

Desigualdades en anticoncepción en migrantes y refugiados venezolanos y colombianos en comunidades de acogida.

Juan Carlos Rivillas-García, Angela Cifuentes-Avellaneda, Johan Sebastian Ariza-Abril, Mariana Calderon-Jaramillo, Rocio Murad-rivera, Sandra Marcela Sanchez-Molano, Danny Rivera, Camila Vera-Gil, Carlos Gómez-Silva, German Antonio López

Gerencia de Proyectos, Investigaciones e Incidencia

Oficina de Asistencia de Desastres Extranjeros de los Estados Unidos (OFDA-USAID)

Agradecimientos: este estudio fue financiado por la Oficina de Asistencia de Desastres Extranjeros de los Estados Unidos (OFDA-USAID) y la Asociación Profamilia.

Autor de correspondencia: juan.rivillas@profamilia.org.co

DOI: 10.13140/RG.2.2.10278.47683

Resumen

Cada año, más de 2 millones de hombres y mujeres acceden a métodos anticonceptivos modernos en Colombia. Sin embargo, en medio de esta pandemia, la ausencia de políticas intersectoriales y las barreras estructurales pueden contribuir a que muchas personas pierdan el acceso a estos servicios esenciales, en especial los migrantes y refugiados venezolanos. Si la atención de la salud sexual y reproductiva, en particular la anticoncepción no se considera la atención esencial durante la pandemia de COVID19, el impacto potencial en las muertes maternas y neonatales, los embarazos no deseados y necesidades insatisfechas en métodos de anticoncepción podrían ser devastadores. La prestación continua de servicios esenciales de salud sexual y reproductiva sigue siendo crítica durante la respuesta global a la pandemia, por el contrario deben ser regulares, continuos y blindados para que bajo ninguna circunstancia sean interrumpidos durante las medidas para controlar la transmisión del coronavirus.

La migración es un determinante estructural que tiene un impacto diferencial en la salud y a lo largo de la vida de las personas. Durante los flujos migratorios se pueden incrementar las desigualdades en el uso de métodos anticonceptivos y la anticoncepción de emergencia puede verse seriamente limitada. En este artículo presentamos los resultados de un análisis combinado de investigación cualitativa y cuantitativa para entender las necesidades, barreras y desigualdades sociales en métodos de anticoncepción entre migrantes y refugiados venezolanos, con el fin de informar el gobierno nacional, los gobiernos locales y la respuesta humanitaria.

En primer lugar, llevamos a cabo grupos focales en seis ciudades con alto flujo migratorio y que nos permitieron interpretar con mayor profundidad las realidades de la población migrante venezolana en el momento de utilizar los servicios de salud. Aplicamos un instrumento diseñado y validado en

Bogotá, D.C. y posteriormente adaptado con cuatro secciones para seis ciudades principales: necesidades en salud, barreras en el acceso a la atención en salud, cobertura universal en salud, y desenlaces, experiencias y expectativas. En segundo lugar, en la ausencia de evidencia sobre inequidades en acceso a métodos anticonceptivos dentro de la respuesta humanitaria en Colombia, medimos el tamaño y concentración de desigualdades sociales en anticoncepción a partir de información nueva y disponible de determinantes sociales en el Censo Nacional de Población y Vivienda (NCPV) 2018: educación, empleo, trabajo y dependencia demográfica. Concluimos que el uso de métodos anticonceptivos entre población migrante y refugiada ha cambiado de prioridad dentro de las necesidades en Riohacha y Cucuta -lo cual es bueno. Existen ciudades con alto flujo migratorio como Bogotá y Barranquilla donde existen desigualdades para acceder a métodos; esto requiere eliminar burocracia excesiva en los servicios de salud y acercar los diferentes métodos de anticoncepción de forma ininterrumpida y equitativa, es decir poniendo en el centro las necesidades y circunstancias de los migrantes y refugiados, en particular mujeres, adolescentes y jóvenes.

Proporcionamos evidencia que en Santa Marta y ha mejorado el uso y esto requerida mantener las acciones y combinar con otras intervenciones dentro de la respuesta humanitaria como información desde diferentes sectores, coordinación intersectorial. Esto puede necesitar ser complementado con fortalecer la cadena de abastecimiento de métodos de barrera y de emergencia a lo largo de todo el proceso de migración y sin ser interrumpido. El mayor desafío para reducir las desigualdades en el uso de métodos anticonceptivos entre población migrante y refugiada venezolana es identificar en cada ciudad el epicentro de la desigualdad en acceso a la anticoncepción a nivel comunitario, y asegurar que a los migrantes y refugiados más vulnerables dentro de la emergencia humanitaria tengan acceso sin importar su status migratorio.

A pesar de los logros obtenidos en acceso en métodos de anticoncepción en la frontera Colombia-Venezuela, la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva debe permanecer como un asunto prioritario durante la respuesta Covid-19 en contextos humanitarios. Emergen tres estrategias posibles: i) Renovar la atención primaria en salud sexual y reproductiva centrada en mujeres, adolescentes y jóvenes, acercando la anticoncepción entregando información de calidad sobre uso y acceso a métodos anticonceptivos y proporcionando kits de dignidad en los contextos más vulnerables y difíciles de la migración; ii) Promover la anticoncepción compartida (Anticonceptivos para hombres y acceso a la vasectomía); y iii) es urgente asegurar la anticoncepción de emergencia puede ayudar a prevenir los embarazos no deseados, en especial mediante entregas supervisadas domiciliarias durante aislamiento preventivo y el distanciamiento social.

Citación sugerida: Rivillas-García, Ariza-Abril, Cifuentes-Avellaneda et al. Desigualdades en anticoncepción en migrantes y refugiados venezolanos y colombianos en comunidades de acogida. Asociación Profamilia (22.04.2020) doi: 10.13140/RG.2.2.10278.47683



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Introducción

En Abril de 2020, 1.8 Millones de migrantes y refugiados venezolanos residen en Colombia [1]. El Censo Nacional de Población y Vivienda (CNVP) 2018 [2], registró que los mayores porcentajes de migrantes venezolanos se encuentran en Bogotá, Cúcuta (7,9%), Riohacha (7,7%), Santa Marta (5,4%) y Barranquilla (3,6%). A su vez, la estructura de la población migrante y refugiada venezolana en estas ciudades es similar a la reportada por el CNVP para el total del país y corresponde a la obtenida en los registros de migrantes: los mayores volúmenes de migrantes se encuentran entre los 20 y 34 años.

Es la primera vez que Colombia es receptor a gran escala de migración, el país ha facilitado la migración interna, ajustado sus políticas, organizado la respuesta humanitaria y respondido con los programas de inmunización; pero todavía existen múltiples necesidades insatisfechas en salud [3] y salud sexual y reproductiva [4], como el acceso a métodos anticonceptivos. En Venezuela, no se cuenta con cifras actualizadas sobre necesidad insatisfecha en anticonceptivos. La crisis humanitaria ha llevado a una escasez de medicamentos que afecta el acceso a métodos anticonceptivos. Durante 2018, con excepción de los condones, el Índice de Escasez de Métodos Anticonceptivos (IEMA) en cinco ciudades de Venezuela es superior al 75% [5].

La migración es un determinante estructural que tiene un impacto diferencial en la salud y a lo largo de la vida de las personas. Durante los flujos migratorios se pueden incrementar las desigualdades en el uso de métodos anticonceptivos y la atención de emergencia puede verse seriamente limitada [6]. Durante la migración las mujeres enfrentan barreras en el acceso a los servicios de salud, y que en los lugares de paso y de llegada encuentran disponibilidad limitada de métodos anticonceptivos [7]. En contextos de emergencia humanitaria, la atención en salud sexual y reproductiva debe garantizarse aún en los contextos más difíciles y complejos [8].

Ejemplos de las medidas adoptadas en salud sexual y reproductiva durante la emergencia humanitaria incluyen la coordinación de un cluster en salud sexual y reproductiva dirigido por la OPS/OMS y MSPS, la implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios PIMS en salud sexual y reproductiva dentro de la crisis migratorio; la entrega de servicios de salud sexual y reproductiva en las ciudades de la frontera; la entrega de anticonceptivos y kits de dignidad; y la preparación de respuesta en salud sexual y reproductiva centradas en los migrantes y refugiados.

No obstante, en Colombia aún existen múltiples necesidades insatisfechas en el acceso a servicios de anticoncepción por parte de la población migrante y refugiada venezolana, en particular en la frontera Colombia-Venezuela [4]. En 2018, se adelantó una evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de las personas migrantes y refugiadas venezolanas en Colombia, la cual identificó como la necesidad más insatisfecha y urgente el acceso a métodos anticonceptivos.

Es posible notar que la situación ha mejorado con la cobertura de servicios en salud sexual y reproductiva y acceso a métodos de anticoncepción dentro de la respuesta humanitaria, y que la situación es completamente diferente comparada con el año 2018. Es necesario entender como los migrantes demandan métodos anticonceptivos, y las barreras y desigualdades subyacentes en este servicio de salud sexual y reproductiva. Para lograr lo anterior dos estrategias fundamentales son posibles.

i) Análisis de uso de servicios de anticoncepción. Analizar necesidades en salud, barreras en el acceso a la atención en salud, cobertura universal en salud, y desenlaces, experiencias y expectativas.

ii) Análisis de desigualdades en el uso de servicios de anticoncepción. Tal vez la razón más poderosa y que justifica la necesidad de medir desigualdades, es que no hay otra forma de actuar sobre los determinantes sociales de la salud que luchar contra las desigualdades, y para luchar contra estas, es necesario identificarlas, conocerlas y explicarlas [9]. Las inequidades son las diferencias injustas que personas de diferentes grupos sociales reciben en servicios para su salud, asociadas a desventajas como la pobreza, barreras de acceso a los servicios y/o discriminación, y la misma migración o desplazamiento [10].

En este informe, consideramos importante llevar a cabo ambas de forma complementaria. Es importante señalar que a pesar que analizamos el acceso a la anticoncepción desde las tres dimensiones de cobertura universal en salud, en Colombia todavía existe necesidades insatisfechas en métodos de anticoncepción [5]. Por otro lado, Colombia cuenta con una de las mejores experiencias en recopilar información sobre la salud de los migrantes y refugiados. En particular, sobre el uso de servicios de salud y la vigilancia epidemiológica en salud pública. En 2017 se fortaleció el sistema de registro individual de prestaciones de servicio de salud (RIPS) de los migrantes y refugiados, y esto ofrece oportunidades para implementar investigaciones en servicios de salud, con el fin de acercarlos a las necesidades de las personas migrantes y refugiadas.

La hipótesis de esta investigación parte que teniendo en cuenta que ha aumentado el acceso a métodos de anticoncepción en las ciudades con alto flujo migratorio y la existencia de desigualdades en el acceso en anticoncepción entre la población colombiana ¿cuál es el tamaño de estas desigualdades en el acceso a métodos anticonceptivos entre población migrante y refugiada venezolana en Colombia? Para responder esta pregunta de investigación se implementó el siguiente objetivo general: Identificar las desigualdades en salud, barreras y experiencias más comunes en el acceso a servicios en salud de la población migrante y refugiada venezolana en seis ciudades con alto flujo migratorio en Colombia. A su vez, este objetivo fue respondido mediante la implementación de tres objetivos específicos: i) Identificar necesidades, barreras y circunstancias en el uso de servicios de salud; ii) Describir el uso de servicios de salud en la población migrante y refugiada venezolana; y iii) medir las desigualdades sociales en el acceso a anticoncepción dentro de la respuesta humanitaria.

Métodos

La investigación se llevó a cabo mediante una metodología mixta con el fin de aprovechar las diferentes fuentes de información. La investigación se concentró en seis ciudades que concentran el 70% de la migración venezolana en Colombia [1]: Barranquilla, Bogotá, Cartagena, Cúcuta, Riohacha y Santa Marta. Se combinó el uso de tres herramientas que se describen a continuación.

Análisis uso de servicios de anticoncepción

Asumimos que el acceso a métodos anticonceptivos ha aumentado entre 2018 y 2019. Los datos de demanda de servicios de salud fueron obtenidos del del Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS para población colombiana y a partir del Cubo Circular 029 para población migrante y refugiada. Ambos cubos de información proporcionan datos sobre la oferta y acceso a los servicios de salud. Esta fuente de información es gestionada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Periodo de la consulta: 01 de enero 2018 a 30 de septiembre de 2019. A continuación, se describen los códigos CIE X con nombres completos empleados en las consultas (Tabla 1).

Tabla 1. Indicadores utilizados en el análisis cuantitativo de información.

Indicador	Numerador	Denominador	Código CIE X
Porcentaje (%) personas que consultaron por anticoncepción	Número personas mayores de 18 años atendidas por los códigos CIE X relacionados con anticoncepción	Total de población mayores de 18 años	Z30 - Z39
Tasa de atenciones en anticoncepción por 1.000 personas	Número de personas mayores de 18 años atendidas por anticoncepción		NA

Fuentes: en la consulta de población migrante y refugiada se revisó el Cubo Circular 00029 de 2018; y para personas colombianas atendidas el Cubo RIPS, del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Periodo de referencia: año 2018 hasta septiembre de 2019. Consultas realizadas durante noviembre de 2019 y febrero de 2020.

Medición de desigualdades

Utilizamos tres tipos de datos para el análisis de desigualdades (Tabla 2). Datos sobre el resultado de salud: número de personas atendidas en servicios de anticoncepción. Esto incluye datos de todos los métodos de anticoncepción disponibles para hombres y mujeres. Datos sobre población: número de personas mayores de 18 años fueron obtenidos de los últimos informes de Migración Colombia [11] y del Censo Nacional de Población y Vivienda del 2018 [2]. Datos sobre dimensiones sociales y/o estratificadores de equidad: porcentaje de personas que no trabaja, porcentaje de personas con educación primaria o menos, porcentaje de personas con barreras en los servicios de salud y tasa de dependencia demográfica fueron obtenidos a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda del 2018.

Tabla 2. Panel de datos para el análisis de desigualdades en anticoncepción en migrantes y refugiados y población de acogida en seis ciudades con alto flujo migratorio en Colombia.

Ciudades	Tasa de personas atendidas por anticoncepción (x 1.000)	Tasa de dependencia demográfica	Porcentaje de personas que no trabaja	Porcentaje de personas con primaria o menos	Porcentaje de personas con barreras de atención en salud
Población migrante y refugiada					
Barranquilla	25,9	47,6	65,3	26,3	51,2
Bogotá, D.C.	24,0	28,6	59,7	14,7	51,1
Cartagena	53,9	59,1	69,9	28,1	47,2
Riohacha	34,9	56	66,3	33,2	50,8
Santa Marta	26,3	47,8	66	26,3	47,8
Cúcuta	40,1	57,2	67,1	31,7	46,8
Población de acogida					
Barranquilla	71,1	46,5	57,3	26,3	1,9
Bogotá, D.C.	62,9	37,8	48,2	23,5	2,7
Cartagena	91,9	47,5	62,0	28,2	3,2
Riohacha	102,9	60,7	62,7	41,4	2,7
Santa Marta	105,4	48,3	60,4	28,8	2,1
Cúcuta	59,4	31,2	57,7	36,2	2,4

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS de la Bodega de Datos del Sispro-MSPS. Color verde valores menos alto entre las ciudades; color amarillo valores más alto entre las ciudades analizadas.

Estimamos la tasa de personas atendidas por anticoncepción por cada mil personas a partir del cociente entre el número de personas mayores de 18 años atendidas por anticoncepción y el total de población mayores de 18 años por cada 1.000 personas. El numerador correspondiente para la población migrante se generó del Cubo RIPS - Circular 029 del MSPS y para la comunidad de acogida de RIPS-Sispro. Los denominadores se calcularon a partir de los informes de Migración Colombia para la población migrante y refugiada, y del Censo del 2018 para la comunidad de acogida, conservando en ambos casos la estructura de edad de las dos poblaciones.

Consideramos las siguientes medidas de desigualdad: el Índice de Desigualdad de la Pendiente, el Índice Relativo de Desigualdad y el Índice de Concentración (Tabla 3).

Tabla 3. Medidas de desigualdad consideradas

Item	Medida	Descripción
1	Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP):	Asume una relación lineal entre el indicador de salud y la dimensión de desigualdad (variable socioeconómica) para mostrar un gradiente de la salud a través de múltiples grupos con un orden natural. Medida absoluta que permite cuantificar la desigualdad en uso de servicios de anticoncepción entre las ciudades con el peor indicador social (menos trabajo, menos educación, más barreras en la atención en salud y tasa de dependencia demográfica) con respecto a las ciudades con el mejor indicador en función de los mismos indicadores. Valores negativos indican que la desigualdad absoluta está presente en las ciudades con peores indicadores sociales y viceversa.
2	Índice Relativo de Desigualdad (IRD)	Tiene en cuenta el tamaño de la población y la posición socioeconómica relativa acumulada de los grupos. Se obtiene mediante una regresión de cualquier indicador de salud (en este caso tasa de atenciones en anticoncepción) de los grupos socioeconómicos sobre una medida específica de sus posiciones relativas: porcentaje de personas que no trabajan, porcentaje de personas con barreras de acceso a los servicios de salud, etc. Este índice permite ordenar la población según una jerarquía social. Un índice alto implica diferencias grandes en la atención a anticoncepción entre las posiciones altas y bajas de la jerarquía definida por dimensión de desigualdad (dimensión social). Debe interpretarse con valores en el rango 1-0, y los valores se dividen en lugar de restar; un valor de IRD es mayor que 1 representa desigualdades más pronunciadas entre los grupos con mayores desventajas.
3	Índice de Concentración (IC)	Medida relativa que debe interpretarse con un rango entre -1, 1, y corresponde al área entre la línea de equidad y la curva de desigualdad. Así, si la curva de concentración coincide con la diagonal, todas las ciudades tendrían el mismo nivel de atención en salud. Si la curva está debajo de la diagonal, significa que la desigualdad en salud se concentra en la población de mayor nivel socioeconómico y el valor del índice es positivo, y si la curva está por encima de la diagonal, significa que la desigualdad en salud se concentra en las personas con un nivel socioeconómico más bajo y en este caso el índice es negativo. Cuanto más se aleja la curva de la diagonal mayor es el grado de desigualdad en salud.

Las medidas absolutas nos permitieron entender la magnitud de la desigualdad, mientras las medidas relativas nos permitieron entender la concentración de la desigualdad. Se utilizó la Biblioteca para Medición de Desigualdades en Salud de Epidat 4.2. Este software fue desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y la Universidad CES de Colombia [12]: y es de uso libre.

Grupos focales de discusión

Diseñamos, validamos y aplicamos un instrumento para indagar sobre las necesidades en salud, barreras en el acceso a la atención en salud, cobertura universal en salud, y desenlaces, experiencias y expectativas. Los grupos focales permitieron interpretar con mayor profundidad las realidades de la población migrante venezolana en el momento de utilizar los servicios de salud. La prueba piloto del instrumento fue realizada en el municipio de Soacha (Cundinamarca) el día 06 de noviembre de 2019, con dos grupos de migrantes venezolanos (13 mujeres y 12 hombres). La duración promedio de los grupos fue de dos horas y 30 minutos. Entre el 19 y el 29 de noviembre de 2019, se realizaron 12 grupos focales, dos grupos por ciudad, mayores de 18 años de edad y separados por sexo. 153 personas participantes (hombres n= 79 y mujeres n= 74). Grabamos, transcribimos y codificamos los grupos focales mediante el software N-Vivo. Consideramos las mismas categorías de análisis según los temas del instrumento aplicado. Las personas participantes en los grupos focales fueron convocadas a través de la red de atención humanitaria de las ciudades que cubrió albergues, puestos de atención en salud, centros de atención integral de la población migrante y clínicas de Profamilia.

Consideraciones éticas y de género

Recibimos la aprobación del Comité de Ética en la Investigación de Profamilia (CEIP) el día 22 de octubre del 2019 mediante el oficio CEIP-2019-19. Para salvaguardar la confidencialidad de la información aplicamos un consentimiento informado con los participantes que permitió la libertad del estudio en cualquier momento; y, garantizó la confidencialidad de la información. Esta investigación no tuvo ningún riesgo y beneficio económico para los participantes.

Resultados

En 2019, 1,8 mil servicios de anticoncepción fueron entregados en el país. 46 mil y 1.7 mil servicios en migrantes venezolanos y colombianos en comunidades de acogida, respectivamente. Evidenciamos un aumento del 96% en el uso de servicios de salud por anticoncepción por parte de la población migrante y refugiada venezolana con respecto a 2018. Un aumento de 23.764 a 46.675 personas). Los servicios con mayor demanda entre migrantes y refugiados venezolanos van desde vasectomía e inserción DIU hasta consejería para uso de métodos anticonceptivos, asesoría uso métodos y confirmación prueba de embaraz (Gráfica 1).

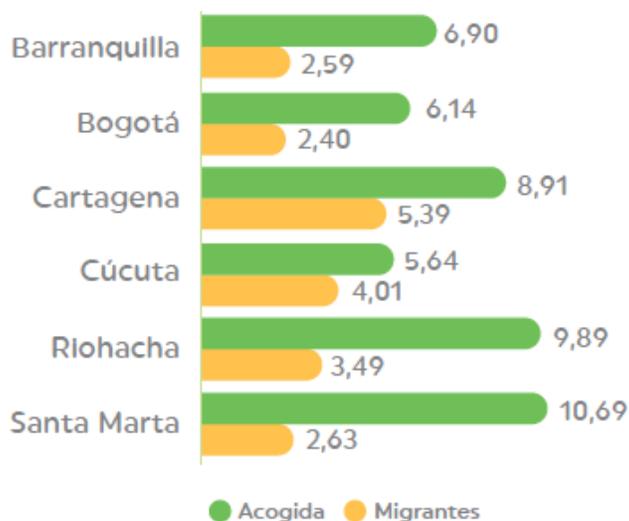
Gráfica 1. Proporción de uso de servicios de anticoncepción de migrantes y refugiados venezolana en Colombia, 2020.



Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia, 2020, basada en el Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

En general, 14.534 migrantes y refugiados accedieron a servicios de anticoncepción en las seis ciudades (aumento de 69,7% con respecto a 2018). Mientras que los servicios de anticoncepción parecen haber disminuido entre comunidad de acogida (reducción de -7% con respecto a 2018). Cartagena, Cúcuta y Riohacha reportaron el mayor número de servicios de anticoncepción entre migrantes y refugiados venezolanos. Santa Marta, Riohacha y Cartagena el mayor número de servicios entre colombiano de población de acogida (Gráfica 2).

Gráfica 2. Porcentaje de personas atendidas en anticoncepción, población migrante y refugiada venezolana y de comunidad de acogida en seis ciudades de Colombia 2019.



Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia, 2020. Elaborado a partir de la información de Migración Colombia; Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia. Consulta realizada a noviembre 30 de 2019.

En todas las ciudades y tanto en colombianos como en migrantes venezolanos las mujeres son quienes más asisten a los servicios de anticoncepción. Principalmente en Bogotá, Cúcuta y Barranquilla se registra el mayor número de mujeres migrantes y refugiadas venezolanas atendidas, mientras que en Bogotá, Barranquilla y Cartagena se presenta el mayor número de mujeres de la comunidad de acogida. El número de hombres migrantes y refugiados venezolanos que acudieron a hacerse la vasectomía en las ciudades priorizadas aumento, pasando de 102 hombres en 2018 a 165 en 2019.

Evidenciamos la existencia de desigualdades absolutas y relativas en el uso de servicios de anticoncepción en las seis ciudades (Tabla 4). La existencia de desigualdades absolutas (IDP) se explican con un menor número de personas atendidas en anticoncepción tanto en población migrante y refugiada, como población de acogida. No obstante, las desigualdades que se evidenciaron en la población de acogida en las ciudades según el IDP se explican principalmente por la contribución de la tasa demográfica de dependencia y el porcentaje de personas que no trabajan, y con una diferencia con respecto a la población migrante y refugiada. En otras palabras, a pesar de del mismo nivel socioeconómico respecto esas dos dimensiones sociales, más personas colombianas accedieron a anticoncepción.

Un IDP negativo (-28,9) tanto en las ciudades con menor población en edad económicamente activa y con mayor desempleo significa que por cada 1000 personas mayores de 18 años, 29 personas están dejando de usar los servicios de anticoncepción. Mientras que en población de acogida está desigualdad absoluta es de mayor tamaño: 45,2 y 40,1 respectivamente. Por otro lado, un IDP de menor tamaño (0,9) significa que las personas están accediendo a los servicios de salud en anticoncepción de alguna forma sin muchas diferencias socioeconómicas. Es importante aclarar que las ciudades con mayores barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, contrariamente tienen la mayor cantidad de personas atendidas por anticoncepción.

Tabla 4. Desigualdades absolutas y relativas en anticoncepción en migrantes y refugiados venezolanos y comunidad de acogida en seis ciudades con alto flujo migratorio en Colombia, 2020.

Estratificadores	Índice de Desigualdad de la Pendiente	Índice Relativo de Desigualdad	Índice de Concentración	Terciles		
				T1 (mejor condición)	T2	T3 (peor condición)
Población migrante y refugiada						
Tasa de dependencia demográfica	-28,9	2,8	-0,1	44,8	31,1	24,4
Porcentaje de personas que no trabaja	-28,9	2,8	-0,1	24,4	31,1	44,8
Porcentaje de personas con primaria o menos	-24,5	2,4	-0,1	24,2	35,4	38,2
Porcentaje de personas con barreras de atención	24,4	1,5	0,1	24,4	31,1	44,8
Comunidad de acogida						
Tasa de dependencia demográfica	-45,2	1,9	-0,059	104,6	80,3	62,5
Porcentaje de personas que no trabaja	-40,1	1,8	-0,067	93,6	78,3	64
Porcentaje de personas con primaria o menos	-29,4	1,5	-0,059	68,4	96,4	64
Porcentaje de personas con barreras de atención	0,9	1	0,002	66,2	68,4	81,1

Fuente: Estadísticas elaboradas a partir de Epidat y R.

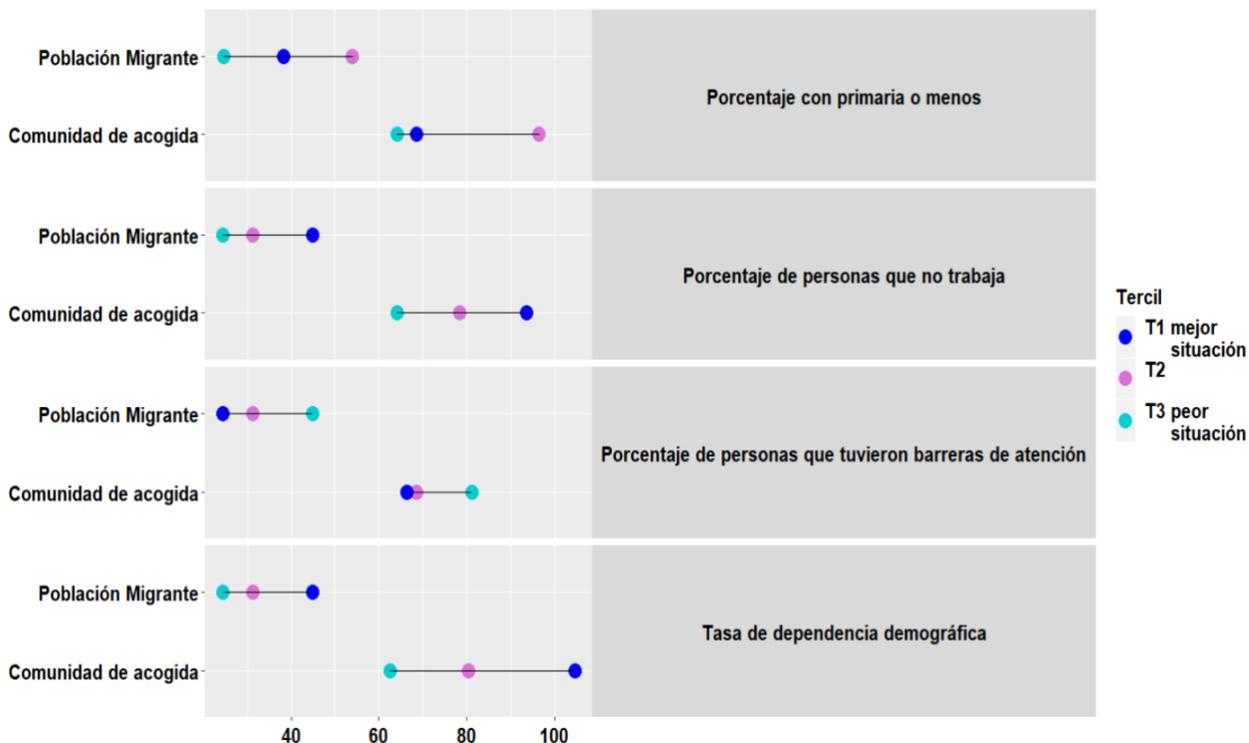
Por otro lado, las desigualdades relativas explicadas mediante el IRD evidencian que las ciudades con menor tasa de dependencia y mayor población con trabajo tiene una tasa de número de personas atendidas 2,8 veces más alta que aquellas ciudades con menor población en edad productiva y sin un trabajo. De igual manera, las ciudades con mayor porcentaje de educación primaria o más entre los migrantes y refugiados tiene una tasa 2,4 veces más alta comparado con los migrantes y refugiados con menor nivel educativo.

Por último, las ciudades que han presentado el menor porcentaje de barreras en acceso a servicios tienen 1.5 veces más la tasa de personas atendidas por anticoncepción. En el análisis de desigualdades mediante el IRD se encontró que las ciudades con menor tasa de dependencia y mayor población con trabajo tiene una tasa de número de personas atendidas 1.9 veces más que aquellas ciudades con menor población en edad productiva y sin un trabajo. Las ciudades con mayor porcentaje de educación primaria o más en la comunidad de acogida, tiene una tasa 1.8 veces más grande que las ciudades con menor nivel educativo. Mientras que las barreras de acceso a servicios de salud no explicaron desigualdades en servicios anticoncepción entre colombianos, pero si entre migrantes y refugiados venezolanos.

El Índice de Concentración (IC) para las variables estratificadores fue de aproximadamente cero. Una desigualdad de menor tamaño, esto nos indica que el IC detecta levemente desigualdad en la comunidad de acogida menor que con respecto a la población migrante de las ciudades. En cuanto al sentido de la desigualdad, vemos que está presente en las ciudades con menor tasa de dependencia demográfica, porcentaje de personas que no trabaja y menor porcentaje de personas con primaria o menos, resultado similar a lo que se encontró con la población migrante de las ciudades.

Graficamos las desigualdades en servicios de anticoncepción en población migrante y refugiada y comunidad de acogida de las seis ciudades para facilitar una mejor comprensión del tamaño de las desigualdades explicadas anteriormente (Gráfica 3). Ambas poblaciones fueron distribuidas por terciles (tres subgrupos de ciudades organizados según el nivel socioeconómico). Esta segmentación se realizó para simplificar la interpretación de las desigualdades y comunicar fácilmente a audiencias no técnicas. El uso de terciles (o deciles o quintiles según se elija) permite descomponer mucho más los datos e identificar donde se encuentra el epicentro de la desigualdad. El Tercil 1 (T1) representa el 33,33% de las ciudades con la mejor situación social según nivel socioeconómico (menos desempleo, menos barreras en salud, mas educación); mientras que el Tercil 3 (T3) representa el 33,33% de ciudades que tienen una peor posición social según nivel socioeconómico.

Gráfica 3. Desigualdades en servicios de anticoncepción en migrantes y refugiados venezolanos y comunidad de acogida, según dimensión social en Colombia, 2020.



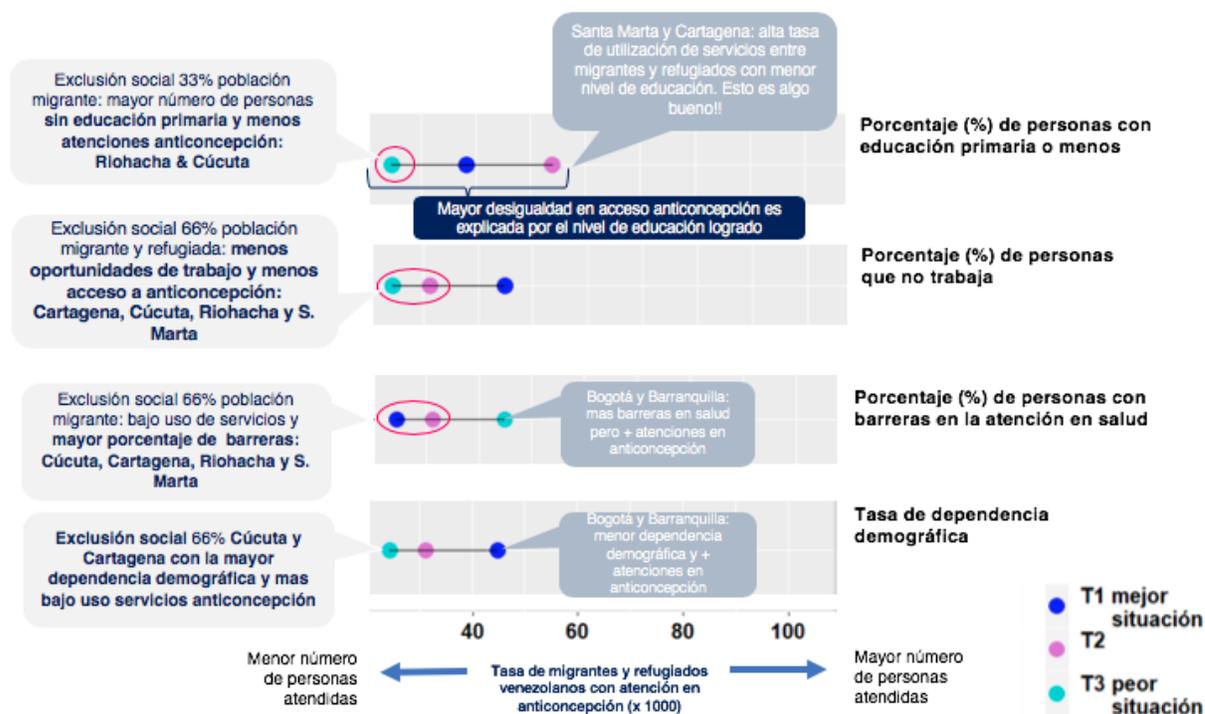
Fuente: Panel de datos construido a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS de la Bodega de Datos del Sispro-MSPS. Gráfico elaborado a partir de R. Punto azul representa el 33% de la población con mejor situación social; punto fucsia representa el 33% de la población con una posición social media; y punto verde representa el 33% de la población con la posición social más baja.

Una comparación de desigualdades entre población migrante y refugiada con respecto a la comunidad de acogida, evidencia que el 33.3% de los migrantes de las ciudades con mayor porcentaje de personas en nivel de educación primaria o menos (T3) tiene la menor tasa de personas atendidas. Mientras que entre comunidad de acogida el 66.6% de las ciudades con mayor y menor nivel educativo (T1 y T3) tienen tasas de personas atendidas menores que el resto de las ciudades. No obstante, es importante señalar que el 33% de la población de acogida con mayor porcentaje de barreras tiene la tasa más alta de atención en anticoncepción. El porcentaje de personas que no trabajan entre la población migrante y la comunidad tienen aproximadamente la misma estructura en desigualdad por Terciles, es decir, la falta de oportunidades de empleo en ambas poblaciones explica la desigualdad de acceso a servicios de salud en anticoncepción. Para la tasa de dependencia demográfica también se encontró una estructura similar por Terciles para ambas poblaciones y se evidencia nuevamente que el 33.3% de las ciudades con mayor población en edad productiva están accediendo más a los servicios de salud en anticoncepción y por consiguiente una tasa x 1000 de número de personas atendidas superior.

Un equiplot es una forma de graficar los patrones de las desigualdades absolutas y relativas (Gráfica 4). A continuación se muestra una secuencia de puntos coloreados (representando cada tercil como un 33,33% del total de las ciudades) que están conectados por una línea horizontal (representando

la desigualdad) de los valores más extremos entre terciles. Líneas más cortas muestran desigualdades absolutas más pequeñas o de menor tamaño entre subgrupos (situación más equitativa); contrariamente, líneas más prolongadas señalan desigualdades más grandes (situación más inequitativa).

Grafica 4. Desigualdades en servicios de anticoncepción en migrantes y refugiados venezolanos en Colombia, 2020.



Fuente: Panel de datos construido a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS de la Bodega de Datos del Sispro-MSPS. Gráfico elaborado a partir de R. Punto azul representa el 33% de la población con mejor situación social; punto fucsia representa el 33% de la población con una posición social media; y punto verde representa el 33% de la población con la posición social más baja.

De igual modo, evidenciamos un patrón de desigualdad de exclusión social en servicios de anticoncepción presente en el 33% de migrantes y refugiados con educación primaria o menos (T3=Riohacha y Cúcuta), que no trabajan (T3=Cartagena y Cúcuta) y con la más alta dependencia económica (T3=Cartagena y Cúcuta). También es importante notar que la mayor desigualdad en anticoncepción en migrantes y refugiados es explicada por el logro educativo alcanzado de primaria o menos. Cartagena y Cúcuta (T1) tienen el porcentaje más bajo de barreras en el acceso a los servicios de salud pero la tasa mas baja en atención en anticoncepción.

A partir del enfoque cualitativo de investigación exploramos las necesidades en salud, percepciones, experiencias y barreras en los servicios de anticoncepción de hombres y mujeres migrantes y refugiados venezolanos en seis ciudades principales de Colombia. Estos diálogos nos permitieron recolectar información que es un insumo esencial para orientar el diseño y adaptación de las respuestas del sistema de salud a nivel local y territorial. A partir de la triangulación de las fuentes

de información fue posible identificar las necesidades en acceso a métodos de anticoncepción más urgentes (Riohacha y Cúcuta) y urgentes en anticoncepción (Gráfica 5).

Gráfica 5. Necesidad insatisfecha en anticoncepción según migrantes y refugiados venezolanos en seis ciudades con alto flujo migratorio en Colombia, 2020.



Fuente. Dirección de Investigaciones, Profamilia, 2020.

Indagamos sobre las necesidades, circunstancias, expectativas y oportunidades en el uso de servicios de anticoncepción, con el propósito de conocer situaciones que ponen en desventaja o vulnerabilidad a los migrantes en el momento de demandarlos (Tabla 5). Por ejemplo en la base de su edad, estatus migratorio, identidad de género, nivel de educación, entre otros. La tabla 5 expone algunas de las acciones que ha implementado el sistema de salud colombiano como parte de la respuesta ante la emergencia humanitaria y describe los desafíos y problemas identificados en la práctica a partir de las percepciones y experiencias de los migrantes y refugiados.

Tabla 5: Necesidades, circunstancias y expectativas y oportunidades en el uso de servicios de anticoncepción de la población migrante y refugiada en Colombia, 2020.

Necesidades	Circunstancias
1. Anticoncepción con métodos modernos reversibles, de larga duración y de emergencia en todos los niveles (urgencias, consulta externa, acciones extramurales).	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes y jóvenes irregulares sin redes de apoyo • Personas con discapacidad, personas no binarias e indígenas • Personas trabajadoras sexuales, víctimas de violencia sexual y/o explotación sexual. • Adolescentes que han iniciado su vida sexual • Adolescentes en estado de embarazo.
2. Adherencia y acceso a servicios costo-efectivos en anticoncepción y libres de discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes en abandono o en ruptura familiar, sin redes de apoyo • Adolescentes víctimas de distintos tipos de violencias. • Adolescentes y jóvenes en explotación laboral.
3. Información de calidad y educación sexual integral.	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres y niñas víctimas de explotación sexual o violencia sexual. • Mujeres y hombres trabajadores sexuales.

Expectativas	Oportunidades de atención centradas en las expectativas de migrantes y refugiados.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir información de alta calidad sobre cómo asegurarse al SGSS y el derecho a la salud 2. Recibir la información sin discriminación y libre de estigma. 3. Lograr el aseguramiento al sistema de salud de manera rápida y efectiva. 4. Encontrar oferta de métodos de anticoncepción de forma fácil, sin barreras y según sus necesidades de salud sexual y reproductiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Generar información clave sobre los lineamientos y los mecanismos para afiliarse y evitar burocracia excesiva. • Asegurar que el personal del sistema de salud proporcione información transparente, libre de estigma y sensible. • Aprovechar al máximo el primer contacto con personas migrantes que buscan información sobre métodos y proporcionarlos en ese primer contacto de forma oportuna y efectiva. • Mejorar la cadena de abastecimiento de métodos de anticoncepción para que sus servicios sean regulares y continuos sin riesgos a ser interrumpidos aun en las situaciones más difíciles dentro de la respuesta humanitaria.

Fuente. Dirección de Investigaciones, Profamilia, 2020.

Entre las experiencias con el uso de servicios de anticoncepción destacaron: gasto de bolsillo para acceder a servicios específicos, la discriminación de los servicios de salud, los tiempos de espera y la falta de información. Por otro lado, destacaron aspectos positivos que deben mantenerse y consideraron esenciales: el trato digno; la disponibilidad de suministros y oferta de servicios, y la buena atención recibida por instituciones públicas y agencias humanitarias. A pesar que experiencias de los migrantes se centaron en historias negativas principalmente, vale la pena destacar que al ser mencionadas permite interpretar desde otro ángulo las expectativas de la población migrante: La disponibilidad de los servicios y la cobertura en el acceso a la salud, suponen en últimas mejorar la comunicación, garantizar la continuidad del cuidado, y aumentar la confianza con los prestadores de servicios de salud.

Discusion

Cada año, casi 2 millones de hombres y mujeres acceden a métodos anticonceptivos modernos en Colombia. Sin embargo, en medio de esta pandemia, la ausencia de políticas intersectoriales y las barreras estructurales pueden contribuir a que muchas personas pierdan el acceso a estos servicios esenciales, en especial los migrantes y refugiados venezolanos. Si la atención de la salud sexual y reproductiva, en particular la anticoncepción no se considera la atención esencial durante la pandemia de COVID19, el impacto potencial en las muertes maternas y neonatales, los embarazos no deseados y necesidades insatisfechas en métodos de anticoncepción podrían ser devastadores.

A pesar que se evidencia un aumento en el uso de servicios de anticoncepción entre 2018 y 2019 desde los registros de atenciones en salud; tambien evidenciamos como dentro de la repuesta humanitaria se ha reducido una necesidad insatisfecha de métodos de anticoncepción a partir de las percepciones y opiniones de los migrantes. Todavía, Riohacha y Cúcuta tienen necesidades para satisfacer la demanda de métodos de anticoncepción debido al alto flujo migratorio. Tambien es importante, especializar la oferta de métodos que pueden ser ampliados desde la disponibilidad de

la vasectomía e inserción DIU hasta consejería para uso de métodos anticonceptivos, y acceso a métodos de emergencia dentro de las situaciones más difíciles. La respuesta humanitaria nunca va a ser perfecta; no obstante, el desconocimiento y falta de adopción de medidas para abordar la migración, y ahora la migración dentro de esa emergencia de pandemia resultará en inequidades en el acceso métodos de anticoncepción.

En general, existen desigualdades absolutas y relativas explicadas en gran medida en ambas poblaciones por la tasa de dependencia demográfica y la falta de oportunidades para el trabajo. Evidenciamos que los servicios de anticoncepción fueron más equitativas entre población de acogida al estratificar la tasa según barreras en la atención en salud. Esto puede ser explicado por los porcentajes bajos de barreras en atención en salud a lo largo de las seis ciudades. Señalamos la importancia de diseñar respuestas a las desigualdades en métodos de anticoncepción generadas por la tasa de dependencia demográfica. Una explicación posible puede ser que las ciudades con mayor población infantil o de adulto mayor, aumenta la carga para las personas económicamente activas que sostienen económicamente a sus familiares priorizando su cuidado; lo que implica respuestas equitativas para resolver estas necesidades de anticoncepción para esta población específicamente.

Los migrantes y refugiados venezolanos tienen problemas relacionados con el aseguramiento, prestación de servicios y los limitados mecanismos de protección financiera, los cuales pueden volverse críticos durante la pandemia de Coronavirus. En la práctica estos problemas van desde trámites innecesarios para hacer efectivo su derecho a la atención en salud aun teniendo regularizado su estatus migratorio, hasta barreras injustas por la interpretación subjetiva y ambigua de su derecho a la salud y gastos de bolsillo para cubrir fotocopias de documentos o acceder a los mismos servicios de anticoncepción; esto puede eventualmente empobrecerlos por el simple hecho de usar los servicios de salud.

El sistema de salud colombiano se ha propuesto asegurar la atención en salud básica para la población migrante. No obstante, en la práctica aún existen múltiples dificultades que tienen que ver con el complejo funcionamiento del sistema de salud, la falta de apropiación del marco legal en salud para atender a la población migrante y refugiada, los altos flujos migratorios que afectan áreas geográficas con altas necesidades insatisfechas y la exclusión social incluso en el momento de acceder a métodos de anticoncepción que deben estar ampliamente disponibles y libres de discriminación. Esto ofrece una oportunidad para repensar la preparación y la respuesta del sistema de salud a las necesidades de anticoncepción de la población migrante y refugiada y de la misma comunidad de acogida dentro de la emergencia humanitaria. Esto es posible fortaleciendo estrategias que garanticen la cobertura universal de la salud sexual y reproductiva sin diferenciar la nacionalidad de las personas.

Este análisis presenta limitaciones que se deben tener en cuenta. Primero, la no disponibilidad de la información de las dimensiones sociales para diferentes periodos de tiempo, con el fin de observar tendencias y cambios en las desigualdades. Segundo, los indicadores de las dimensiones sociales pueden que no abarquen por completo la realidad de las personas migrantes y refugiadas en las ciudades priorizadas.

Conclusiones y recomendaciones

Más allá de la habilitación de nuevos servicios de salud, debemos avanzar en la obligatoriedad del derecho a la salud y en particular a métodos de anticoncepción de la población migrante y refugiada donde y cuando los necesiten, en particular dentro de la emergencia sanitaria por el Covid-19. No debe negarse el derecho a ningún método anticonceptivo basados en el status migratorio o nacionalidad. Esto debe ir acompañado de una mejor definición de los modelos de atención primaria en salud sexual y reproductiva ante las múltiples necesidades y emergencias sanitarias: aumento de necesidades en anticoncepción por la migración, una necesidad insatisfecha históricamente en algunas regiones y las consecuencias de la pandemia del Covid-19. Esto exige que las realidades y necesidades en salud, regionales y locales, deben ser atendidas con modelos de atención a nivel comunitario, del barrio y del asentamiento.

Dada la situación de Covid-19 y en la actual ausencia de una vacuna las Tecnologías de la Información y Comunicación (Tics) deben tener un rol relevante dentro de la respuesta humanitaria, en particular para acceder a información de calidad sobre métodos de anticoncepción. Las aplicaciones de salud móvil y el uso de canales habilitados vía Whats Up pueden contribuir con responder a las expectativas y necesidades sobre donde encontrar fácilmente y como acceder a la oferta de servicios, métodos disponibles en su municipio e información de calidad para prevenir ITS y embarazo no deseado en contextos humanitarios.

Para reducir las desigualdades en el uso de servicios de salud, es necesario considerar todos los determinantes relacionados con la salud y trabajar con todos los actores nacionales e internacionales a través de los clústeres. Por lo anterior, se requieren políticas y respuestas dentro de la emergencia humanitaria que actúen sobre esos determinantes que generan desigualdades en salud antes, durante y después de la migración. Esto solo es posible manteniendo el esfuerzo de una coordinación intersectorial y la importancia de compartir objetivos comunes en la agenda de la salud sexual y reproductiva de los migrantes y refugiados.

A pesar de los logros obtenidos en acceso en métodos de anticoncepción en la frontera Colombia-Venezuela, la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva debe permanecer como un asunto prioritario durante la respuesta Covid-19 en contextos humanitarios. La prestación continua de servicios esenciales de salud sexual y reproductiva sigue siendo crítica durante la respuesta global a la pandemia. Es urgente asegurar ahora más que nunca que servicios como el acceso a métodos anticonceptivos para jóvenes migrantes y refugiados, la prevención y atención de las violencias de género, en particular violencia sexual contra mujeres y niñas sean fortalecidos y por bajo circunstancia interrumpidos durante el aislamiento. Gobierno nacional, gobiernos locales de salud y actores del clúster de salud sexual y reproductiva deben adoptar orientación clínicas y programáticas, evaluaciones, documentos de políticas y declaraciones para garantizar la priorización continua de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a lo largo de la respuesta COVID-19 en entornos humanitarios, y para brindar una perspectiva de género a la respuesta.

Finalmente, la movilización de recursos y aumentar el financiamiento de la respuesta humanitaria es un asunto crítico para mejorar el acceso a todos los métodos de anticoncepción disponibles y sin excepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia sin excepción; a la vez que identificamos necesidades en salud y dónde los servicios de salud están fallando para acercar su oferta a aquellos migrantes y refugiados que se encuentran en mayor necesidad.

A partir de este análisis emergen las siguientes recomendaciones:

- Renovar la atención primaria en salud y volver a las intervenciones de base comunitaria para responder al aumento de necesidades en anticoncepción de migrantes y refugiados y comunidades de acogida dentro de la respuesta humanitaria.
- La salud y derechos de las mujeres migrantes y refugiadas y de comunidades de acogida más vulnerables deben ser puestos en el centro de los presupuestos dentro de la emergencia humanitaria y la respuesta Covid-19. Asegurar la regularidad y continuidad de los servicios de anticoncepción e integrarlos y blindarlos dentro de la respuesta Covid-19.
- La red pública de hospitales y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) son actores fundamentales para aumentar la capacidad de respuesta y preparación en emergencias de los gobiernos locales dentro de esa misma emergencia, mediante la apropiación y práctica de lineamientos que establece el gobierno y búsqueda: asegurar una atención esencial, esto incluyen acceso a servicios de anticoncepción.
- Debemos trabajar de cerca con las comunidades de acogida, gobiernos locales y actores privados para construir un contrato social y alianzas de información y comunicación que promuevan datos e información de calidad, positiva y libre de estigma, desmoten mitos y eliminen rumores y estereotipos de los migrantes, solo de esta forma podemos ayudar a contrarrestar el racismo, y facilitar la integración de los migrantes y refugiados en sus comunidades.
- Definir metas y objetivos comunes en la atención en salud entre prestadores de servicios públicos y privados, y aumentar la participación de EPS privadas dentro de la emergencia humanitaria y dentro de la respuesta Covid-19 para incrementar acciones de salud sexual y reproductiva dentro de las limitaciones del aislamiento preventivo y el distanciamiento físico dentro de los asentamientos, refugios y comunidades de acogida.

Referencias

1. GIFMM. Colombia Refugiados y Migrantes Venezolanos [Internet]. 2019. Available from: <https://r4v.info/es/documents/download/72896>
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda CNPV 2019. Bogotá, D.C.
3. Profamilia - OFDA. Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria?" En: Colombia 2020.
4. Profamilia, IPPF. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Cúcuta, Riohacham Valledupar, Bogotá D.C. [Internet]. Primera. Bogotá: Profamilia & IPPF; 2019. 90 p. Available from: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/LIBRO-Evaluacion-de-las-necesidades-insatisfechas-SSR-y-Migrantes-Venezolanos-Digital.pdf>
5. MSPS - Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 [Internet]. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y protección soci 1. OIM. World Migration Report 2020. [Internet].Ginebra; 2019. 498 p. Available from: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/wmr_2020.pdf; 2015. Available from: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>
6. OIM. World Migration Report 2020. [Internet].Ginebra; 2019. 498 p. Available from: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/wmr_2020.pdf
7. OPS. Migración y Salud en lasAméricas[Internet].Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13708:migration-health-americas&Itemid=72502&lang=es
8. IAWG. Inter-agency Field Manual in Humanitarian Settings [Internet]. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crisis; 2018. 270 p. Available from: <http://iawg.net/wp-content/uploads/2019/01/2018-inter-agency-field-manual.pdf>
9. Mujica, O. Taller para monitoreo de las desigualdades sociales y analisis de equidad en salud. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Washintong D.C.
10. Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. Observatorio para Medición de Desigualdades en Salud ODES Colombia. Bogotá, D.C. 2014.Imprenta Nacional.
11. Migración Colombia. Venezolanos en Colombia. Corte a 31 de Octubre de 2019 [Internet]. Bogotá D.C.; 2019. Available from: <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/231-infografias-2019/total-de-venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-octubre-de-2019>
12. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Universidad Ces. EPIDAT OPS CES