desde el 2018 estas atenciones han venido aumentando: en el 2021 fueron más del 40% del total. A continuación, se presentan algunos datos que dan cuenta de las características de estos casos:

Figura 1. Atenciones en IVE realizadas por La Mesa, por años

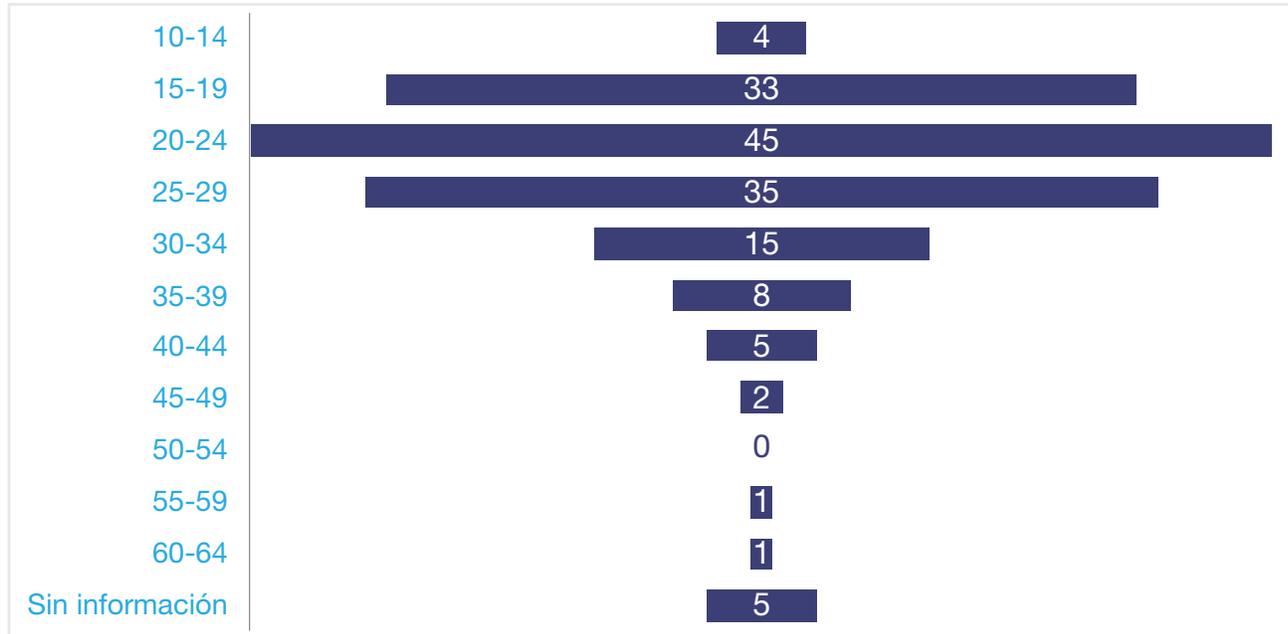


Fuente: bases de datos de La Mesa

35) Como se ha mencionado antes, producto del análisis de los casos y del mismo acompañamiento, La Mesa ha publicado distintos informes en los que propone una tipología de barreras y recomendaciones para superarlas (La Mesa, 2017, 2019; La Mesa et al., 2021).

Al revisar por edades, las mujeres que más consultaron son jóvenes entre 15 y 29 años (73%). Dentro de estas, el grupo de edad con más peso porcentual es el de las mujeres entre los 20 y 24 años (29%). Un 2.6% son niñas entre 10 y 14 años.

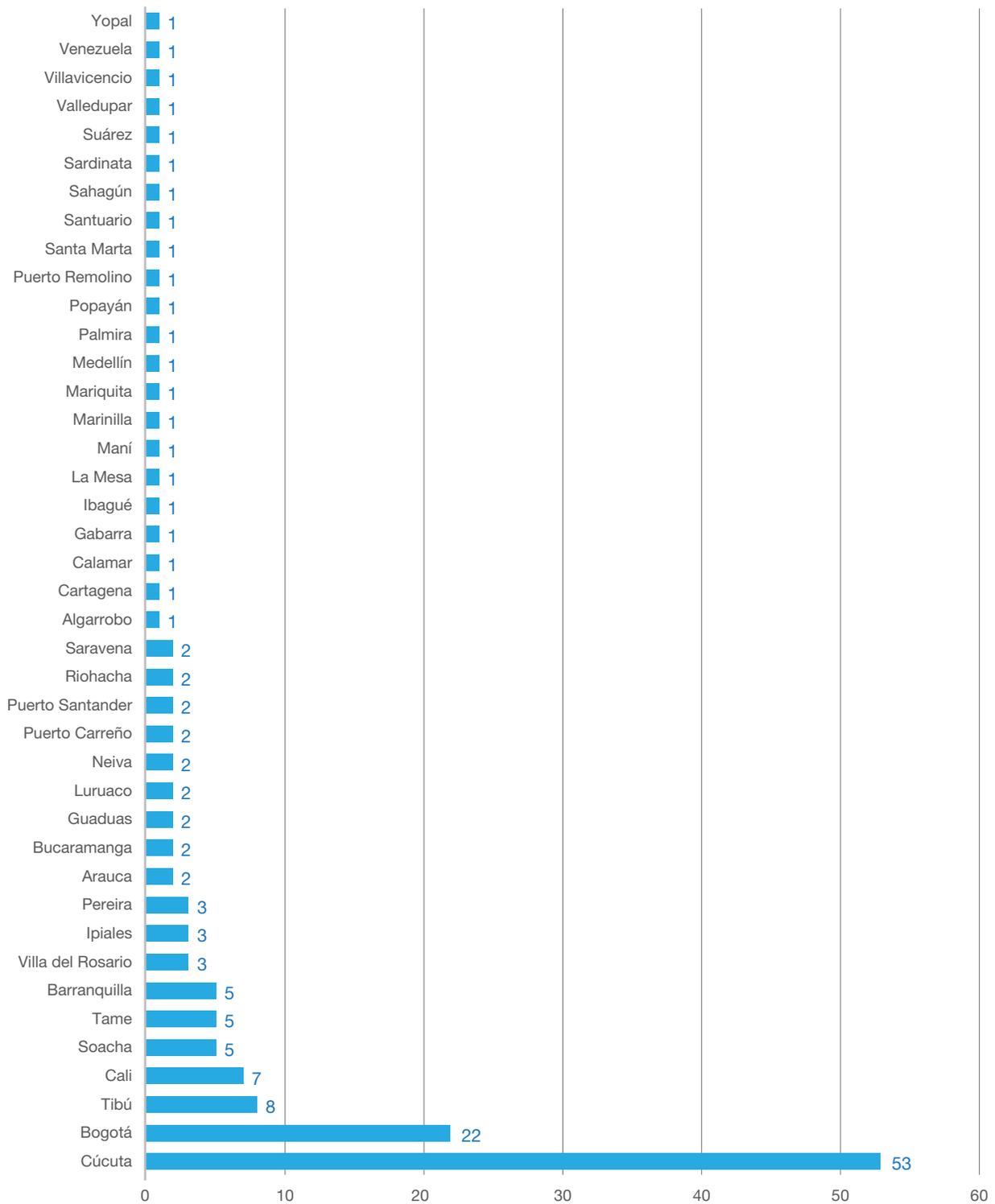
**Figura 2.** Edades de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por La Mesa



Fuente: bases de datos de La Mesa

Por ciudades de residencia, los casos acompañados fueron principalmente de Cúcuta, Bogotá y Tibú (Norte de Santander), lo que tiene que ver con las organizaciones nacionales e internacionales, y con las instituciones públicas aliadas de La Mesa, que remiten estos casos: Mujer, Denuncia y Muévete, Comité Internacional de Rescate y Defensoría del Pueblo.

Figura 3. Lugar de residencia de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por La Mesa



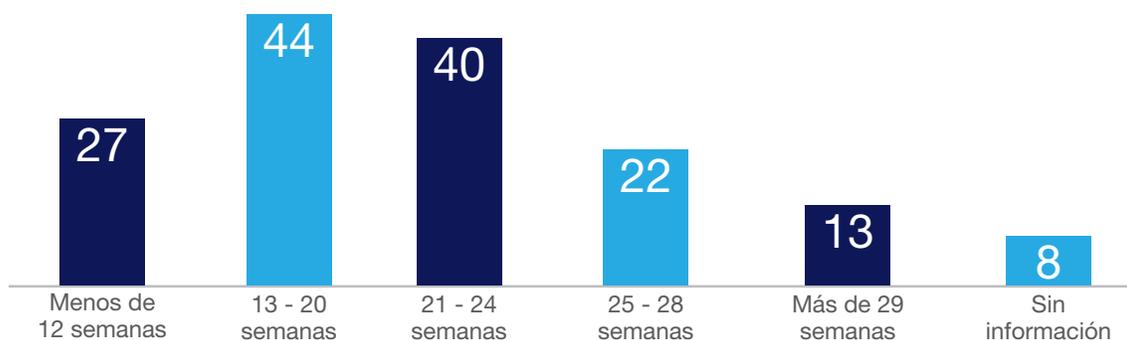
Fuente: bases de datos de La Mesa

El 86% de estos casos correspondió a la causal salud, seguidos por la causal violencia sexual (7%) y malformación (4%); en 3% de los casos no se cuenta con esta información.

En su mayoría, las mujeres migrantes acompañadas no tenían resuelta su situación migratoria (91%) y no estaban afiliadas al sistema de seguridad social en salud (95%). Por ello, en el 51% de los casos, La Mesa les brindó apoyo económico para transporte, alojamiento o alimentación, para poder realizarse el procedimiento. En otros casos, las organizaciones remitentes apoyaron estos gastos. Debe recordarse que, en el contexto de la pandemia, la movilidad estuvo restringida, aumentando los costos y riesgos de los desplazamientos, especialmente para las mujeres migrantes irregulares.

El acompañamiento de La Mesa está concebido para casos en los que las mujeres enfrentan barreras, aquellas derivadas del estatus migratorio y la no afiliación al sistema de salud, además de otras en las que se profundizará más adelante, que explican por qué dichos casos se concentran entre las 13 y las 20 semanas de gestación (26%) y entre las 21 y 24 semanas (24%).

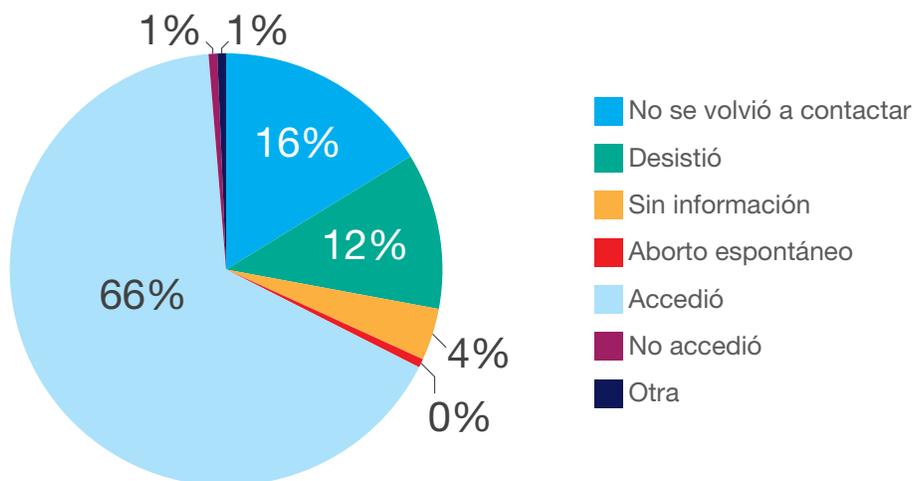
Figura 4. Edad gestacional de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por La Mesa



Fuente: bases de datos de La Mesa

Sumado a lo anterior, según los datos de atenciones de La Mesa, aunque en la mayoría de los casos las mujeres accedieron a la IVE (66%), el 16% de ellas no se volvió a contactar, y el 12% desistió del procedimiento.

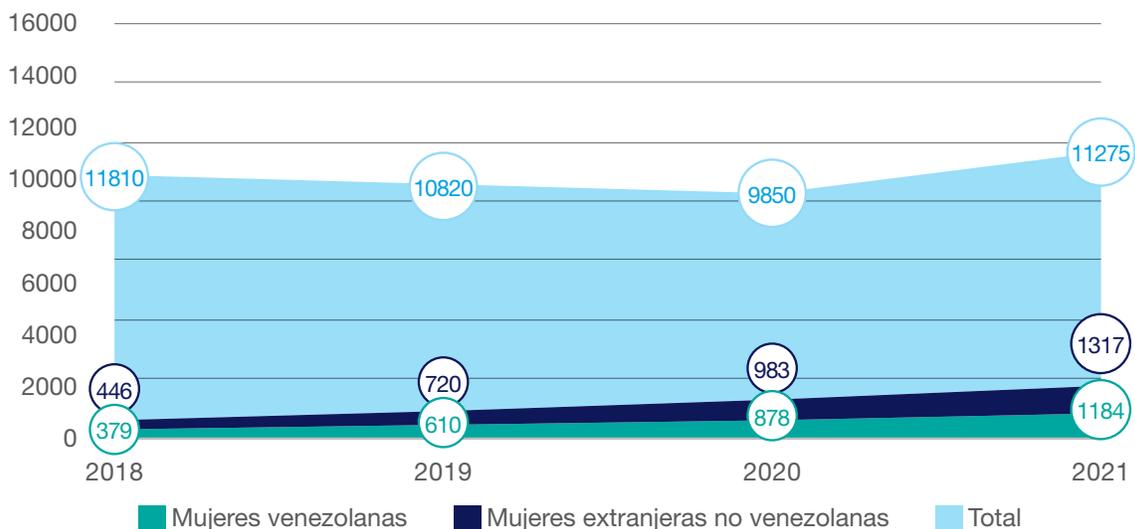
Figura 5. Resultado del acompañamiento realizado por La Mesa



Fuente: bases de datos de La Mesa

Por su parte, la Fundación Oriéntame, entre enero del 2018 y diciembre del 2021, atendió a 3.051 mujeres nacidas en Venezuela: 379 en el 2018, 610 en el 2019, 878 en el 2020 y 1.184 en 2021, lo que da cuenta de un aumento constante en las atenciones. Mientras que en el 2018 esta población representaba el 3.2% del total atendido, en el 2021 ya era un poco más de tres veces este porcentaje, pasando a ser el 10.5%. Aunque Oriéntame tuvo una disminución en el total de atenciones provistas en el 2020, atribuible a la pandemia, las atenciones a mujeres venezolanas aumentaron un 3.2% en ese año.

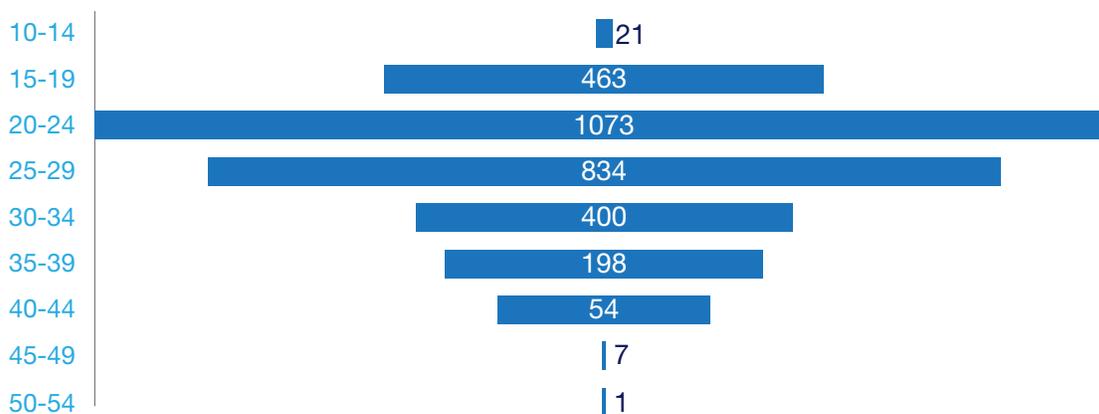
Figura 6. Atenciones de IVE realizadas por la Fundación Oriéntame, por años



Fuente: bases de datos de Fundación Oriéntame

Por edades, las mujeres atendidas eran en su mayoría jóvenes, siendo la edad promedio 25 años. El grupo de edad más representativo fue el de 20 a 24 años (35.2%), seguido por el de 25 a 29 años (27.3%). Adicionalmente, el grupo de edad entre 15 y 19 años representó el 15.2%, y el de 30 a 35 años el 13.1% de las atenciones. En 0.7% de los casos, se trató de mujeres menores de 14 años, en las que se presume violencia sexual.

Figura 7. Edades de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por Oriéntame

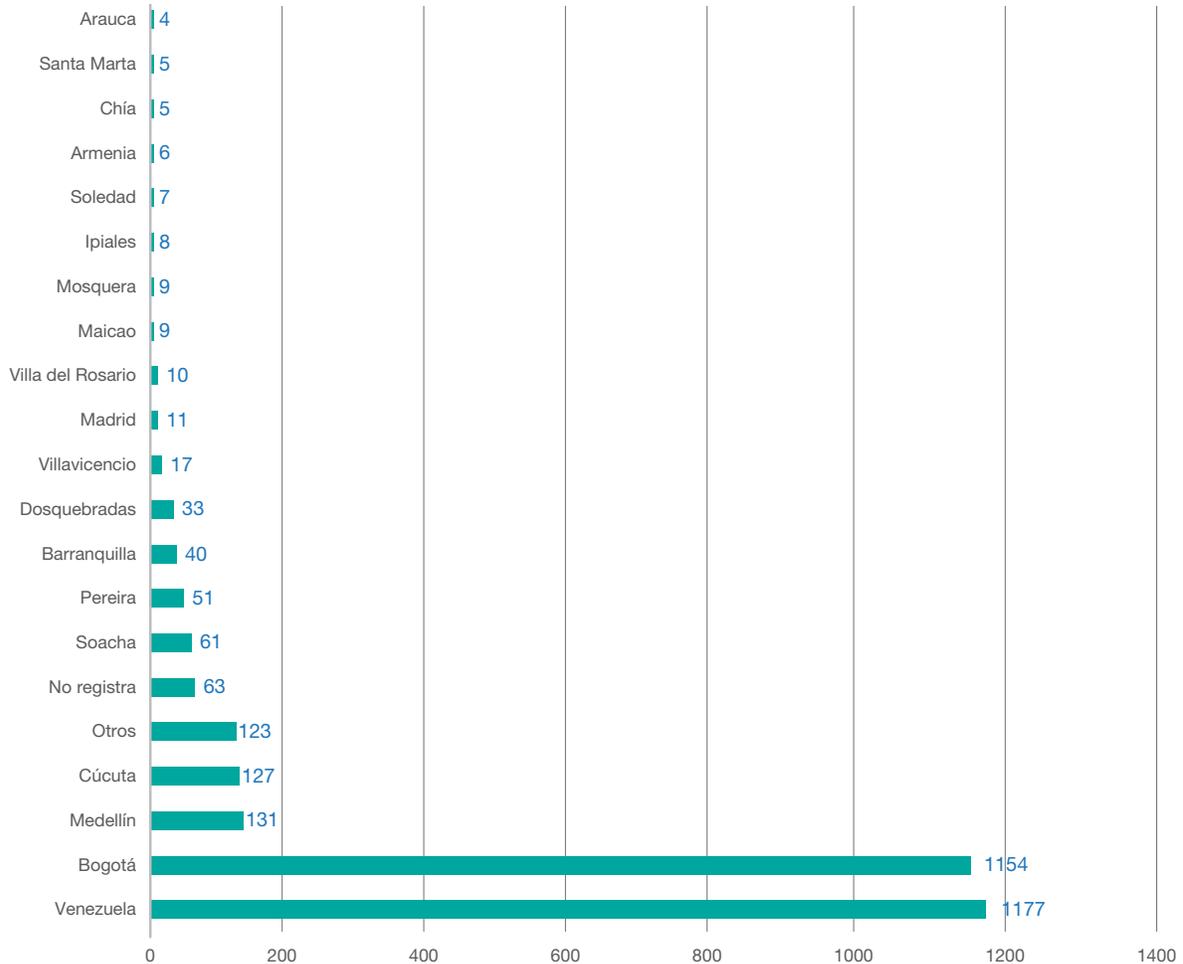


Fuente: bases de datos de Fundación Oriéntame

Estas mujeres migrantes y refugiadas venezolanas reportaron como principal lugar de residencia Venezuela (38.5%), Bogotá (37.8%), Medellín (4.3%) y Cúcuta (4.2%), lo que se corresponde con los datos de Migración Colombia sobre las ciudades que concentran esta población, y los sitios con sede de Oriéntame.

También, está relacionado con la fluctuación permanente de personas de Venezuela hacia Colombia, especialmente migrantes pendulares en las zonas de frontera. En la categoría Otros se agruparon lugares de residencia que, de manera individual, no ascendían a más de 3 mujeres atendidas.<sup>36</sup>

**Figura 8.** Lugar de residencia de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por Oriéntame

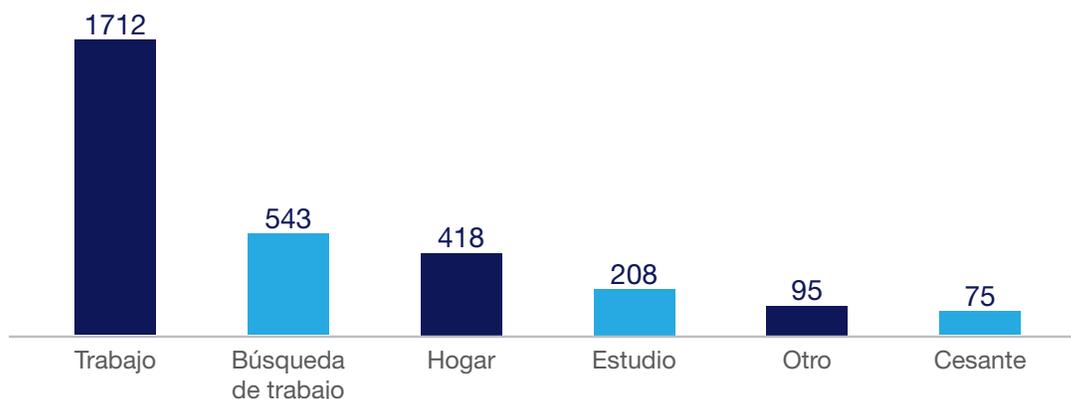


Fuente: bases de datos de Fundación Oriéntame

Al menos el 56% de las mujeres atendidas se dedicaba a trabajar como actividad principal, tanto formal como informalmente, el 17.8% buscaba trabajo, el 13.7% tenía como ocupación el hogar, y el 6.8% estudiaba.

<sup>36</sup>) Otros con un caso: Abriaquí, Acacías, Aguazul, Alcalá, Anolaima, Barrancabermeja, Calamar, Caldas, Chaparral, Chinácota, Chiquinquirá, Copacabana, Corozal, Cota, El Bagre, Galapa, Girardot, Guachetá, Itagüí, La Tebaida, La Unión, La Virginia, Manaure, Lenguazaque, Melgar, Mocoa, Monterrey, Pasto, Puerto Boyacá, Puerto Triunfo, Pupiales, Sabaneta, Saldana, Samaniego, Santa Bárbara, Santa Lucía, Santander de Quilichao, Santo Domingo, Sardinata, Segovia, Sesquié, Socha, Sogamoso, Subachoque, Suesca, Tibú, Tocancipá, Tuluá, Ubalá, Útica, Villa de Leyva, Villeta, Viterbo, Yopal, Zarzal. Otros con dos casos: Bello, Castilla la Nueva, Fonseca, La Mesa, La Calera, Ibagué, Guaduas, Manizales, Los Patios, Riohacha, Sibaté, Tame, Tabio, Ubaté, Bucaramanga, Zipaquirá. Otros con tres casos: Abejorral, Cali, Cartagena, El Zulia, Facatativá, Fusagasugá, Funza, Pamplona, Malambo, Cajicá, Santa Rosa de Cabal, Valledupar.

Figura 9. Ocupación mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por Oriéntame

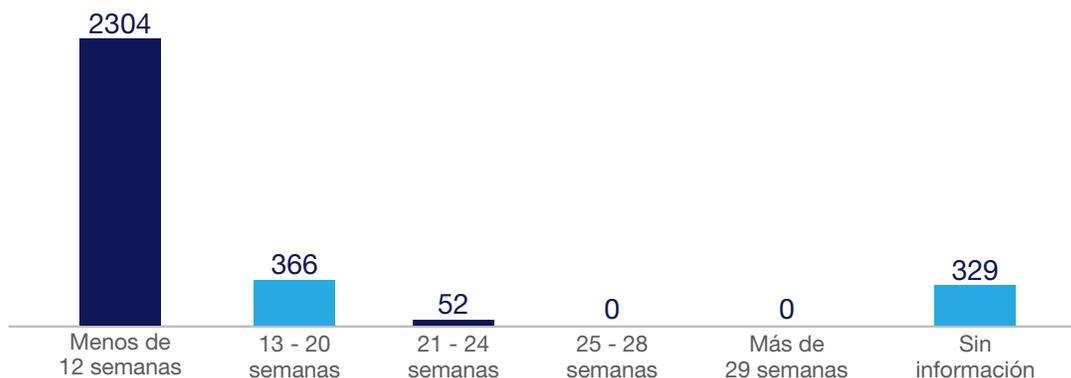


Fuente: bases de datos de Fundación Oriéntame

El 75.5% de las mujeres atendidas por Oriéntame tenía menos de 12 semanas de edad gestacional, un 12% tenía entre 13 y 20 semanas y un 1.7% entre 21 y 24 semanas. Esta Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), presta servicios hasta las 23.6 semanas, por lo que no se registran interrupciones en edades gestacionales más altas. En un 10.8% de los casos, no se registra esta información debido a distintos factores asociados a la gestación, que no permiten identificar la edad gestacional del embarazo.

Estos datos se corresponden con la literatura internacional que indica que el grueso de los abortos se produce en el primer trimestre (hasta la semana 12).

Figura 10. Edad gestacional de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por Oriéntame



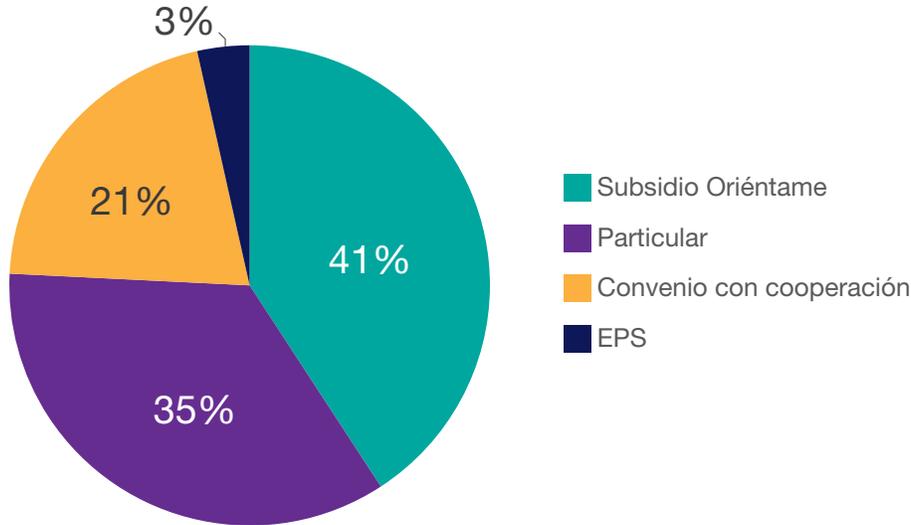
Fuente: bases de datos de Fundación Oriéntame

Respecto a la causal por la cual solicitaron el servicio, la mayoría lo hizo por causal salud (97%). Del 3% de las mujeres no se cuenta con este dato.

Sobre su afiliación al sistema de salud, la mayoría no lo estaba (81.7%) y las afiliadas eran el 18.3%, casi una cuarta parte. Para acceder a este servicio esencial, las mujeres lo hicieron, principalmente, mediante algún subsidio de la Fundación Oriéntame y sus donantes (40.8%); otras mujeres pagaron de manera particular los procedimientos (34%); y las EPS cubrieron un porcentaje menor (3.5%). Esto quiere decir que, aun estando afiliadas, pocas accedieron a través de su EPS, lo que posiblemente se explica por las barreras.

De las afiliadas, el 59.8% costeó de su propio bolsillo el procedimiento, el 16% necesitó un subsidio de Oriéntame y solo el 18.8% pudo hacerlo a través de su EPS, tal como debería suceder, de acuerdo con el marco legal.

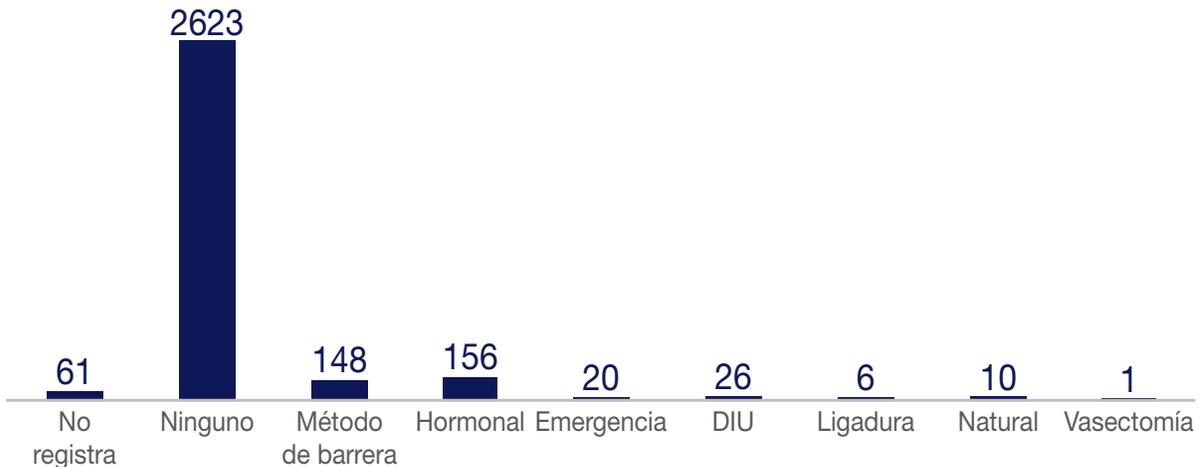
Figura 11. Financiación del procedimiento



Fuente: bases de datos de Fundación Oriéntame

Sobre el uso de anticonceptivos, el 85% de las mujeres no usaba ningún método, lo que se explica tanto por la escasez de anticonceptivos en Venezuela, para aquellas que residen allí, como por las barreras de acceso a estos servicios para las migrantes, especialmente por no encontrarse afiliadas al sistema de salud. El 11.7% de las mujeres atendidas reportó usar algún método anticonceptivo moderno, lo que plantea la posibilidad de fallas en estos y en su uso. Después del aborto, el 78% de las mujeres inició de manera inmediata algún método. Entre ellas, más del 75% optó por un método de larga duración. Frente a esto, vale la pena recordar la importancia de la provisión de servicios de anticoncepción para prevenir embarazos no deseados a futuro.

Figura 12. Método anticonceptivo utilizado por mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por Oriéntame



Fuente: bases de datos de Fundación Oriéntame

En este período de cuatro años, las atenciones a mujeres refugiadas y migrantes venezolanas en la Fundación Oriéntame se brindaron a jóvenes entre 20 y 29 años (62.5%) que, en su mayoría, no usaban métodos anticonceptivos y que cursaban el primer trimestre de gestación.

En cuanto a Médicos del Mundo – Francia, en un período de un año, entre julio de 2020 y julio de 2021, atendió a 27 migrantes venezolanas irregulares en procedimientos de aborto por la causal salud. Las atenciones fueron principalmente en Ipiales (78%) y el resto en Soacha y Bogotá. Estas mujeres estaban entre los 13 y los 33 años; cuatro eran menores de 17 años, y entre estas, una tenía 13 años. Además, el 66% se encontraba en tránsito (todas ellas fueron atendidas en Ipiales), el 26% era residente permanente, y del porcentaje restante no se tiene información. El 81% tenía menos de 12 semanas de gestación y el restante (19%) estaba entre las 13 y las 20 semanas. Todas las mujeres, a excepción de una, se decidieron por iniciar anticoncepción después de la IVE (implante subdérmico).

Al comparar el porcentaje de las atenciones de segundo trimestre de Médicos del Mundo con el de la Fundación Oriéntame (19% versus 13.7%) se entiende que las barreras generan demoras en la atención y conducen al aumento de la edad gestacional, esto especialmente para el caso de las migrantes atendidas por Médicos del Mundo, quienes enfrentan la mayor vulnerabilidad por encontrarse, de forma mayoritaria, en tránsito.

# IV

## Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo



Las barreras se entienden como “el conjunto de conductas que por acción o por omisión, constituyen limitaciones u obstáculos para que las mujeres accedan de forma efectiva al aborto legal, en el servicio de salud, sin importar el régimen de afiliación” (La Mesa, 2017, s.p.). Una barrera es una contravención de los estándares jurídicos establecidos y genera consecuencias en la vida, salud, dignidad y autonomía reproductiva de las mujeres y las niñas.

La Mesa ha identificado tres categorías de barreras para el acceso a la IVE: el desconocimiento del marco legal, su interpretación restrictiva y las fallas en la prestación del servicio de salud. La primera apunta a la falta de reconocimiento, información o dominio de las disposiciones normativas. La segunda está relacionada con comprensiones limitadas, sesgadas o erróneas de estas disposiciones. Estas barreras son interpuestas por actores involucrados en la implementación: sectores salud, justicia y protección. La tercera categoría comprende las barreras propias de las redes e instituciones de los servicios de salud, bien sea por parte de profesionales de la salud o del nivel administrativo.

La Defensoría del Pueblo (2020a) ha calificado las negaciones del derecho a la IVE a las mujeres migrantes como “una vulneración a los derechos de las mujeres y en sí mismo se convierte en un caso de discriminación” (p. 8). Bajo la perspectiva de derechos humanos, esta entidad afirma que “se encuentran barreras en acceso a salud, medios de vida, protección, albergues seguros especializados y en muchas ocasiones difícil acceso a la justicia y a medidas de atención” (p. 8).

Al referirse a las mayores barreras que afrontan las mujeres rurales, indígenas, migrantes en condición de permanencia irregular, niñas menores de 14 años, mujeres con discapacidad, o que ejercen actividades sexuales pagadas, y personas trans o con identidades de género diversas y capacidad de gestar, la Secretaría de la Mujer de Bogotá (2021) subraya que, en estos casos, dichas barreras:

constituyen una grave violación y revictimización de los derechos humanos, la igualdad y la dignidad de las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar. La obstaculización del derecho a la —IVE— en estos casos agudiza y vulnera la integridad de la víctima, afectando y vulnerando sus derechos. (s.p.)

Durante el período que comprende esta investigación, entre 2018-2021, se identificó que, aun cuando las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas tienen obstáculos comunes a los que enfrentan las mujeres colombianas —cuyas experiencias de acceso también están marcadas por las barreras— en su caso, estas se recrudecen por su condición.

La vulnerabilidad de las mujeres refugiadas y migrantes, especialmente de aquellas con estatus migratorio irregular, abarca sus condiciones socioeconómicas, fuentes de subsistencia, espacios de residencia, y

posibilidades educativas y de acceso a servicios de salud, entre otras. Algunas de las mujeres entrevistadas y acompañadas se dedicaban a empleos informales, con nulas prestaciones sociales, trabajaban sin estabilidad o intermitentemente por lo que sus ingresos no eran frecuentes, dependían económicamente de sus parejas y se exponían a explotación, abuso y violencia por parte de sus empleadores y de actores armados.

Una de las mujeres entrevistadas compartió la reflexión que, en un contexto de privaciones, la condujo a decidir interrumpir el embarazo:

yo lo hablé con mi esposo y ya analizando, me costó mucho, fue muy duro, todavía no lo supero, pero, o sea, lo hice por la situación en la que estoy ahorita pues. No tenía una estabilidad, no teníamos un trabajo estable, no teníamos dónde estar, estábamos en la calle y... o sea, yo lloraba mucho, este... me ponía a pensar en que no podía traer otro niño al mundo a pasar trabajos, este, me queda muy difícil porque no tenía dónde estar, no tenía trabajo, no tenía casa ¿si me entiendes? Entonces, decidí no tenerlo. Por mi situación, en la que estoy ahorita pues. (M1 Ipiales, comunicación personal, 4 de diciembre de 2021)

En el período de esta investigación pueden identificarse dos momentos con relación a las barreras de acceso para mujeres refugiadas y migrantes venezolanas. En los dos primeros años, de 2018 a 2019, las barreras fueron predominante la solicitud de documentos que dieran cuenta de un estatus migratorio regular y la negación de los servicios justificada en lo anterior. Este requisito adicional vulnera los derechos a la salud, la igualdad y la no discriminación de las mujeres migrantes irregulares y desconoce el carácter prioritario y urgente de la IVE.

En un segundo momento, a partir del 2020, debido a la pandemia por la Covid-19, a la concentración del sistema de salud en su atención y a otras medidas de mitigación, como las restricciones a la movilidad, las barreras sufrieron algunas transformaciones y se agudizaron para las mujeres migrantes irregulares, ahora en contextos más empobrecidos. Según las entrevistas, los grupos focales y los casos acompañados por La Mesa, en estos dos años la atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas irregulares fue provista, principalmente, por la cooperación internacional y por organizaciones de la sociedad civil.

En circunstancias como las de la pandemia, en las que las mujeres y quienes las acompañaban sabían por experiencia de otras que no serían atendidas en el sistema de salud; sin tener claridad sobre la disponibilidad de este tipo de servicios para población migrante irregular; y con el temor permanente de ser detenidas por la Policía, por quebrantar algunas de las instrucciones impartidas en el enmarañado cuerpo normativo de la emergencia sanitaria,<sup>37</sup> se desincentivó la consulta en entidades y hospitales de carácter público, y la demanda de los servicios se trasladó a otros actores. De acuerdo con la Corporación Mujer, Denuncia y Muévete de la ciudad de Cúcuta, durante la pandemia, la desinformación y el miedo a sanciones hicieron que las mujeres no acudieran a los hospitales (Corporación Red de Mujeres Feministas Unidas por los Derechos y la Acción Política Mujer, Denuncia y Muévete, 2020).

Sin que el sistema de salud respondiera, y teniendo como prioridad la satisfacción de las necesidades de las mujeres, las organizaciones de la sociedad civil y algunas entidades públicas ponderaron y asumieron más responsabilidades con relación a la atención, antes de remitir a la institucionalidad pública responsable. Así lo expresó una persona asistente a los grupos focales, realizados en el marco de esta investigación: “Pensamos siempre en cuáles son esas aliadas que no nos pondrán barreras”, buscando no revictimizar a las mujeres ni generarles daños mayores como la continuación forzada de un embarazo (Persona 1 – mujer en grupo focal, comunicación personal, 19 de noviembre de 2022).

Según el informe *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto de la pandemia por Covid-19*, la pandemia y las orientaciones dadas por el Gobierno nacional durante la emergencia sanitaria —al no reconocer estándares y recomendaciones emanadas de organismos y autoridades sanitarias

37) Para consultar el repositorio de los decretos, resoluciones y demás actos administrativos relacionados con la mitigación de la pandemia, véase: <https://coronaviruscolombia.gov.co/covid-19/decretos.html>

internacionales para garantizar la salud sexual, así como la baja implementación de medidas concretas en línea con los estándares nacionales para la no suspensión en la prestación de la IVE—, acentuaron las barreras de acceso a la IVE y generaron nuevas barreras relacionadas con las adecuaciones que afrontaron los servicios de salud, y con los efectos de medidas de mitigación del Covid-19, como el aislamiento preventivo obligatorio (La Mesa et al., 2021).

De estas últimas, vale la pena destacar una menor disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos que se tradujo en mayores riesgos de embarazo, lo que significó para las mujeres sobrecarga de cuidado y ausencia de medidas de corresponsabilidad frente al mismo, situación que fue más crítica para las mujeres migrantes por carecer de redes de apoyo. Además, se produjo una agudización de las barreras para las mujeres migrantes venezolanas en situación irregular en el país.

Barreras similares fueron identificadas por la Procuraduría General de la Nación (2020) y la Defensoría del Pueblo (2020b), como consta en sus respuestas a los derechos de petición interpuestos para esta investigación. La Defensoría fue clara en señalar que las medidas adoptadas para hacer frente a la pandemia tuvieron un impacto diferenciado en el acceso a la IVE de las mujeres refugiadas y migrantes, lo que evidencia que el Estado se encuentra en mora en el cumplimiento de sus compromisos con esta población, puntualmente en lo que respecta al derecho a la salud.

De acuerdo con lo anterior, mientras en un primer momento (2018-2019) lo preponderante fue que el estatus migratorio irregular determinara la negación de la atención para la IVE, en un segundo momento (2020-2021) el contexto de la pandemia redujo las posibilidades de atención, sin permitir siquiera discusión sobre el estatus migratorio de las mujeres, quienes desistieron, en general, de acudir directamente con las entidades responsables y, en su lugar, recibieron atención de calidad por parte de organizaciones sociales, de la cooperación internacional y de IPS privadas que subsidiaron procedimientos.

Para ilustrar las barreras se introducen las voces de las mujeres entrevistadas y de profesionales que las atendieron, así como los relatos que resumen los casos acompañados por La Mesa. Buscando proteger su confidencialidad se optó por omitir datos personales y utilizar seudónimos. En algunos casos, esto se complementa con la información oficial obtenida a través de derechos de petición, en la que también hubo referencia a los obstáculos y a los alcances de la implementación de la normatividad vigente en la materia.

Todas las fuentes apuntan a que, en los cuatro años del estudio, las barreras fueron constantes y de distinto tipo, tal como se mostrará a continuación.

## **Desconocimiento del marco legal**

### Desconocimiento de la legalidad del aborto en Colombia

Tanto las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas como las personas dedicadas a su atención señalaron la falta de conocimiento de ellas sobre el marco legal del aborto en Colombia, esto es, la existencia del derecho fundamental a la IVE en tres causales (modelo vigente para el período de este estudio) y la obligación estatal de prestar de manera gratuita y sin discriminación este servicio de salud. Esta barrera no puede ser leída únicamente como una vulneración del derecho a la IVE, pues se conecta con el derecho a la información en materia de derechos sexuales y reproductivos como prerrequisito para la toma de decisiones informadas y la exigibilidad de derechos.

En muchas ocasiones, las mujeres asumieron que la situación es la misma que en su país de origen (penalización total) y se sorprenden cuando son informadas sobre la diferencia, tal como lo describen algunos profesionales:

En cuanto al IVE pues es algo muy novedoso para ellas, incluso cuando la organización hace la oferta, lo plantea como una opción para las mujeres que han salido con prueba positiva y que no lo esperaban, es algo muy raro para ellas, escuchar que en Colombia sea legal el aborto. (PS2 Soacha, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

En contextos de penalización tienen más cabida mitos, prejuicios y estigmas sobre el aborto, asunto que representa una barrera toda vez que, sin información acertada, las mujeres temen consecuencias y sanciones legales como la deportación o la cárcel, por lo que no acuden a la red hospitalaria y, en su lugar, pueden quedar expuestas a abortos inseguros y a otros riesgos, como la adquisición de medicamentos adulterados o a altos precios, así como consultar tardíamente los servicios de salud. Una de las mujeres entrevistadas señalaba lo siguiente:

No van a ir a un hospital, porque nosotras las venezolanas... una que no sepa dice: “no, a mí me van a llevar presa” o “eso es ilegal acá”, o que no sepa y que le vendan las pastillas a un alto costo, como no las pueden comprar en droguería, viene alguien que se aprovecha y le da un monto muy, muy caro. (M3 Cúcuta, comunicación personal, 11 de noviembre de 2021)

Desde la perspectiva de quienes ejercen como profesiones de la salud, es innegable el miedo que viven las mujeres ante las posibles implicaciones legales de un aborto:

La señora no tenía dirección aquí, no me dio un número telefónico, ella venía pues a escondidas desde allá de Venezuela, porque allá es delito [...] y me escribió que ella sí estaba interesada en viajar, quiere interrumpir, tiene una situación que no puede continuar con su embarazo, pero tiene mucho miedo porque allá es delito y ella siente, cree, que allá le van hacer algo si se llegan a enterar; entonces, yo le expliqué que aquí no es delito, que nosotras estamos para ayudarla y queremos colaborarle [...] Ellas vienen directamente aquí a conocer, a preguntar, porque la mayoría vienen con mucho miedo porque allá es ilegal el aborto y que las pueden meter presas, entonces, es el temor de ellas. (PS2 San José de Cúcuta, comunicación personal, 10 de noviembre de 2021)

En todo caso, es necesario analizar las formas más efectivas para llegar directamente a las mujeres para cerrar la brecha de desinformación, como lo expresa un prestador de servicios:

La forma como ellas se enteran es por “el boca a boca”, por el chat y por otras cosas, no precisamente porque el sistema de salud colombiano le cuente a la gente y le diga a la gente que la interrupción voluntaria del embarazo es un derecho, y les explique las causales y tal, sino es básicamente por el voz a voz y el chat que tienen entre ellas: “fulana de tal se hizo tal”. “Yo estoy embarazada, no lo quiero tener ¿qué hago?” y así es que terminan llegando. (PS3 Bogotá, comunicación personal, 5 de octubre de 2021)

El desconocimiento, el estigma, la ilegalidad del aborto en su país y su estatus migratorio irregular son el contexto perfecto para temer ser objeto de sanciones penales o de tipo migratorio —que por ser un proceso administrativo es más expedito y lesivo en cuanto a la separación de los grupos familiares—.

Esta perversa asociación existente entre aborto y conducta criminal, así como el estigma que rodea el aborto, son factores que pueden animar a personas del servicio médico, o a cualquier persona que tenga conocimiento de los hechos, a alertar a la autoridad migratoria, Migración Colombia, sobre la presencia de una mujer migrante en situación irregular. El solo hecho de poner en conocimiento la situación migratoria irregular de la mujer o persona gestante, puede ser incluso más violento y atemorizante que el propio proceso penal. (Moreno V. et al., 2020, s.p.)

En su análisis de las barreras de acceso a la IVE, la Secretaría de la Mujer de Bogotá (2021) incluyó la tipificación del aborto como un delito toda vez que, al centralizar la toma de decisiones en profesionales de la salud y el concepto médico, “restringe el derecho a la autonomía y libertad de las mujeres a adoptar

autónomamente decisiones acerca de la propia salud y por ende, de su vida" (s.p.). Es de esperar entonces que, con el cambio ocurrido con el fallo sobre despenalización del aborto hasta la semana 24, las mujeres refugiadas y migrantes se vean beneficiadas.

### Dificultades para la conservación de la intimidad de la mujer

Las condiciones socioeconómicas de muchas de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas dificultan la conservación de su intimidad y dignidad, como el hecho de compartir espacios habitacionales reducidos con sus familiares, tener un único medio de comunicación para toda la familia y tener una economía familiar tan ajustada que todo egreso es de conocimiento de las demás personas.

Esta barrera perjudica directamente a las caminantes y migrantes en tránsito quienes, sin tener una residencia permanente y estable, o al estar en un albergue compartiendo espacios con su pareja, familia y otras personas caminantes, no pueden asegurar su intimidad. Visto por las profesionales que acompañan la estadía en uno de los albergues y les informan sobre sus derechos, se trata de una barrera:

Entonces por ponerte un ejemplo, y eso de quedarse en un albergue pues obviamente con su pareja, con su familia, entonces cuando necesitamos, por ejemplo, acceder a un IVE es mucho más complejo, entonces es muy complicado cuando ellas solicitan que pues, obviamente, tratemos de ser muy prudentes para que la pareja no sepa que se está realizando el procedimiento, es muy complicado. (PS2 Bogotá, comunicación personal, 3 de octubre de 2021)

### Interferencia de la pareja o miembros del grupo familiar en la toma de decisiones

Si bien las mujeres pueden tomar sus decisiones reproductivas con la participación de sus parejas, otros miembros del grupo familiar o con quien deseen, se considera una barrera cuando esta participación se torna en interferencia, se da mediante coacción o violencia y desconoce la autodeterminación de la mujer. Esta barrera está directamente relacionada con la anterior, respecto a la dificultad de conservar la intimidad de la mujer, y con los patrones culturales de la población migrante y la idealización de la familia.

Según algunas de las entrevistadas, en Venezuela el sistema de salud pide el consentimiento del esposo o la pareja para procedimientos como la ligadura de trompas, lo que genera rezagos para la decisión y concede una potestad a la pareja en detrimento de la mujer, que no existe en Colombia:

Le dije [al médico] que me [sic] quería ligarme porque no quería tener más hijos, que tenía un niño especial y entonces no querían ligarme sin una orden de mi esposo, que él estuviera, como decir... de acuerdo, porque si fuera por mi voluntad ellos no me ligaban, a pesar de que yo tenía un niño especial. Entonces, tuvo que ir mi esposo, le dijeron un poco de cosas, que si estaba de acuerdo que yo me ligara. Por allá no es que una mujer tiene derechos, pues, de decir yo me quiero ligar, no. (M1 Soacha, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Mujeres y profesionales de la salud entrevistadas coincidieron en señalar que familiares de ellas intercedían para la continuación de los embarazos, en este sentido, "Una barrera puede ser la misma familia porque el esposo no quiere método anticonceptivo, porque la mamá no quiere que la mujer aborte" (Persona 3 – mujer en grupo focal Bogotá, comunicación personal, 11 de diciembre de 2021). Incluso, a las valoraciones individuales de las mujeres pueden sobreponerse las familiares. De esta manera lo ve una de las profesionales entrevistadas:

Entonces, este tema claro, la mujer sola lo decide, yo pensaría que fácilmente lo decide, o sea, decide como muy desde sus intuiciones y como cuando se le da la información dice: "yo que voy a estar embarazada y cruzarme Perú, todo Perú caminando, todo Ecuador caminando", pero cuando

ya se hace una conversación en familia, esposo y esposa, pues ahí es donde desiste. Por esa misma concepción familiar, de que hay que estar juntos, hay que tener hijos... (PS3 Ipiales, comunicación personal, 3 de diciembre de 2021)

A propósito, al reseñar las barreras de acceso a la IVE, la Secretaría de la Mujer de Bogotá (2021) señaló que, de manera general, “Se cuestiona o se intenta disuadir a las mujeres frente a su decisión, haciéndolas sentir culpables y juzgando su autonomía sexual y reproductiva” (s.p.), lo que permite afirmar que este tipo de barreras no se circunscribe ni al ámbito de las relaciones afectivas ni de los sectores con responsabilidades frente a la atención de las mujeres y las niñas, sino que está presente en ambos.

#### Falta de disponibilidad y de redes para prestación del servicio

La disponibilidad es una de las dimensiones del derecho a la salud, en el caso de los servicios de aborto, debe asegurarse que las instituciones prestadoras de servicios de salud oferten servicios de aborto acordes con su nivel de complejidad. Con la investigación pudo evidenciarse la ausencia de prestadores en distintos lugares del territorio nacional y de prestadores con capacidad para atender en algunas edades gestacionales:

- Cundinamarca. El Hospital Mario Yanguas del municipio de Soacha realiza interrupciones hasta la semana 15 de gestación, para mayores edades gestacionales se remite a la subred Centro Oriente de Bogotá, en su unidad Hospital La Victoria.
- Nariño. En Ipiales se realizan interrupciones hasta la semana 12 en el Hospital Civil de Ipiales y en la Clínica Las Lajas; para brindar la atención en mayores edades gestacionales se refiere a red prestadora por fuera del municipio, de otro nivel de complejidad (Secretaría de Salud Municipal de Ipiales, 2021). ICBF - Regional Nariño (2021) informó que en el corregimiento de Remolino del municipio Taminango, no atienden urgencias médicas en el centro de salud, por lo que las niñas, niños y adolescentes deben desplazarse a la cabecera municipal o a la capital del departamento.
- Norte de Santander. Cuatro EPS que tienen convenio con Profamilia prestan el servicio en Cúcuta hasta la semana 20; edades gestacionales superiores deben ser referidas a otras clínicas del país (Instituto Departamental de Salud, 2021). Sin embargo, en el acompañamiento legal que realiza La Mesa, se han identificado casos de 15 semanas en los que se niega el servicio, amparándose en la edad gestacional. La EPS Medimás, en su red prestadora, el Hospital Universitario Erasmo Meoz, atiende únicamente en dos causales: “DESDE LA SEMANA 15.0 HASTA LA SEMANA 20.0, sólo por Causal violencia sexual y malformación congénita incompatible con la vida extrauterina. No para Causal Salud” (Instituto Departamental de Salud, 2021, p. 8).

Aunque en algunos casos funciona el sistema de referencia y contrarreferencia, no pueden desestimarse las afectaciones que implica no tener mayor disponibilidad y la predilección, que no tiene asidero legal y es arbitraria, por unas causales en lugar de otras, especialmente si se tiene en cuenta que la causal salud es la más frecuente en todo el país. En efecto, la Secretaría de la Mujer de Bogotá (2021) identificó como una barrera la falta de instituciones y prestadores de los distintos niveles territoriales con “capacidad técnica y profesional para realizar el procedimiento” (s.p.).

Al no tener servicios disponibles en algunas edades gestacionales, las mujeres y las niñas, especialmente las refugiadas y migrantes venezolanas irregulares, se ven expuestas a la autogestión de los recursos para desplazarse a la realización de los procedimientos en lugares distintos a su residencia. Aunque esto debería ser cubierto por las EPS, el hecho de no estar afiliadas al sistema de salud implica que ellas asuman estos costos, lo que no debe suceder por tratarse de una urgencia. Esto es más complicado sin redes de apoyo a las cuales acudir.

### **Caso acompañado por La Mesa<sup>38</sup>**

*Marcela tenía 37 años cuando se enfrentó a un embarazo no deseado viviendo en zona rural de Cúcuta, Norte de Santander. Debido a que cada mes su periodo llegaba, supo que estaba en embarazo a las 25 semanas.*

*En Cúcuta, como migrante irregular, se encontró con la dificultad de no poder acceder al sistema de salud. Además, Marcela es madre soltera y no contaba con personas cercanas que pudieran hacerse cargo de su hija de ocho meses de nacida mientras recibía la atención que necesitaba.*

*Luego de ser asesorada, Marcela expresó su deseo de interrumpir el embarazo y supo que podía ser atendida en Bogotá, debido a que en Cúcuta no existía un prestador público que realizara el procedimiento en la edad gestacional en la que se encontraba su embarazo.*

*Días después, Marcela desistió de acceder a la IVE.*

### **Caso acompañado por La Mesa**

*Arelys tiene 24 años y vende tintos para subsistir y alimentar a sus tres hijos. Aun cuando mensualmente se inyectaba para no quedar en embarazo, resultó embarazada sin desearlo ni planearlo, lo que afectó su vida personal y familiar y su salud: empezó a sufrir alteraciones como depresión, inapetencia, anhedonia,<sup>39</sup> disminución de cuidados hacia sus hijos, llanto frecuente, cefaleas y pensamientos negativos sobre su futuro.*

*Con 18 semanas de gestación se trasladó desde el Huila hacia Bogotá para atender la cita médica de la IVE, pero no tenía cómo pagar el procedimiento ni hospedarse, por lo que pasó la primera noche junto con su acompañante en la terminal de transportes. Arelys recibió el subsidio de una IPS privada y el apoyo de La Mesa para poder interrumpir el embarazo, conforme a su voluntad.*

Debiendo viajar a otras ciudades, las mujeres y niñas también dependen de que organizaciones de la sociedad civil, la cooperación internacional o instituciones privadas puedan asumir estos gastos, aumentando el tiempo de gestación.

En síntesis, la prestación de los servicios se ha concentrado considerablemente en la oferta de organizaciones sociales, IPS privadas y de la cooperación internacional, que incluso ha sido integrada en la práctica a las rutas de atención por parte de las entidades públicas. Esto tiene un riesgo adicional relacionado con la inestabilidad de los servicios, como lo dijo un profesional de la salud entrevistado: “estos recursos se agotan y las agencias trabajan por proyectos” (PS2 Bogotá, comunicación personal, 3 de octubre de 2021). Así lo explica la Regional Norte de Santander del ICBF (2021):

La principal barrera que se presenta para el acceso a la IVE de la población migrante es que no cuentan con afiliación a ningún régimen de salud, si bien es cierto dentro del proceso administrativo de restablecimiento de derechos que adelantan las autoridades administrativas, se debe adelantar las diligencias pertinentes para lograr el restablecimiento del derecho a la salud, también lo es que este es un trámite que requiere varios días para su efectivo cumplimiento y la IVE es un procedimiento que se debe realizar de manera urgente si[n] dilaciones que puedan poner en riesgo a las niñas o adolescentes. Es por esto que en la actualidad, hemos utilizado como estrategia apoyarnos con la cooperación internacional, quienes nos han ayudado a la atención de estas niñas y adolescentes. (s.p.)

## Fallas con relación a la denuncia de violencia sexual y acceso a la justicia

Con relación a la causal violencia sexual y la acreditación de la copia de la denuncia como su requisito, las mujeres refugiadas y migrantes sienten temor de denunciar los hechos, por represalias de los agresores o porque las autoridades duden de ellas, así como por miedo a la deportación.

<sup>38</sup>) Los casos que se presentan destacados fueron acompañados por La Mesa. Para conservar la confidencialidad, los nombres propios fueron sustituidos y se omitieron algunos datos personales.

<sup>39</sup>) La anhedonia es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en actividades que antes eran placenteras. Es un síntoma de depresión y puede estar presente en otros trastornos.

Así lo vivió Antonia,<sup>40</sup> quien reside en Cúcuta, vino sola de Venezuela hace cuatro años y recién llegada sufrió una violación de la que resultó en embarazo. No consultó con ninguna autoridad pues temía “quedar tachada, así como... vulgarmente como una prostituta o... facilonga, porque ve... yo sé cómo es aquí la situación con las venezolanas”. Alguna vez escuchó que, siendo migrante irregular, podía hacerse una prueba de embarazo gratuita en La Parada. Con un resultado positivo, recibió atención psicológica por parte de una organización social y decidió interrumpir el embarazo, para lo que recibió el apoyo de una institución privada (M3 San José de Cúcuta, comunicación personal, 11 de noviembre de 2021).

Dadas estas barreras, es muy probable que prefieran guardar silencio y no denunciar:

Muchas migrantes son violadas en las trochas para que puedan pasar, les dicen que para hacerse una IVE deben poner la denuncia, esa es una primera limitante y les dicen que si fue en Venezuela deben poner la denuncia allá. (Persona 2 – mujer en grupo focal San José de Cúcuta, comunicación personal, 11 de noviembre de 2021)

El requisito de la denuncia tiene entonces mayores complejidades para las mujeres migrantes que han sido violentadas en su país de origen o durante el proceso migratorio, en cuyo caso las autoridades nacionales no reciben la denuncia; y en Venezuela tienen pocas garantías para hacerlo. La interposición de la denuncia puede ser incluso más preocupante para aquellas que están irregularmente en el país, pues sienten que no las tomarán en serio. De forma que las mujeres prefieren quedarse calladas y no acudir a presentar una denuncia formal.

Esta barrera puede explicar la poca representación de la causal violencia sexual en los casos atendidos y acompañados, de manera que las mujeres optan por acreditar la causal salud, a través de las implicaciones de la violencia sexual en su salud integral. Esta coexistencia de causales conduce a plantear que sus linderos son difusos e imponen a las mujeres un fraccionamiento de su experiencia con relación a la reproducción y a la salud.

Sin activar las rutas de atención en salud y justicia a las que tienen derecho como víctimas de violencia sexual, siguen desprotegidas y expuestas a contextos de explotación sexual.

#### **Caso acompañado por La Mesa**

*Yuliana es una mujer venezolana de 28 años de edad. Llegó en diciembre del 2021 a Bogotá tras ser amenazada por su pareja. El hombre le exigía que se radicara con su hijo en Bogotá porque si no lo hacía, subiría a una página de pornografía videos que realizó sosteniendo relaciones sexuales con ella.*

*Estando en Bogotá, su pareja la obligaba a sostener relaciones sexuales con él para subir los videos a una web con el fin de obtener ganancias económicas. Yuliana quedó en embarazo, por lo que entró en depresión. Su deseo era regresar a Venezuela porque temía por su vida y ser violentada por su pareja.*

*Yuliana recibió acompañamiento vía WhatsApp de profesionales de una organización internacional, quienes le compartieron información sobre su derecho a una vida libre de violencias y rutas de atención. Más adelante, recibió asesoría de una IPS privada.*

*Con recursos de esta organización, Yuliana logró acceder a la IVE y fue trasladada junto a su hijo a un lugar seguro. Posteriormente, salieron del país, negándose a denunciar por temor a poner en riesgo sus vidas.*

## **Interpretación restrictiva del marco legal**

### **Solicitud de requisitos adicionales**

Las solicitudes de requisitos adicionales se dan como parte de la interpretación restrictiva de las causales, generando dilaciones injustificadas. Pedidos como conceptos de psiquiatría no están contemplados en el marco legal colombiano en ninguna de las causales, de forma que constituyen una barrera de acceso.

<sup>40</sup> Relato reconstruido a partir de la entrevista presencial a mujer en Cúcuta, realizada por Juliana Martínez Londoño. Los entrecomillados son citas textuales de las palabras de la mujer.

### **Caso acompañado por La Mesa**

*Jessica tiene 21 años, es migrante venezolana y vive de forma irregular en la ciudad de Barranquilla. Con 23 semanas de embarazo y hospitalizada en una clínica universitaria, solicita la IVE, sin embargo, le dicen que su caso no se ubica en ninguna causal, negándole así su derecho a un diagnóstico integral y a la IVE.*

*Su caso se pone en conocimiento de la Defensoría del Pueblo, quien se articula con una IPS privada con el ánimo de asegurar la atención. Aunque esta IPS agenda el procedimiento, las restricciones generadas por la Covid-19 imposibilitan su traslado.*

*A través de la Defensoría, Jessica instaura una acción de tutela, en cuya resolución se desconoce la certificación médica de la IPS privada y se condiciona la atención a la valoración de psiquiatría. Junto con el Ministerio de Salud, La Mesa impugna el fallo y solicita el amparo del derecho a la IVE para que Jessica pueda acceder de forma inmediata*

*La valoración de psiquiatría tuvo demoras y cuando se dio, vía telefónica, desestima la depresión como producto del embarazo. En segunda instancia, se confirma el fallo anterior y Jessica no puede acceder a la IVE.*

Solicitud de documentos que den cuenta de estatus migratorio regular y, por ende, de afiliación al sistema de salud

Debe mencionarse que en Venezuela existen dificultades para obtener documentos de identidad, a lo que se suma que, durante el proceso migratorio, las personas migrantes pueden perderlos, se los pueden robar o, en situaciones de explotación, se los pueden retener, lo que entorpece no solamente los trámites de identificación en Colombia, sino que también perjudica los ingresos a urgencias y a otros servicios de salud.

Para el acceso por urgencias lo primero que nos piden a todos, a migrantes o colombianos, es el documento de identificación, si la migrante no tiene un documento de identificación así sea la cédula venezolana, ya tiene el primer bloqueo [...] por estar indocumentada, y ya hemos tenido casos. (PS2 Soacha, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Por su parte, las mujeres saben que la atención de urgencias no está asegurada si su estatus migratorio es irregular, es decir, que no se cumple con el estándar fijado por la Corte Constitucional. Una de las entrevistadas manifestó que:

*tienes que estar muriendo para que te puedan atender, sino no, no puedes... a menos que tengas un permiso o algo que conste que tú estás acá legalizada, si tienes una simple cédula venezolana no te van a atender así porque sí, es muy raro que pase. (M3 San José de Cúcuta, comunicación personal, 10 de noviembre de 2021)*

La sombra de este pedido es tan poderosa que hace que las mujeres migrantes irregulares se cohiban de consultar y desistan de acudir al sistema de salud. La ausencia de documentos que soporten un estatus migratorio regular es un requisito adicional que, cuando no se aporta, actúa como barrera de acceso a la IVE, como se evidencia el siguiente caso:

### **Caso acompañado por La Mesa**

*Vanessa, de 16 años de edad, llegó desde Venezuela a Arauca, donde quedó en embarazo sin desearlo.*

*Estando en ese departamento, con 18 semanas de gestación, sin estar afiliada al sistema de salud por no tener regularizado su estatus migratorio y con su bachillerato suspendido, decidió interrumpir su embarazo, para lo que contaba con un certificado realizado por un profesional de salud adscrito a una organización internacional. Vanessa presentaba sentimientos de angustia y no contaba con red de apoyo en Colombia, lo que generaba un riesgo biopsicosocial que comprometía su salud mental y emocional.*

*En Tame, Vanessa enfrentó dificultades para el acceso a la IVE, debido a que profesionales de la red pública impusieron barreras por su condición de migrante irregular y por la edad gestacional en la que se encontraba.*

*Vanessa finalmente accedió a la IVE a través de una IPS privada.*

Sin documentos que den cuenta de un estatus migratorio regular y sin afiliación al sistema de salud, a los prestadores les preocupa el no pago de los servicios, mientras que las mujeres deben esperar o dimitir de su deseo de interrumpir el embarazo. Una profesional de la salud de Soacha explicaba que:

Existe una barrera y es de tipo económico. ¿Qué quiere decir esto? Los hospitales les ponen barreras porque mencionan que el Estado no les paga esos procedimientos, entonces la práctica de un [sic] IVE no es paga, desglosan las cuentas y el Estado no se los paga, por eso ellos son tan renuentes a practicar IVEs. (PS2 Soacha, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Ahora, mujeres con estatus migratorio regular, pero no afiliadas al sistema de seguridad social en salud, pueden experimentar dilaciones por el tiempo que toma dicha afiliación. Aun cuando en algunos casos la solicitud de afiliación puede ser efectiva, el tiempo de espera es perjudicial cuando se trata del aborto. Algunas agencias de cooperación implementaron atención inmediata para evitar perder las pacientes en el período de agendamiento de la cita.

#### **Caso acompañado por La Mesa**

*Viviendo en Bogotá, Ana, de 30 años de edad, migrante venezolana con estatus migratorio regular en Colombia, acudió a una IPS privada para acceder a una interrupción voluntaria de su embarazo, teniendo 16 semanas de gestación.*

*De esta IPS la remitieron a un hospital de Bogotá, donde le hicieron una valoración y le dieron una certificación que explicaba el riesgo que significaba seguir adelante con el embarazo.*

*Para la realización del procedimiento le pidieron afiliarse al sistema de seguridad social en salud. Tras realizar el trámite, le aseguraron que debía esperar un mes para que le autorizaran el procedimiento.*

*Pese a que, con el acompañamiento de la Secretaría de Salud, se logró programar el procedimiento, Ana desistió.*

#### **Interpretación restringida de la IVE como una urgencia**

Aunque las mujeres refugiadas y migrantes indocumentadas tienen derecho a atención de urgencia, el desconocimiento de la IVE como una urgencia y, por ende, de su gratuidad, constituye una barrera, pues impide que accedan oportunamente, sin discriminación y de forma gratuita a este servicio. La Defensoría del Pueblo ha documentado casos de desconocimiento de la urgencia de la IVE, pese a que el embarazo sea producto de hechos de violencia sexual, en los que se refuerza la necesidad de atención prioritaria.

En todo el proceso de solicitud de los servicios juega un papel importante la interpretación médica sobre qué constituye una urgencia. Así lo explica un prestador de la ciudad de Bogotá:

en medio de la situación tan desafortunada por la que se pasa, solicitar una autorización, solicitar cualquier cosa de estas [aborto] sería imposible, entonces nosotros lo que hemos hecho pues, de todas maneras, pues toda paciente se debe atender, toda paciente se debe ver como una urgencia, y dentro de la historia nosotros simplemente anotamos que, como parte de la ruta integral del manejo de urgencias, la paciente se hospitaliza para una interrupción del embarazo. (PS3 Bogotá, comunicación personal, 5 de octubre de 2021)

Ahora, como se ha mencionado, que la IVE sea una urgencia no significa que las mujeres deban ingresar cuando su vida está en riesgo extremo, sino que el servicio debe ser brindado bajo los estándares del marco normativo, es decir, en cualquiera de las causales y con la oportunidad que exige el procedimiento. No obstante, como dijo una profesional de salud:

del hospital las devuelven cuando ellas llegan con iniciativa de abortar [...] si es un aborto en curso, las atienden porque están sangrando o tienen mucho dolor, pero cuando ellas llegan por voluntad propia de interrumpir las devuelven, el hospital no las atiende. (PS2 San José de Cúcuta. comunicación personal, 10 de noviembre de 2021)

Aunque la probabilidad de la atención por urgencias por diagnósticos asociados al embarazo es pequeña para las mujeres refugiadas y migrantes irregulares, esta es menor para aquellas que consultan por aborto. En palabras de un médico entrevistado en Cúcuta:

Ahora, si ser migrante en Colombia y estar embarazada te garantiza evitar riesgos de mortalidad materna y riesgos de mortalidad en el neonato, o sea, en el bebé, porque como tú ya estás asistiendo a unos controles, entonces, evitamos que le dé diabetes, evitamos que le dé preclamsia, se toma sus vitaminas, evitamos la desnutrición y evitamos la anemia, pero el requisito es: “estoy embarazada y deseo continuar”; ahora, si estoy embarazada, soy población vulnerable y digo: “hola, no quiero continuar con mi embarazo”, no existes, literal, no existe. (PS1 San José de Cúcuta, comunicación personal, 9 de noviembre de 2021)

Esto se evidencia en el caso de Lucía,<sup>41</sup> quien realizaba actividades sexuales pagadas en Cali, y se dio cuenta que estaba embarazada después de que le iniciara un sangrado tras una caída, y la llevaran al hospital, donde le aseguraron que había tenido un aborto. A los pocos meses quiso ponerse el DIU y supo que seguía en embarazo. Aunque estuvo en un hospital público, no la atendieron como si se tratara de una urgencia, antes bien, querían cobrarle por el procedimiento, sin que le fuera posible reunir el dinero. En sus palabras: “ahí hubo más que una barrera, una barrerísima [risas], eso era un muro de contención inmenso, inmenso”. Sin poder trabajar, no tenía como pagar el sitio donde vivía, el propietario la atacó y amenazó con matarla, por lo que ella se fue con su mamá y sus tres hijos a Cúcuta, donde vive una familiar.

Una organización internacional que la atendió allí no le informó que interrumpir el embarazo era una opción si así lo deseaba, en su lugar, le ofrecieron iniciar controles prenatales. Sin saber cómo decirlo, Lucía pensaba: “yo no quiero ningún control, quién dijo que yo quiero control, no entiendo cómo hago para hablar y decir: ‘no quiero control, sino sacarme el bebé’”. Al mes siguiente asistió a una reunión convocada por una organización de mujeres y supo que el aborto era legal en Colombia. Con el apoyo de La Mesa decidió trasladarse a Bogotá para la realización del procedimiento, sin embargo, la organización internacional que la atendió en un principio le mostró videos que distorsionaron su visión del aborto y la llenaron de miedo: “ya ahí me cerraron las puertas por todos lados, porque al mostrarme videos a mí me cerraron las puertas por todos lados”. Lucía desistió de suspender la gestación y con tristeza relataba que no tenía recursos para sostener un tercer hijo por lo que había decidido darlo en adopción (M1 San José de Cúcuta, comunicación personal, 9 de noviembre de 2021).

El compromiso de algunos prestadores de servicios de aborto con el marco normativo es fundamental para garantizar los derechos de las mujeres. Debe señalarse que la toma de decisiones siempre debe recaer en las mujeres como sujetos morales capaces, para lo que el entendimiento de la IVE como una urgencia actúa en beneficio de quienes no están afiliadas al sistema de salud, ni cuentan con estatus migratorio regular.

### Interpretación restrictiva de las causales

La interpretación restrictiva de las causales, aunque se da principalmente en el marco de los servicios de salud, no se reduce a este, ocurre también en los sectores justicia y protección. La barrera se produce cuando no se comprenden a cabalidad los alcances e implicaciones de cada una de las causales y los conceptos que las explican, lo que sucede mayoritariamente con la causal salud cuando no se reconocen las afectaciones psicológicas y emocionales del embarazo o los determinantes sociales de la salud.

41) Relato construido a partir de la entrevista presencial a mujer en Cúcuta, realizada por Juliana Martínez Londoño. Los entrecorillados son citas textuales de las palabras de la mujer.

### **Caso acompañado por La Mesa**

*Liliana es una mujer migrante venezolana de 32 años de edad, su estatus migratorio es irregular. Vive en un municipio de la costa norte colombiana, con sus nueve hijos e hijas. Allí llegó desplazada, luego de que su pareja fuera asesinada en Soacha y tras recibir amenazas.*

*Liliana enfrenta un embarazo no deseado de 24 semanas de gestación, sumado a esto tiene antecedentes de várice vaginal y hernia abdominal. Su último hijo tiene un año de edad y sus condiciones económicas y de vulnerabilidad son complejas. Algunas veces vende pescado, pero sobrevive, en mayor medida, por las ayudas de sus hijos mayores.*

*Solicita la IVE en el hospital público departamental, pero le niegan la atención. Por ello, es remitida a la dupla de género de la Defensoría del Pueblo, no obstante, la abogada asegura que su caso no está dentro de las causales.*

*A Liliana no le dan respuesta en el hospital y después supo que la iban a remitir a un prestador de salud que no realiza el procedimiento en su edad gestacional. Más tarde, Liliana es trasladada a un hospital de Bogotá, con el acompañamiento de La Mesa, donde logra acceder a la IVE.*

Particularmente, con relación a la causal salud, pudieron evidenciarse consideraciones específicas que obraban en detrimento del acceso a la IVE a través de esta, como si no se tratara de una causal legalmente reconocida, pudiera ser objeto de deliberación, y se diera prioridad en la atención con las otras causales.

### **Caso acompañado por La Mesa**

*Sandra tenía 18 años de edad cuando supo que se encontraba en embarazo, lo que no había planeado.*

*Sin apoyo económico y estando de manera irregular en Soacha, Sandra solicitó acceder a la IVE en el hospital de ese municipio, sin embargo, le negaron el procedimiento asegurándole que solo realizaban interrupciones en casos de violencia sexual.*

*Más tarde, Sandra accedió a la IVE en un hospital de Bogotá.*

## **Fallas en la prestación de los servicios**

### **Violencia, maltrato y discriminación hacia las mujeres**

La violencia, maltrato y discriminación tienen distintas facetas, algunas de las mencionadas por las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas entrevistadas apuntan a la prioridad que sienten que tienen las pacientes colombianas, por encima de ellas. Así mismo, expresaron haber sentido desatención de sus pedidos con relación a su salud, lo que puede calificarse como una forma de violencia obstétrica:

*“ustedes no están pagando nada, espérense ahí” ... 10 horas, 12 horas embarazadas, muchas mujeres ahí, porque la doctora no estaba o se esperan... algo así... ¿me entiendes? O sea, ahí era como discriminación porque yo sé que en un sitio pagado, que nosotras estemos pagando, no nos van a tratar así. (M3 Cúcuta, comunicación personal, 10 de noviembre de 2021)*

A propósito de esto, las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas han manifestado ser víctimas de xenofobia en diferentes contextos, especialmente para el acceso a servicios de salud, de acuerdo con los hallazgos de la plataforma Cosas de Mujeres de Ladysmith (DANE y Ladysmith, 2021).

Sumado a esto, en respuesta al derecho de petición enviado para los fines de esta investigación, el ICBF (2021) informó que se obstaculiza el servicio basado en estereotipos y limitación al derecho a la autonomía para decidir, lo que presenta formas particulares en niñas y adolescentes con discapacidad y pertenecientes a comunidades indígenas. Además, que estos prejuicios y estigmas en torno a la IVE están presentes en servidores y servidoras públicas de diferentes sectores.

Este tipo de conductas inhibe a las mujeres de acudir a estos servicios, como lo muestra el siguiente caso:

#### **Caso acompañado por La Mesa**

*Paola, de 29 años de edad, es madre soltera de tres hijos. Llegó a Bogotá desde Venezuela buscando nuevas oportunidades y no ha regularizado su estatus migratorio.*

*Trabaja de forma esporádica en casas haciendo trabajo doméstico. Estando en Bogotá, Paola buscó ayuda cuando se enteró que tenía un embarazo no planeado de cinco semanas de gestación. Este hecho afectó de forma considerable su salud integral; al tiempo, no contaba con recursos económicos para cubrir gastos ni con redes de apoyo.*

*Paola recibió asesoría sobre el derecho a la IVE, sin embargo, manifestó sentirse insegura y con temor a ser discriminada y que le negaran la atención en el hospital de la red pública.*

*Finalmente, Paola recibió acompañamiento de una IPS privada que subsidió el procedimiento de la IVE.*

### Fallas administrativas en la prestación del servicio de salud

**Fallas en sistema de referencia y contrarreferencia.** Directamente relacionado con la falta de disponibilidad de los servicios, se debe mencionar que las mujeres migrantes venezolanas sin aseguramiento en salud experimentaron, durante la pandemia, mayores dificultades para trasladarse a municipios distintos al de su residencia para el acceso a la IVE. Esto fue agravado por el deterioro de las condiciones socioeconómicas durante este período.

#### **Caso acompañado por La Mesa**

*Manuela es una joven migrante venezolana de 18 años de edad, se encuentra en el oriente de Antioquia, en condición irregular y no tiene aseguramiento en salud.*

*Con dificultades, por no contar con teléfono celular y recursos para movilizarse, Manuela buscó información y ayuda de forma telefónica para interrumpir un embarazo de 12 semanas de gestación, manifestando que fue producto de una relación con un hombre, a la que fue obligada por su madre.*

*En la sede de una IPS privada, ubicada en un municipio cercano, fue valorada por profesionales en salud. Debido a las restricciones generadas por la Covid-19, Manuela no llegó a las primeras citas. No obstante, La Mesa la apoyó con los recursos para su traslado, hospedaje y alimentación, con el fin de que pudiera acceder a la IVE sin obstáculos.*

#### **Caso acompañado por La Mesa**

*Con 20 años de edad, Susana fue víctima de violencia sexual en Venezuela. Llegó a Colombia, específicamente a un albergue provisional en Cúcuta, con su hijo de 18 meses de nacido. En el albergue descubrió que estaba en embarazo.*

*Acompañada por una organización local logró, cuando tenía 22 semanas, una cita de valoración en un hospital de Bogotá, debido a que en el Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta no realizaban procedimientos de IVE en edades gestacionales superiores a las 20 semanas.*

*Más adelante, con apoyo de La Mesa, consiguió los recursos para movilizarse a Bogotá, sin embargo, no había transporte público por las restricciones de la pandemia originada por la Covid-19. A esto, se sumó que no tenía con quién dejar a su hijo. En articulación con la dupla de género de Norte de Santander se gestionó el cuidado de su hijo con el ICBF, esto para no dar más espera, teniendo en cuenta que no había certeza sobre cuándo se levantarían las medidas de confinamiento.*

*Finalmente, en articulación con la Secretaría de Salud de esta ciudad, accedió de forma efectiva a la IVE.*

Adicionalmente, en las respuestas a los derechos de petición enviados para los fines de esta investigación, se evidencian fallas administrativas por parte de las entidades públicas con relación a la prestación de los servicios de salud:

**Carencia de datos.** Esta fue una constante en varias de las respuestas de distintas entidades. Puntualmente, a distintas preguntas sobre la situación de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas atendidas en Ipiales (embarazo, anticoncepción, aborto, entre otros servicios), la Secretaría de Salud del municipio respondió que “no es posible entregarla desagregada por nacionalidad. Los datos se recopilan de manera general para toda la población del municipio de Ipiales para no generar discriminación” (Secretaría de Salud Municipal de Ipiales, 2021).

Con un fenómeno migratorio de las proporciones del actual y para un municipio de frontera como Ipiales es fundamental conocer la proporción de la población migrante atendida, además, la desagregación de los datos no es discriminatoria, por el contrario, permite plantear acciones afirmativas y de otro tipo, basadas en evidencia.

**Falta de rutas para la IVE.** La misma entidad informó que “respecto a la ruta sobre IVE esta no se encuentra establecida en el municipio” (Secretaría de Salud Municipal de Ipiales, 2021), lo que constituye una barrera para todas las mujeres que quieren acceder a este derecho. La Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal tiene los lineamientos que deben ser adoptados en las entidades territoriales para asegurar la atención.

**Dilaciones injustificadas.** A juicio de la Defensoría del Pueblo, se presenta “Dilatación en la prestación del servicio por trámites administrativos correspondientes a establecer el pagador de la atención. ‘Pimponeo institucional’ por parte de la Red Hospitalaria autorizada para llevar a cabo los procedimientos, principalmente aquellos con edades gestacionales avanzadas” (Defensoría del Pueblo – Regional Bogotá, 2021). Según esta entidad, las dilaciones están directamente relacionadas con no estar afiliadas al sistema de salud y con la carencia de un documento que permita mostrar un estatus migratorio regular. Esta barrera también fue referida por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2021) en su respuesta, en la que reportó “Dilaciones sin causa ni justificación, además de solicitar requisitos adicionales pero que evidencian discriminación” (s.p.).

Los comportamientos de las migrantes en torno a la salud y la búsqueda de servicios sanitarios se presentan de acuerdo con sus valores y patrones culturales; a su vez, el sistema de salud y sus profesionales deberían adaptarse a estas diferencias culturales, facilitando la integración de la población migrante. Esto es especialmente significativo con relación a las ideas sobre el aborto que tienen las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas, así como sus familiares y personas cercanas.

Las barreras de acceso a la IVE son una vulneración a los derechos de las mujeres, las niñas, personas con identidades no binarias y hombres trans. Estas barreras son más graves para las refugiadas y migrantes, dentro de este grupo, para aquellas en situación migratoria irregular, y aún más para *las caminantes*, lo que permite concluir que su estado generalizado de desprotección se expresa con relación a este servicio de salud, privándolas de la materialización de sus decisiones reproductivas y haciéndolas incurrir en gastos de recursos personales, cuando esto es posible.

Una perspectiva integral de los DSR conduce a abordar el acceso a otros servicios de salud en este campo, de manera que sea explícito que la atención en salud para esta población evidencia enormes carencias y que, particularmente la salud sexual y reproductiva, presenta retos mayores por las barreras de acceso generalizadas.

V

## Barreras de acceso a otros servicios de salud sexual y reproductiva



Varias organizaciones de mujeres y feministas venezolanas han señalado la poca atención que el Estado venezolano le ha dado a la salud sexual y reproductiva (Asociación Civil Mujeres en Línea et al., 2018). Esto se evidencia en la escasez de anticonceptivos, la no compra de estos métodos por parte del Estado para distribuir en la red pública de salud, la falta de políticas públicas acordes a la realidad del país<sup>42</sup> y los nulos pronunciamientos oficiales sobre la despenalización del aborto en algunas circunstancias, medida recomendada por el Comité de la CEDAW en el 2014.

Más allá de la retórica bolivariana sobre la liberación de la mujer, el Estado venezolano no ha hecho de la salud reproductiva una prioridad.<sup>43</sup> La especialista en políticas públicas y justicia de género, y activista venezolana, defensora de los derechos humanos de las mujeres, Indhira Libertad Rodríguez, dijo a un medio de comunicación internacional que el chavismo “no ha superado el sesgo de la mujer como reproductora dentro de la revolución bolivariana” (Turkewitz y Herrera, 2021, s.p.).

Lo anterior, se evidencia en un informe de 2018 sobre la situación de los derechos humanos de las mujeres venezolanas, elaborado por el grupo El Entrompe de Falopio (2018), en el que se afirmaba que, en Venezuela, “el rol de madre es un componente importante del estereotipo femenino, ampliamente reforzado con las políticas públicas [...] la maternidad es todavía una forma de realización y autoafirmación de las mujeres” (s.p.). En esta línea, deben entenderse las transferencias en efectivo realizadas por ese Gobierno a las mujeres pobres que, si bien significaron ingresos para ellas, estuvieron supeditadas a su rol de cuidadoras.

En los grupos focales y entrevistas, mujeres migrantes venezolanas y profesionales de la salud y de otros campos se refirieron a la poca educación sexual y reproductiva en el vecino país, lo que, cruzado con la escasa disponibilidad de anticonceptivos y de servicios de salud reproductiva, conduce a pensar en serias dificultades para la efectiva toma de decisiones sobre si tener hijos o no, cuándo, cuántos y con quién:

hay una idea muy generalizada, podría decir yo, en cuanto a lo que refieren las pacientes en consulta, y es que la educación en salud sexual y reproductiva en Venezuela, digamos no es tan clara a mi manera de ver, según lo que ellas explican. No es tan integral, no es tan completa, todavía sigue [sic] siendo un tabú los anticonceptivos, el aborto allá está penalizado, solo es legal en la parte terapéutica, incluso nos hablan de que, para decidir la esterilización, en el caso de las mujeres, debe [sic] pedir consentimiento de su pareja o de su esposo, debe [sic] cumplir con un número digamos de gestaciones. (PS2 Ipiales, comunicación personal, 4 de diciembre de 2021)

---

42) Entre las políticas públicas sobre el tema se encontraron: el programa Maternidad segura, deseada y feliz (2015), el Primer plan nacional para la protección de los derechos sexuales y reproductivos (2014-2019), del cual no se encontró una versión más reciente, y el Plan nacional de parto humanizado (2017).

43) En 2007, Hugo Chávez expresó: “No se podrá salvar el mundo si no logramos la plena igualdad del género y la participación de la mujer como actor fundamental de las distintas luchas que libramos” (Biardeau R., 2009).

Ese contexto de origen influye en la forma como las mujeres migrantes y refugiadas venezolanas tramitan sus necesidades al respecto, se informan y deciden sobre su sexualidad y reproducción. Sin embargo, afirmaciones sobre el mayor tamaño de las familias de la población refugiada y migrante venezolana deben analizarse con precaución pues al revisar la tasa de fecundidad de Venezuela, presenta una diferencia de 0.5 con Colombia (2.3 y 1.8 respectivamente en el 2019) (Banco Mundial, 2022). De manera que, aun tratándose de promedios nacionales, la situación se asemeja a la de la población colombiana con ciertas condiciones socioeconómicas similares, como contextos rurales en los que las mujeres son menos educadas y hacen un menor uso de anticonceptivos. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud mostró que la tasa de fecundidad entre 2012-2015 en Colombia, en la ruralidad, era de 2.6 (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015).<sup>44</sup>

A continuación, se presentan algunas de las barreras identificadas para el acceso a otros servicios de salud sexual y reproductiva, diferentes a la IVE:

### Acceso a métodos anticonceptivos

Como se ha mencionado en otros momentos de este informe, los servicios de urgencias disponibles para las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas en situación irregular no cobijan el acceso a métodos anticonceptivos, a menos que sea como parte de la atención post parto o post aborto. Sin embargo, si quienes están haciendo uso de alguno de estos servicios no se deciden por un método anticonceptivo de manera inmediata, pueden terminar sin acceso, como lo menciona un profesional de la salud entrevistado:

básicamente una semana después de parto, siendo [la mujer] ya no gestante, en el sistema no aparece como gestante, entonces el acceso al sistema, si bien fue fácil así por urgencias, tiene dificultades ¿por qué? Porque tiene el problema de que ya no es gestante. Las otras mujeres que por alguna razón requirieran la planificación, un tamizaje, una citología, lo mismo con pacientes con cáncer ya diagnosticado, cáncer de cérvix, etcétera, que tienen una condición migrante, son pacientes que no tienen... si bien [se] atiende la urgencia es muy difícil lograrles garantizar el resto de servicios de atención en salud, precisamente por la irregularidad, por la falta de un documento nacional y quedan cortas, porque si bien lo dice, es la Corte la que dio la orden, como tal no se ejecuta en el cien por ciento de la población migrante. Sí, la urgencia se atiende, la urgencia vital, pero la planificación familiar que podría ser una urgencia vital desde donde se vea, pues no está dentro de esas atenciones y queda... empiezan a ponerle barreras a las pacientes. (PS2 Bogotá, comunicación personal, 3 de octubre de 2021)

A pesar de la normatividad, también se identifican negativas y obstáculos de acceso para aquellas que se encuentran afiliadas al sistema de seguridad social, lo que implica recurrir a acciones de tutela (Programa de Protección Internacional de la Universidad de Antioquia et al., 2020). El acceso a estos métodos, como se mencionó antes, se vio mucho más reducido durante la pandemia, dado que la atención de emergencia tuvo prioridad por encima de otros servicios de salud, como los referidos a salud sexual y reproductiva, incluidos métodos anticonceptivos e IVE (Defensoría del Pueblo, 2020a).

En este mismo sentido, organizaciones sociales y grupos académicos dedicados al estudio de la situación de mujeres migrantes han señalado que “no existen acciones de prevención estatales, como campañas de educación sexual y entrega de métodos anticonceptivos dirigidas a mujeres migrantes que permitan la prevención de embarazos no deseados en esta población” (Programa de Protección Internacional de la Universidad de Antioquia et al., 2020).<sup>45</sup> Justamente en los casos atendidos por la Fundación Oriéntame se aprecia que las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas que solicitan abortos no pudieron acceder oportunamente a métodos anticonceptivos.

<sup>44</sup>) No ha sido posible presentar una comparación más actualizada y entre los mismos grupos ya que la información para Venezuela no se encuentra disponible.

<sup>45</sup>) En la página 30 se hace alusión a la respuesta del Ministerio de Salud sobre la priorización de algunos servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos anticoncepción. No obstante, la respuesta no tiene más detalles que puedan desvirtuar lo dicho en la citada intervención ciudadana.

En el lugar del Estado, los proyectos promovidos por la cooperación internacional han suplido esta necesidad, indicando que, según la información recolectada durante esta investigación, la anticoncepción tuvo un lugar prioritario, por encima del aborto seguro. Algunas de las agencias que proveen este servicio lo hacen mediante convenio con terceros, lo que en algunos casos puede complejizar el acceso:

Respecto a anticoncepción la verdad es que sí tienen muchas barreras y en especial muchas de las entidades [...] optan por enviar a la población migrante a que se haga su planificación con la cooperación internacional y no atenderlas, tú sabes el costo que tiene un implante, un Jadelle [implante subdérmico] y que ya es difícil para una colombiana, y ellas lo quieren pues de manera gratuita sin ningún tipo de afiliación, entonces sí tienen una barrera ahí para acceder a estos servicios. Sin embargo, a través de las campañas, de las jornadas organizadas desde la cooperación, siempre se ha abarcado un número importante de población migrante y esto ha sido muy favorable. (PS2 Soacha, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Puntualmente para las caminantes se hace realmente difícil la continuidad en el uso de los métodos por cambios de país. En estos casos, la misma condición de tránsito obstaculiza la información sobre los métodos y su acceso. El tiempo de las mujeres es limitado porque deben seguir su rumbo y muchas veces sienten presión de sus acompañantes que no están dispuestos a esperar posibles retrasos, y ellas temen quedarse solas, sin con quien enfrentar los riesgos del camino, o no quieren que quienes las acompañan se enteren. En Ipiales, una profesional de la salud lo describió así:

Pero el problema es que se necesita tiempo porque hay muchas cosas, unos preconceptos que ya traen, entonces que el implante les va subir de peso, que lo que pasa es que el implante no les deja cargar las maletas para el viaje, eso es algo que siempre nos dicen como: “Yo me lo pongo, pero en el Ecuador”, “Yo me lo pongo, pero en el Perú”, “Ahora no, porque voy viajando, tengo que cargar maletas”. Nosotros les decimos: “Mira te dejamos analgésicos, antiinflamatorios, te vamos a dejar una venda... sí puedes cargar, sino que trata de cargar con el otro brazo, siempre lo ponemos en el brazo no dominante” ... pero aun así hay que sensibilizar y eso necesita tiempo.

[...]

Nosotros tratamos casi siempre... post aborto... inserción del implante, pues si la mujer así lo decide. Pero, a veces ha pasado que, por la pareja, por la presión del grupo —recuerda que ellos hacen familia en el camino— entonces ellos dicen: “pues no, esa es mi familia, los vine a conocer hace un mes, pero son mi familia en este momento, entonces ellos ya se van, y yo no me voy a quedar por ponerme el implante”. Hay mujeres que dicen: “Sí, porque yo siempre lo busqué, y en Venezuela nunca me lo garantizaron y entonces lo voy a aceptar”. Pero hay algunas que dicen: “No, me quedo sola, me pueden pasar mil cosas, no me voy a quedar por la inserción del implante”. (PS2 Ipiales, comunicación personal, 4 de diciembre de 2021)

El asesoramiento sobre la anticoncepción es fundamental, pues de este depende la toma informada de decisiones y la adherencia al método para evitar embarazos. Particularmente con el implante subdérmico —método que fue mencionado en casi todas las entrevistas como el preferido por las migrantes y el más ofrecido por la cooperación teniendo en cuenta sus beneficios en términos de larga duración—, se presentan dificultades con la adaptación al mismo. Las mujeres manifiestan efectos secundarios adversos como dolor de cabeza, sangrado y aumento de peso, que conducen a tomar la decisión de retirarlo, como lo menciona una profesional de la salud:

hemos podido evidenciar que, en ocasiones, no se les explica bien, o sea, no se les explica [sic] los efectos adversos que tiene este implante, no se les explica que hay un tratamiento para estos efectos adversos para que la usuaria no decida retirárselo, y qué es lo otro, que ellas vienen y dicen: “quiero el aparato”, pero el aparato es por dos temas: uno porque en Venezuela es de difícil acceso por el

costo, es muy costoso, llegan aquí donde sencillamente se lo ponen sin problema y si lo quieren, antes sucedía que se lo retiraban sin problemas, yo sí creo que aquí está basada la buena consejería que se tiene. (PS3 Soacha, comunicación personal, 7 de febrero de 2022)

Algunas organizaciones sociales han cuestionado esta asesoría y la verdadera autonomía de las mujeres para decidir sobre los métodos ofrecidos:

Ellas supuestamente sí deciden, les dicen que tenemos el de un mes o el de cinco y obvio eligen el que tiene más tiempo, pero no les dicen las consecuencias o que no se los pueden quitar [...] No les dan información completa. (Persona 2 – mujer en grupo focal Cúcuta, comunicación personal, 11 de noviembre de 2021)

Debe mencionarse que, en algunos casos, los proyectos no contemplan la posibilidad de retiro de los métodos, y el seguimiento no funciona de manera óptima porque las mujeres cambian constantemente de número celular, dejan de contestar por ser un celular de uso familiar o grupal, o ya no se encuentran en el lugar donde se hizo la inserción; todos inconvenientes para garantizar su bienestar con el método elegido.

### Atención del embarazo y el parto

La mortalidad neonatal disminuye en proporción directa con la tasa de asistencia a la primera visita de control del embarazo, los controles prenatales suficientes y la atención adecuada del parto.

Los comportamientos reproductivos de las mujeres inmigrantes (incluyendo el uso y la demanda del sistema de salud) están condicionados tanto por los aspectos culturales y las características sanitarias de sus países de origen como por las existentes en el país de destino. (Ugarte Gurrutxaga, 2019, p. 184)

En esa relación entre migrantes y sistema de salud, las condiciones culturales y del contexto juegan un papel importante, por ejemplo, sobre definir cuándo consultar, la confianza en el personal de salud y el hecho de apoyar sus decisiones reproductivas en los servicios que provee el sistema. En el caso de este estudio, las mujeres saben de la poca probabilidad de atención prenatal y del embarazo por su condición de migrantes, lo que repercute en el momento de solicitar atención.

Aun cuando esta atención relacionada con el embarazo y el parto es una urgencia, en las cuatro ciudades del estudio, con mayor insistencia en Cúcuta, Ipiales y Soacha,<sup>46</sup> las organizaciones sociales que participaron de los grupos focales manifestaron casos en los que las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas con estatus irregular solo fueron atendidas al momento del trabajo de parto, llegando a este punto sin controles prenatales, como lo describe un profesional de la salud:

Ellas a veces buscan la consulta, la ecografía y es realmente caótica, la situación a veces para encontrar la ecografía, siempre es el mismo tema: “tiene que legalizarse, vaya y haga sus papeles”. Ahí a veces entra trabajo social, pero sí, pero no, entonces como que la cosa se alarga y se diluye, no terminan legalizadas. (PS3 Bogotá, comunicación personal, 5 de octubre de 2021)

En otro punto de la entrevista, este mismo profesional mencionó que, cuando se terminan los convenios, las mujeres migrantes que asisten a ecografías deben pagar y al no tener cómo, se quedan sin atención:

¿les toca pagar de qué? ¿cómo van a pagar? Entonces, sencillamente esa semana las ecografías que se habían sacado a pacientes venezolanas, están no sé... como bloqueadas, no se hace la consulta porque se acabó el convenio para atender a esas pacientes. (PS3 Bogotá, comunicación personal, 5 de octubre de 2021)

En efecto, la carencia de controles conduce a que, en muchas ocasiones, las mujeres ingresen con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), hipertensión, desnutrición y otras complicaciones que hubieran

<sup>46</sup> En Bogotá y Soacha, Médicos del Mundo ofrece controles prenatales, ecografías, exámenes, medicamentos y suplementos a la población migrante venezolana. Para servicios como el parto tiene alianzas con instituciones públicas como el Hospital Materno Infantil en Bogotá o el Hospital Mario Yaguas en Soacha.

sido evitables con los adecuados controles preventivos, y con el acceso a otros servicios de salud sexual y reproductiva, como anticoncepción (Corporación Red de Mujeres Feministas Unidas por los Derechos y la Acción Política Mujer, Denuncia y Muévete, 2020; Personería de Bogotá, 2021). En este caso, las atenciones y exámenes especializados o de mayor complejidad también implican recurrir a la acción de tutela (Programa de Protección Internacional de la Universidad de Antioquia, 2020).

Aunque el estado de embarazo supone una mayor atención en salud, no está cien por ciento asegurada, es más, pareciera que las mujeres tienen que estar en un riesgo extremo o a punto de parir para ser atendidas. Sin que las migrantes irregulares puedan acceder al sistema de salud para controles prenatales, la estrategia para lograr la atención del parto se limita a esperar a consultar hasta ese momento. Frente a esto, debe señalarse que, primero, no es una acción deliberada de las mujeres, sino que es producto de las barreras y negativas del sistema; segundo, que tiene altos costos para la salud individual de las mujeres que requieren atención, y para la salud pública.

### Atención de la violencia contra las mujeres

Como se mencionó antes, con relación a la denuncia de violencia sexual como requisito para el acceso a la IVE, debe enfatizarse que, para hechos constitutivos de violencia basada en género, muchas mujeres refugiadas y migrantes venezolanas no logran interponer denuncia penal en Venezuela por no contar con garantías para ello, no solamente en términos de protección a las víctimas mediante rutas claras sino también por la escasez de recursos. En Colombia, muchas temen denunciar por la vulnerabilidad y la dependencia del victimario, a quien pueden deber su estadía en el país (Moreno V. et al., 2020).

En la atención de casos de La Mesa se tuvo conocimiento de situaciones en las que las mujeres se atrevieron a denunciar y la respuesta institucional no fue efectiva:

#### *Caso acompañado por La Mesa*

*Sofía es una mujer migrante de 37 años de edad. Vive en Bogotá y cuenta con PEP. En esta ciudad, buscó ayuda por haber sido víctima de violencia por parte de su excompañero. Denunció los hechos en la Fiscalía y como no encontró respuesta institucional decidió escapar de donde vivía.*

*Estando embarazada sin haberlo deseado, se dedicó a las ventas informales para sobrevivir y vivió en un paga diario. Al tiempo, recibió asesoría sobre violencias basadas en género y sobre el derecho a la IVE.*

*Con 37 semanas de gestación, Sofía accedió al procedimiento por la causal de violencia sexual y riesgo para la vida o la salud de la mujer.*

De hecho, organizaciones sociales han informado que algunos jueces en el proceso de fallo de tutela vinculan a Migración Colombia, lo que es un riesgo de deportación que genera inseguridad en las mujeres sobre la salvaguarda de sus derechos por parte de la justicia. Durante la pandemia, esta situación se tornó mucho más grave. El estudio del DANE y Ladysmith (2021) retoma lo planteado por la plataforma *Cosas de Mujeres*, según la cual entre marzo y septiembre de 2020, a mujeres venezolanas en Cúcuta se les negaron servicios públicos como los relacionados con el acceso a la justicia: “algunos funcionarios públicos dijeron a las mujeres que, por ser venezolanas, no podían registrar sus casos en las instituciones colombianas” (p. 29).

Al respecto, la Defensoría del Pueblo (2020a) llamó la atención sobre la exclusión de las mujeres refugiadas y migrantes de los alojamientos temporales y de servicios de acompañamiento psicosocial para las víctimas de violencias basadas en género, asunto que no tendría sustento legal. En tales circunstancias, la atención queda nuevamente a cargo de la cooperación internacional.

Una posible explicación para ello es la limitada comprensión de las violencias basadas en género, reto persistente en todo el país, especialmente por parte de las autoridades. La siguiente respuesta de la Personería

de Ipiales (2021) deja inquietudes sobre el particular, ya que se concentra en los signos de maltrato, cuando esta es una de las formas de violencia, no la única; y también deja preguntas sobre la efectividad de las entidades responsables en el nivel local:

Para el año 2020, se cuenta con registros de un presunto caso de violencia basada en género que se conoció de mujer de nacionalidad venezolana de 22 años, quien recibió atención médica en el Hospital Civil de Ipiales, sin embargo, no se activó la ruta de VBG puesto que no se encontraron signos de maltrato ni que refieran necesidad de atención por violencia sexual sino que fue atendida por otros diagnósticos; sin embargo, desde la Entidad se solicitó apoyo a la dupla de género de la Defensoría del Pueblo para activar la ruta correspondiente por la presunta violencia basada en género y además, se activó la ruta en justicia presentando denuncia ante la Fiscalía General de la Nación. (s.p.)

### Autonomía reproductiva y violencia obstétrica

De acuerdo con la OMS (2014), los cuidados y la atención en salud durante el embarazo y el parto deben ser dignos, respetuosos, competentes y comprensivos. Prácticas, comportamientos y actitudes que tanto por acción como por omisión afectan la salud de las mujeres embarazadas se consideran violencia obstétrica, como controles rápidos y poco humanizados, omisión del consentimiento informado, maltrato verbal y psicológico, reproches, críticas y comentarios inapropiados, violación de la privacidad, partos inducidos y cesáreas innecesarias, entre otros.

Algunos profesionales de la salud entrevistados fueron explícitos con relación a la violencia obstétrica que viven las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas, quienes son maltratadas con comentarios xenófobos como: “ustedes por qué no se quedaron en su país, por qué vienen a parir en Colombia, que es quitarles la opción a más niños a más mujeres” (PS2 Soacha, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021); o con preguntas que cuestionan sus decisiones: “‘quién la mandó’, ‘por qué lo hizo’ y ‘si sabía, entonces, ¿por qué no planificó?’” (PS3 Ipiales, comunicación personal, 3 de diciembre de 2021).

Una de las mujeres entrevistadas comentó que no fue plenamente informada de los procedimientos que el personal de salud pretendía llevar a cabo en su cuerpo. Años después de haberse practicado un aborto, con un embarazo deseado y pocos recursos, Antonia<sup>47</sup> recibió apoyo para llevar adelante su embarazo; durante su gestación accedió a dos controles prenatales, en un sitio enfocado en atención a migrantes. El parto fue atendido en un hospital de la ciudad, donde tomaron decisiones inconsultas y contrarias a su voluntad:

[...] yo podía parir a mi bebé natural y a mí me cortaron, me hicieron cesárea. Le dije al doctor que por qué me hacía cesárea si yo tenía dolores de parir normal. Que sí, que por que la bebé era muy grande y mi bebé era pequeeeñaaa, me cortaron para ligarme, para operarme y yo les dije ¡que no! ¡que no! [...] no me la hicieron porque yo les dije a ellos ¡que no! [...] Al operarme yo no iba a poder ni caminar bien, me dicen que eso no duele [...] y yo vivía en un sitio que era pura tierra, tenía que caminar afuera del cuarto pal baño, eeehhh piedra y en esos tiempos llovía y yo recién parida, o sea, yo decía “no, si cesareada [sic] no voy a poder caminar, operada no voy a poder”... mi marido tenía que trabajar, no, no, no, muy difícil, eso fue para mí muy traumado [...] por eso no me gustó, porque fue gratis mami, por eso me cortaron, porque a ellos les dio la gana [...]

Mi niña midió 48 centímetros y pesó tres kilos 500, yo podía parir a mi niña y en toda la noche, toda la noche iban médicos diferentes a decirme que me querían poner el aparato, que me dejara, que me iban a operar, a operar, a operar, toda la noche y yo: no y no y no, molesta, porque me iban a hacer cesárea porque sí, porque ajá, ellos quisieron así, es el método de trabajar de ellos, no hay ninguna venezolana que llegue a ese hospital y pareé [sic] normal, tiene que ser primeriza y es raro porque las que tenemos niñas ya, a todas nos cortan pa’ operar, yo creo que para evitar que salgamos embarazadas otra vez aquí, así es, y yo no me quise operar. (M3 San José de Cúcuta, comunicación personal, 11 de noviembre de 2021)

47) Su caso también se relata en la página 52.

Si bien Antonia no usa las palabras violencia obstétrica para referirse a lo que le pasó, el término aplicaría en razón de que no pudo tomar decisiones informadas con relación a su reproducción, y sus necesidades no fueron consideradas, lo que le generó molestia.

Aunque lo estipulado por la Corte Constitucional, respecto a la atención de la población migrante irregular en el país a través de los servicios de urgencias, es una puerta de entrada para acceder al sistema de salud, especialmente para las gestantes y la atención del parto, no deja de presentar inconsistencias y arbitrariedades. Las barreras mencionadas ponen en evidencia que algunos derechos han recibido menor diligencia por parte del Estado —caso específico de la IVE—, lo que permite explicar la concentración de este Estado en la atención de los partos y de la cooperación en la anticoncepción.

Finalmente, se debe mencionar que, en aras de facilitar la adaptación de esta población en Colombia, se requieren medidas que abiertamente ataquen la xenofobia y discriminación de la que son objeto, que en el caso de las mujeres afecta su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y tiene consecuencias en las condiciones en que son atendidas.

# VI

## Medidas estatales y barreras de acceso según las respuestas a los derechos de petición



Varias de las entidades a las que se dirigieron derechos de petición, como parte de la recolección de información para esta investigación, reconocen los principios de igualdad y no discriminación como el marco de su actuación con relación a la población migrante, entre ellas: la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Genera preocupación la respuesta de la Secretaría de la Mujer y Equidad de Género de Cundinamarca (2021), excepcional entre las entidades consultadas, porque desconoce obligaciones legales mínimas frente a las mujeres migrantes al afirmar que “dentro de sus funciones esta Secretaría no está facultada legalmente para efectuar actuación alguna que tenga que ver con las mujeres migrantes a las cuales hacen alusión en su petición” (s.p.). En detalle explica que:

la Secretaría de la Mujer y Equidad de Género tiene como función el dictar las políticas, realizar actividades que brinden equidad e igualdad de oportunidades para las mujeres de Cundinamarca, tal y como se consigna en la misión y los objetivos ya transcritos, pero no con relación a las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes. (s.p.)

Lo anterior no es consecuente con lo establecido por las leyes 1257 de 2008 y 2136 de 2021, ni con la interpretación del marco normativo que realiza la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, en la que sostiene que el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias es para nacionales y extranjeras.

En cuanto a acciones de promoción y prevención de los DSR de esta población, la información es dispar entre las entidades que respondieron las peticiones, no obstante, varias secretarías de salud de los territorios de interés de esta investigación, informaron haber realizado actividades de este tipo a través de formación y capacitación. Dentro de estas, se incluyeron temas como violencia sexual, anticoncepción y prevención del embarazo adolescente. Algunas entidades del sector salud reportaron la realización de acciones puntuales en torno a la IVE:

- El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander que, en asocio con Profamilia, capacitó a algunos de los actores que prestan el servicio.
- La Secretaría de Salud de Soacha realizó divulgación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS), de atención materno perinatal.
- La Secretaría de Salud de Bogotá que, desde las Unidades de Atención en Salud de las subredes integradas de servicios de salud, abordó e hizo divulgación en la dimensión sexualidad y derechos sexuales y

reproductivos, entre ellos la IVE. Estos abordajes se hacen por medio de intervenciones de tipo individual para la atención a las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes en el momento de la prestación del servicio de salud. Igualmente, por canales virtuales hicieron difusión sobre el acceso a la IVE.

En cuanto al Ministerio Público, los DSR hicieron parte del derrotero de las formaciones de la delegada para los Derechos de las Mujeres y los Asuntos de Género, y de las Regionales Bogotá y Norte de Santander. Por su parte, las Regionales Nariño y Soacha informaron no haber realizado ningún acompañamiento a casos de IVE, pero sí a gestantes y respecto a servicios de salud sexual y reproductiva, respectivamente.

Esta ausencia de casos, también informada por la Personería de Ipiales, indica que las mujeres migrantes no acuden a la institucionalidad, lo que implicaría tomar correctivos de distinto tipo, como aumentar la difusión de la oferta, generar confianza y capacitar a las y los funcionarios.

El ICBF reconoció restricciones en el acceso a la información, además de evidenciar desconocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos, lo que a su juicio afecta especialmente a poblaciones de bajos ingresos y en territorios rurales. De acuerdo con lo informado por la entidad, realizaron diversas acciones de formación sobre este tema, así como sobre violencia sexual.

Se destaca la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes migrantes, a través de la línea técnica de prevención del embarazo en la adolescencia y maternidades y paternidades planeadas y responsables, desde la que se desarrollan procesos de educación integral en sexualidad para que esta población posea más conocimiento sobre sus derechos y pueda tomar decisiones. Esto fue también replicado por sus regionales de Bogotá y Norte de Santander.

En cuanto a los mecanismos de adelanto de los derechos de las mujeres, la Unidad de Mujer y Equidad de Género de la Alcaldía de Ipiales tuvo una Escuela para la participación política y ciudadana para mujeres en el territorio, allí se desarrollaron temáticas de DSR con énfasis en IVE.

En el caso de Bogotá, si bien no hay rutas específicas y diferenciadas para mujeres refugiadas y migrantes, la Secretaría de la Mujer (2021) informó que dirige su oferta a todas las mujeres en su diversidad y que ha recibido formación sobre DSR e IVE con el apoyo de Orientame y La Mesa:

La atención en casos de consulta, solicitud y acceso a IVE se enfoca principalmente en: información, sensibilización y canalización de los casos a las entidades competentes, para garantizar la prestación del servicio público “esencial y legal de salud” de las mujeres que así lo requieran y deseen. (s.p.)

Situación similar fue descrita por la Secretaría de la Mujer y Equidad de Género de Norte de Santander, donde se da orientación psicológica y jurídica a todas las mujeres, incluidas las migrantes. La Secretaría de Equidad de Género de Cúcuta tiene el proyecto *Mercedes Abrego*, específico para las mujeres migrantes en condición de vulnerabilidad y en “situación de explotación sexual por prostitución”, que previene y protege casos de violencias basadas en género, junto con otras acciones de inclusión social.

Respecto a la atención de la población migrante es innegable que la cooperación internacional ha sido un actor clave. Se identificaron convenios con ACNUR y la delegada para los Derechos de las Mujeres y los Asuntos de Género de la Defensoría del Pueblo, para la atención y acompañamiento psicosocial a mujeres y población con identidad de género y orientación sexual diversas en departamentos de frontera; ACNUR y el ICBF, para fortalecer la atención integral y garantizar la atención de niños, niñas y adolescentes provenientes de Venezuela; la Personería de Ipiales con ACNUR y Opción Legal, para la promoción del derecho a la salud en articulación con otras entidades; la Personería de Soacha para asesoría jurídica en temas que requiera la población migrante; la Secretaría Distrital de la Mujer, para el proyecto Empoderando a las mujeres refugiadas y migrantes en el Distrito capital; el ICBF y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), para la identificación, desnaturalización y prevención de la trata de personas, así como para la prevención de la discriminación por xenofobia, dirigidos a niñas y niños entre los 6 y 13

años, sus familias, cuidadores, entornos comunitarios y actores institucionales; la Secretaría de Equidad de Género y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), para la prevención y atención de las violencias basadas en género.

Por su parte, la Regional Norte de Santander de la Defensoría del Pueblo, informó que la atención de la IVE ha sido posible gracias a ACNUR, al Comité Internacional de Rescate, a Profamilia y a La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres; y la Regional Nariño se ha articulado con Care.

Finalmente, debe mencionarse que el corpus normativo y de política pública del orden nacional creado hasta la fecha para dar respuesta al fenómeno de la migración venezolana debería dar pie a mayores medidas en los niveles territoriales, que permitan generar integración y condiciones de vida apropiadas para la población migrante. El estatus migratorio es un factor determinante para el acceso a servicios estatales como la salud, no obstante, las medidas no pueden depender únicamente de la regularización y, bajo una perspectiva de los derechos humanos, las instituciones están en mora de hacer adecuaciones a las rutas existentes y de generar propuestas específicas que permitan, por ejemplo, cerrar la brecha de desinformación sobre el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a la IVE y el funcionamiento del sistema de salud en Colombia.

# VII

## Conclusiones y recomendaciones



La investigación “*Uno pasa por muchas cosas*”: *barreras de acceso a la IVE en mujeres refugiadas y migrantes venezolanas en Colombia* concluye, tras el análisis de las distintas fuentes consultadas, que estas mujeres afrontan barreras de acceso estructurales y directamente relacionadas con la discriminación y vulnerabilidad acentuada, producto de su condición migratoria, que se agravan en aquellas sin un estatus migratorio regular y, entre ellas, en las *caminantes*. Como lo han señalado en otros estudios La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, y otras organizaciones e instituciones públicas, estas barreras son una vulneración a los derechos humanos de las mujeres y ponen en riesgo su dignidad e integridad.

A pesar de la normatividad sobre el derecho a la salud de la población migrante en Colombia y las obligaciones estatales en cuanto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas, que protege tanto a colombianas como a extranjeras, la realidad del acceso a estos servicios presenta múltiples contravenciones que abarcan el desconocimiento de la legalidad del aborto en Colombia, la falta de disponibilidad para la prestación del servicio, la solicitud de requisitos adicionales, el desconocimiento de la IVE como una urgencia, la interpretación restrictiva de las causales, la violencia, maltrato y discriminación hacia las mujeres, y las fallas administrativas en la prestación del servicio, entre otras.

Para las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas dar cuenta de un estatus migratorio regular y de su afiliación al sistema de salud es una barrera de acceso a la IVE y a otros servicios de salud sexual y reproductiva constante y generalizada, aun cuando la Corte Constitucional ha advertido que por tratarse de una atención de urgencias debe hacerse efectiva, independientemente de la permanencia regular o irregular.

En este sentido, al contrastar los casos de los cuatro años que hacen parte del estudio, se puede afirmar que en los dos primeros (2018-2019) esta fue la barrera predominante, es decir, la negación de los servicios se produjo por esta situación. En los siguientes dos años (2020-2021), la anterior barrera fue subyacente, así como la falta de información sobre el derecho a la IVE, sin embargo, la pandemia determinó la prestación de los servicios, generando algunos cambios, como mayor necesidad de traslados por la no disponibilidad de los servicios de aborto en algunos territorios y, en esta medida, una mayor concentración de los mismos en terceros, distintos al Estado. Las medidas de contención de la pandemia condujeron a que las mujeres temieran trasladarse y tuvieran menos posibilidades de consultar a las entidades responsables en sus lugares de residencia.

En otros servicios de salud sexual y reproductiva, como la anticoncepción, la atención del embarazo y el parto, y de la violencia contra las mujeres, también se presentaron barreras que ratifican las dificultades estatales para cumplir con el marco normativo y con la garantía de la autonomía reproductiva de las mujeres y las niñas. De esta manera, si no se garantiza acceso regular a anticoncepción por parte de esta población,

especialmente de las mujeres en situación migratoria irregular, los embarazos no planeados ni deseados van a seguir produciéndose; y si no se aseguran controles prenatales no habrá prevención de algunas complicaciones evitables, que redundan en el deterioro de la salud pública.

Los testimonios de las mujeres, del personal de la salud dedicado a su atención y de integrantes de organizaciones sociales y de la cooperación internacional en las ciudades de Bogotá, Ipiales, San José de Cúcuta y Soacha dejan en evidencia que las barreras se entretajan mutuamente y hacen parte de un entramado más amplio de barreras que frenan no solamente el acceso a servicios de aborto, sino también a servicios de salud sexual y reproductiva, e impiden la materialización del derecho a la salud. En esta medida, es indispensable concretar una visión integral del acceso a la IVE en relación con los derechos sexuales y reproductivos, y a la salud, que además tenga en cuenta los prejuicios y el estigma alrededor del aborto, la xenofobia y discriminación de la que es objeto esta población, y los patrones culturales que influyen en su visión y prácticas en torno a la salud, la sexualidad y la reproducción. Valga citar las palabras de Médicos del Mundo al respecto:

Barreras de orden geográfico, barreras financieras por costes directos e indirectos, falta de acceso a servicios de salud mental y acompañamiento psicosocial cuando se requieran ocasionan que la mujer se sienta sola, estigmatizada, culpabilizada y revictimizada. El aborto no es un factor de riesgo para la salud integral, en cambio, la imposición de la maternidad y el estigma moral sí lo es [sic]. (Médicos del Mundo Francia – en Colombia , 2020)

En esa mirada global, son innegables las vulneraciones a los derechos de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas, quienes están expuestas a mayores riesgos, como la trata de personas, la explotación y violencia sexual, entre otras.

La primera mujer que ejerció su derecho al aborto libre en Colombia, bajo la Sentencia C-055 de 2022, fue una migrante venezolana. No sabía que el aborto era legal en el país y cuando le contó su situación a una funcionaria de Acción contra el Hambre se enteró que era un derecho en tres causales. Su visita a Oriéntame fue al día siguiente de este histórico fallo y cuando la médica le preguntó si había escuchado noticias sobre la nueva normatividad, lo primero que pensó era que no la podían atender. En ejercicio legítimo de su autonomía, logró interrumpir bajo sus propias razones, y volver a las actividades que había suspendido por los riesgos del embarazo (Fundación Oriéntame, 2022).

Que las mujeres más vulnerables como las migrantes puedan materializar sus elecciones reproductivas es lo que permitirá que la IVE sea efectivamente un derecho y no un privilegio de algunas. Precisamente para ello, modelos de acceso al aborto más garantistas y con menores restricciones son necesarios, esto es, que prioricen las decisiones de las mujeres por encima de requisitos y condicionamientos que, en la práctica, operan como una barrera y cuestionan su capacidad de decisión. El nuevo modelo vigente en Colombia (plazos y causales) es un gran paso en este sentido, aunque, como la normatividad anterior, tiene el enorme reto de una efectiva implementación.

En las visitas a las ciudades del estudio, algunas personas encargadas de los servicios de salud plantearon equivocadamente que las migrantes tienen mayores posibilidades de acceso a la IVE que las colombianas por la oferta de algunas organizaciones. Además de lo que deja ver esta investigación con relación a la sistematicidad de las barreras de acceso, vale la pena mencionar que este tipo de acciones puntuales no sustituyen de ninguna manera un marco normativo garantista que le permita a esta población tener atención en salud en igualdad de condiciones y sin discriminación. Esto implica grandes retos, incluidos los problemas estructurales de nuestro sistema de salud y la garantía de otros derechos en Colombia, que se han visto bastante afectados durante la pandemia.

Por lo anterior, se hacen las siguientes recomendaciones, a propósito de la situación de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas en Colombia:

- Las dimensiones de la migración venezolana en América Latina exigen el trabajo conjunto entre países y la cooperación de manera que, entre los países de la región y especialmente desde Colombia como el país que acoge más personas migrantes venezolanas, se planteen soluciones que tengan en cuenta los aprendizajes de todos los países y dejen de pensarlo como un problema aislado. En este sentido, es prioritario aumentar la financiación de la atención en salud de la población migrante —puede ser a través de fondos especiales— y formular programas específicos para su atención en salud sexual y reproductiva. La revisión de la normatividad vigente sobre el derecho a la salud reclama evaluar las cargas desproporcionadas que asume la población migrante y la condición, capacidad y recursos del sistema de salud en el país, esto teniendo en cuenta que, según la Corte Constitucional, hay un estado de cosas inconstitucional con relación a la garantía de este derecho.

En Colombia el impacto fiscal de la migración en el sistema de salud requiere aumentar la inversión y plantear alternativas creativas para hacerlo. El Observatorio de Venezuela de la Universidad del Rosario ha sugerido la creación de una nueva categoría de afiliación, de acuerdo con las características de la población migrante y con otros mecanismos de financiación, por ejemplo, de cooperación internacional (Observatorio Nacional de Venezuela y Fundación Konrad Adenauer Stiftung, 2018).

- Ampliar la regularización de la población migrante y proponer medidas más completas y de mayor temporalidad en cuanto a la garantía de sus derechos. La respuesta a la migración venezolana ha estado enfocada en la regularización, en este sentido, hay una alta expectativa sobre los alcances y aplicación del Estatuto Migratorio. En esta investigación hay coincidencia con otros estudios, como el realizado por Paola Marcela Iregui Parra y Nathalia Hurtado Díaz (citado en Palacios Sanabria y Torres Villarreral, 2020), sobre la necesidad de superar el manejo humanitario de la migración venezolana, lo que repercute en la visión a corto plazo del problema.

Hay una gran dependencia de la documentación para el acceso a salud, educación y trabajo, lo que descarga la mayor parte del peso de las medidas estatales sobre la condición de regularidad. Sin esta, se produce un aumento de la informalidad y una mayor exclusión de las personas venezolanas, lo que pone el reto en la integración de esta población en todos los ámbitos sociales.

- Mejorar la articulación intrainstitucional. Las respuestas que han dado las entidades territoriales muestran descoordinación con el nivel nacional y una disparidad respecto a recursos, capacidad institucional y disponibilidad de los servicios. Por ejemplo, persiste la concentración de la oferta en ciudades capitales y hay opacidad sobre los datos relacionada con los derechos sexuales y reproductivos (y la IVE), lo que impide tener una visión completa de la realidad de la prestación de los servicios y hacer el seguimiento necesario a un tema de esta importancia para la salud de las mujeres y las niñas.

Ahora, es importante crear protocolos específicos o adecuar las rutas existentes a las circunstancias de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas, y a la realidad de los territorios con mayor población migrante, así como ampliar la disponibilidad a más lugares del país.

En consecuencia, la cooperación internacional y la sociedad civil han terminado encargándose de temas que deberían estar bajo el liderazgo del Estado. Aunque se valora positivamente el trabajo articulado entre sociedad civil y algunas entidades públicas, como la Defensoría del Pueblo, esto no debe ser equivalente a que se suplan las responsabilidades estatales.

- Tal como se ha planteado en otras investigaciones de La Mesa (2017, 2019; La Mesa et al., 2021) sobre las barreras, es primordial capacitar a las y los funcionarios involucrados con la implementación de la normatividad en la materia, lo que no puede reducirse a aspectos médicos, antes bien, profesionales de la salud y todos los funcionarios públicos deben comprender a cabalidad los alcances del derecho a la salud y el trato respetuoso que merecen las mujeres. En este punto, debemos referirnos también a una mayor difusión e integración en el sistema educativo de la normatividad vigente, con las adecuaciones pertinentes para llegar sin intermediaciones a la población migrante.

- Realizar acciones de promoción de la agencia y empoderamiento de las mujeres y niñas refugiadas y migrantes venezolanas. Es necesario cerrar las brechas de desinformación y asumir la difusión de información en este campo dimensionando lo que implica en términos culturales, esto es, pudiendo abordar, con claridad, sin tabúes y con evidencia, decisiones reproductivas como la interrupción voluntaria del embarazo y su conexión con otros asuntos neurálgicos como el rol de las mujeres en la sociedad, la composición de la familia y las libertades individuales en un Estado social de derecho.

La formulación de una política pública integral sobre salud sexual y reproductiva, tarea que según la Sentencia C-055 de 2022 tendrán el Gobierno y el Congreso elegido para el período 2022-2026, es la oportunidad para proponer medidas que efectivamente solucionen algunos de los problemas aquí planteados, con relación al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente al aborto, que enfrentan las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas.

Con un menor peso del derecho penal en la discusión pública sobre aborto, esperamos que el enfoque pueda ponerse sobre las condiciones que otros órganos estatales deben ofrecer para que las mujeres accedan con dignidad y calidad a estos servicios, sin ningún tipo de discriminación ni barrera.

VIII

Bibliografía



- » Alarcón, F. (2019). Breve énfasis en la población vulnerable: mujeres. En A. Castro Franco (ed.). *Venezuela migra: aspectos sensibles del éxodo hacia Colombia* (pp. 423-440). Universidad Externado de Colombia.
- » Amnistía Internacional. (2017). *El éxodo de las embarazadas*. <https://bit.ly/3mfxRWX>
- » Andara Meza, A. (2021). Hablemos de anticonceptivos: ¿cómo cuidarse en Venezuela? (I). *Efecto Cocuyo*. <https://bit.ly/3lvMEpo>
- » Ariza-Abril, J.-S., Cifuentes, Á. M., Calderón-Jaramillo, M., Rivera, D. y Rivillas-García, J.-C. (2020). Uso de servicios de salud y enfermedades transmisibles de la población migrante y refugiada venezolana. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 52(4). <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020006>
- » Asociación Civil Mujeres en Línea, Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa, Centro de Justicia y Paz, Centro Hispanoamericano de la Mujer FREYA. (junio, 2018). *Informe de seguimiento alternativo a las observaciones finales del Comité para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Documento CEDAW/C/VEN/CO/7-8. República Bolivariana de Venezuela. <https://bit.ly/3tAn2kY>
- » Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa. (2017). Mujeres al límite. El peso de la emergencia humanitaria: vulneración de derechos humanos de las mujeres en Venezuela. <https://cepaz.org/wp-content/uploads/2018/11/Mujeres-al-limite.pdf>
- » Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa. (2019). *Índice de escasez de métodos anticonceptivos en farmacias de cinco ciudades de Venezuela*. <https://bit.ly/3vMnCN7>
- » Banco Mundial (s.f.). Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos – Venezuela y región. <https://bit.ly/3y5NUf0>
- » Banco Mundial. (2022). *Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer) - Venezuela, RB*. <https://bit.ly/3sLkK3h>
- » Biardeau R., J. (2009). Del árbol de las tres raíces al socialismo bolivariano del siglo XXI. ¿Una nueva narrativa ideológica de emancipación? [en línea]. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 15(1), 57-113.
- » Castro Franco, A. (2019). Introducción. En *Venezuela migra: aspectos sensibles del éxodo hacia Colombia* (pp. 15-22). Universidad Externado de Colombia.
- » Cedeño, M.F. (23 de junio de 2022). Apertura de fronteras con Venezuela: qué ha dicho Petro sobre el tema y cuándo podría ser. *Diario A.S.* <https://colombia.as.com/actualidad/apertura-de-fronteras-con-venezuela-que-ha-dicho-petro-sobre-el-tema-y-cuando-podria-ser/n/>
- » Centro de Análisis de Datos Mundiales sobre la Migración de la Organización Internacional para las Migraciones. (s.f.). *Portal de datos sobre migración. Una perspectiva global*. <https://www.migrationdataportal.org/es>
- » Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación General N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- » Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2016). *Observación General N.º 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBE-DzFEovLCuW1a0Szab0oXTdImnsJZZVQfQejF41Tob4CvIjeTiAP6sU9x9eXO0nzmOMzdytOOLx1%-2BaoaWAKy4%2BuhMA8PLnWFdJ4z4216PjNj67NdUrGT87>
- » Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2017). *Sobre las obligaciones de los Estados con respecto a los refugiados y migrantes*. <https://bit.ly/3tyHnIM>

- » Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2008). *Recomendación general N.º 26 sobre las trabajadoras migratorias*. [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1\\_Global/CEDAW\\_C\\_2009\\_WP-1\\_R\\_7138\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CEDAW_C_2009_WP-1_R_7138_S.pdf)
- » Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
- » Congreso de la República de Colombia. (1997). *Ley 360 de 1997. Por medio de la cual se modifican algunas normas del título XI del Libro II del Decreto-ley 100 de 1980 (Código Penal), relativo a los delitos contra la libertad y pudor sexuales, y se adiciona el artículo 417 del Decreto 2700 de 1991 (Código Procedimiento Penal) y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 42.978 de 11 de febrero de 1997. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0360\\_1997.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0360_1997.html)
- » Congreso de la República de Colombia. (2004). *Ley 906 de 2004. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal*. Diario Oficial 45.658 de 1 de septiembre de 2004. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0906\\_2004.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0906_2004.html)
- » Congreso de la República de Colombia. (2008). *Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 47.193 de 4 de diciembre de 2008. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1257\\_2008.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1257_2008.html)
- » Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)
- » Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la educación y se dictan otras disposiciones*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- » Congreso de la República de Colombia. (2021). *Ley 2136 de 2021. Por medio de la cual se establecen las definiciones, principios y lineamientos para la reglamentación y orientación de la Política Integral Migratoria del Estado Colombiano - PIM, y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 51.756 de 4 de agosto de 2021. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_2136\\_2021.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2136_2021.html)
- » Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. (10 de noviembre de 2021). *Respuesta a petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. OFI21-00152722 / IDM 11020000.
- » Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales. (2021). *Lineamientos y Acciones del Gobierno Nacional para el Respeto y Garantía de los Derechos Humanos en Colombia 2021-2022*. <https://derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/Documents/2021/140921-Lineamientos-DDHH-2021-2022.pdf>
- » Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales. (2015). *Estrategia Nacional para la Garantía de los Derechos Humanos, 2014-2034*. [https://2014.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/Documents/140815-estrategia\\_web.pdf](https://2014.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/Documents/140815-estrategia_web.pdf)
- » Consejo Danés para Refugiados (2020). *Informe monitoreo de protección. Colombia. Octubre-diciembre 2020*. <https://bit.ly/3FugBDL>
- » Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2018). *Documento CONPES 3950 de 2018. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3950.pdf>

- » Coral Díaz, A. M. y Luna de Aliaga, B. E. (2022). Migración venezolana y trata de personas: análisis del caso colombiano a partir de las relaciones y los instrumentos internacionales. *Oasis*, 35, 145-165.
- » Corporación Red de Mujeres Feministas Unidas por los Derechos y Acción Política Mujer, Denuncia y Muévete. (11 de noviembre de 2020). *Intervención ante la Corte Constitucional para el proceso S13596 con copia al proceso D0013856*.
- » Corte Constitucional de Colombia. Sala Plena. (2006). *Sentencia C-355. Magistrados Ponentes Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-355-06.htm>
- » Corte Constitucional de Colombia. Sala Plena. (2007). *Sentencia C-834. Magistrado Ponente Humberto Sierra Porto*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/C-834-07.htm>
- » Corte Constitucional de Colombia. Sala de Revisión. (2009). *Sentencia T-388. Magistrado Ponente Humberto Sierra Porto*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-388-09.htm>
- » Corte Constitucional de Colombia. Sala Plena. (2017). *Sentencia SU677. Magistrada Ponente Gloria Stella Ortiz Delgado*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/SU677-17.htm>
- » Corte Constitucional de Colombia. Sala Sexta de Revisión. (2018). *Sentencia T-210 de 2018. Magistrada Ponente Gloria Stella Ortiz Delgado*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-210-18.htm>
- » Corte Constitucional de Colombia. Sala Segunda de Revisión. (2019). *Sentencia T-197. Magistrada Ponente Diana Fajardo Rivera*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-197-19.htm>
- » Corte Constitucional de Colombia. Sala Séptima de Revisión de Tutelas. (2020). *Sentencia T-390. Magistrada Ponente Cristina Pardo Schlesinger*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/T-390-20.htm>
- » Corte Constitucional de Colombia. Sala Cuarta de Revisión. (2021). *Sentencia T-236. Magistrado Ponente Antonio José Lizarazo Ocampo*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-236-21.htm>
- » Corte Constitucional de Colombia. Sala Plena. (2022). *Sentencia C-055. Magistrados Ponentes Antonio José Lizarazo Ocampo y Alberto Rojas Ríos*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/C-055-22.htm>
- » Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2003). *Opinión Consultiva 18/03. Condición jurídica y derechos de los migrantes*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2003/2351.pdf>
- » Defensoría del Pueblo. (2020a). *Situación de las mujeres y personas con Orientación Sexual e Identidad de Género Diversas, refugiadas y migrantes en Colombia*. [https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Boletin\\_Situacion\\_Mujer\\_2020.pdf](https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Boletin_Situacion_Mujer_2020.pdf)
- » Defensoría del Pueblo. (11 de junio de 2020b). *Respuesta a petición presentada por La Mesa, Red Nacional de Mujeres y Women's Link Worldwide. Radicado 20200401001390761*.
- » Defensoría del Pueblo-Regional Bogotá. (13 de noviembre de 2021). *Respuesta a petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Radicado 20210060054222600*.
- » Defensoría del Pueblo-Regional Norte de Santander. (18 de enero de 2022). *Respuesta a petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Radicado 20220060240151500*.
- » Dejusticia. (16 de agosto de 2019). *Intervención ciudadana en proceso T-7.2010.348 AC. Derecho a la salud de las personas migrantes*.

- » Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2022a). *Nacimientos en niñas y adolescentes en Colombia. Nota estadística*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ene-2022-nota-estadistica-embarazo.pdf>
- » Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2022b). *Perfil demográfico, educativo y laboral de la población migrante de Venezuela en Colombia, 2014-2021. Un análisis de la Gran Encuesta Integrada de Hogares*. <https://bit.ly/3pFVjy2>
- » Departamento Administrativo Nacional de Estadística y Ladysmith. (2021). *Nota estadística. Población migrante venezolana en Colombia, un panorama con enfoque de género*. <https://bit.ly/3qxXCnF>
- » Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (s.f.). *Datos de nacimiento en Colombia*. <https://bit.ly/3L2y4az>
- » Dueñas Mendoza, L. (2011). *Descripción epidemiológica del fenómeno de violencia interpersonal*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- » El Entrompe de Falopio. (2018). *Desde nosotras. Situación de los derechos humanos de las mujeres venezolanas. Informe Anual, 2018*. El Entrompe de Falopio.
- » Fernández-Niño, J. A., Rojas-Botero, M. L. y Bojorquez-Chapela, I. (2019). Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Revista Universidad Industrial de Santander Salud*, 51(3), 208-219.
- » Fondo de Población de las Naciones Unidas y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ Sida. (2020). *Prevalencia de VIH y comportamiento sexual en adolescentes que acuden a las Consultas Diferenciadas y Unidades Educativas cercanas a Caracas, Puerto Cabello (Estado Carabobo) y Soledad (Estado Anzoátegui)*. <https://bit.ly/3glvJJM>
- » Fondo de Población de las Naciones Unidas-Venezuela. (31 de marzo de 2021). *Mientras la crisis que enfrentan las mujeres en Venezuela se profundiza, el UNFPA requiere urgentemente de fondos para salvar sus vidas y proteger sus derechos*. <https://bit.ly/33jhySC>
- » Fundación Oriéntame. (22 de febrero de 2022). *El primer aborto libre en Colombia*. <https://orientame.org.co/asi-fue-el-primer-aborto-libre-en-colombia/>
- » Gandini, L., Prieto Rosas, V. y Lozano Ascencio, F. (2019). El éxodo venezolano: migración en contextos de crisis y respuestas de los países latinoamericanos. En *Crisis y migración venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica* (pp. 8-31). Universidad Nacional Autónoma de México.
- » González, L. (2019). El derecho a la salud de los migrantes venezolanos en Colombia. Situación actual, retos y recomendaciones. En A. Castro Franco (ed.), *Venezuela migra: aspectos sensibles del éxodo hacia Colombia* (pp. 153-210). Universidad Externado de Colombia.
- » Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos y R4V (2020a). *Colombia: refugiados y migrantes venezolanos*. <https://bit.ly/3nm4ySt>
- » Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos y R4V (2020b). *Joint Needs Assessment Covid-19*. <https://bit.ly/3AdtgMr>
- » Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (5 de noviembre de 2021). *Respuesta a petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado 20212010000022700.
- » Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Nariño. (3 de noviembre de 2021). *Respuesta a derecho de petición presentado por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado 202151300000136000.

- » Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Norte de Santander. (8 de noviembre de 2021). *Respuesta a derecho de petición presentado por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado 202152300000101000.
- » Instituto Departamental de Salud. (10 de noviembre de 2021). *Respuesta a derecho de petición presentado por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Oficio N.º 1011.
- » International Organization for Migration. (2019). *International Migration Law. Glossary on Migration*. [https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_34\\_glossary.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf)
- » La Liga Contra el Silencio. (26 de agosto de 2021). *Menores no acompañados: las víctimas invisibles del éxodo venezolano*. <https://bit.ly/3347D39>
- » La Liga Contra el Silencio. (3 de febrero de 2022). *Explotación laboral, otro drama de los menores migrantes venezolanos*. <https://bit.ly/34C8DMb>
- » La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2017). *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. <https://bit.ly/3jHNwwD>
- » La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2019). *Migrantes venezolanas en Colombia: Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. <https://bit.ly/3nr6858>
- » La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Red Nacional de Mujeres, Women's Link Worldwide, Fundación Oriéntame. (2021). *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto de la pandemia por Covid-19*. <https://bit.ly/2ZyiiRF>
- » Médicos del Mundo Francia. (2020). *Intervención ante la Corte Constitucional para el proceso S13596 con copia al proceso D0013856*.
- » Médicos por la Salud. (2018). *Encuesta Nacional de Hospitales*. [https://www.encuestanacionaldehospitales.com/\\_files/ugd/0f3ae5\\_6303e72c737546328e1028c2612aea8e.pdf](https://www.encuestanacionaldehospitales.com/_files/ugd/0f3ae5_6303e72c737546328e1028c2612aea8e.pdf)
- » Médicos por la Salud. (2019). *Balance final 2019 (Parte 2)*. [https://www.encuestanacionaldehospitales.com/\\_files/ugd/0f3ae5\\_f88eee1b28b44de89454fc3a1fd38fb8.pdf](https://www.encuestanacionaldehospitales.com/_files/ugd/0f3ae5_f88eee1b28b44de89454fc3a1fd38fb8.pdf)
- » Migración Colombia. (2019). *Boletín anual de estadísticas de flujos migratorios*. <https://bit.ly/3BhhE80>
- » Migración Colombia. (2021a). *Distribución de venezolanos en Colombia 2020 corte a 31 de diciembre*. <https://bit.ly/3vLw2nX>
- » Migración Colombia. (2021b). *Distribución de venezolanos en Colombia corte 31 de agosto de 2021*. <https://bit.ly/3ufBcd9>
- » Migración Colombia. (s.f.). *Estatuto Temporal de Protección. Prerregistros*. <https://tabsoft.co/33Jj3cg>
- » Ministerio de Relaciones Exteriores. (2017). Resolución 5797 de 25 de julio de 2017. Por medio de la cual se crea un Permiso Especial de Permanencia. <https://www.urosario.edu.co/PortalUrosario/media/Universidad-del-Rosario-V3/Facultad%20de%20Jurisprudencia/Investigaci%C3%B3n/Feminizaci%C3%B3n/Normativas/Nacional/Resolucion-5797-de-2017.pdf>
- » Ministerio de Relaciones Exteriores. (3 de noviembre de 2021). *Respuesta a petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado S-GAMG-21-026813.
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Resolución 459 de 6 de marzo de 2012. Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>

- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 3280 de 2 de agosto de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Resolución 536 de 31 de marzo de 2020. Por la cual se adopta el Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y migración de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20536%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20536%20de%202020.pdf)
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (23 de septiembre de 2021a). Colombia redujo la tasa de embarazo adolescente. *Boletín de prensa*, 965. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-redujo-la-tasa-de-embarazo-adolescente-.aspx#:~:text=Bogot%C3%A1%20D.C.%2C%2023%20de%20septiembre,de%20Salud%20y%20Protecci%C3%B3n%20Social>.
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2021b). *Resolución 1792 de 4 de noviembre de 2021. Por la cual se determinan los criterios para la asignación de recursos del Proyecto de Inversión con Código BPIN 2020011000097 "Fortalecimiento de la Atención en Salud de la Población Migrante no Asegurada Nacional" para la atención de partos a mujeres migrantes venezolanas no aseguradas y se definen los valores a reconocer por dicha atención*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1792-de-2021.pdf>
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de enero de 2022a). *Respuesta a petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado 202221000113551.
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (18 de febrero de 2022b). *Respuesta a petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado 202221030282001.
- » Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Tomo I)*. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>
- » Ministerio del Interior. (28 de enero de 2022). *Respuesta a la petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado OFI202-1175-GTP-3102.
- » Mora, L. (2003). Las fronteras de la vulnerabilidad: género, migración y derechos sexuales y reproductivos. En Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Organización Internacional para las Migraciones y Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Derechos humanos y trata de personas en las Américas. Resumen y aspectos destacados de la Conferencia hemisférica sobre migración internacional* (pp. 34-37). ONU/CEPAL.
- » Morales, C. A. (s.f.). *La tutela en Colombia, un salvavidas para la salud de los venezolanos*. <https://bit.ly/3nx3dsy>
- » Moreno V. C.; Pelacani, G.; Dib Ayesta, L.C.; Torres Bastidas, A. C. (10 de noviembre de 2020). *Intervención ciudadana para el proceso S13596 con copia al proceso D0013856*.
- » Núñez, M. (2019). Vulnerabilidad social en la migración venezolana en Colombia. En Alexandra Castro Franco (ed.), *Venezuela migra: aspectos sensibles del éxodo hacia Colombia* (pp. 383-422). Universidad Externado de Colombia.

- » Observatorio Colombiano de las Mujeres y Conectando Caminos. (2021). *La violencia contra las mujeres migrantes en Colombia: una frontera por superar*. <https://bit.ly/3FtyG57>
- » Observatorio Nacional de Migración y Salud. (s.f.). *Indicadores*. <https://bit.ly/3nBLAId>
- » Observatorio Nacional de Venezuela y Fundación Konrad Adenauer Stiftung. (2018). *Retos y oportunidades de la movilidad humana venezolana en la construcción de una política migratoria colombiana*. <https://bit.ly/3FAkbMG>
- » Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA). (2019). 2019. *Humanitarian Need Overview: Colombia*. <https://reliefweb.int/report/colombia/2019-humanitarian-needs-overview-colombia-nov-2018>
- » Organización de las Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- » Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. <https://bit.ly/3twPcP5>
- » Organización Mundial de la Salud. (21 de abril de 2021). *Addressing Human Rights as Key to the COVID-19 Response*. <https://bit.ly/3ouw6pz>
- » Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Global Health Expenditure Database*. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- » Pacecca, M. I. (2012). La migración de mujeres en clave de género y derechos en tres relatorías especiales de las Naciones Unidas. *Mora*, 18, 81-96.
- » Paiewonsky, D. (2007). *Feminización de la migración*. Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer.
- » Palacios Sanabria, M. T. y Torres Villarreal, M. L. (eds.), (2020). Introducción. En *La mujer migrante en Colombia: análisis de sus derechos humanos desde el contexto regional, 2014-2018* (pp. 1-20). Editorial de la Universidad del Rosario.
- » Palacios Sanabria, M. T., Torres Villarreal, M. L. y González Tamayo, N. (2020). Una mirada en torno a la realidad de las mujeres migrantes en materia de derechos humanos desde el contexto internacional al nacional. En M. T. Palacios Sanabria y M. L. Torres Villarreal (eds.), *La mujer migrante en Colombia: análisis de sus derechos humanos desde el contexto regional, 2014-2018* (pp. 71-138). Editorial de la Universidad del Rosario.
- » Personería de Bogotá. (20 de noviembre de 2021). *Respuesta a petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado 2021-EE-0455568.
- » Personería de Ipiales. (30 de diciembre de 2021). *Respuesta a petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado PMI-SD2021-12-16.
- » Portafolio. (6 de octubre de 2021). *¿De cuánto es la deuda en atención médica a migrantes venezolanos?* <https://bit.ly/3KYCSO2>
- » Presidencia de la República de Colombia. (1974). *Decreto 2811 de 1974. Por el cual se dicta el Código Nacional de Recursos Naturales Renovables y de Protección al Medio Ambiente*. Diario Oficial 34.243 de 27 de enero de 1975. <https://funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=1551#:~:text=-%20El%20Gobierno%20procurar%20evitar%20o,all%20de%20la%20juridicci%20territorial>

- » Presidencia de la República de Colombia. (2017). *Decreto 866 de 2017. Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos*. Diario Oficial 50.244 de 25 de mayo de 2017. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=81836>
- » Presidencia de la República de Colombia. (2018). *Decreto 1288 de 2018. Por el cual se adoptan medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos a la oferta institucional y se dictan otras medidas sobre el retorno de colombianos*. Diario Oficial 50.665 de 25 de julio de 2018. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=87780>
- » Presidencia de la República de Colombia. (2021). *Decreto 216 de 2021. Por medio del cual se adopta el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos Bajo Régimen de Protección Temporal y se dictan otras disposiciones en materia migratoria*. Diario Oficial 51.603 de 1 de marzo de 2021. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20216%20DEL%201%20DE%20MARZO%20DE%202021.pdf>
- » Procuraduría General de la Nación. (14 de julio de 2020). *Respuesta a petición presentada por La Mesa, Red Nacional de Mujeres y Women's Link Worldwide*. Radicado E2020244705.
- » Profamilia. (2020). *Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria?* <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>
- » Programa de Protección Internacional de la Universidad de Antioquia, Colectivo Feminista Bolívar en Falda, Organización Defiende Venezuela, Semillero de Litigio ante Sistemas Internacionales de Protección de Derechos Humanos, Revista Género y Derecho Actual. (2020). *Intervención ante la Corte Constitucional para el proceso S13596 con copia al proceso D0013856*.
- » Registraduría Nacional del Estado Civil. (2019). *Resolución 8470 de 2019 (agosto 05) por la cual se adopta una medida administrativa de carácter temporal y excepcional, para incluir de oficio la nota "Válido para demostrar nacionalidad" en el Registro Civil de Nacimiento de niñas y niños nacidos en Colombia, que se encuentran en riesgo de apatridia, hijos de padres venezolanos, que no cumplen con el requisito de domicilio*. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30038146>
- » Registraduría Nacional del Estado Civil. (2021). *Resolución 8617 de 2021 (agosto 19) Por la cual se modifica parcialmente la Resolución No. 8470 de 5 de agosto de 2019, y se prorroga su vigencia*. [https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/resolucion\\_registraduria\\_8617\\_2021.htm](https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/resolucion_registraduria_8617_2021.htm)
- » Rojas Rodríguez, N. y Luna de Aliaga, B. E. (2020). La feminización de las migraciones con enfoque de derechos humanos: una aproximación teórica y conceptual. En M. T. Palacios Sanabria y M. L. Torres Villarreal (eds.), *La mujer migrante en Colombia: análisis de sus derechos humanos desde el contexto regional, 2014-2018* (pp. 21-70). Editorial de la Universidad del Rosario.
- » Santiago, C., Maneiro, M. y Liparelli, S. (2019). *El aborto desde la escucha. Datos para un debate urgente. Informe de atención de la Línea de aborto: información segura*. Faldas-r. <https://bit.ly/3BYUHbK>
- » Secretaría de Equidad de Género de Cúcuta. (22 de noviembre de 2021). *Respuesta a petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado 2021-113-108001-1.
- » Secretaría de la Mujer de Bogotá. (25 de noviembre de 2021). *Respuesta a petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado 1-2021-010686.

- » Secretaría de la Mujer de Norte de Santander. (8 de noviembre de 2021). *Respuesta a petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado 2021-840-032191-1.
- » Secretaría de Mujer y Equidad de Género de Cundinamarca. (23 de diciembre de 2021). *Respuesta a petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado 2021668570.
- » Secretaría de Salud Municipal de Ipiales. (29 de noviembre de 2021). *Respuesta a derecho de petición presentado por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. Radicado SSM-OJ-0323.
- » Secretaría Distrital de la Mujer. (diciembre, 2021). Corrillo de datos. Análisis cuantitativo de actividades sexuales pagadas en Bogotá. Estrategia Casa de Todas.
- » Turkewitz, J. y Herrera, I. (20 de febrero de 2021). Sin acceso a anticonceptivos, las mujeres de Venezuela han perdido el control de sus vidas. NYTimes. <https://nyti.ms/3su7nUI>
- » Ugarte Gurrutxaga, M. I. (2019). La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes: el “plus” de la desigualdad. *Atlánticas – Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1), 179-196.
- » UNFPA y ONUSIDA. (2020). *Prevalencia de VIH y comportamiento sexual en adolescentes que acuden a las Consultas Diferenciadas y Unidades Educativas cercanas a Caracas, Puerto Cabello (Estado Carabobo) y Soledad (Estado Anzoátegui)*. Venezuela, 2020. <https://bit.ly/3glvJJM>
- » Universidad Católica Andrés Bello y Universidad Central de Venezuela. (2020). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. 2019-2020*. <https://bit.ly/3rroMf1>
- » Vivas, M. A. (24 de mayo de 2021). Situación del VIH/SIDA en Colombia 2020. Consultor Salud. <https://bit.ly/3gfFI8O>

## ANEXO 1.

### Guía para la elaboración de entrevistas y grupos focales

#### Sobre las y los participantes

**A.** Se entrevistaron **mujeres venezolanas refugiadas y migrantes** que voluntariamente desearon participar y que tuvieron una experiencia relacionada con el acceso a servicios de IVE, bien sea porque accedieron a estos, porque acompañaron a alguna mujer cercana (amiga, familiar, conocida) o porque hacen activismo en este campo.

No fue una variable de exclusión su carácter de migrante permanente o pendular ni su estatus migratorio, así como tampoco el tiempo que ha estado en Colombia. Se esperaba tener una diversidad frente a los anteriores aspectos y la composición familiar (mujeres con o sin hijos, con o sin pareja) y sus oficios y profesiones.

Fueron criterios de exclusión: ser menor de edad, haber accedido años antes de la crisis venezolana, y tener un conflicto de intereses por trabajar en una entidad prestadora de servicios de salud o institución pública.

**B.** Se entrevistó **personal de salud** que voluntariamente accedió a ello y que prestaba servicios de salud sexual y reproductiva, preferiblemente anticoncepción e IVE, a mujeres venezolanas refugiadas y migrantes en los territorios seleccionados; esto sin importar su nivel de formación o rango laboral dentro de la institución o entidad de la que hiciera parte. Se priorizó personal con al menos 1 año dedicado a estas atenciones. Se contó con personal de salud tanto del sector público como del privado, incluida la cooperación internacional.

**C. Los grupos focales** fueron convocados con anterioridad, de acuerdo con la disponibilidad de las y los participantes, y las recomendaciones de los/las enlaces (organizaciones que apoyan el estudio) y aliados/as (organizaciones en territorio). Participaron personas que hacen parte de organismos de cooperación (incluidos enlaces), referentes de mecanismos de adelanto de derechos de las mujeres, organizaciones sociales (locales, nacionales, internacionales) y grupos de mujeres (locales conformados por nacionales o migrantes).

#### Preliminares de la entrevista

- Agradecimiento
- Presentación de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, la investigadora y los objetivos de la investigación
- Consentimiento informado y acuerdo de confidencialidad
- Autorización de la grabación

## ENTREVISTAS A MUJERES VENEZOLANAS REFUGIADAS Y MIGRANTES

### Cuestionario

#### Situación en Venezuela

1. Cuénteme cómo era su vida en Venezuela en los últimos años
  - a. ¿Qué recuerda de la atención en salud, la dotación de los hospitales, cómo eran las consultas?
  - b. Puede hablarme específicamente de cómo era conseguir anticonceptivos en Venezuela
  - c. (Para madres) ¿Cómo vivió su embarazo y parto en Venezuela?
  - d. ¿Alguna vez supo de alguien que buscara practicarse un aborto en Venezuela?\*

#### Migración

2. ¿Por qué decidió migrar?
  - a. ¿Fue algún tema relacionado con la salud una de las causas de su salida del país?
  - b. ¿Alguna vez conoció a alguna mujer que migrara por miedo a perder su bebé en el parto?
3. El paso por las trochas y las largas caminatas tiene unos peligros diferentes para las mujeres, ¿cómo sintió esto en su viaje? \*
  - a. ¿Se sintió segura durante el viaje? \*

#### Violencias basadas en género

4. ¿Ha sido víctima de algún tipo de violencia? (física, psicológica, económica, sexual, institucional, obstétrica)
5. ¿En dónde ocurrieron los hechos?
6. ¿Acudió a alguna autoridad? ¿Qué atención recibió?
  - a. Durante la atención, ¿le informaron sobre anticoncepción de emergencia, la posibilidad de interrumpir el embarazo?
7. ¿Cómo se sintió con la atención recibida?

#### Atención en salud en Colombia

8. ¿En Colombia ha recibido información sobre alguno de estos temas: anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente, aborto, violencia sexual?

9. ¿Cómo ha sido el acceso a anticonceptivos en Colombia?
10. ¿Sabe que en Colombia es legal el aborto en tres circunstancias? \*
  - a. ¿Ha necesitado un aborto o conoce a alguien que lo necesitara? \*
  - b. ¿Vivió algún tipo de barreras a la hora de acceder a un aborto? ¿Cómo fue este proceso para usted?

\*Preguntas introductorias para que las mujeres hablen sobre el tema y contra preguntar según lo que mencionen.

## ENTREVISTAS A PERSONAL DE SALUD / ATENCIÓN A MUJERES REFUGIADAS Y MIGRANTES VENEZOLANAS

### Cuestionario

1. Cuénteme qué actividades realiza con las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes
2. En su relación con las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes o por otras fuentes ¿qué conoce sobre el estado de los servicios de salud sexual y reproductiva y de ejercicio de derechos sexuales y reproductivos en Venezuela?
3. Se ha hablado de un éxodo de mujeres venezolanas en embarazo hacia países de la región en los que pueden tener sus embarazos y partos con mayores garantías, según su experiencia, ¿cree que esta afirmación concuerda con la realidad? ¿En qué condiciones llegan las mujeres en embarazo? ¿Qué puede decirme de esta situación?
4. ¿Cómo es la situación en este territorio para el acceso de mujeres venezolanas refugiadas y migrantes a servicios de salud sexual y reproductiva como anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo?
5. En un estudio realizado en 2019 por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, junto con otras organizaciones, se mencionó, a partir del acompañamiento a mujeres venezolanas en Colombia, su desconocimiento de que en Colombia el aborto es legal en tres circunstancias, situación distante de la de Venezuela ¿cómo percibe usted lo la información que tienen sobre sus derechos, especialmente sobre el acceso a la IVE?
6. La Corte Constitucional y el Ministerio de Salud han dicho que las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes, independientemente de su situación migratoria, pueden acceder a servicios de urgencia, lo que incluye lo relacionado con el embarazo, es decir, la interrupción voluntaria del embarazo. Desde su experiencia ¿cree que esto está realizándose?
7. ¿Qué barreras de acceso a la IVE ha identificado en el país para las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes?
8. ¿Atribuye algún cambio en la situación en salud sexual y reproductiva de las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes en el contexto de la pandemia?
9. Las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes que hacen uso de pasos informales afrontan grandes riesgos de violencia sexual ¿qué me puede decir de esto?
10. ¿Cree que la cooperación internacional y las organizaciones sociales han puesto estos temas como relevantes en la agenda de cooperación?
11. A su juicio ¿qué deben hacer el Estado para garantizar y proteger los derechos de las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes a la anticoncepción y la interrupción voluntaria del embarazo?

## GRUPOS FOCALES

### Temas de conversación

1. ¿Cómo ha sido para este territorio y su comunidad la migración venezolana?
2. Algunas mujeres y familias venezolanas han decidido migrar por falta de condiciones en los servicios de salud, que va desde la carencia de insumos médicos necesarios hasta la ausencia de servicios públicos en las instalaciones hospitalarias ¿han sabido algo de esto?
3. ¿Cómo es la situación en este territorio para el acceso de mujeres venezolanas refugiadas y migrantes a servicios de salud sexual y reproductiva como anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo?
4. La Corte Constitucional y el Ministerio de Salud han dicho que las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes, independientemente de su situación migratoria, pueden acceder a servicios de urgencia, lo que incluye lo relacionado con el embarazo, es decir, la interrupción voluntaria del embarazo. ¿Esto se cumple?
5. En Venezuela el aborto solo está permitido en casos de riesgo para la vida de la mujer, mientras que en Colombia, está despenalizado en tres circunstancias. ¿Cómo ven la adaptación de las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes a este contexto?
6. ¿Qué barreras de acceso a la IVE por parte de las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes han identificado?
7. ¿Qué medidas se pueden adoptar para que las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes no sean víctimas de violencia sexual?
8. ¿Cree que la cooperación internacional y las organizaciones sociales han puesto estos temas como relevantes en la agenda de cooperación y de incidencia ante tomadores de decisión?
9. A su juicio ¿qué deben hacer el Estado para garantizar y proteger los derechos de las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes a la anticoncepción y la interrupción voluntaria del embarazo?

## ANEXO 2.

### Definición categorías de la investigación

La información fue clasificada en categorías, que serán acompañadas con una rotulación por territorio: país, Norte de Santander, Cúcuta, Bogotá, Nariño, Ipiales, Cundinamarca, Soacha.

A priori, se propusieron las siguientes categorías:

- Situación en Venezuela: refiere a circunstancias de vida en Venezuela, puede ser tanto previo a la migración como la situación de familiares y amistades que permanecen allí y que comparten información al respecto, o la que conocen por noticias u otros medios.
- Migración: comprende los motivos de la migración, la logística de la misma y los acompañantes (familiares, hijos/as, pareja, etc.), la ruta seguida, la relación con coyotes y autoridades en este proceso, perfil y estatus migratorio y gestiones relacionadas con el cambio de residencia.

- Derecho a la salud: abarca el acceso a servicios de salud, la búsqueda de los mismos y el ejercicio de este derecho tanto en Venezuela como en Colombia —de acuerdo con sus necesidades—, bien sea dentro o fuera del sistema de salud.
- Obligaciones estatales: se enfoca en las obligaciones del Estado colombiano con la población refugiada y migrante venezolana, especialmente con las mujeres y en materia de derechos sexuales y reproductivos.
- Implementación de políticas públicas: está relacionado con el acatamiento y cumplimiento de los lineamientos internacionales y propios sobre la población venezolana refugiada y migrante, especialmente en lo relacionado con las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos.

Posteriormente esta categoría se reconfiguró como Políticas públicas, abarcando con ello otras etapas de las mismas: diseño y formulación, implementación, seguimiento y monitoreo. Debe tenerse en cuenta que aquí se incluyeron lineamientos, actos administrativos, CONPES, etc.

- Anticoncepción: refiere a los métodos de control de la fecundidad utilizados por las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes, tanto desde su experiencia en la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual, como al abordaje por parte del personal de la salud, las organizaciones sociales y la cooperación. Aun cuando hay interés por el acceso a métodos modernos, caben también otras prácticas asumidas por las mujeres con este fin y los conocimientos que informan sobre el tema.
- Aborto: en esta categoría se recogen las cifras disponibles, las experiencias de las mujeres entrevistadas, aspectos médicos, sociales y culturales del aborto, y las barreras identificadas por las mujeres para ejercer su derecho. Bajo esta idea, bien pueden incorporarse experiencias, situaciones o hechos nombrados de ésta o de otra manera, con distintos métodos, edades gestacionales, prestadores de servicios, etcétera.
- Violencia sexual: más que una categoría circunscrita a lo legal, en este caso, se adopta la definición de la Organización Mundial de la Salud: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. Entendiendo los vínculos entre la violencia sexual y de género y la trata de personas, esta categoría incluye la trata con fines de explotación sexual.

En el análisis de la información, esta categoría fue sustituida por Violencia basada en género contra las mujeres, teniendo en cuenta la construcción social e histórica sobre las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la sociedad y la jerarquía de lo masculino, que en el caso de la migración se cruza con mayores vulnerabilidades y discriminación por esta condición. En tal medida, la violencia contra las mujeres es una forma de violencia basada en género y puede ser de distintos tipos (psicológica, física, sexual, económica), suceder en distintos espacios y provenir de diversos agentes. En este caso, las mujeres refirieron violencias que podrían recogerse bajo la subcategoría de violencia obstétrica.



