

Evaluación de las necesidades insatisfechas en

# salud sexual y salud reproductiva

de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la  
frontera colombo-venezolana





## RESUMEN

Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana.

### **Mientras que una de cada 30 personas en el mundo es desplazada o refugiada, en Colombia una de cada 47 personas es migrante venezolana.**

Para finales del 2018, 1.032.016 millones de venezolanos habían migrado a Colombia. Durante el 2018 la población migrante ubicada en los departamentos de la frontera con Venezuela se incrementó casi en un millón (418%). Arauca, Cesar, La Guajira y Norte de Santander recibieron y acogieron casi dos tercios de la población migrante que llegó a Colombia (Gobierno de Colombia, 2018).

### **Los migrantes venezolanos llegan al país con múltiples necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva (SSSR) y pueden enfrentar barreras en el acceso a la atención en salud, por razones de su situación migratoria, discriminación y desinformación.**

El perfil de los migrantes venezolanos es de hombres y mujeres, particularmente en adultos entre los 18 y 59 años. A pesar de la relativa capacidad instalada de las instituciones colombianas, ésta no se traduce en un acceso efectivo y oportuno a servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSSR) para estas mujeres y hombres. Para garantizar el acceso se requieren recursos, así como la eliminación de barreras de acceso para la población migrante. En este sentido, se requieren estrategias de comunicación para confrontar la desinformación acerca de la SSSR. Adicionalmente, es necesario reconocer que, aunque las necesidades en SSSR varían ampliamente, estas son específicas y se incrementan debido a las condiciones de vulnerabilidad derivadas de la situación de crisis migratoria, además de la discriminación experimentada por sus otras identidades antes de ser migrantes. Por ejemplo, existen grandes inequidades entre la migración irregular y pendular cuando se compara con migrantes regulares o en proceso de regularización, los cuales tienen mejores condiciones de acceso al sistema de salud pública. Por esta razón, las respuestas y las intervenciones en SSSR deben ser diferenciadas para acercar los servicios de salud a las necesidades y circunstancias de la población migrante en toda su complejidad.

### **El Paquete Inicial Mínimo de Servicios de Salud Reproductiva (PIMS) debe difundirse ampliamente en Colombia, y particularmente en los lugares de la crisis humanitaria.**

Los flujos masivos migratorios sin preparación o regulación adecuada por parte de los países receptores crean desafíos y riesgos significativos, incluyendo la violación extrema de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Las crisis humanitarias limitan el acceso de mujeres y niñas a la SSSR, lo cual tiene consecuencias en sus vidas que se profundizan en estos escenarios, por ejemplo el embarazo no deseado y la falta de acceso a un aborto seguro, incrementa el riesgo de la morbilidad y mortalidad materna. Adicionalmente, el incremento de todas las formas de violencia basada en género, en el lugar de origen, durante el tránsito, y en el lugar de destino, aumenta también el riesgo de embarazo no deseado, las ITS, incluyendo el VIH, el trauma psicosocial y la demanda de abortos. Sin acceso a servicios de SSSR están en riesgo las vidas de muchas personas, especialmente las de las mujeres y las niñas más vulnerables.

**Los migrantes venezolanos llegan al país con múltiples necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva (SSSR) y pueden enfrentar barreras en el acceso a la atención en salud, por razones de su situación migratoria, discriminación y desinformación.**

**1 de cada 47**

Personas en Colombia es migrante venezolana

**48%**

Hombres (496.413).

**44%**

Mujeres (454.884).

**0.03%**

Personas Transgénero (339).

**7.97%**

Personas sin dato (80.380).

Sin embargo, el número de migrantes venezolanos puede ser mayor.

**93%**

de la población migrante venezolana está concentrada en 12/33 departamentos del país.

**15%**

Niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad  
156.575 Niñas, niños y adolescentes  
77.422 Niñas  
79.101 Niños

**37%**

Adultos jóvenes entre 18 y 29 años de edad  
378.812 Adultos jóvenes  
181.350 Mujeres  
197.314 Hombres

**38%**

Adultos entre 30 y 59 años de edad  
391.930 Adultos  
182.361 Mujeres  
209.440 Hombres

**2%**

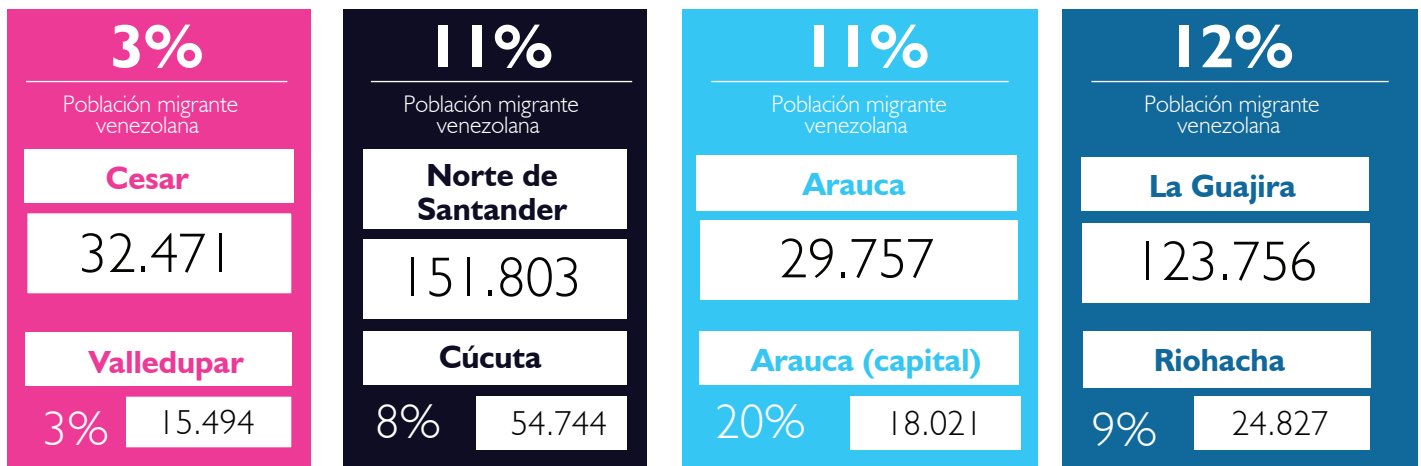
Adultos mayores de más de 60 años de edad  
29.311 Adultos mayores  
13.745 Mujeres  
10.558 Hombres

**8%**

Personas sin datos de edad  
80.380

Fuente: Datos a partir de Migración Colombia, Gobierno de Colombia, Noviembre de 2018.

A continuación se describe el peso poblacional y número absoluto de migrantes por departamento y capital en cuatro lugares de la frontera colombo-venezolana.



Fuente: Datos a partir de Migración Colombia, Gobierno de Colombia, Noviembre de 2018.



A partir de esta investigación fue posible identificar las diez necesidades insatisfechas más urgentes en salud sexual y salud reproductiva en cuatro ciudades en la frontera colombo-venezolana en Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Por lo anterior, el propósito de elaborar esta lista es describir los primeros pasos que se requieren para asegurar el acceso a servicios esenciales de salud sexual, salud reproductiva y materna infantil de los migrantes, dentro de situaciones de crisis humanitaria de manera adecuada, oportuna y con calidad.

### Top-10 Necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades receptoras con alto flujo migratorio en Colombia, 2018.

TOP 10	CÚCUTA NORTE DE SANTANDER	RIOHACHA LA GUAJIRA	VALLEDUPAR CESAR	ARAUCA ARAUCA	
1	Acceso a servicios de planificación			Servicios de aborto seguro y de atención post-aborto	Necesidades más urgentes e inmediatas
2	Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)		Servicios de aborto seguro y de atención post-aborto	Acceso a servicios de planificación	
3	Educación integral para la sexualidad	Prevención del embarazo adolescente y servicios amigables para jóvenes	Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	Acceso efectivo a servicios de salud materno-infantil	
4	Servicios de aborto seguro y de atención post-aborto		Prevención del embarazo adolescente y servicios amigables para jóvenes		Necesidades urgentes
5	Información sobre la oferta de servicios de Salud Sexual y Reproductiva para migrantes	Acceso efectivo a servicios de salud materno - infantil		Atención efectiva e integral de la violencia sexual	
6	Acceso efectivo a tratamiento antirretroviral	Atención efectiva e integral de la violencia sexual		Acceso efectivo a tratamiento antirretroviral	
7	Información sobre servicios para víctimas de violencia sexual		Acceso efectivo en Salud Sexual y Reproductiva para migrantes	Información sobre la oferta de servicios de Salud Sexual y Reproductiva para migrantes	Otras necesidades importantes
8	Protección y prevención de la violencia sexual				
9	Respuesta combinada en atención y tratamiento del VIH	Información sobre la oferta de servicios de Salud Sexual y Reproductiva para migrantes		Información sobre servicios para víctimas de violencia sexual	
10	Prevención del embarazo adolescente y servicios amigables para jóvenes	Respuesta combinada en atención y tratamiento del VIH	Financiación para Salud Sexual y Reproductiva y salud materno-infantil	Educación integral para la sexualidad	

Fuente: Profamilia e 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: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Bogotá, D.C. 2019.



## **Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar**

### Profamilia

Marta Royo, Directora Ejecutiva

### Equipo de Profamilia

Luz Janeth Forero, Gerente de Proyectos e Investigaciones

Juan Carlos Rivillas, Director de Investigaciones

Natalia Acevedo, Directora de Incidencia

Rocío Murad, Coordinadora de Investigaciones Sociodemográficas

Sandra Marcela Sánchez, Coordinadora de Investigaciones Operativa

Andrea Arenas, Coordinadora de Investigación Social

Iván Molano Pulido, Coordinador de Proyectos de Frontera

Mariana Calderón Jaramillo, Analista de Investigación Cualitativa

Daniela Roldán, Analista de Investigación Cualitativa

Juan Sebastián Arteaga, Analista Estadístico

María Ximena Meneses, Analista Estadístico

Gabriel Burbano, Analista de Incidencia

### Observadoras

Betty Rubio (Arauca)

Mónica Hernández (Cúcuta)

Carmén Eduvina García (Riohacha)

Martha Combariza (Valledupar)

Con el apoyo de la Federación Internacional de Planificación Familiar - IPPF

Kathryn Roberts

Olivia O'Connell

Susana Medina Salas

Lindsay McCormack

Christina Alexander

Sonia Gallardo

Bogotá, DC 2019

Código ISBN: 978-958-8164-61-8

Profamilia – Colombia e IPPF. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Bogotá, D.C. 2019.

Todas las fotografías tomadas durante esta investigación y publicadas en este informe abordaron las respectivas consideraciones éticas y uso de consentimientos informados.



"Allá lo hubo, claro, sí hubo un tiempo en que había planificación familiar [en Venezuela], allá se llama planificación familiar y se garantizaba el uso de preservativos, cosas y cuestiones para la reproducción, para evitar embarazos no deseados, [...] pero con el tema de eso, de la crisis, eso ya no, ve [...]".



## PROPÓSITO

Profamilia, con el apoyo de la Federación Internacional de Planificación Familiar - IPPF desarrolló, durante los meses de octubre y noviembre de 2018, una evaluación rápida de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva, con especial énfasis en la violencia basada en género y VIH, en población migrante venezolana en la frontera colombo-venezolana. La información fue recolectada en cuatro ciudades receptoras de una gran proporción de población migrante: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar.

El propósito de la evaluación fue examinar la implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios – PIMS – en salud sexual y salud reproductiva en escenarios de crisis humanitaria, y en el caso específico de Colombia. El informe revela las principales necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva que enfrentan las poblaciones migrantes más vulnerables, en particular niñas y mujeres migrantes irregulares.

El informe describe cómo abordar mejor estas necesidades insatisfechas en cada una de las cuatro ciudades, los determinantes sociales y la complejidad del fenómeno migratorio en Colombia. Este informe también podrá ayudar a focalizar iniciativas de financiación, crear sinergias entre recursos y presupuestos, mejorar la coordinación intersectorial entre las agencias, los sectores del gobierno y las instituciones que están trabajando principalmente en las acciones y respuestas en salud sexual y salud reproductiva en la frontera colombo-venezolana. Así mismo, el informe entrega información rápida sobre los sistemas de referencia y contra referencia, y debe ayudar a amplificar el impacto de diferentes estrategias y programas capaces de mitigar las consecuencias negativas que puede traer el fenómeno migratorio a la salud de las personas.

En noviembre del 2018, el Gobierno de Colombia publicó el documento del Consejo Nacional de Política Económica y social CONPES – 3950, que incluye y combina los lineamientos generales para la respuesta a la migración venezolana con la respuesta nacional que prioriza la migración segura, y garantiza, entre otras cosas, la salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en Colombia. Esta evaluación también puede contribuir con los lineamientos generales para la respuesta del Gobierno.

De igual forma, esta evaluación responde a una de las recomendaciones realizada por el Banco Mundial (2018a) en su informe sobre la movilidad humana venezolana, el cual señala la necesidad de realizar estudios y encuestas de salud en áreas fronterizas. Así mismo, está alineado con los hallazgos de la más reciente publicación de The University College of London-Lancet Commission on Migration and Health (The Lancet, 2018a), que invita al abordaje de la salud de los migrantes de manera positiva y efectiva; incluir a los migrantes en decisiones sobre su salud; elaborar muchos más presupuestos multi-sectoriales; confrontar el racismo y el prejuicio siendo cero tolerante a la xenofobia; promover enfoques diferenciales para llevar los servicios de salud a los migrantes de acuerdo a su edad, género y situación migratoria y no olvidar a aquellos que son menos reconocidos: migrantes indocumentados, migrantes pendulares, personas migrantes con discapacidad, migrantes Trans, minorías Étnicas, y todos aquellos que se encuentran en las condiciones más difíciles.

En este momento crítico de la historia, es necesario entender más seriamente la migración en el contexto de la crisis humanitaria como un determinante social de la SSSR, y crear oportunidades para mejorar la vida de los migrantes venezolanos y el bienestar de las comunidades receptoras, en particular de las niñas y las mujeres en condiciones de extrema vulnerabilidad, como las migrantes irregulares y pendulares. Todos nosotros tenemos mucho trabajo por hacer.

## ÍNDICE DE ABREVIACIONES

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Refugiados  
ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud  
ASIS: Análisis de Situación en Salud  
CSpro: The Census and Survey Processing System  
CUS: Cobertura Universal en Salud  
DNP: Departamento Nacional de Planeación  
D&E: Dilatación y Evaluación  
DIU: Dispositivo Intrauterino  
DSDR: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos  
EPS: Entidades Promotoras de Salud  
IAWG: Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises  
INS: Instituto Nacional de Salud  
IPPF: Federación Internacional de Planificación Familiar  
IPS: Institución Prestadora de Servicios  
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual  
PIMS: Paquete Inicial Mínimo de Servicios en Salud Reproductiva  
MPPS: Ministerio Popular Para la Salud  
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social  
OIM: Organización Internacional para las Migraciones  
ONG: Organizaciones No Gubernamentales  
PBS: Plan de Beneficios en Salud  
PEP: Permiso Especial de Permanencia  
Profamilia: Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana  
RAMV: Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos  
RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud  
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud  
SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social  
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences  
SSSR: Salud Sexual y Salud Reproductiva  
TMF: Tarjeta de Movilidad Fronteriza  
UAESA: Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca  
VBG: Violencia Basada en Género  
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana





# TABLA DE CONTENIDO

PROPÓSITO .....	7
AGRADECIMIENTOS .....	14
INTRODUCCIÓN .....	15
I. METODOLOGÍA .....	19
1.1 Descripción de las herramientas .....	19
1.2 Análisis y triangulación de los datos .....	23
2. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA Y DE LAS ÁREAS GEOGRÁFICAS RECEPTORAS EN COLOMBIA .....	25
2.1 Características demográficas .....	25
2.2 Condiciones socioeconómicas .....	28
2.3 Situación de la salud sexual y salud Reproductiva de la población migrante .....	29
2.3.1 Violencia Basada en Género .....	30
2.3.2 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) .....	31
2.3.3 Aborto .....	32
2.3.4 Salud materno infantil .....	33
2.3.5 Salud Sexual y Salud Reproductiva .....	36

- 3. RESULTADOS** ..... 39
  - 3.1 ¿Qué piensan los migrantes venezolanos sobre la salud sexual y salud reproductiva? ..... 39
  - 3.2 Articulación entre las acciones en salud sexual y salud reproductiva y las organizaciones, y el grado de implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios de Salud Reproductiva (PIMS) ..... 40
    - 3.2.1 Contexto general ..... 42
    - 3.2.2 Acciones y respuestas para abordar la salud sexual y salud reproductiva ..... 44
    - 3.2.3 Acciones y respuestas para abordar la Violencia Basada en Género ..... 47
    - 3.2.4 Acciones y respuestas para la atención y el manejo del VIH ..... 48
  - 3.3 Disponibilidad de Servicios de SSSR en las instalaciones de salud para satisfacer las necesidades de los migrantes ..... 49
    - 3.3.1 Descripción General Sistema de Salud en Colombia ..... 49
    - 3.3.2 Servicios que ofrecen las instituciones y necesidades en SSSR de la población migrante ..... 52
      - 3.3.2.1 Ciudad de Arauca (Arauca) ..... 53
      - 3.3.2.2 Cúcuta, Norte de Santander ..... 57
      - 3.3.2.3 Riohacha, La Guajira ..... 61
      - 3.3.2.4 Valledupar, Cesar ..... 65
- 4. DISCUSIÓN** ..... 70
- 5. ACCIONES Y RESPUESTAS DE PROFAMILIA ABORDANDO LA CRISIS HUMANITARIA EN LA FRONTERA COLOMBO-VENEZOLANA** ..... 73
- 6. RECOMENDACIONES** ..... 75
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** ..... 80
- ANEXO A: MARCO NORMATIVO RESPECTO A LA POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA** ..... 84



# LISTA DE GRÁFICAS

<b><u>Gráfica 1</u></b>	Composición por sexo y edad de los participantes en los grupos focales .....	20
<b><u>Gráfica 2</u></b>	Distribución de los migrantes venezolanos por edad y sexo en Colombia, 2018 .....	27
<b><u>Gráfica 3</u></b>	Causas de la emigración por parte de migrantes venezolanos .....	28
<b><u>Gráfica 4</u></b>	Proporción de mujeres entre los 15 y los 49 años que alguna vez han sufrido violencia sexual por parte de su compañero en Colombia (2015) y Venezuela (2010) .....	30
<b><u>Gráfica 5</u></b>	Acceso a Tratamiento Antirretroviral en Colombia y Venezuela, 2017 .....	31
<b><u>Gráfica 6</u></b>	Número de abortos en Colombia durante el período 2009 - 2018 .....	32
<b><u>Gráfica 7</u></b>	Abortos realizados a mujeres venezolanas y de otros países en Profamilia Colombia, 2017 a 2018 .....	33
<b><u>Gráfica 8</u></b>	Número promedio de nacimientos por mes, de acuerdo con el lugar de residencia de la madre (Venezuela) entre 2012 y 2018 .....	34
<b><u>Gráfica 9</u></b>	Departamentos con los porcentajes más altos de nacimientos de madres venezolanas en Colombia, 2017-2018 .....	35
<b><u>Gráfica 10</u></b>	Indicadores de Salud Materna e Infantil en Colombia y Venezuela .....	35
<b><u>Gráfica 11</u></b>	Proporción de las necesidades insatisfechas en métodos anticonceptivos en Colombia (2015) y Venezuela (2010) .....	36
<b><u>Gráfica 12</u></b>	Mapa de instituciones que prestan servicios de salud sexual y salud reproductiva, violencia basada en género, VIH, y salud materno infantil en la frontera colombo-venezolana, 2018 .....	41
<b><u>Gráfica 13</u></b>	Las 10 principales necesidades insatisfechas en salud sexual, reproductiva y materna e infantil en Arauca, Colombia, 2018 .....	54
<b><u>Gráfica 14</u></b>	Las 10 principales necesidades insatisfechas en salud sexual, reproductiva y materna e infantil en Cúcuta, Colombia, 2018 .....	58
<b><u>Gráfica 15</u></b>	Las 10 principales necesidades insatisfechas en salud sexual, reproductiva y materna e infantil en Riohacha, Colombia, 2018 .....	62
<b><u>Gráfica 16</u></b>	Las 10 principales necesidades insatisfechas en salud sexual, salud reproductiva y materna e infantil en Valledupar, Colombia, 2018 .....	66



## LISTA DE TABLAS

<b><u>Tabla 1</u></b>	Tipo de informantes clave y organizaciones por ciudad .....	21
<b><u>Tabla 2</u></b>	Tipo de instituciones de salud evaluadas por ciudad .....	23
<b><u>Tabla 3</u></b>	Servicios y capacidad instalada que ofrecen las instituciones a población migrante en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana, 2018 .....	52
<b><u>Tabla 4</u></b>	Métodos anticonceptivos entregados en Arauca, Colombia, en el último mes durante la evaluación, 2018 .....	57
<b><u>Tabla 5</u></b>	Métodos anticonceptivos entregados en Cúcuta, Colombia, en el último mes durante la evaluación, 2018 .....	61
<b><u>Tabla 6</u></b>	Métodos anticonceptivos entregados en Riohacha, Colombia, en el último mes durante la evaluación, 2018 .....	65



“Ahí mismo, esas [...] son de Maracaibo y [a] ellas les ha tocado venir hasta a prostituirse, y hay maridos que se vienen “no mi amor vamos que allá nos ponemos a trabajar”, y vamos a ver que las ponen a ellas a prostituirse. Bueno, yo tengo una amiga que por cierto la vi hoy, que su mamá la está vendiendo [...]”.



# AGRADECIMIENTOS

Tanto a Profamilia como a IPPF le gustaría agradecer principalmente a los migrantes venezolanos, niñas y niños, hombres y mujeres jóvenes, y adultos que contribuyeron con su valioso tiempo y compartieron sus historias, intereses y necesidades durante los grupos focales, a pesar de los momentos difíciles que estaban viviendo en el momento en que se llevó a cabo la evaluación en cada una de las ciudades.

Agradecimientos especiales a los prestadores de servicios de salud, las agencias internacionales, los diferentes sectores del gobierno, los gobiernos locales, los profesionales de salud y las comunidades receptoras en Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar, por facilitar la implementación de la evaluación de acuerdo con la metodología propuesta en un tiempo tan corto. Particularmente, a las clínicas de Profamilia en Arauca, Cúcuta y Riohacha, que contribuyeron con el apoyo logístico y administrativo necesario para llevar a cabo los grupos focales y las entrevistas con los participantes de la investigación durante el trabajo de campo. Por último, pero no menos importante, nuestro más sincero agradecimiento a las cuatro observadoras que desarrollaron un gran trabajo creando redes y contactos, así como documentando los procesos para garantizar un exitoso trabajo de campo.

La información aquí presentada es producto del análisis de los datos recolectados durante la evaluación, el cual fue realizado por Mariana Calderón, Daniela Roldán, Ximena Meneses, Juan Sebastián Arteaga y Rocío Murad. Kathryn Roberts, Olivia O'Connell, Susana Medina Salas, Lindsay McCormack (Federación Internacional de Planificación Familiar - IPPF), Marta Royo, Luz Janeth Forero, Natalia Acevedo y Juan Carlos Rivillas (Profamilia-Colombia) revisaron la totalidad del informe y contribuyeron de manera significativa con la estructura y contenidos del documento final. Rocío Murad contribuyó de manera importante con apoyo técnico y administrativo.

Mariana Calderón, Daniela Roldán, Juan Carlos Rivillas y Kathryn Roberts apoyaron el proceso editorial, y Ximena Meneses diseñó y editó todos los gráficos. Juan Carlos Rivillas y Kathryn Roberts coordinaron la realización de toda la evaluación.

El proyecto fue financiado en parte por la Federación Internacional de Planificación Familiar - IPPF.

Este trabajo es producto de la colaboración entre IPPF y Profamilia - Colombia.



# INTRODUCCIÓN

Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos hacen parte integral de los Derechos Humanos de todas las personas, su violación en cualquier momento, y particularmente en los contextos de crisis humanitaria profundiza el sufrimiento y puede llevar a la muerte de los migrantes y refugiados. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño y mecanismos humanitarios internacionales como la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares, establecen que a todas las personas, sin distinción de raza, género, edad, país de origen o status migratorio se les deben respetar sus Derechos y libertades fundamentales. Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos han sido reconocidos como derechos humanos y fundamentales, que se encuentran vinculados con el derecho a la dignidad, la autonomía, la salud, la libertad y la vida. En el caso de los migrantes, estos derechos son a menudo violentados debido a que sus condiciones los exponen a una vulnerabilidad extrema frente a diferentes formas de violencia, explotación y discriminación.

De acuerdo con el Gobierno de Colombia para el 2021, si la situación en el vecino país empeora, el número de migrantes venezolanos viviendo en el país podría llegar hasta cuatro millones. Colombia es el segundo país en el mundo con la mayor cantidad de población venezolana, después de Venezuela: cerca de un millón y medio de migrantes venezolanos viven en Colombia (Migración Colombia, 2018). Durante los procesos de migración muchas de las necesidades básicas son insatisfechas: vivienda, alimentación, salud, protección, empleo y educación. Estas necesidades insatisfechas crean dinámicas que afectan de manera directa los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de los migrantes, especialmente de las mujeres, las niñas y niños. Esto se refleja en el aumento de la violencia sexual, la limitada disponibilidad de métodos anticonceptivos, un mayor número de embarazos no deseados, el incremento de las tasas de abortos inseguros y de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre otras cosas. Además, las mujeres embarazadas no tienen acceso efectivo y suficiente a servicios de promoción y prevención, y en muchos casos han enfrentado complicaciones a la hora de registrar a sus hijos como ciudadanos colombianos.

Los migrantes tienden a enfrentarse a numerosas dificultades en el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSSR). Esto puede ser causado por condiciones como la falta de recursos, el carácter variante e incierto de los contextos de trabajo, la falta de información de calidad y, en muchos casos, el estatus irregular de migración. Muchos migrantes temen enfrentarse a difíciles consecuencias migratorias, por ejemplo la deportación. La regulación colombiana ha permitido que los migrantes legales o regulares accedan a servicios de salud de emergencia, pero en la práctica muchos migrantes han sido rechazados por los prestadores de servicios de salud por razones económicas, desconocimiento del flujo de las fuentes de financiación en salud en el nivel local, falta de comunicación o de xenofobia.

**La regulación colombiana ha permitido que los migrantes legales o regulares accedan a servicios de salud de emergencia, pero en la práctica muchos migrantes han sido rechazados por los prestadores de servicios de salud por razones económicas, desconocimiento del flujo de las fuentes de financiación en salud en el nivel local, falta de comunicación o de xenofobia.**



La violación de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de los migrantes tiene serias consecuencias, que incluyen, entre otras, la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal prevenible; las consecuencias evitables de los embarazos no deseados, como las muertes por abortos inseguros; las de la violencia sexual, como los embarazos no deseados, el aumento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y de la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y trauma que puede causar problemas de salud mental, incluidas la depresión, la ansiedad y la sensación de perder el control sobre sus vidas. Sin embargo, existen maneras para abordar estos derechos de manera ética y mejorar las oportunidades de realización personal para muchos hombres y mujeres migrantes.

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y Profamilia, comprometidas con el desarrollo sostenible a través de la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, llevaron a cabo una evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en el actual contexto de crisis humanitaria.

La evaluación se apoyó en la aplicación de la caja de herramientas desarrollada por Inter-Agency Working Group de Salud Reproductiva en Crisis (IAWG), con el propósito de evaluar la disponibilidad del Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS) de Salud Reproductiva en situaciones de crisis. Esta caja de herramientas combina el uso de instrumentos cuantitativos y cualitativos aplicados a: por un lado, instituciones prestadoras de servicios de salud a población migrante venezolana; líderes clave en salud sexual y salud reproductiva, violencia basada en género y VIH; por otro lado, grupos focales con población migrante venezolana. Estos instrumentos han sido aplicados en otros contextos de crisis humanitaria como Chad (2004), Indonesia (2005), Kenia (2008), Haití (2011), Jordania (2013) y Nepal (2015). Sin embargo, esta representó la primera oportunidad de aplicar la caja de herramientas en un país latinoamericano, lo cual significó una serie de retos en términos de su traducción, adaptación y abordaje en el contexto colombiano.

La evaluación identificó numerosas organizaciones nacionales e internacionales trabajando para satisfacer las necesidades esenciales de salud de la población migrante venezolana. Sin embargo, durante la evaluación, llamó la atención el carácter desarticulado de las respuestas de las diferentes organizaciones en el territorio; la limitada apropiación, entrenamiento, y el grado de implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS) de Salud Reproductiva en situaciones de crisis; así como las múltiples y profundas necesidades insatisfechas en SSSR con las cuales la población migrante llega a Colombia. Particularmente, las niñas y las mujeres se enfrentan a menudo a grandes inequidades en el acceso continuo a métodos anticonceptivos y servicios de aborto, información de alta calidad, salud mental, protección y atención de todas las formas de violencia basada en género, a las cuales se ven expuestas cuando migran. Adicionalmente, en Venezuela las personas no cuentan con acceso universal a muchos de estos servicios, lo cual implica que los migrantes llegan a Colombia con una demanda insatisfecha de SSSR, donde enfrentan barreras de acceso que aumentan el riesgo de resultados negativos





Este informe describe las necesidades insatisfechas en SSSR en las cuatro ciudades seleccionadas, y se estructura a través de seis secciones. Primero, se presenta la metodología utilizada durante la evaluación. Segundo, se presenta la caracterización de la población migrante venezolana y de las comunidades receptoras. Tercero, se presentan los principales resultados de la evaluación basados en el contexto general y específico, y se analiza el grado de implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS) y las necesidades en SSSR. La cuarta sección presenta la discusión basándose en los hallazgos en las cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. En la quinta, se describe la respuesta de Profamilia a la crisis humanitaria en la frontera. Finalmente, el documento entrega una selección de las recomendaciones y los mensajes claves para abordar las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana.

Vale la pena mencionar que el Anexo A describe de manera breve el marco normativo para la migración y la provisión de servicios de salud en emergencias, en el contexto colombiano.



“(…) aquí los colombianos están diciendo que uno, como las mujeres como tal, estamos trayendo infecciones, enfermedades de Venezuela hacia acá, que estamos con el VIH, con el SIDA, que con la gonorrea, que esto y que lo otro”.



# I. Metodología

La evaluación fue realizada a través de la implementación de la caja de herramientas desarrollada por Inter-Agency Working Group (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Crisis Humanitaria. Para evaluar el Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS) en Salud Reproductiva en crisis, esta caja de herramientas combina el uso de herramientas cuantitativas y cualitativas que fueron aplicadas de la siguiente manera: i) Revisión de literatura; ii) Entrevistas con personas clave en salud sexual y salud reproductiva, violencia basada en género, y VIH; iii) Evaluaciones a las instituciones que prestan servicios de salud a la población migrante venezolana; y iv) Grupos focales con la población migrante.

La aplicación de la caja de herramientas del IAWG hizo posible la recolección de información de diferentes fuentes de información para construir una mirada panorámica de las necesidades en salud sexual y salud reproductiva, los servicios de atención en salud y las barreras más comunes de acceso. Una de las fortalezas de este análisis es que varias fuentes entregaron resultados similares, la segunda es su sensibilidad a los servicios de salud prestados, y finalmente, su capacidad para sintetizar información diferente en una perspectiva especialmente enfocada en las necesidades de los migrantes.

Por otro lado, el proceso de traducción y adaptación de la caja de herramientas representó importantes desafíos debido a las particularidades de la crisis migratoria venezolana. En primer lugar, la caja de herramientas del IAWG fue elaborada bajo la idea de que los refugiados generalmente se encuentran concentrados en campamentos o asentamientos urbanos. Sin embargo, los migrantes venezolanos pueden ser encontrados en diferentes áreas y las instalaciones que prestan servicios de salud no están ubicadas necesariamente en lugares cercanos a sus asentamientos urbanos. Otra limitación tiene que ver con el proceso de selección de las instalaciones de salud y de los sujetos que iban a participar de la evaluación. Es importante mencionar que en algunos casos las personas que hacían parte de las instalaciones de salud y las organizaciones no estuvieron dispuestas a participar de la evaluación, por razones de tiempo para completar la entrevista o debido a las percepciones negativas sobre los procesos de evaluación en general.

## I.1 Descripción de las herramientas

El proceso de recolección fue llevado a cabo por cuatro miembros técnicos del personal de Profamilia y cuatro observadoras entrenadas para llevar a cabo la implementación de la evaluación. El proceso tomó un mes y fue conducido mediante una estrategia multifocal. Las herramientas usadas están descritas de manera detallada a continuación.

**La aplicación de la caja de herramientas del Inter-Agency Working Group (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Crisis Humanitaria IAWG hizo posible la recolección de información de diferentes fuentes de información para construir una mirada panorámica de las necesidades en salud sexual y salud reproductiva, los servicios de atención en salud y las barreras más comunes de acceso que sufren los migrantes venezolanos en Colombia.**

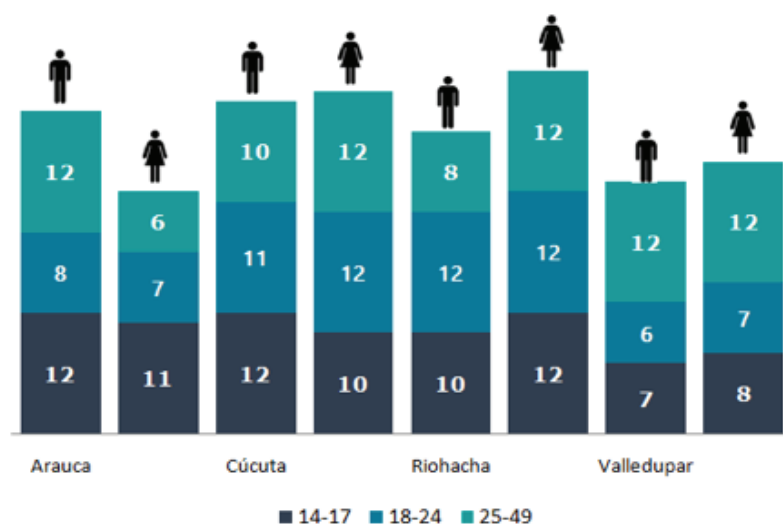
## Revisión de la literatura

Este proceso fue construido mediante la búsqueda y recolección de diferentes fuentes de información y evidencias en todos los niveles (global, nacional y local) y permitió identificar información significativa sobre el contexto sociodemográfico y socioeconómico de los migrantes, así como las principales características de los territorios a los que llegan. Esta revisión fue la fuente principal para el análisis presentado en la sección que lleva el título de “Caracterización de la población migrante venezolana y de la población receptora”. Adicionalmente, la revisión de literatura entregó una perspectiva comparativa de las necesidades en salud sexual y salud reproductiva tanto en Colombia como en Venezuela. Los Gráficos usados en esta sección se basan en datos reportados por los gobiernos, las ONGs, investigadores y Profamilia.

## Grupos focales

Los grupos focales fueron realizados en cada ciudad por un entrevistador y una observadora. En total se realizaron 24 grupos focales segregados por género, entre hombres y mujeres, y por tres grupos etarios, entre los 14 y los 17 años, entre los 18 y los 24 años, y entre los 25 y los 49 años. Se realizaron seis grupos focales en cada ciudad y dos por cada grupo de edad. La gráfica I muestra el número de participantes de la investigación por ciudades, desagregado por edad y sexo.

**Gráfica I** Composición por sexo y edad de los participantes en los grupos focales



Fuente: Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Profamilia- IPPF, 2019.

Vale la pena mencionar que las herramientas para los grupos focales utilizadas con personas mayores de 18 años corresponden a las contenidas en la caja de herramientas del IAWG, mientras que las herramientas para jóvenes y adolescentes fueron ajustadas, con base en una lista de temas recomendados por IAWG y Profamilia. El proceso de selección de los participantes se realizó con base a la capacidad de las clínicas de Profamilia y su relación con la población migrante en el área geográfica de interés; para participar se buscó la autoidentificación de las personas como migrantes y adicionalmente se obtuvo un asentimiento informado (para los menores de 18 años) o un consentimiento informado (para los mayores de 18 años).

En Cúcuta, los participantes fueron invitados a una de las instalaciones de salud que prestan servicios para migrantes “Las Margaritas”, mientras que en Valledupar los grupos focales fueron realizados en la estación de bus donde algunos de los migrantes están viviendo y trabajando. En el caso de Arauca, los participantes fueron seleccionados con ayuda de líderes locales. Finalmente, en Riohacha el proceso fue apoyado por la Secretaría Departamental de Salud.

### Entrevistas a personas clave

La caja de herramientas del IAWG tiene tres herramientas diferentes para las entrevistas a informantes clave: en SSSR (general), VBG y VIH. Los participantes de la investigación fueron seleccionados basados en un mapeo previo de las personas a cargo en los territorios. El objetivo era lograr entrevistar entre cuatro y seis personas clave en cada una de las áreas geográficas y al menos a una persona clave por cada herramienta. Esta meta fue alcanzada en todas las ciudades excepto en Valledupar, esto probablemente por la limitada red de prestadores e instituciones abordando las necesidades en salud de los migrantes venezolanos en esta ciudad. En total, 23 personas de 14 organizaciones participaron de las entrevistas. Según el tipo de entrevista, 10 respondieron la encuesta general de SSSR, seis la de VBG, y siete la de VIH. La Tabla 1 muestra el tipo de entrevistados y las organizaciones a las que pertenecen por ciudad.

**Tabla 1** Tipo de instituciones de salud evaluadas por ciudad

	Tipo de persona clave	Ciudad	Organización
1	General SSSR	Arauca	El Bosque – Punto de Salud
2	General SSSR	Arauca	Profamilia
3	General SSSR	Arauca	UAESA
4	General SSSR	Cúcuta	Profamilia
5	General SSSR	Cúcuta	IRC
6	General SSSR	Riohacha	Profamilia
7	General SSSR	Riohacha	Cruz Roja
8	General SSSR	Riohacha	Secretaría Distrital de Salud

9	General SSSR	Valledupar	Secretaría Municipal de Salud
10	General SSSR	Valledupar	Secretaría Departamental de Salud
11	Violencia Basada en Género	Arauca	SJR – Servicio Jesuita de Refugiados
12	Violencia Basada en Género	Arauca	Mesa Departamental de Víctimas
13	Violencia Basada en Género	Cúcuta	ACNUR
14	Violencia Basada en Género	Cúcuta	IRC- International Rescue Committee
15	Violencia Basada en Género	Riohacha	Profamilia
16	Violencia Basada en Género	Riohacha	Cruz Roja
17	Violencia Basada en Género	Valledupar	Fundación Casa de la Mujer
18	VIH	Arauca	UAESA- Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca
19	VIH	Cúcuta	Fundación Censurados
20	VIH	Cúcuta	Aids Healthcare Foundation (AHF)
21	VIH	Riohacha	Cruz Roja
22	VIH	Riohacha	Profamilia
23	VIH	Riohacha	Oficina Distrital de Salud

Fuente: Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo- venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Profamilia- IPPF, 2019.

## Evaluaciones a instalaciones de salud

La evaluación a las instalaciones de salud estuvo orientada por el interés de valorar las instituciones que están prestando servicios de salud para población migrante. A su vez, algunas técnicas de muestreo fueron combinadas para la selección de aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud a ser evaluadas, como se describe a continuación. En primer lugar, se realizó un ejercicio previo de mapeo para identificar las instalaciones de salud en el lugar; este mapeo fue complementado por la información recolectada en los grupos focales, especialmente con aquellos servicios de salud que los migrantes identificaban y a los que asistían. En segundo lugar, se aplicó una estrategia de muestreo no probabilístico por redes para encontrar diferentes tipos de instalaciones de salud. Es importante mencionar que, con el propósito de identificar brechas, barreras y necesidades insatisfechas, se llevó a cabo una selección de diferentes tipos de instalaciones de salud.

En total, 21 instalaciones de salud fueron evaluadas en las cuatro ciudades; ocho son instituciones públicas, ocho pertenecen a organizaciones no gubernamentales, cuatro son instituciones privadas y una institución es mixta. Los nombres de las instituciones de salud que participaron de ésta evaluación fueron anonimizados durante el análisis con la intención de evitar sesgos.

**Tabla 2** Tipo de instituciones de salud evaluadas por ciudad

	Ciudad	Nombre	Tipo de instalación	Naturaleza
1	Arauca	Patrulla Aérea Civil Colombiana	Brigada Móvil	ONG
2	Arauca	Meridiano 70	Centro de atención en salud	Pública
3	Arauca	Cruz Roja Colombiana	Punto de atención en Salud	ONG
4	Arauca	Unicef	Brigada Móvil	ONG
5	Arauca	Hospital San Vicente Arauca	Hospital Departamental	Pública
6	Cúcuta	Unidad Básica de Comuneros ESE	Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS	Privada
7	Cúcuta	Hospital Jorge Cristo	Hospital Local	Pública
8	Cúcuta	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)	Punto de atención en Salud	Alianza público-privada
9	Cúcuta	IPS Centro de Salud Puerto Santander	Centro de atención en salud	Público
10	Cúcuta	Unidad Básica Puente Barco Leones	Hospital Local	Público
11	Cúcuta	Cruz Roja Colombiana	Brigada Móvil	ONG
12	Riohacha	Malteser Colombia	Brigada Móvil	ONG
13	Riohacha	Hospital Departamental Nuestra Señora de los Remedios	Hospital Departamental	Pública
14	Riohacha	Cruz Roja Colombiana	Punto de atención en Salud	ONG
15	Riohacha	Americares	Punto de atención en Salud	ONG
16	Riohacha	Profamilia	Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS	Privada
17	Valledupar	Fundación de Acción Humanitaria soy tu amigo	Fundación	Privada
18	Valledupar	Confacesar	Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS	Privada
19	Valledupar	Secretaría de Salud Municipal	Secretaría Municipal	Público
20	Valledupar	Hospital Rosario Pumaraje de López	Hospital Departamental	Público
21	Valledupar	Cruz Roja Colombiana	Punto de atención en Salud	ONG

Fuente: Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo- venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Profamilia- IPPF, 2019.

## 1.2 Análisis y triangulación de los datos

La entrada de los datos fue procesada mediante el Census and Survey Processing System (CSpro), los datos recolectados mediante las entrevistas a informantes clave y las evaluaciones a las instalaciones de salud fueron grabados usando el Package for the Social Sciences Software (SPSS), y los datos recolectados a partir de los grupos focales de discusión fueron codificados y analizados usando el software N-Vivo. El análisis y la triangulación de los datos fueron realizados por el uso de dos software específicos, con el fin de lograr la complementariedad de los resultados cualitativos y cuantitativos.



“Donde me estoy quedando yo, cerquita al lado hay una [mujer embarazada], que tiene siete meses, se va para Venezuela porque aquí no la quieren atender. (...) Va a dar a luz allá en Venezuela, para poderlo presentar allá en Venezuela, porque los dos son venezolanos”.



## 2. Caracterización de la población migrante venezolana y de las áreas geográficas receptoras en Colombia.

La caracterización de la población migrante venezolana y de las áreas receptoras en Colombia se realizó a partir de los boletines estadísticos del Ministerio de Relaciones Exteriores (2016, 2017 y 2018), el registro de entradas y salidas internacionales recolectadas durante el ejercicio de control migratorio, artículos de investigación y la información de Profamilia sobre la frontera colombo-venezolana. Cabe destacar que no existe un monitoreo sistemático y exacto de la cantidad de migrantes que ingresan al país por puntos no autorizados y que la naturaleza no documentada de este tipo de migración hace que no sea posible conocer la verdadera magnitud del fenómeno.

Las actuales condiciones sociales y económicas de Colombia y en especial de las áreas receptoras, representan grandes retos para la configuración de un escenario favorable que garantice adecuadas condiciones de habitabilidad, educación, empleo, salud, inclusión y protección social, así como retos de convivencia y cohesión social. Adicionalmente, las necesidades prioritarias de la población migrante venezolana están relacionadas con falta de empleo y de recursos para transporte, alimentos, higiene básica, ropa, alojamiento, servicios básicos de salud y acceso a medicamentos esenciales.

Esta sección está estructurada de la siguiente forma: en primer lugar, se describen las características demográficas; en segundo lugar, las características socioeconómicas de la población migrante venezolana; y finalmente, se describe el estado de la salud sexual y la salud reproductiva.

### 2.1 Características demográficas

Colombia es el segundo país del mundo con más venezolanos, después de Venezuela: cerca de un millón y medio de migrantes venezolanos están viviendo en Colombia (Migración Colombia). El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR), y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) anunciaron que el número de refugiados y migrantes venezolanos a nivel mundial ha alcanzado los tres millones (ACNUR, 2018). De acuerdo con los datos de las autoridades nacionales de migración y otras fuentes de información, los países de América Latina y el Caribe han recibido un estimado de 2,4 millones de refugiados y migrantes de Venezuela, mientras que las demás regiones del mundo reciben al resto. Colombia tiene el número más alto de refugiados y migrantes venezolanos, un total de más de un millón; seguido por Perú (más de medio millón), Ecuador (más de 220.000), Argentina (más de 130.000), Chile (más de 100.000), Panamá (alrededor de 94.000) y Brasil (aproximadamente 85.000) (ACNUR, 2018; Migración Colombia, 2018).

Durante el 2018, la proporción de migrantes venezolanos se incrementó en un 418% (769.762 migrantes venezolanos) comparado con el 2017 (184.087 migrantes venezolanos). Aproximadamente, 1.032.012 personas han ingresado a Colombia desde Venezuela con intención de permanencia. Los datos desagregados permiten identificar cuatro dinámicas migratorias: migración de retorno, migración regular en tránsito, migración regular pendular y migración irregular con vocación de residencia (Banco Mundial, 2018). Respectivamente, 300.000 son colombianos que retornaron, de los cuales 2.017 son víctimas del conflicto interno armado colombiano; 573.502 son venezolanos con estatus migratorio regular (es decir, que tienen Visa Permiso Especial de Permanencia- PEP) (MSPS, 2018). Además, 240.416 están en proceso de regularizar su permanencia (se registraron en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos – RAMV y están en proceso la expedición de su PEP); 218.098 tienen estatus de migración irregular, incluyendo a aquellos que superaron el tiempo de permanencia y quedaron en condición irregular o aquellos que ingresaron por pasos no autorizados o “trochas”. Cerca del 93% de la población migrante venezolana se encuentra concentrada en 12/33 departamentos del país (Migración Colombia, 2018).

Sin embargo, existe también un número no conocido de personas que han cruzado la frontera sin documentación y no se han registrado con ninguna autoridad después de su llegada. Asimismo, el fenómeno migratorio es a veces pendular, cuando los migrantes llegan motivados por la búsqueda de oportunidades de empleo, alimentación o servicios de salud, pero regresan a Venezuela después de lograr una meta particular, satisfacer una necesidad básica específica, o porque quieren retornar. De acuerdo con el Gobierno colombiano, para el 2021 podría haber más de 4 millones de migrantes venezolanos viviendo en Colombia si la situación del país vecino llegara a empeorar (Reuters, 2018).

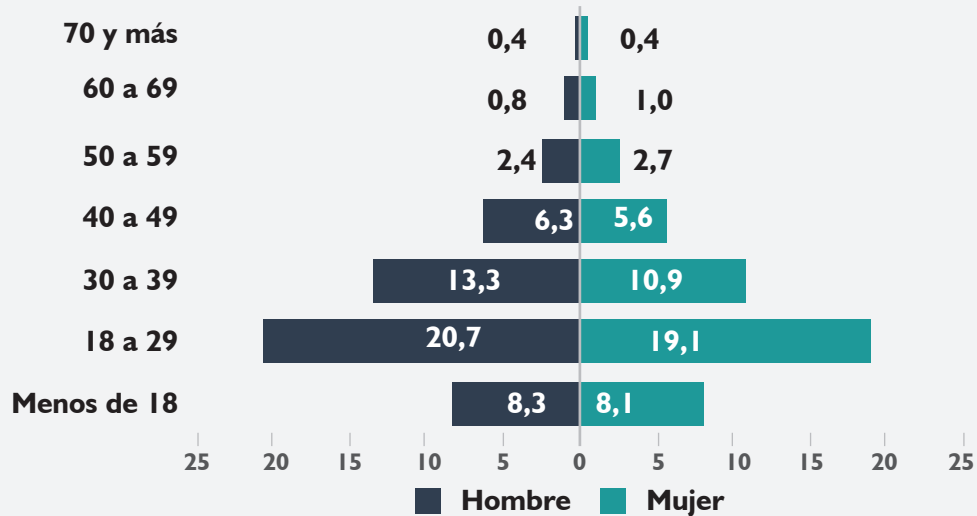
Vale la pena mencionar que se ha emitido un total de 1.624.915 Tarjetas de Movilidad Fronteriza – TMF y que aproximadamente 919.142 venezolanos han hecho tránsito por Colombia hacia otro país, principalmente Ecuador y Perú. En promedio, 30 mil venezolanos con TMF ingresan diariamente a Colombia para adquirir medicamentos, acceder a servicios de educación, salud y a medicamentos esenciales, o a hacer compras en áreas fronterizas, retornando pronto a sus hogares en Venezuela (Migración Colombia, 2018).

Datos desagregados por características sociodemográficas, permiten conocer el perfil de los hombres y mujeres que migran a Colombia. El 48% de los venezolanos que han entrado a Colombia en este flujo migratorio son hombres (496.231), 44% son mujeres (454.884), 0,03% son personas transgénero (399) y el 7,97% no tienen registro de sexo (Ministerio de Asuntos Exteriores, 2018); 33.994 pertenecen a alguna comunidad étnica como se describe a continuación: 26.572 son indígenas, 6.150 afrodescendientes, 1.065 raizales y 2.017 son Rom (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, 2018).

El Gráfico 2 presenta la distribución demográfica por sexo y por edad de la migración venezolana en Colombia.

**Las áreas receptoras de gran parte de la migración han experimentado dificultades socioeconómicas desde antes de la llegada de los migrantes venezolanos, debido al conflicto armado interno, el subdesarrollo histórico, la falta de oportunidades y profundas inequidades sociales.**

**Gráfica 2** Distribución de los migrantes venezolanos por edad y sexo en Colombia, 2018.



Fuente: Elaborada por los autores con datos del Ministerio de Relaciones Exteriores: Todo lo que quiere saber sobre la migración venezolana. 2018.

Los datos desagregados por sexo, edad y ubicación geográfica son esenciales para entregar una base de evidencia robusta que ofrezca respuestas eficientes y efectivas en política e intervenciones programáticas que aborden las necesidades en SSSR de los grupos vulnerables, así como para ayudar a asegurar “que nadie se está dejando atrás”, en particular, las niñas y las mujeres jóvenes en los escenarios con mayores desventajas dentro de la crisis humanitaria ocasionada por la migración.

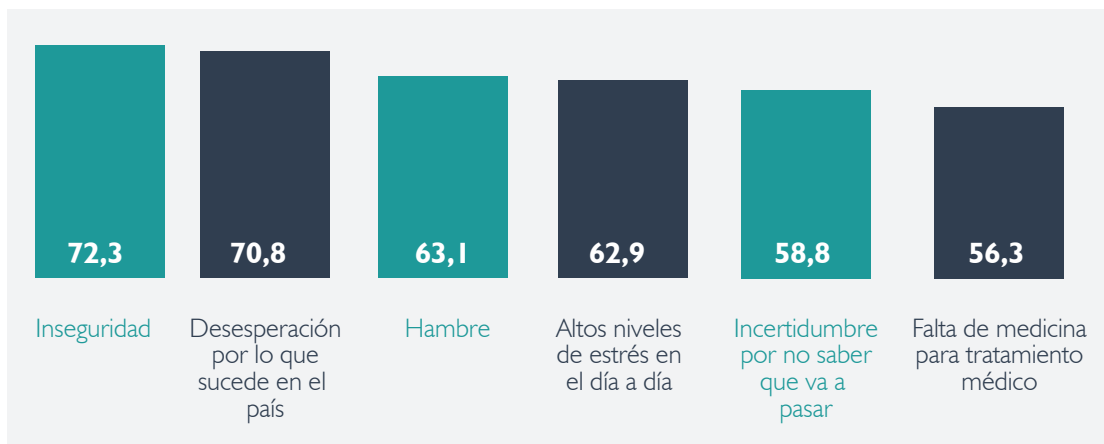
Existen varias similitudes entre ambos países: en Venezuela y en Colombia la mayoría de la población habla español y predomina la religión católica; no obstante, en algunos de los municipios receptores de los mayores contingentes de inmigrantes venezolanos hay una alta concentración de población indígena y predominan otras lenguas y creencias. En particular, entre estos se encuentran el Wayuu en La Guajira y Yukpa en la Serranía del Perijá en la frontera entre Cesar y Norte de Santander (MSPS, 2018). Estas condiciones sociodemográficas específicas y las características culturales de las comunidades receptoras, deben ser tenidas en cuenta debido al hecho de que la llegada de los migrantes pueden exacerbar la exclusión social, el estigma por falta de comprensión, la falta de empatía y solidaridad, así como sentimientos xenofóbicos que ya existen en estos territorios.

## 2.2 Condiciones socioeconómicas

Esta sección presenta una mirada panorámica de las condiciones socioeconómicas de la población migrante venezolana en Colombia. Entre las causas más importantes de migración se encuentran: inseguridad (72,3%), desesperanza (70,8%) y hambre (63,1%) (Bermúdez et al., 2018). La Gráfica 3 muestra las diferentes causas de la migración reportadas.

Estas razones pueden cambiar, pero están principalmente relacionadas con las condiciones en el país de origen, donde se generan factores de expulsión en Venezuela, más que factores de atracción en Colombia para las personas que migran.

**Gráfica 3** Causas de la emigración por parte de migrantes venezolanos



Fuente: Elaborada por los autores con base en el Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran, Bermúdez et al. 2018.

Los municipios de Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar son capitales departamentales que acogen un importante número de población migrante venezolana. Sus indicadores socioeconómicos revelan importantes brechas sociales: niveles de pobreza multidimensional superiores al 40%, bajo logro educativo, rezago escolar, bajo nivel de acceso a servicios para la primera infancia, altos índices de empleo informal y de dependencia económica; todas estas son las principales barreras que enfrentan estos municipios para reducir la pobreza (DNP, 2015).

Adicionalmente, estas áreas receptoras han experimentado dificultades socioeconómicas desde antes de la llegada de los migrantes venezolanos, debido al conflicto armado interno, el subdesarrollo histórico y profundas inequidades sociales. Por ejemplo, La Guajira y Arauca no cuentan con servicios de acueducto y alcantarillado en comparación con Cúcuta y Valledupar. En otras palabras, las áreas receptoras no tienen acceso suficiente a servicios básicos como agua potable, saneamiento adecuado, electricidad y viviendas en condiciones adecuadas, lo cual trae como resultado niveles de pobreza más altos que el promedio nacional (Banco Mundial, 2018a). Los migrantes



y las comunidades receptoras están expuestas a condiciones que no son sanitarias y a un acceso deficiente a agua potable (MSPS, 2018), en particular los caminantes, las personas viviendo en asentamientos fuera de las áreas urbanas, en las calles o como habitantes de calle; este es el caso especial en La Guajira y Arauca, porque no existen, o existen muy pocos servicios básicos, lo cual genera un mayor riesgo de deterioro de las condiciones de salud (OMS y OPS, 2018a).

En Colombia, más del 60% de la población migrante venezolana está en edad de trabajar y aspira a incorporarse a la población económicamente activa de Colombia (Banco Mundial, 2018a); de igual forma, entre quienes trabajan en la informalidad reciben menos de un salario mínimo mensual y aproximadamente el 20% ha sido víctima de explotación económica y laboral (MSPS, 2018). Los ingresos de esta población son insuficientes para cubrir los requerimientos nutricionales, y muchos están experimentando tal grado de inseguridad alimentaria, que se ven obligados a reducir el número de comidas y el tamaño de las porciones.

Recientemente, el servicio doméstico y los trabajos de cuidado comienzan a ser una alternativa laboral para muchos migrantes venezolanos, particularmente para las niñas y las mujeres (Arbeláez Jaramillo, 2018). Desafortunadamente, en Colombia, estas oportunidades laborales hacen parte de la economía informal, debido a la falta de condiciones de seguridad social, la exclusión social y la falta de oportunidades. Este es el resultado de inequidades, la ausencia de redes sociales, las dificultades para recibir cuidado, la limitada información de alta calidad, y la falta de acceso al sistema de protección social durante su llegada y permanencia. En consecuencia, estas personas pueden ser forzadas a trabajar jornadas más largas por salarios más bajos, debido a su desconocimiento general del lugar de llegada, o por las condiciones de migrante que las impulsan a aceptar estas condiciones.

Por otro lado, el reclutamiento forzoso, tanto para actividades ilícitas de narcotráfico como para hacer parte de los grupos armados ilegales o para el trabajo sexual en las zonas de conflicto, existe el fenómeno de la trata en Colombia y Venezuela (Vargas et al., 2011). En Colombia existe, la trata de personas con fines de explotación sexual de adultos y explotación sexual comercial infantil. La trata con fines de trabajo forzado incluye niñas, niños, adolescentes, jóvenes y adultos, incluyendo el trabajo en fábricas y restaurantes, el trabajo infantil en agricultura, minas y ladrilleras, y el trabajo doméstico. La trata de personas en la modalidad de servidumbre incluye la mendicidad, el matrimonio servil y la servidumbre por deuda siendo la mendicidad de niños, niñas, adolescentes, la más común en el país (Vargas, et al, 2011). En 2018, los registros muestran 198.900 víctimas venezolanas de las cuáles 70% son mujeres, y 25% niños de 7 a 14 años (Embajada del Reino Unido, Asociación Civil Paz Activa y Observatorio del Delito Organizado, 2018). La vulnerabilidad de los migrantes, especialmente de los irregulares, aumenta el riesgo de sufrir estas formas de explotación.

### 2.3 Situación de la salud sexual y salud reproductiva de la población migrante

Esta sección presenta una descripción breve de la salud sexual y salud reproductiva de la población migrante. La información se presenta de forma comparativa, con el objetivo de mostrar las diferencias y las similitudes del estado de la salud en Colombia y Venezuela. Los temas principales son descritos en el siguiente orden: violencia basada en género, VIH, aborto, salud materno infantil, y SSSR.

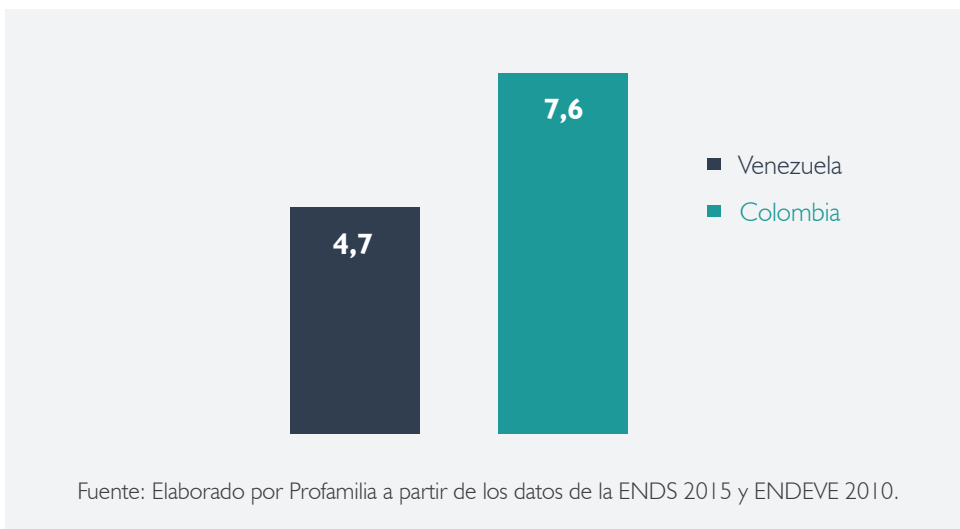
**La vulnerabilidad de los migrantes, especialmente de mujeres, niñas y niños irregulares, aumenta el riesgo de sufrir fácilmente trata de personas con fines de explotación sexual de adultos y explotación sexual comercial infantil.**

### 2.3.1 Violencia basada en género

Durante la migración, la migración forzada y el desplazamiento, las probabilidades de sufrir violencia sexual y VBG se incrementan, en particular para las niñas y las mujeres más jóvenes. Es importante destacar que no hay suficiente información reciente disponible sobre las formas de violencia a las que están expuestas las mujeres venezolanas en su país. De acuerdo con el “Informe sobre Venezuela” correspondiente a la 26ª Ronda del Examen Periódico Universal, en 2010 cerca de la mitad de las mujeres venezolanas alguna vez unidas ha sufrido violencia por parte de su pareja en algún momento de su vida, y la violencia sexual afecta a una de cada 50 mujeres a lo largo de la vida y a una de cada 30 en el último año (PLAFAM y SRI, 2016).

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud reportó que las atenciones por violencia de género a las migrantes venezolanas aumentaron en un 207%, pasando de 71 casos en 2017 a 218 casos en 2018 (MSPS, 2018). Se esperan más casos de VBG pero el subregistro por estigma, miedo a la deportación o falta de acceso a servicios de salud dificultan determinar la magnitud real del problema (Banco Mundial, 2018). La gráfica 4 muestra las proporciones de mujeres entre los 15 y los 49 años que han sufrido alguna violencia sexual por parte de su compañero en Colombia 2015 (7,6%) y en Venezuela 2010 (último registro disponible: 4,7%).

**Gráfica 4** Proporción de mujeres entre los 15 y los 49 años que alguna vez han sufrido violencia sexual por parte de su compañero en Colombia (2015) y Venezuela (2010)



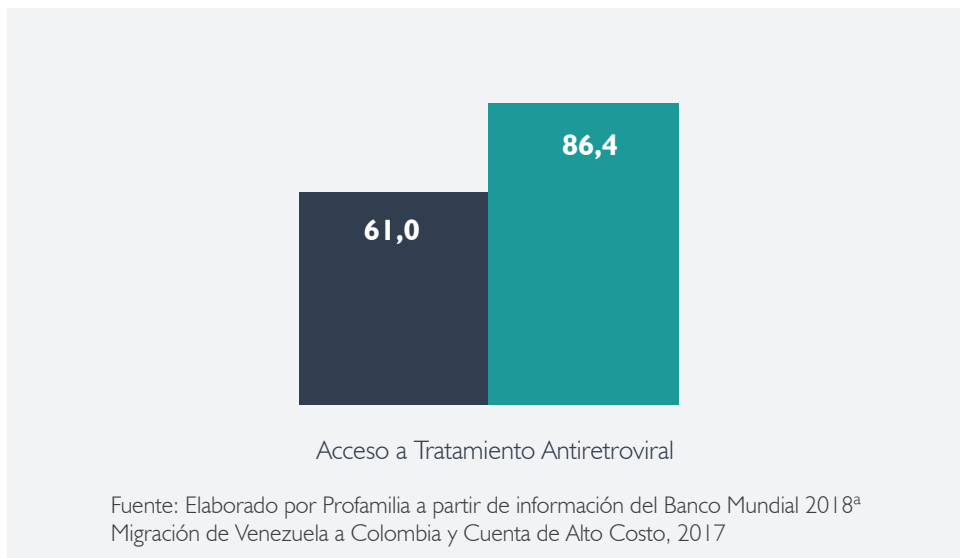
El 64,1% de las mujeres colombianas actualmente o alguna vez unidas ha sufrido de algún tipo de violencia psicológica por parte de su pareja o ex-pareja, el 31,9% reportó que su pareja o ex-pareja había ejercido violencia física en su contra. El 31,1% fue víctima de violencia económica y el 7,6% fue víctima de violencia sexual por parte de su pareja. Los migrantes venezolanos están llegando a un país en el que la VBG es común y altamente frecuente, y en el que las respuestas son inadecuadas para prevenir y eliminar todas las formas de violencia, y abordar de manera integral la atención médica, psicosocial, económica y social que requieren la población migrante afectada.

Entre las áreas receptoras, en 2017 en el departamento de Norte de Santander se presentó un incremento en el número de ciudadanos venezolanos que reportaron haber accedido a los servicios de salud en comparación con el 2016 y el 2015. En el primer semestre del 2018, los principales eventos reportados fueron VBG y violencia intrafamiliar (146 casos notificados) (OMS y OPS, 2018).

### 2.3.2 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Se registra un incremento en los casos notificados procedentes de Venezuela en busca de atención y acceso al tratamiento antirretroviral. En 2016, Venezuela registró 6.500 nuevos casos de infección de VIH y 2.500 muertes relacionadas con el SIDA. De las 120.000 personas viviendo con VIH en 2016, 61% tuvo acceso a tratamientos antirretrovirales, y entre mujeres embarazadas solo el 48% tuvo acceso a tratamiento profiláctico para prevenir la trasmisión vertical del VIH (ONUSIDA, 2018). En Colombia, el número de casos reportados de migrantes venezolanos con VIH fue de 28 casos en 2017 y de 109 casos en 2018 (Banco Mundial, 2018a). La Gráfica 5 presenta el acceso a tratamientos antirretrovirales de forma comparativa.

**Gráfica 5** Acceso a Tratamiento Antirretroviral en Colombia y Venezuela, 2017



Entre los migrantes venezolanos, el número de casos reportados de mortalidad por SIDA aumentó de 20 casos en 2017 a 82 en 2018. En los departamentos colombianos de interés se reportaron los siguientes casos: en Arauca, no se registraron casos de mortalidad, en Cesar se registraron por primera vez 3 casos, en La Guajira hubo un caso en 2017 y aumentó a 3 casos en 2018. Norte de Santander registra el mayor aumento de casos de mortalidad por SIDA pasando de 7 casos en 2017 a 17 en 2018 (MSPS, 2018).

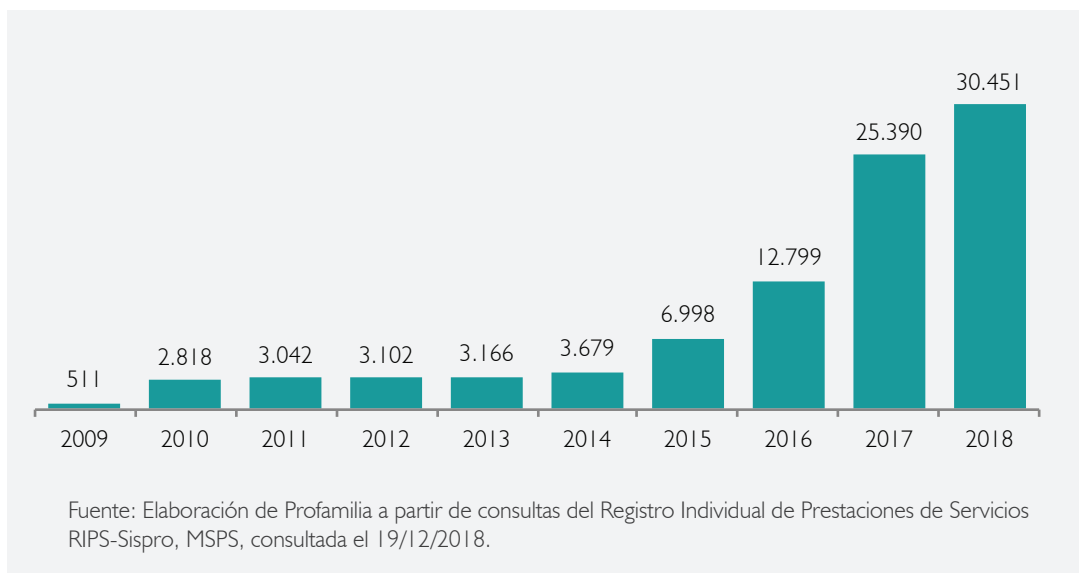
En Colombia, aproximadamente, el 86,5% de las personas con VIH/SIDA tienen indicación de tratamiento antirretroviral y de estas el 99,96% (40.082) lo están recibiendo (Cuenta de Alto Costo, 2017). Además, las autoridades de salud en Arauca, Norte de Santander y Riohacha han detectado un incremento en el número de casos, entre los cuales se encuentra un aumento de la sífilis gestacional.

### 2.3.3 Aborto

Las diferencias entre Colombia y Venezuela con respecto al acceso al aborto están definidas principalmente por su carácter ilegal en el país vecino, el cual solo es permitido para salvar la vida de la mujer. En Venezuela, el aborto es penalizado por el artículo 430 del Código Penal. Tanto la ilegalidad como la falta de información dificulta la comprensión de la magnitud de la situación. De acuerdo con los registros oficiales, el porcentaje de muertes maternas causada por aborto inseguro es de 10%, pero existe también un importante sub-registro debido a su carácter ilegal (PLAFAM y SRI, 2016).

En Colombia, el aborto fue despenalizado en tres casos por la sentencia C-355 de la Corte Constitucional en el 2006. De acuerdo con la información registrada en el Sistema de Integral de Información– SISPRO del MSPS, en los últimos tres años más de 10.000 procedimientos se realizaron en el país. La Gráfica 6 muestra el incremento de los procedimientos en los últimos 10 años (período 2009-2018). Este incremento está probablemente relacionado con la reducción del estigma y de las barreras de acceso.

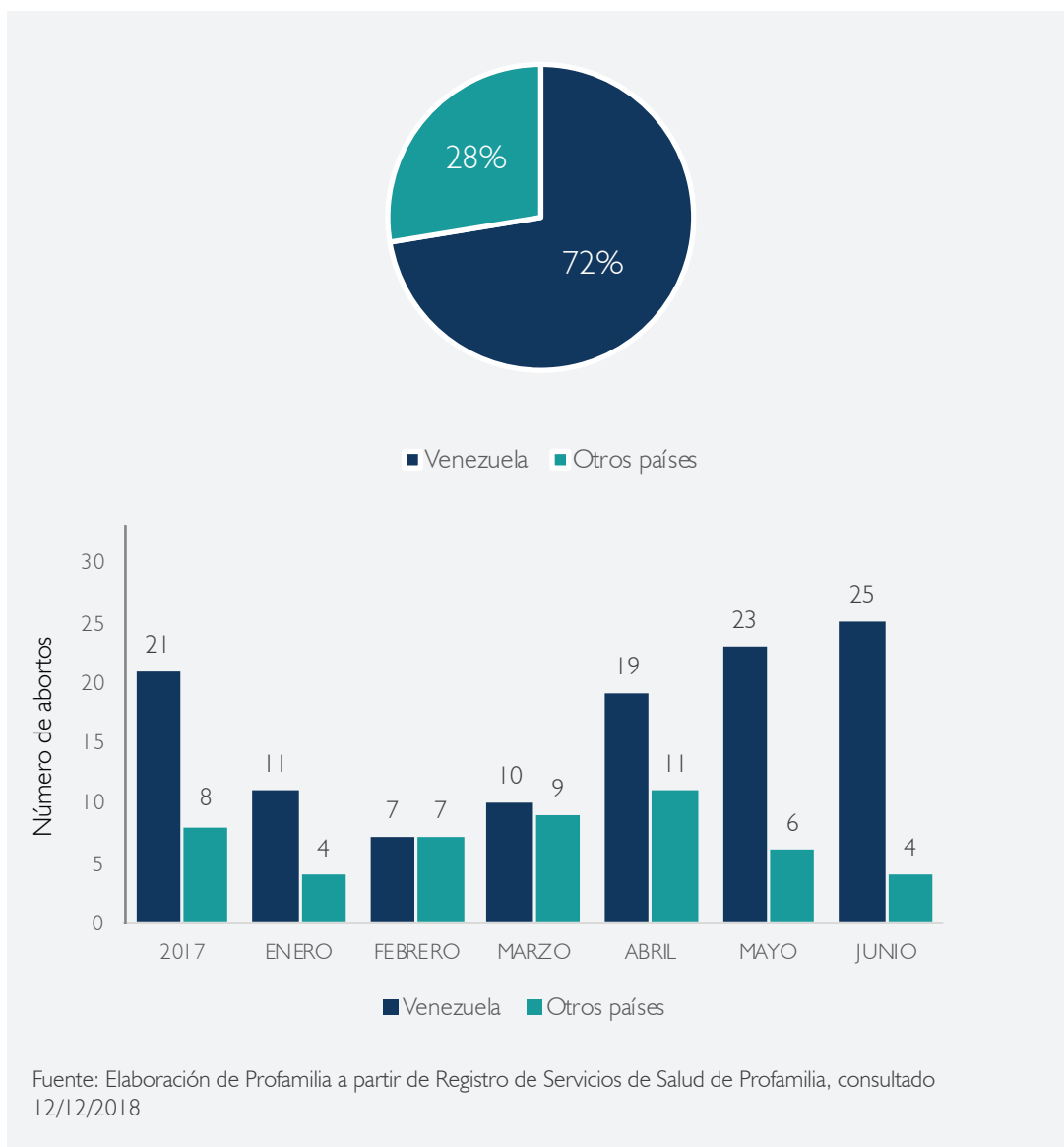
**Gráfica 6** Número de abortos en Colombia durante el período 2009 - 2018



Por otro lado, durante el 2017, tres de cada cuatro abortos en Profamilia realizados a mujeres extranjeras fueron realizados a mujeres venezolanas (un total de 21 procedimientos) a junio del 2018, 165 servicios de aborto han sido prestados a mujeres de diferentes nacionalidades: 116 a mujeres venezolanas (71%) y 49 a mujeres de otros países (29%). La gráfica 7 describe el porcentaje de abortos realizados a mujeres venezolanas y de otras nacionalidades en 2017 y 2018.



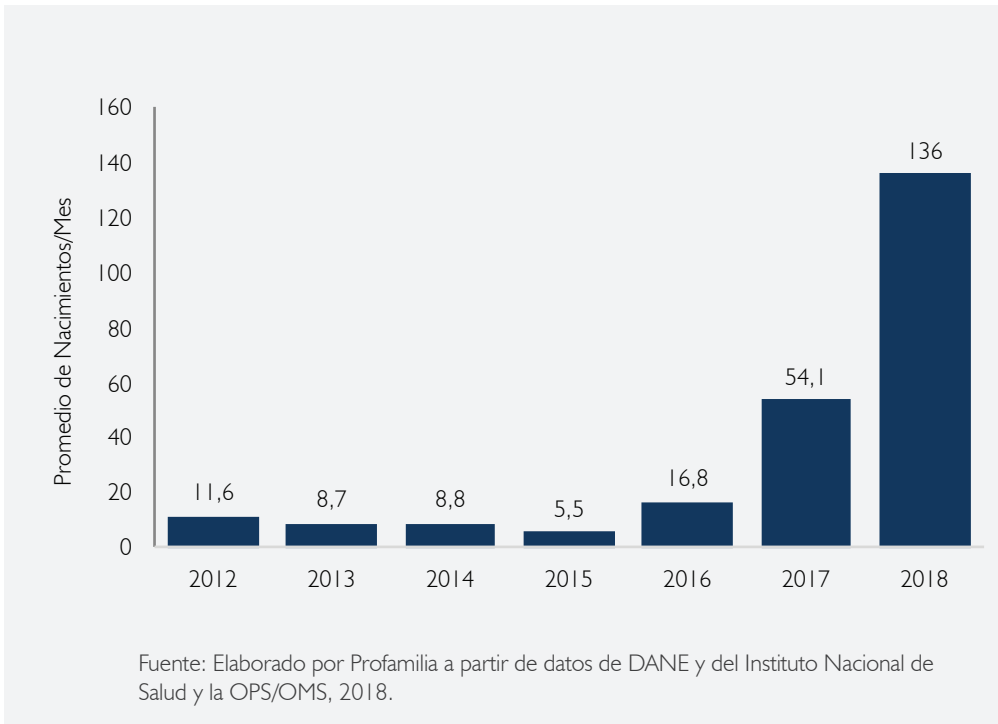
**Gráfica 7** Abortos realizados a mujeres venezolanas y de otros países en Profamilia Colombia, 2017 a 2018



### 2.3.4 Salud materno infantil

En el año 2016, Venezuela reportó 19,2 nacimientos por cada mil habitantes (tasa bruta de natalidad); 5,2 muertes por cada mil habitantes (tasa bruta de mortalidad); 12,5 muertes de menores de un año por cada mil nacimientos (tasa de mortalidad infantil); 2,35 nacimientos por cada mil mujeres (tasa de fecundidad) (IndexMundi, 2018). En el 2011, la tasa de fertilidad adolescente – mujeres de 15 a 19 años, fue de 139 nacimientos por 1.000 (PLAFAM y SRI, 2016). La gráfica 8 presenta el número promedio de nacimientos por mes, de acuerdo con el lugar de residencia de la madre (Venezuela) entre 2012 y 2018.

**Gráfica 8** Número promedio de nacimientos en Colombia por mes, de acuerdo con el lugar de residencia de la madre (Venezuela) entre 2012 y 2018



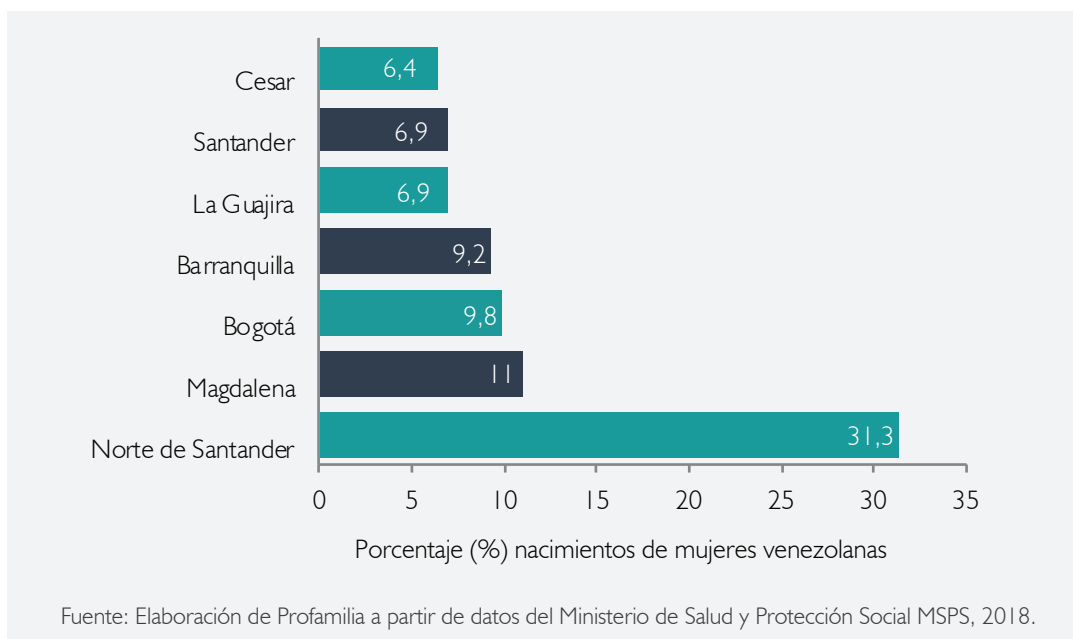
De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud – INS y el DANE, las tendencias de nacimientos en Colombia donde la madre reside en Venezuela, se han incrementado de forma significativa entre 2015 y 2018, en comparación con el promedio del período del 2012 - 2014. Los departamentos de Norte de Santander (40,1%), La Guajira (19,7%) y Bogotá (15,8%) tuvieron las frecuencias más altas de nacimientos de madres con residencia en Venezuela entre los meses de enero y julio del 2018 (OMS y OPS, 2018).

En 2018, 8.209 mujeres gestantes venezolanas han requerido acceso a controles prenatales y atención especializada del parto, de las cuales 6.304 no han tenido ningún control prenatal (Banco Mundial, 2018). Basados en el Sistema Integral de Información (SISPRO) del MSPS, durante el período del 2017-2018 se registró la atención de 1.778 nacimientos de madres venezolanas; los departamentos de Norte de Santander (31,3%), Magdalena (11%), Bogotá (9,8%), Barranquilla (9,2%), La Guajira (6,9%), Santander (6,9%) y Cesar (6,4%), presentan los mayores porcentajes de nacimientos de mujeres venezolanas, seguido de mujeres ecuatorianas y brasileñas (0,3% y 0,2%) respectivamente (MSPS, 2018). La Gráfica 9 muestra los departamentos con los porcentajes más altos de nacimientos de madres venezolanas.

**La mayoría de la población migrante venezolana, son hombres y mujeres en edad reproductiva que requieren y tienen derecho a servicios de SSSR.**

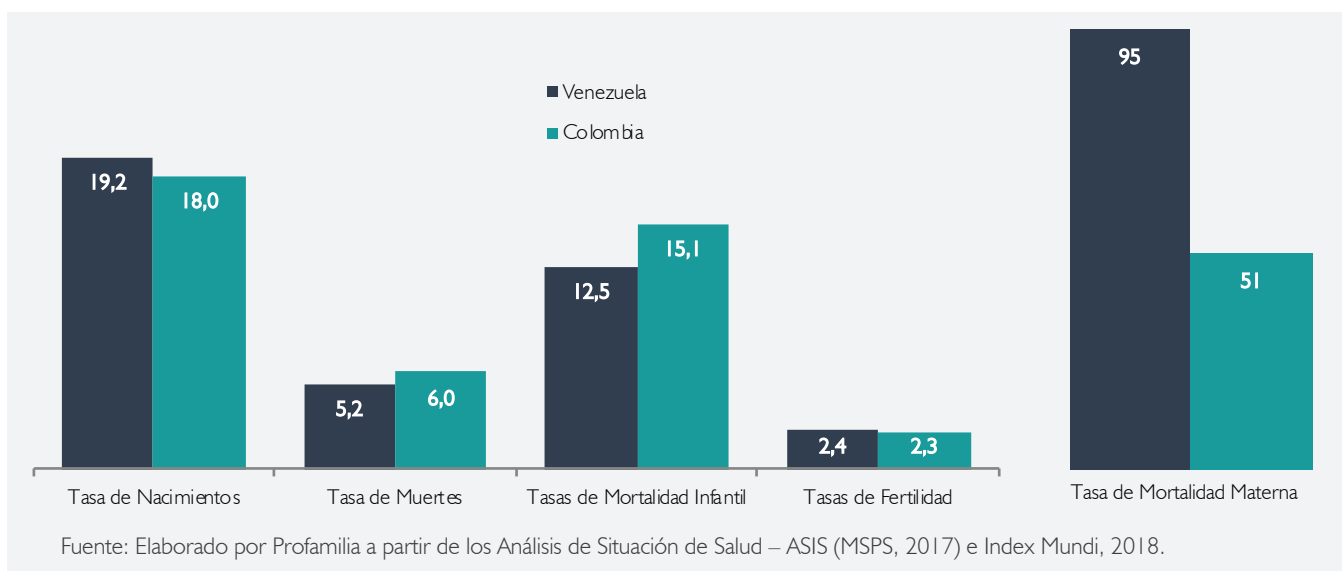
Aproximadamente, el 18% es menor de 18 años, lo que implica una mayor demanda de acceso a la educación sexual integral, servicios de anticoncepción y servicios amigables para adolescentes y jóvenes.

**Gráfica 9** Departamentos con los porcentajes más altos de nacimientos de madres venezolanas en Colombia, 2017-2018



En 2015, la tasa reportada de mortalidad materna en Venezuela fue de 95 muertes por 100.000 nacimientos (Index Mundi, 2018). Sin embargo, de acuerdo con el Boletín Epidemiológico No. 25, la mortalidad materna se ha incrementado en un 65,7% (MPPS, 2016). En Colombia, la tasa de mortalidad materna reportada es de 51 muertes por 100.000 nacimientos, casi la mitad de la tasa en Venezuela; esta tasa es más alta en los departamentos y municipios evaluados en este informe. De igual forma, tanto en Colombia como en Venezuela, las brechas más significativas en salud materna infantil pueden observarse en las regiones con mayor presencia de comunidades indígenas. La Gráfica 10 muestra los indicadores de Colombia y Venezuela.

**Gráfica 10** Indicadores de Salud Materna e Infantil en Colombia y Venezuela



### 2.3.5 Salud Sexual y Salud Reproductiva

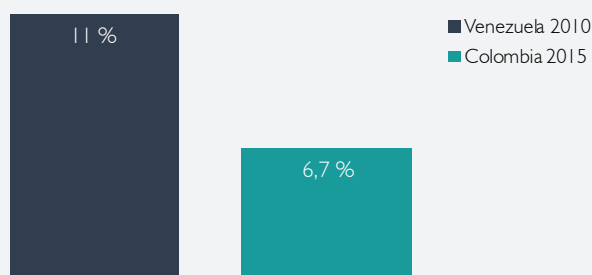
La mayoría de la población migrante venezolana, son hombres y mujeres en edad reproductiva que requieren y tienen derecho a servicios de SSSR. Aproximadamente, el 18% de la población migrante venezolana es menor de 18 años, lo que implica una mayor demanda de acceso a la educación sexual integral, servicios de anticoncepción y servicios amigables para adolescentes y jóvenes.

En 2010, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en Venezuela fue de 75% (Banco Mundial, 2018b). La demanda insatisfecha de anticonceptivos reportó 11% para las mujeres de 15 a 49 años y del 57% entre las mujeres de 15 a 19 años. En el mismo año, las instituciones de mercado privado solo pudieron proveer el 10% de los anticonceptivos que requiere el mercado venezolano (PLAFAM y SRI, 2016). El Informe sobre Venezuela correspondiente a la 26° Ronda del Examen Periódico Universal (PLAFAM y SRI, 2016) informa que no hay fuentes estadísticas oficiales que permitan conocer la situación reciente del acceso a anticonceptivos en el país; esta falta de información actualizada es también enfatizada por el Informe "Mujeres al límite" (AVESA, CEPAZ, FREYA, Mujeres en Línea, 2017).

Los vacíos de información, las diferencias en las tasas de mortalidad materna entre regiones en Venezuela y el impacto de la crisis en los profesionales de la salud, revelan dificultades para la atención de las necesidades en SSSR, así como barreras en el acceso a anticonceptivos y asesoría. La crisis ha tenido efectos profundos en SSSR, principalmente por las altas tasas de embarazo adolescente y VIH, la escasez y los altos precios de suministros como condones y anticonceptivos, el fracaso del sistema de salud venezolano, los abortos inseguros y la mortalidad materno infantil (Albaladejo, 2018).

En Colombia, para el 2015 la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres actualmente unidas fue de 6,7%. Sin embargo, es más inequitativa en Norte de Santander (8,1%), Arauca (9,9%), Cesar (10,2%) y La Guajira (13,7%). Entre las mujeres de 15 a 19 años el porcentaje de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos es de 19,3%. Esto es un factor determinante de los embarazos tempranos, no deseados y no planeados de las áreas receptoras como La Guajira (19%), Cesar (20%), Norte de Santander (21%) y Arauca (35%), los cuales tienen tasas de embarazo adolescente más altas que en el nivel nacional (17%) (MSPS y Profamilia, 2017). El Gráfico 11 muestra que la proporción de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en Venezuela es casi el doble comparada con Colombia.

**Gráfica 11** Proporción de las necesidades insatisfechas en métodos anticonceptivos en Colombia (2015) y Venezuela (2010)



Fuente: Elaboración de Profamilia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS (2015) y la ENDEVE (2010).

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en Colombia para el 2015 fue de 81%; en La Guajira la prevalencia fue de 66%, en Arauca de 75%, en Cesar de 76% y en Norte de Santander alcanzó el 81%. Con relación a las preferencias de uso de métodos anticonceptivos modernos, entre los de larga duración, la esterilización femenina es el método más usado por las mujeres unidas (35%), seguido por el Dispositivo Intrauterino (DIU) (9%), los implantes subdérmicos (5%) y la esterilización masculina (4%). Por otro lado, entre los métodos de corta duración la inyección es el más usado (14%) seguido por la píldora (7%) y el condón (6%). (MSPS y Profamilia, 2017).



“[...] una vecina pasó con ella y le dieron 12 condones y [después] paso la hija [pidiendo más] y le dijeron que “ya se acabaron, si necesita pase mañana”, y entonces otra enfermera que estaba ahí le dijo: “si es bien desagradecida viene de Venezuela porque no tiene y se queja”.

## 3. Resultados

La sección de resultados está organizada de acuerdo a los diferentes tipos de información recolectada a través de las herramientas de IAWG. Por lo tanto, cada sección presenta información específica sobre:

- I) ¿Qué piensan los migrantes acerca de la salud sexual y la salud reproductiva?;
- II) La articulación entre las acciones en salud sexual y salud reproductiva, y el grado de implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS) en Salud Reproductiva dentro de la crisis humanitaria;
- III) La disponibilidad de servicios de SSSR en las instalaciones que atienden las necesidades en salud de los migrantes.

### 3.1 ¿Qué piensan los migrantes venezolanos sobre la salud sexual y salud reproductiva?

Los resultados que se presentan aquí se basan principalmente en la información recolectada a partir de los 24 grupos focales. En primer lugar, es claro que existe una necesidad urgente de entender cómo los migrantes venezolanos se apropian de la salud sexual y salud reproductiva, así como de sus derechos a través de sus propias voces. Más importante, cómo la salud sexual y la salud reproductiva está siendo determinada por los problemas, sus preocupaciones y la exclusión social que sufren en el contexto de crisis humanitaria, así como las experiencias que han tenido accediendo a los servicios prestados por las instalaciones de salud. Por consiguiente, el proceso de codificación se concentró en tres temas principales:

- a) Las necesidades en salud sexual y salud reproductiva
- b) Las barreras de acceso a los servicios de salud
- c) El estigma, la exclusión social y la violencia experimentada por los migrantes.

Es importante notar que existen diferencias importantes entre las ciudades evaluadas con respecto a las necesidades en salud sexual y salud reproductiva, sin embargo, se evidenció cierto grado de acuerdo en algunos temas, concretamente en los siguientes:

- **Falta de educación integral para la sexualidad:** los grupos focales mostraron que los hombres y las mujeres de diferentes grupos de edad no estaban familiarizados con el concepto de salud sexual y salud reproductiva ni con los servicios y los derechos relacionados con ellos. No había suficiente conocimiento sobre los anticonceptivos, el aborto, las ITS, el VIH y los servicios de salud necesarios para el manejo clínico de la violación.
- **Barreras en el acceso a salud materna e infantil:** durante los grupos focales muchos participantes fueron capaces de identificar los síntomas por los cuales una mujer embarazada o un recién nacido podía requerir de ayuda médica, y también identificar algunas de las instalaciones que entregan estos servicios

**A nivel general, existe una falta de conocimiento general y dificultades en la apropiación de los objetivos del Paquete Inicial Mínimo de Servicios de Salud Reproductiva (PIMS), en particular de las personas a cargo de programas de prevención y atención del VIH y Violencia Basada en Género.**



básicos. Sin embargo, los participantes estuvieron en capacidad de identificar y describir múltiples barreras que existen para las mujeres que requieren cuidados prenatales y atención médica del parto; estas barreras a menudo fueron resultado de la discriminación, el estigma y la violencia durante los primeros contactos con los servicios de salud. Adicionalmente, los costos, la desinformación y la falta de documentos también son barreras destacadas en el acceso efectivo.

- **Perspectivas culturales sobre el aborto:** la mayoría de las mujeres que participaron de los grupos focales no sabían que en Colombia el aborto está despenalizado y que en varias instalaciones de salud se prestan servicios de aborto para migrantes. De hecho, las percepciones culturales sobre el aborto estaban relacionadas con el estigma; por esta razón, muchos de los participantes tenían una percepción negativa del aborto y de las mujeres que abortan, y mencionaron muchas prácticas de aborto inseguro.
- **Servicios amigables para jóvenes:** la falta de educación integral para la sexualidad fue señalada por adolescentes y jóvenes de 14 a 25 años; los jóvenes no tenían información suficiente ni asesoría respecto a las instalaciones que contaban con servicios amigables. Esta necesidad expone a los jóvenes a diferentes comportamientos que implican riesgos, y a formas inseguras de sexualidad, especialmente a embarazos tempranos e ITS. De hecho, los entrevistadores notaron que la mayoría de los jóvenes que participaban de los grupos focales tenían más de un hijo. Por otro lado, parecía que en Venezuela no tuvieron acceso a los métodos anticonceptivos, algunos de los hombres y mujeres jóvenes dijeron que en su país para acceder a métodos modernos de anticoncepción se requería de una prescripción médica o de la ayuda de un mayor de 18 años.

### 3.2 Articulación entre las acciones en salud sexual y salud reproductiva y las organizaciones, y el grado de implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS).

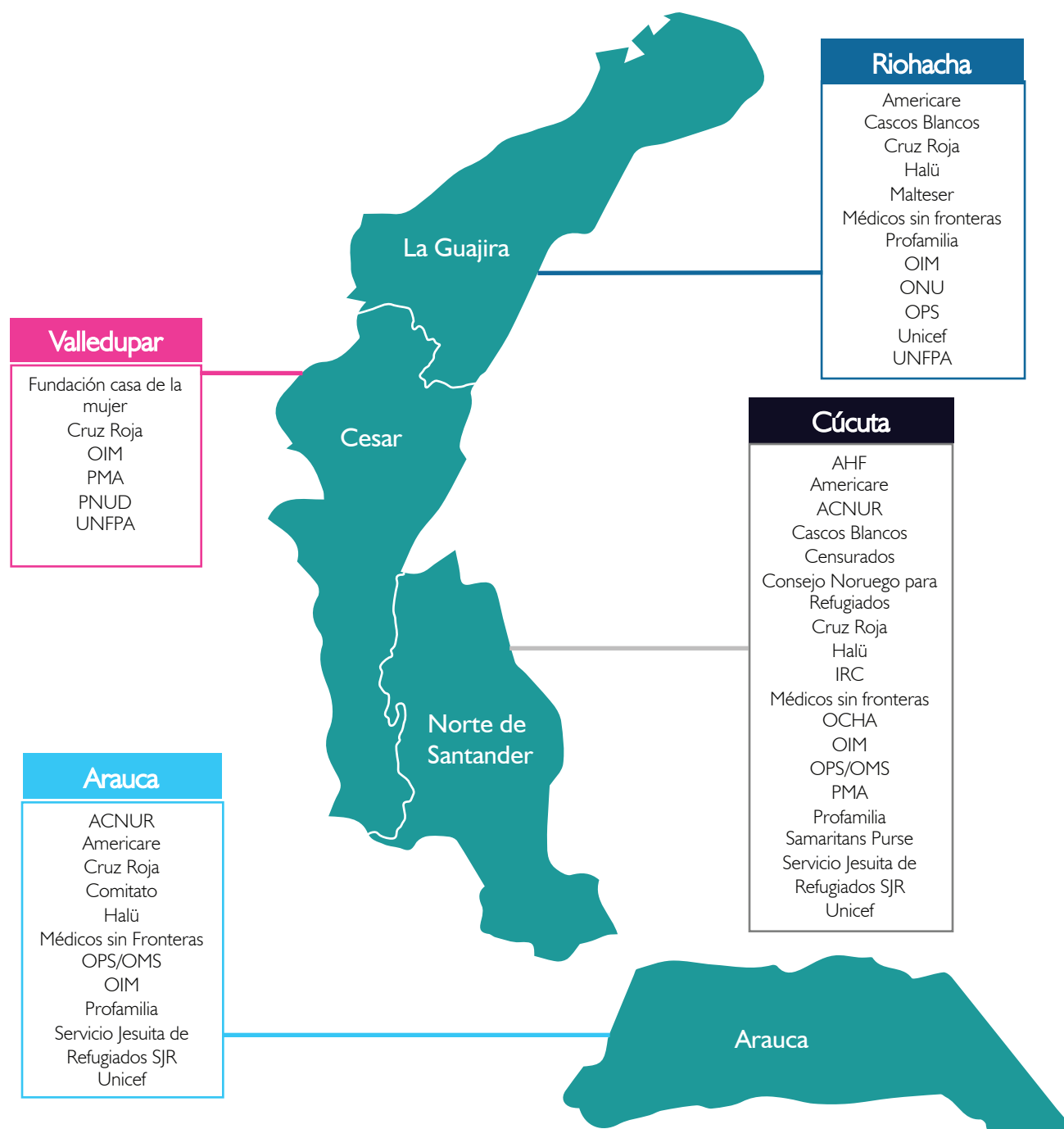
Los resultados presentados en esta sección contienen la información recolectada a través de las entrevistas a personas clave. Desde esta perspectiva fue posible identificar:

- a) El conocimiento, la apropiación y el grado de implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS) en salud reproductiva dentro de la crisis humanitaria;
- b) La coordinación interinstitucional e inter-agencial para abordar la SSSR de los migrantes;
- c) La disponibilidad y el acceso a servicios de SSSR y las barreras y facilitadores durante la implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS) en salud reproductiva;
- d) Las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de los migrantes en los escenarios de crisis humanitaria.



La Gráfica 12 presenta un mapa de las instituciones que prestan servicios de salud sexual y salud reproductiva, violencia basada en género, VIH, y salud materno infantil en la frontera colombo-venezolana, 2018.

**Gráfica 12** Mapa de instituciones que prestan servicios de salud sexual y salud reproductiva, violencia basada en género, VIH, y salud materno infantil en la frontera colombo-venezolana, 2018



Fuente: Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Profamilia- IPPF, 2019.



### 3.2.1 Contexto general

#### 3.2.1.1. Conocimiento, apropiación y grado de implementación del PIMS en el contexto de la emergencia

- **Pobre conocimiento y dificultades en la apropiación de los objetivos del PIMS. Se evidencia que en los lugares del estudio no se conoce el Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS) en salud reproductiva dentro de la crisis humanitaria.** Entre las personas entrevistadas solo 2/23 han oído hablar del PIMS y únicamente 1/23 recibió entrenamiento para su implementación. A su vez, al indagar sobre los objetivos y prioridades de la atención en salud sexual y salud reproductiva en situación de emergencia, solo uno de los participantes pudo identificar todos los aspectos cubiertos por el PIMS.
- **Falta de conocimiento del Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS) por organizaciones a cargo de programas de prevención y atención del VIH y de la violencia basada en género.** De manera similar, los responsables de los programas de VIH y VBG mostraron muy poca comprensión del PIMS para atender estos dos temas en los escenarios de crisis humanitaria. Existe muy poco conocimiento entre los responsables de los programas de prevención y atención del VIH. En resumen, solo uno de seis reconoció todos los objetivos que cubre el PIMS. Sin embargo, todos los entrevistados identificaron la necesidad de entregar condones gratuitos a migrantes venezolanos en extrema vulnerabilidad. Es crítico que ninguno de los responsables de los programas de prevención y atención de la VBG identificó todos los objetivos y las prioridades adicionales del Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS).
- **No es visible la articulación intersectorial en atención a SSSR, VIH y VBG.** En los territorios no es visible el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social en la atención de esta crisis mientras que sí hay un reconocimiento positivo de la OPS/OMS, la OIM, la Cruz Roja y ACNUR. La coordinación y articulación entre los equipos que atienden SSSR, VBG y VIH en los municipios visitados, recae en las Secretarías Departamentales de Salud y en muchos casos los esfuerzos de dicha coordinación no son bien calificados. Existe una necesidad urgente de mejorar el carácter compartido de los objetivos entre los diferentes equipos de los sectores del gobierno y las agencias internacionales, así como la diseminación de información sobre las rutas locales de atención, generando planes de contingencia, campañas compartidas, prevención y atención de la VBG y acceso de servicios más allá de la prestación de los servicios de salud para las víctimas.

#### 3.2.1.2. Coordinación interinstitucional e inter-agencial para abordar la salud sexual y salud reproductiva de los migrantes

El objetivo I del PIMS hace referencia a la importancia de la articulación interinstitucional para la atención de las necesidades en salud sexual y salud reproductiva, VIH y VBG durante la emergencia. Como se mencionó antes, el grado de articulación interinstitucional es insuficiente, lo cual se convirtió en una barrera para la implementación del PIMS. Se identificó:



- **Desconocimiento de las respuestas inter-agenciales y la coordinación del VIH en la crisis migratoria.** En resumen, solo 2/23 de los entrevistados mencionaron a las agencias internacionales responsables para el manejo del VIH en la crisis migratoria. Sin embargo, la OPS/OMS, AHF, el SJR, ANCUR y la Cruz Roja, fueron mencionados por los entrevistados.
- **Ausencia de liderazgo de una entidad nacional en la atención y prevención del VIH durante la crisis humanitaria.** La mayoría de las personas entrevistadas no identificaron entidades a nivel nacional responsables de la coordinación de la atención y prevención del VIH en este contexto de crisis. De hecho, una persona indicó que la coordinación está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y otro mencionó a la Organización Panamericana de la Salud. En el nivel local, se reconoció que las secretarías departamentales de salud llevan a cabo reuniones de coordinación para la atención del VIH de manera periódica (mensual, bimensual o trimestral).
- **Es urgente fortalecer la articulación en SSSR y VIH entre los equipos técnicos locales para dar respuesta combinada a la emergencia.** Se pudo establecer que a nivel local existe articulación entre los equipos técnicos que atienden SSSR y VIH. No obstante, en una de las instituciones consultadas, los equipos de SSSR y VIH no interactúan en las reuniones de coordinación anteriormente descritas. De igual forma, no hay consenso en la calificación de dichos esfuerzos y se destacó la necesidad de abordar la emergencia a través de acciones bien coordinadas entre ellos, que permitan construir una ruta local, generar planes de contingencia y campañas para amplificar el impacto de las respuestas.
- **Es urgente un liderazgo más visible del Ministerio de Salud y Protección Social y del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual en el contexto de crisis humanitaria.** A nivel local, los desafíos destacados por las secretarías departamentales y municipales de salud tienen que ver con la escasa coordinación para el abordaje efectivo de la VBG. Vale la pena anotar que también se hallaron diferentes percepciones sobre la efectividad de estos esfuerzos, así como el grado de implementación de los protocolos y las rutas de atención integral definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales varían de un prestador de servicios de salud a otro significativamente.

### 3.2.1.3. Disponibilidad y acceso a los servicios de SSSR, y barreras y facilitadores durante la implementación del PIMS

Es un hecho que la demanda de servicios de salud ha aumentado rápidamente en áreas receptoras y, en particular, en Cúcuta y Riohacha donde se ubican los principales puntos de entrada al país. El Ministerio de Salud y Protección Social reportó alrededor de 65 mil atenciones en salud durante el año 2018. Esto sin duda alguna ha afectado la capacidad de la prestación de los servicios de salud. Como resultado del incremento a la demanda de servicios de SSSR, la disponibilidad, calidad y acceso son todo un reto, debido a las limitaciones de recursos financieros, suministros y profesionales de la salud. Esto a su vez impacta negativamente el cumplimiento de los objetivos intermedios de la cobertura universal en salud sexual y salud reproductiva.



### 3.2.2 Acciones y respuestas para abordar la salud sexual y salud reproductiva

Infraestructura y equipamiento. De manera general, las instituciones prestadoras de servicios de salud sexual y salud reproductiva cuentan con instalaciones adecuadas (ocho de las diez instituciones disponen de guardianes para disposición de desechos, baños separados por sexo, y nueve tienen servicios de energía y electricidad adecuados, y baños con seguro).

Protocolos para orientar las respuestas. Las instituciones refieren que la prestación de servicios se encuentra orientada por los lineamientos y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la OPS/OMS. Es importante anotar que en Colombia existen altos estándares de habilitación para la prestación de servicios de salud, los cuales son actualizados de manera periódica.

Respecto a las acciones que se han tomado para prepararse para la emergencia desde los sistemas de información, seis de diez instituciones prestadoras de servicios de salud han recolectado información sobre indicadores de SSSR, en cumplimiento con los protocolos y estándares de los sistemas nacionales de información en salud. De hecho, se han agregado nuevas variables para identificar el estado de vulnerabilidad de la población migrante venezolana (según estatus de migración regular, irregular, en proceso de regularización, etc) a través de plataformas tecnológicas de información, así como desagregando la información bajo los estándares nacionales, con el fin de hacerla comparable con la información a nivel nacional y subnacional.

Preparación y planeación para abordar la emergencia. Se identificaron diferencias sobre cuándo y cómo se debía actuar sobre la emergencia. Diez de las instituciones dieron respuesta durante las primeras 48 horas, cuatro de ellas durante las primeras semanas, una desde agosto del 2015, y la otra desde abril del 2018, la otra no reportó este dato. Las diferencias entre las respuestas están relacionadas con la falta de acuerdo respecto a la fecha de inicio de la emergencia, incluso desde el gobierno nacional.

Atención ITS y violencia sexual. Seis de los diez entrevistados clave reportaron que se ofrece atención integral para las distintas formas de violencia sexual y la oferta de servicios ofrecidos es la siguiente: siete instituciones proveen anticonceptivos de emergencia, cuatro instituciones proporcionan profilaxis post-exposición a VIH y otras ITS, cinco instituciones suministran el tratamiento profiláctico a Infecciones de Transmisión Sexual, ocho instituciones brindan apoyo psicosocial, tienen sistema de remisión/referencia establecido y, en seis instituciones han proporcionado tratamiento a casos recientemente. A pesar de la presencia de los servicios, solo cinco de las diez personas entrevistadas mencionaron que cuentan con estrategias de información y comunicación a la comunidad sobre la disponibilidad de sus servicios y la atención post-asalto.

En términos generales, puede establecerse que los territorios cuentan con herramientas básicas para la prevención de la transmisión de VIH. Tres de los diez entrevistados informaron que en donde se encuentran se realizan transfusiones de sangre con buenas prácticas de manejo, las demás no están habilitadas para realizar



transfusiones; este resultado obedece a los altos estándares requeridos para habilitación de este servicio dentro del Sistema General de Salud y Seguridad Social. Siete señalaron que desarrollan actividades para facilitar y reforzar la adherencia a las precauciones estándar y todas ofrecen condones gratis. Urge que los migrantes conozcan su estado de infección a través de pruebas rápidas, acceso a tratamiento y cuidados y atención en salud; en la práctica existe fácil acceso a las pruebas rápidas pero múltiples barreras para el tratamiento.

**Atención materno-infantil.** Respecto a la atención obstétrica, los hallazgos revelan que no se cuenta con servicios integrales para cumplir el Objetivo 4 del PIMS, el cual hace referencia a prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Cuatro de las diez personas entrevistadas señalaron que en el escenario cuentan con atención básica de emergencias obstétricas, y tres con atención integral de emergencias obstétricas. Es importante destacar que las diez manifestaron la necesidad de ampliar la oferta de los servicios al recién nacido y atención neonatal de emergencias y mejorar los sistemas de remisión 24/7 para maternas y recién nacidos. Por ejemplo, un entrevistado señaló que no cuenta con una red de prestadores de servicios de salud al cual remitir los casos de alta complejidad. Adicionalmente, menos de la mitad cuentan con estrategias de información y comunicación para orientar sobre la disponibilidad y ubicación de servicios de salud materno-infantil.

En Colombia, los cuidados de las gestantes y del recién nacido tienen cobertura universal en salud, es decir, que todas las mujeres del territorio nacional tienen garantizados los servicios y cuidados durante el parto y el primer año del recién nacido. A pesar de que el Ministerio de Salud y Protección Social recientemente emitió circulares para informar sobre el aseguramiento en salud de las gestantes migrantes venezolanas y eliminar barreras a las gestantes que buscan atención prenatal, fue posible verificar dos escenarios: a) El aumento de gestantes que migran desde Venezuela en búsqueda de controles prenatales; y b) Muchas de estas gestantes han logrado acceder a controles prenatales y la atención del parto en Colombia luego de sufrir injusticias, xenofobia y discriminación por parte de los prestadores de servicios de salud, particularmente en la red pública de hospitales, que por ley está a cargo de la atención de la población migrante venezolana.

**Demanda de métodos anticonceptivos.** La mayoría de entrevistados señala que su organización ha provisto la demanda de anticonceptivos a través de métodos de corta duración (condones, pastillas e inyectables); solo la mitad ofrecen anticonceptivos de larga duración como el DIU e implantes subdérmicos. Lo anterior señala una oferta limitada en algunos contextos que afecta las posibilidades de las mujeres de escoger el método anticonceptivo de su preferencia o que mejor responda a sus condiciones de salud.

A su vez, las organizaciones han desarrollado estrategias de información y comunicación para difundir la disponibilidad y ubicación de los servicios de planificación familiar, no obstante, en algunos casos consideran que hay debilidades en el conocimiento de los mismos. Esto también fue evidenciado en el limitado conocimiento sobre los diferentes métodos, su funcionamiento, costos y lugares de acceso por parte de la población migrante participante de la investigación.

**Atención y tratamiento para el VIH.** En cuanto al acceso a tratamientos para la atención del VIH solo dos organizaciones cuentan con medicamentos para el tratamiento antirretroviral para usuarios diagnosticados afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incluido el tratamiento para la prevención de la transmisión madre a hijo; mientras que en ocho organizaciones cuentan con diagnóstico y manejo de otras infecciones de transmisión sexual. Por lo cual, se identifican grandes necesidades de acceso a los tratamientos para personas con VIH.

**Participación de población migrante en el diseño de respuestas.** Seis entrevistados clave de los 23 afirmaron que las comunidades afectadas están comprometidas con el programa de salud sexual y salud reproductiva, y señalaron que participan del diseño del programa, la implementación, las consultas y las asesorías. Sin embargo, los datos revelan poco contacto con las poblaciones migrantes venezolanas, ya que durante los grupos focales los participantes de la investigación señalaron que se trataba de la primera vez que una organización indagaba por sus necesidades en SSSR.

**Enfoques de equidad orientados a los grupos vulnerables.** Seis de las personas entrevistadas señalaron que sus organizaciones estaban conduciendo alguna intervención en SSSR para adolescentes, en la mayoría a través de asesorías directas o con agenda de trabajo en los colegios; en menor frecuencia se reconoce la estrategia de servicios amigables de SSSR, programas para jóvenes multiplicadores o involucrando a los adolescentes en el programa de SSSR a través de acciones comunitarias de información, educación y comunicación; a pesar de estos esfuerzos llama la atención que no todas las organizaciones prestan servicios de SSSR a jóvenes sin requerir de la autorización de los padres, a pesar que en Colombia la prestación de servicios de salud para menores de edad por ley no requiere del acompañamiento ni consentimiento de los padres.

Por otro lado, solo cuatro de las diez personas entrevistadas, mencionaron que intervenían de manera integral a la población con discapacidad. Sin embargo, la mayoría del trabajo se concentra en personas con discapacidad física facilitando el acceso de estas a las instalaciones, pero nunca desde una perspectiva de atención integral en salud. Muy pocas instituciones contaban con traductores para personas con diferentes necesidades en términos de comunicación, y ninguna mencionó el uso de apoyos orientados a las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial, a pesar de que en Colombia existe la resolución 1904 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social que regula en esta materia y obliga a implementar este tipo de estrategias.

**Financiación de la salud y movilización de recursos.** Durante la crisis humanitaria, seis de las diez organizaciones han destinado recursos propios o han recibido apoyo financiero de UNFPA, IPPF, UNICEF, OIM o el Gobierno Canadiense, las demás personas entrevistadas no sabían esta información. Sin embargo, los entrevistados no tienen conocimiento del valor exacto o al menos aproximado de estos recursos. Al respecto, se destaca la falta de participación con donaciones de organizaciones dirigidas a la atención en salud, así como el carácter limitado de los fondos puesto que solo una de las instituciones señaló que su fondo era suficiente para satisfacer las metas de salud reproductiva de su programa. Existe consenso en la necesidad y urgencia de movilizar más recursos para garantizar el acceso efectivo a servicios básicos de salud sexual y salud reproductiva en general.

### **Disponibilidad de los suministros para salud sexual y salud reproductiva.**

Las personas entrevistadas señalaron contar con kits inter-agenciales para la respuesta. En general estaban presentes en más de la mitad de los casos los kits de condones masculinos y femeninos, y de anticonceptivos orales, inyectables y DIU, y de ITS; los demás kits se encontraban en menos de la mitad de los casos. En este sentido, solo cuatro de las diez organizaciones señalaron haber solicitado a alguna agencia internacional alguno de los kits; vale la pena mencionar la baja disponibilidad o falta de kits para la atención a mujeres gestantes, maternas, víctimas de violación, manejo de ITS y transfusión de sangre.

En general, no se identificaron problemas en la provisión de suministros, sino especialmente de fondos o recursos para poder comprar los suministros. Así, las instituciones señalaron que la demanda excede la capacidad instalada y la oferta; además una de las organizaciones señaló que se requería aumentar la disponibilidad de métodos de larga duración. Lo anterior se hizo visible durante el trabajo de campo en Cúcuta, donde había una gran demanda de implantes subdérmicos por parte de las mujeres venezolanas, las cuales suelen no tener acceso a estos ya sea por sus costos o por su carácter limitado en los puntos de atención a los que acuden en Colombia.

### **3.2.3. Acciones y respuestas para abordar la violencia basada en género**

El Objetivo 2 del PIMS se encuentra relacionado con la prevención y gestión de las consecuencias de la violencia sexual. Al respecto, seis de los siete entrevistados señalaron la existencia de casos de violencia sexual en el contexto de la crisis migratoria, lo cual coincide con información recolectada a partir de los grupos focales, en los cuales se reconoce la extrema vulnerabilidad de las personas migrantes a la violencia sexual.

En tres de las cuatro ciudades evaluadas existen organizaciones que trabajan en programas de violencia VBG para población migrante venezolana. Sin embargo, en Valledupar se encontró una sola institución con programas de VBG pero sin servicios para población migrante. Aunque la mayoría de las instituciones implementaron acciones y respuestas durante el primer mes de la crisis humanitaria, manifestaron explícitamente que no se cuenta con suficientes recursos para cumplir con las metas del programa.

**Protocolos que orientan la respuesta.** Los lineamientos para el abordaje de la VBG están orientados principalmente por los protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Preparación y planeación para abordar la emergencia.** Entre las personas entrevistadas, solo dos señalaron llevar a cabo planeación, movilización de recursos financieros y de suministros previos para dar respuesta a la VBG en población migrante venezolana durante la emergencia. Entre las actividades de planeación se destaca la identificación de los puntos focales dedicados a la VBG, el desarrollo de materiales de información, educación y comunicación, la recolección de datos de indicadores en VBG, labores de incidencia y desarrollo de capacidades del Ministerio de Salud y Protección Social para el cuidado médico de las víctimas.



**Financiación en salud y movilización de recursos.** Tres de las siete personas entrevistadas señalaron que sus organizaciones han recibido recursos para la respuesta de VBG durante la crisis, a través de recursos financieros por parte de los donantes, ACNUR, IPPF, IRISH AID y algunos casos de los propios presupuestos. Únicamente una de las siete señaló que la financiación era suficiente para cumplir con las metas del programa de VBG.

**Enfoques de equidad orientados en los grupos vulnerables.** La mayoría de las organizaciones difunden los servicios y programas a la población migrante y cuentan con mecanismos de información, educación y comunicación. Sin embargo, a partir de la participación de población migrante venezolana en los grupos focales se evidenció un desconocimiento generalizado de estos programas. Si bien las instituciones en su mayoría señalaron que facilitan e implementan espacios de capacitación del personal en el manejo clínico de la violencia sexual, y que todas han establecido mecanismos de referencia de VBG, varias instituciones mencionaron que estos mecanismos no estaban completamente articulados con el sector salud, justicia y protección.

**Disponibilidad de suministros para la prevención y la atención de violencia basada en género.** Si bien la mayoría de las instituciones prestadoras de servicios concentran sus acciones en IEC, no parecen contar con suficiente capacidad instalada para la atención en salud de casos de violencia sexual; a su vez, la población migrante no reconoce la necesidad de este tipo de servicios ante un eventual caso. Por otro lado, ninguna institución de salud ha solicitado kits para la atención post aborto. La mayoría cuenta con servicios de asesoría, pero menos de la mitad reconoce que en la atención integral de la violencia basada en género puede requerirse el tratamiento de lesiones, anticoncepción de emergencia, tratamiento profiláctico post exposición (PrEP), tratamiento profiláctico para ITS y cuidado de la salud mental.

### 3.2.4 Acciones y respuestas para la atención y el manejo del VIH

El objetivo 3 del PIMS se enfoca en reducir la transmisión del VIH en contextos de crisis humanitaria, debido a que la transmisión y las limitaciones para el tratamiento del VIH son problemáticas recurrentes en estos contextos. Al respecto, cuatro de los seis entrevistados señalaron que los entornos de crisis migratoria han atendido y notificado nuevos casos de VIH entre población venezolana y que existen dificultades para que estas personas accedan a los tratamientos.

**Protocolos que orientan la respuesta.** Las labores sobre este tema están orientadas principalmente por los protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en Colombia.

**Preparación y planeación para abordar la emergencia.** En términos de prevención y tratamiento de VIH la preparación y respuesta temprana parecen haber sido débiles. Por ejemplo, solo la mitad de las organizaciones señalaron haber llevado a cabo actividades de planeación pensando en el impacto de la migración sobre los indicadores de VIH.





En Cúcuta, la organización Aids Healthcare Foundation se preparó para la emergencia a través de diferentes actividades como destinación de recursos financieros, identificación de puntos focales dedicados a la atención de personas con VIH, desarrollo de materiales de IEC, recolección de indicadores de VIH contemplados en el PIMS (adherencia, disponibilidad de condones gratis, acceso a tratamiento antirretroviral y prevención vertical madre-hijo), labores de incidencia y desarrollo de capacidad técnica.

En Riohacha, la Secretaría de Salud Distrital se preparó destinando puntos focales dedicados al VIH, desarrollando materiales de IEC y recolectando datos de indicadores de VIH. La clínica de Profamilia de Riohacha se preparó desarrollando materiales IEC a nivel comunitario y en lugares con alta concentración de migrantes venezolanos.

**Financiación en salud y movilización de recursos.** Dos de las entrevistadas señalaron que sus organizaciones recibieron algún fondo para financiar la respuesta al VIH durante la crisis, en particular recursos internos o de fundaciones. Sin embargo, solo una de las personas entrevistadas afirmó que contaba con recursos suficientes para cumplir con las metas del PIMS en lo relacionado con el VIH. Esto genera preocupación respecto a la capacidad de respuesta en materia de prevención y atención del VIH identificada y evidenciada durante la emergencia.

**Enfoques de equidad orientado a los grupos vulnerables.** Es de destacar que cinco de los seis entrevistados señalaron haber realizado actividades específicas para adaptar sus programas a las necesidades de las personas LGBTI con el programa de VIH. Esto se realizó a través de la participación activa en reuniones, la capacitación y la participación voluntaria en el campo.

**Disponibilidad de suministros para la prevención y el tratamiento de VIH.** El trabajo de estas instituciones se ha concentrado en el suministro de condones. Uno de los entrevistados señaló que tienen dificultades para contar con kits suficientes debido a los costos de los mismos. Fue posible notar una urgente necesidad para aumentar la disponibilidad de los suministros, mejorar la coordinación y el compromiso de actores, pacientes y comunidades para integrar una respuesta combinada en VIH. Con respecto a las enfermedades de interés en salud pública, durante las visitas de campo algunos miembros de los hospitales públicos y privados informaron su preocupación por el incremento de pacientes venezolanos como habitantes de calle que requieren medicamentos para enfermedades contagiosas (VIH/SIDA, ITS).

### **3.3 Disponibilidad de servicios de SSSR en las instalaciones de salud para satisfacer las necesidades de los migrantes**

#### **3.3.1 Descripción General del Sistema de Salud en Colombia**

##### **Regímenes de aseguramiento en salud**

En Colombia existen cuatro esquemas de aseguramiento en salud. El régimen contributivo, obligatorio para los trabajadores formales y otras personas con la capacidad de cubrir a los contribuyentes así como a sus beneficiarios. El régimen es financiado por un total del 12,5% de impuesto sobre la nómina, con una contribución del 4% por parte de los trabajadores formales, y un 8,5% restante para el resto de los trabajadores. Los trabajadores independientes pagan el 12,5% completo.



El régimen subsidiado es el esquema obligatorio para los desempleados, los trabajadores del sector informal y los pobres (que se determinan por un medida social), incluidos sus beneficiarios. Los miembros de este régimen no son grandes contribuyentes al régimen, que es financiado totalmente a través de 17 fuentes diferentes, principalmente por impuestos generales. Existe un pequeño subsidio cruzado del régimen contributivo (equivalente al 0,17% de la nómina, deducida de la contribución total del 12,5%) (Guerrero et al. 2015).

Los regímenes de excepción y especial reúnen los trabajadores de la industria petrolera, profesores, miembros de las fuerzas militares y población privada de la libertad. Finalmente, existe un esquema para la población pobre no asegurada que cubre las necesidades de la población en extrema pobreza. Dentro de las fuentes de financiación del sector salud destinadas para ésta población se han movilizado recursos para cubrir necesidades básicas en salud de la población migrante venezolana.

A nivel de coberturas, el esquema contributivo cubre 20.760.123 millones de personas (44% de la población general); el esquema subsidiado cubre 22.882.669 millones de personas (46% de la población general) y el esquema de aseguramiento especial y de excepción cubre aproximadamente 2.226.973 millones de personas (4% de la población general). Por otro lado, las entidades territoriales son las principales responsables de las acciones de salud pública, a través de la supervisión del gobierno central y las necesidades de cobertura de 2.736.265 personas pobres no aseguradas (6%) y los migrantes venezolanos en extrema vulnerabilidad (MSPS, 2017).

En 1993, la Ley 100 transformó los acuerdos de recaudación, agrupación, compras y prestación de servicios en Colombia (Guerrero et al., 2015). Como resultado, el mercado de salud tiene múltiples compradores y acuerdos funcionando para la adquisición de servicios: i) Entidades Promotoras de Salud (EPS), que son agencias aseguradoras en el régimen contributivo, subsidiado y especial; ii) Entidades territoriales (que comprende departamentos, municipalidades, distritos, territorios indígenas y en ocasiones regiones y provincias), cada entidad territorial puede adquirir servicios de salud para cubrir las necesidades de las poblaciones más pobres; iii) MSPS puede comprar a través de la ADRES y los fondos estratégico de la OPS; iv) Colombia Compra Eficiente, y v) Agencias de aseguramiento.

Los principales compradores de servicios de salud en Colombia son las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios o comúnmente conocidas como las EPS, las cuales pueden ser públicas o privadas y cubren el 85% de los servicios de salud que se prestan en el país. Con relación al paquete de beneficios estos se unificaron desde el año 2013 y se ha logrado avanzar en la equidad camino a la cobertura universal en salud en los regímenes contributivo y subsidiado (Rivillas, et al, 2018). Por ejemplo, antes de 2018 existían diferencias que generaban mayor desigualdad en servicios de salud materna e infantil y los programas de inmunización.



Recientemente, existen menores diferencias en el acceso a tratamientos, procedimientos y medicamentos. La intención fue expandir gradualmente los beneficios del paquete para el régimen subsidiado de tal manera que, cuando fuera completamente implementado, el contenido del paquete de beneficios sea igual para todos los colombianos, sin importar si pertenecen al régimen contributivo o privado.

Durante la crisis humanitaria, el Ministerio de Salud y Protección Social ha emitido una serie de lineamientos para garantizar el aseguramiento de la población migrante venezolana para que accedan a servicios básicos como urgencias, vacunación y salud materno-infantil de población migrante venezolana, pero no se han garantizado recursos suficientes para cubrir los servicios que se prestan.

### **3.3.2 Servicios que ofrecen las instituciones y necesidades en SSSR de la población migrante.**

Esta sección es el resultado de la evaluación de las instalaciones de salud revisadas con el propósito de analizar el nivel de los servicios de salud prestados a la población migrante. La siguiente tabla describe los servicios y capacidad instalada específica ofrecida por las instituciones prestadoras de servicios de salud en las cuatro ciudades. Esta tabla recopila las características del equipo, el personal de salud, la coordinación con las comunidades y la población vulnerable, el acceso a métodos anticonceptivos, la atención de salud materno-infantil, los servicios de aborto y post aborto, el manejo y atención de VIH y de violencias basada en género. Las celdas de color verde muestran una buena disponibilidad de servicios y capacidad instalada, el color amarillo indica un nivel promedio y el color rojo indica una oferta de servicios y capacidad instalada limitada.



**Tabla 3** Servicios y capacidad instalada que ofrecen las instituciones a población migrante en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana, 2018

Servicio /Municipio	Arauca	Cúcuta	Riohacha	Valledupar
<b>Equipamiento</b>				
Sistema de referencias	5/5	6/6	3/5	2/5
Transporte para remisión	5/5	5/6	5/5	5/5
Sistemas de Comunicación	5/5	6/6	5/5	5/5
Saneamiento básico (Agua potable, Alcantarillado y Baños)	5/5	5/6	5/5	5/5
Disponibilidad de camas	1/5	5/6	1/5	1/5
<b>Talento Humano</b>				
Considera que el personal es adecuado	5/5	6/6	5/5	4/5
Cuenta con Médico General o Enfermera General	5/5	6/6	5/5	3/5
Cuenta con Servicios de Obstetricia, ginecología o pediatría	1/5	0/6	2/5	2/5
Personal disponible 24/7	1/5	4/6	1/5	3/5
<b>Relación con la comunidad y poblaciones vulnerables</b>				
Difusión de información sobre servicios de salud a la comunidad	5/5	6/6	3/5	4/5
Servicios de Atención en Salud para adolescentes y jóvenes	2/5	6/6	3/5	3/5
Servicios de Atención en Salud para personas con discapacidad	4/5	6/6	4/5	2/5
<b>Métodos de anticoncepción disponible</b>				
Condomes masculinos	3/5	4/6	4/5	2/5
Condomes Femeninos	3/5	0/6	1/5	0/5
Anticonceptivos orales	3/5	4/6	4/5	1/5
Anticonceptivos inyectables	3/5	3/6	4/5	1/5
Anticonceptivos de emergencia	3/5	3/6	0/5	1/5
Dispositivos Intra-Uterinos DIU	3/5	4/6	0/5	2/5
Implantes sub-dérmicos	3/5	2/6	3/5	2/5
<b>Salud Materna-Infantil</b>				
Atención de partos naturales con personal calificado	1/5	4/6	1/5	1/5
Atiende partos por cesárea con personal calificado	1/5	0/6	1/5	1/5
Servicios de atención básica de emergencias obstétricas	1/5	4/6	1/5	1/5
Personal en salud entrenado para cuidado de recién nacidos	1/5	5/6	2/5	2/5
<b>Servicios de Aborto y postaborto</b>				
Atención del aborto	1/5	0/6	2/5	1/5
Cuidado postaborto	1/5	0/6	2/5	1/5
<b>Atención y prevención del VIH</b>				
Atención y manejo de Infecciones de Transmisión Sexual ITS	1/5	6/6	4/5	3/5
Transfusión de sangre con buenas prácticas	1/5	0/6	1/5	1/5
Distribución de condones gratis	4/5	4/6	0/5	2/5
Acceso a Tratamiento Antirretroviral (TAR)	0/5	2/6	1/5	1/5
Tratamiento antirretroviral para prevenir transmisión VIH (Madre-Hijo)	0/5	4/6	1/5	1/5
<b>Atención de la VBG</b>				
Servicios de atención clínica de la violencia sexual	3/5	4/6	3/5	2/5
Difusión de información a la comunidad sobre la disponibilidad de servicios	2/5	3/6	3/5	3/5

\* Es importante aclarar que, dentro de la red de prestadores públicos y privados de otros niveles de atención más complejos sí se practican partos por cesárea, sin embargo las instituciones que lo hacen no accedieron a participar de la investigación.

Fuente: Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo- venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Profamilia- IPPF, 2019.



En general, el equipamiento de las instalaciones en cada lugar es bueno, pero existen necesidades en cuanto a la disponibilidad de camas, aunque es claro que muchas de las instalaciones evaluadas pertenecen al primer nivel de atención en salud, es decir los servicios más básicos que se pueden ofrecer a la población. Con relación al personal de salud, en la mayoría de las ciudades se considera que el personal es suficiente y preparado, pero existen brechas importantes en la presencia de profesionales con especialidades en salud. En particular, profesionales en obstetricia, ginecología o servicios pediátricos, y la disponibilidad de sus servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Fue posible evidenciar que las instalaciones no están lo suficientemente preparadas para atender emergencias, especialmente atención y cuidados en obstetricia.

Con respecto a las relaciones con la comunidad y las poblaciones vulnerables, es importante señalar que las instalaciones evaluadas en Cúcuta están bien preparadas y se evidencian actividades de información y comunicación, así como participación comunitaria. En las ciudades restantes como por ejemplo Arauca, se requiere fortalecer la difusión de información y comunicación sobre servicios de salud disponibles a nivel comunitario. También, es importante trabajar en Riohacha y Valledupar para brindar servicios de acuerdo con las necesidades de los jóvenes y las personas con discapacidad.

En general, se evidencia insuficiencia y limitada oferta de servicios y métodos anticonceptivos, atención de salud materna y neonatal, servicios de aborto y post aborto, atención de prevención del VIH (con una excepción en Cúcuta) y violencia basada en género.

### 3.3.2.1 Ciudad de Arauca (Arauca)

La migración por parte de población migrante venezolana ha sido constante en este municipio en los últimos años. Durante el trabajo de campo se identificaron importantes formas de organización comunitaria de esta población en algunos barrios que se han ido construyendo como resultado del asentamiento. No obstante, la característica del fenómeno migratorio es pendular, motivada por la búsqueda de oportunidades laborales, de víveres y de servicios de salud.

En este contexto la respuesta por parte de las entidades territoriales del sector salud ha sido importante y, con recursos limitados, han tratado de atender a los migrantes. Sin embargo, esta respuesta no ha estado acompañada de la inyección de recursos por parte del gobierno central, lo cual ha limitado la capacidad de respuesta. Durante los grupos focales se identificaron como principales barreras de acceso a los servicios los costos, la discriminación, la desinformación, la falta de documentos, y la falta de suficiente personal para atención en salud.

El Gráfico 13 presenta el Top-10 de las principales necesidades insatisfechas en salud sexual, salud reproductiva, materna-infantil en Arauca, Colombia, 2018, con una descripción detallada de los servicios que son necesarios y requeridos para cubrirlas satisfactoriamente.

**Gráfica 13** Las 10 principales necesidades insatisfechas en salud sexual, reproductiva y materna-infantil en Arauca, Colombia, 2018





## Servicios de salud sexual y salud reproductiva

- En términos generales el equipamiento de las instituciones es adecuado: todas cuentan con un sistema de referencia, transporte para la remisión, sistemas de comunicación, las distancias de los hospitales de referencia varían entre 8-60 kms; también cuentan con energía, agua potable, alcantarillado y baños. En Arauca, el Hospital San Vicente tiene 76 camas disponibles, mientras las demás instituciones no cuentan con disponibilidad de camas.
- Cuatro de las cinco instituciones consideran que las condiciones de su personal son adecuadas. Todas cuentan con al menos medicina general y enfermería; una ofrece obstetricia o ginecología y pediatría 24 horas durante toda la semana.
- Todas han informado a la comunidad sobre los servicios de salud sexual y salud reproductiva disponibles; solo dos tienen servicios para los adolescentes y prestan servicios sin previo consentimiento de los padres; solo una institución no presta servicios según necesidades de las personas con discapacidad.

## Prevención y atención de la violencia basada en género

- Tres instituciones ofrecen servicios de atención en salud para víctimas de la violencia sexual: historia confidencial y exámenes, recolección de pruebas forenses, provisión de PrEP dentro de las 72 horas, provisión de anticoncepción de emergencia dentro de las 120 horas, profilaxis para las ITS, asesorías o consulta psicosocial y cuidado de niños/niñas víctimas de violencia sexual.
- Solo dos instituciones han informado a la comunidad sobre la disponibilidad de servicios de salud para víctimas de violencia sexual. Desafortunadamente, las mujeres, hombres, niñas y niños afectadas no siempre están usando los servicios disponibles.
- Dos instituciones reportaron incidentes de violencia sexual en el contexto migratorio. Llama la atención que las mujeres no asistieron en búsqueda de los servicios dentro de los cinco días posteriores al asalto, lo cual puede estar relacionado con la creencia de que la violencia sexual es sobre todo tratada de forma penal y no como una urgencia médica.



## Atención y prevención de VIH

- Solo una institución presta servicios para la atención y manejo de ITS, y cuenta con servicios habilitados de transfusión de sangre proveniente de un banco aplicando protocolos racionales y seguros; la sangre es examinada en búsqueda de VIH, Sífilis, Hepatitis B y C mientras que cuatro de las cinco distribuyen condones gratis.
- Ninguna de las instituciones cuenta con tratamientos antirretrovirales disponibles para usuarios permanentes, y solo una hace entrega de antirretrovirales a madres y recién nacidos. Dos no cuentan con suministros suficientes para atender a todos los casos que reciben (por ejemplo, Meridiano 70 reportó 290 pacientes que recibieron tratamiento para ITSs en los últimos tres meses). Sin embargo, no se tienen datos de cuántos migrantes venezolanos demandaron el suministro.

## Salud materna e infantil

- Únicamente una institución atiende partos naturales o por cesárea con personal calificado y presta servicios de atención básica de emergencias obstétricas: Antibióticos parenterales y uso de Misoprostol para la hemorragia postparto.
- Solo una institución tiene personal entrenado y con servicios habilitados para el cuidado de recién nacidos: estimular la lactancia (temprana y exclusiva), manejo de las infecciones de neonatos, cuidado térmico, corte esterilizado del cordón umbilical y cuidados posteriores, Programa Canguro para nacidos con bajo peso, prácticas de cuidado especial del parto para prevenir la transmisión de VIH de madre a hijo, consulta y asesoría para lactancia exclusiva e inmediata.
- En el mes previo a la investigación, fueron admitidos en las instituciones 120 recién nacidos por sepsis neonatal, 63 por bajo peso al nacer/nacidos pretérmino y 30 por asfixia neonatal. También se han reportado casos de mortalidad materna y perinatal en la población migrante. Contrastando esta información con los datos de vigilancia del Instituto Nacional de Salud, se evidencia un aumento de los casos en mortalidad perinatal y neonatal, de los cuales el 83% son de migrantes venezolanos (INS, 2018). Por otro lado, los datos de muertes maternas a agosto del 2018 solo relacionan 2 casos con la condición de migrante venezolano.



### Servicios de aborto y post aborto

Dos instituciones ofrecen servicios que incluyen asesoría, planificación familiar post aborto, y atención de aborto seguro. Solo una institución presta servicios para cuidado post aborto y atención del aborto farmacológico y dilatación y evacuación (D&E). Finalmente, solo una institución informó de una muerte materna relacionada con aborto inseguro entre migrantes venezolanas.

### Disponibilidad de métodos anticonceptivos

Cuatro de las cinco instituciones ofrecen algún servicio de anticoncepción que incluye condones masculinos, condones femeninos, anticonceptivos orales e inyectables anticonceptivos de emergencia, y DIUS. Ninguna distribuye suministros para la higiene menstrual.

**Tabla 4** Métodos anticonceptivos entregados en Arauca, Colombia, en el último mes durante la evaluación, 2018

Método	Institución 1	Institución 2	Institución 3	Institución 4	Institución 5
Condomes masculinos	N/A	395	1000	0	N/A
Condomes femeninos	N/A	0	50	0	N/A
Anticonceptivos orales	0	0	200	0	N/A
Anticonceptivos inyectables	N/A	0	200	0	N/A
Anticonceptivos de emergencia	N/A	0	0	0	N/A
Implantes	N/A	0	0	0	N/A

Fuente: Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo- venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Profamilia- IPPF, 2019.

### 3.3.2.2 Cúcuta, Norte de Santander

El Gráfico 14 presenta el Top-10 de las principales necesidades insatisfechas en salud sexual, salud reproductiva, materna e infantil en Cúcuta, Colombia, 2018, con una descripción detallada de los servicios que son necesarios y requeridos para cubrirlas satisfactoriamente.

**Gráfica 14** Las 10 principales necesidades insatisfechas en salud sexual, reproductiva y materna e infantil en Cúcuta, Colombia, 2018



La relación fronteriza entre Colombia y Venezuela en esta ciudad ha estado marcada por numerosas tensiones, las cuales se exacerban con el creciente ingreso de población migrante a través de los puntos migratorios o las trochas o puntos de paso no documentados que se han popularizado desde el inicio de la crisis. Además de la existencia de asentamientos y la ocupación de barrios por migrantes venezolanos, el área metropolitana más cercana a la frontera recibe diariamente migrantes que vienen a buscar por un corto período (entre uno y dos días) suministros y servicios de salud, en especial vacunación para niños y niñas, y servicios de salud sexual y salud reproductiva, como la anticoncepción, prevención de ITS, educación sexual integral, atención al parto y aborto.



Desafortunadamente, cuando se preguntó a los participantes de los grupos focales por los servicios de salud y la calidad de la atención, a menudo señalaron formas de discriminación y xenofobia. Al mismo tiempo, mostraban agradecimiento por la posibilidad de acceso a servicios y medicamentos hoy inaccesibles en Venezuela.

### Servicios de salud y salud reproductiva

- En términos generales el equipamiento de las instituciones evaluadas es apropiado, aunque con espacios limitados para la prestación de servicios. Las instalaciones de salud también cuentan con protocolos adecuados de referencia y sistemas de comunicación (Plataformas, internet, llamadas nacionales). Todas las instituciones cuentan con agua, electricidad y baños, y entre dos y 25 camas disponibles.
- Todas las instituciones consideran que las condiciones de su personal son adecuadas, y cuatro de ellas cuentan con cobertura 24/7 de personal médico que incluye al menos medicina general y enfermería. De igual forma, todas las instituciones han informado a la comunidad sobre los servicios de salud sexual y salud reproductiva disponibles en general para personas con discapacidad y adolescentes (en cinco se prestan sin necesidad del consentimiento de los padres).

### Prevención y atención de la violencia basada en género

- Cuatro instituciones prestan atención en salud para víctimas de violencia sexual y cuentan con un consultorio privado y seguro para pacientes. Dos cuentan con todos los servicios para la atención clínica de estos casos y han informado a la comunidad sobre la disponibilidad de los servicios.
- Cinco instituciones tienen en funcionamiento rutas de atención integral y de referencia de víctimas de violencia sexual, de las cuales todas han remitido al menos una persona en el último mes.
- En esta ciudad los servicios de salud han atendido incidentes de violencia sexual a población migrante, sin embargo, como ocurre en otras ciudades parece que las mujeres no suelen buscar atención dentro del plazo de las primeras 72 horas después del asalto, debido al temor a ser deportadas.

### Atención y prevención de VIH

Todas las instituciones tienen protocolos y medidas de precaución estándar en práctica; además cuentan con suministros suficientes para el diagnóstico y manejo de ITS. Cuatro ofrecen condones gratis, mientras que ninguna cuenta con habilitación de calidad para realizar transfusiones de sangre. Dos instituciones proporcionan tratamientos antirretrovirales para usuarios permanentes, con un sistema de referencia y con tratamiento para la prevención de la transmisión madre a hijo.



## Salud materna e infantil

- Cuatro de las seis instituciones atienden partos con personal calificado, ninguna de las seis realiza cesáreas. Es importante aclarar que, dentro de la red de prestadores públicos y privados de otros niveles de atención más complejos sí se practican partos por cesárea. Más de la mitad atienden emergencias obstétricas a través de: medicamentos parenterales, remoción de productos retenidos de la concepción, parto vaginal asistido, resucitación de maternas y recién nacidos y misoprostol para la hemorragia pos parto.
- Dos instituciones ofrecen servicios habilitados para el recién nacido y cinco han recibido entrenamiento en su cuidado: consulta y asesoría para lactancia exclusiva e inmediata, y protección térmica, prevención de la infección, manejo de sepsis en recién nacidos, manejo de bajo peso al nacer/nacidos pretérmino, manejo de infecciones y prevención de la transmisión vertical del VIH.
- Entre las admisiones en salud materno infantil, se han atendido recién nacidos por sepsis neonatal, asfixia de nacimiento en los últimos 30 días. De igual forma, se han reportado 6 muertes de recién nacidos y ninguna muerte materna en este escenario.

## Servicios de aborto y post aborto

Cuatro instituciones prestan servicios de asesorías y planificación familiar post aborto. Sin embargo, ninguna institución dispone de métodos para el cuidado post aborto, o con métodos para la atención del aborto seguro. Los prestadores de servicios de salud no reportaron muertes maternas relacionadas con abortos entre las mujeres migrantes venezolanas.

## Disponibilidad de métodos anticonceptivos

- Todos los proveedores de servicios de salud cuentan con servicios de anticoncepción. Dos suministran condones masculinos, anticonceptivos orales, de emergencia, DIUS, inyectables, e implantes. Mientras en las demás solo suministran condones masculinos, condones femeninos, implantes, y DIUs. Ninguna institución proporciona insumos para la higiene menstrual.
- En general, cuatro de las seis instituciones tienen una oferta amplia de anticonceptivos. Sin embargo, en los grupos focales llamó la atención las dificultades del acceso por parte de las mujeres a estos métodos, y las limitadas opciones que tienen para escoger métodos modernos de larga duración, en especial se identificó una alta demanda de implantes subdérmicos.

**Tabla 5** Métodos anticonceptivos entregados en Cúcuta, Colombia, en el último mes durante la evaluación, 2018

Método	Institución 1	Institución 2	Institución 3	Institución 4	Institución 5	Institución 6
Condomes masculinos	No sabe	36	70	500	26	N/A
Condomes femeninos	No sabe	N/A	N/A	N/A	No sabe	N/A
Anticonceptivos orales	No sabe	36	43	1500	390	N/A
Anticonceptivos inyectables	No sabe	0	1	2	N/A	N/A
Anticonceptivos de emergencia	No sabe	5	6	50	N/A	N/A
DIU	No sabe	194	36	800	N/A	1
Implantes	No sabe	0	No sabe	59	N/A	N/A

Fuente: Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo- venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Profamilia- IPPF, 2019.

### 3.3.2.3 Riohacha, La Guajira.

El Gráfico 15 presenta el Top-10 de las principales necesidades insatisfechas en salud sexual, salud reproductiva, salud materna e infantil en Riohacha, Colombia, 2018, con una descripción detallada de los servicios que son necesarios y requeridos para cubrirlas satisfactoriamente.

**Gráfica 15** Las 10 principales necesidades insatisfechas en salud sexual, reproductiva y materna e infantil en Riohacha, Colombia, 2018





Riohacha es una de las rutas migratorias más importantes y cercanas a Venezuela a través de Maicao, una de las áreas con los mayores volúmenes de migración irregular y pendular. Recientemente, la migración se ha intensificado, y como resultado ha aumentado la demanda de servicios de salud sexual, salud reproductiva, salud materna e infantil. En especial, consultas prenatales de mujeres gestantes, que posteriormente retornan al vecino país para la atención del parto, ya sea por temor a no ser atendidas en Colombia o porque quieren garantizar la nacionalidad de su hijo.

Aunque la Secretaría de Salud del territorio ha realizado importantes esfuerzos para atender a la población migrante venezolana, en los grupos focales se identificaron como principales barreras de acceso los costos de los servicios de salud básicos, tiempos de espera, discriminación o negación en el momento de buscar atención, desinformación y rumores sobre VIH y trabajo sexual por parte de mujeres migrantes que generan formas de xenofobia y discriminación.

### Servicios de salud sexual y salud reproductiva

- En términos generales las instalaciones cuentan con el equipamiento necesario para el funcionamiento: todas las instituciones tienen un sistema de información y comunicación, servicios domiciliarios básicos (agua potable, energía y alcantarillado) y ambulancia, y tres cuentan con el protocolo de referencia. En cuanto a la disponibilidad de las camas, solo una de las instalaciones cuenta con 60 camas disponibles para todo el municipio. La distancia del hospital de referencia más cercano varía entre cinco minutos a una hora y media.
- Todas consideran que las condiciones de su personal son adecuadas, dependiendo del nivel de complejidad de cada institución. Cada una cuenta con al menos un médico general y una enfermera jefe. Mientras que las instituciones de mayor complejidad disponen de servicios de obstetricia o ginecología, inclusive una de las instituciones atiende 24/7. Tres de las cinco instituciones informaron sobre la disponibilidad de los servicios de salud reproductiva en general, incluidas las personas con discapacidad y jóvenes de la comunidad.



## Prevención y atención de la violencia basada en género

- Tres instituciones prestan servicios de atención en salud para migrantes venezolanos víctimas de violencia sexual las cuales cuentan con consultorio privado y seguro, y una de ellas posee todos los servicios necesarios para la atención de estos casos.
- Solo una institución tiene una persona entrenada para prestar todos los servicios de atención a víctimas de violencia sexual; en las demás instituciones se prestan varios de los servicios pero no plenamente. Solo tres instituciones informan a la comunidad sobre la disponibilidad de estos servicios.
- Cuatro instituciones disponen de procesos estandarizados para referencia de víctimas de violencia sexual, y todas han referido al menos una persona sobreviviente a la violencia sexual. Los casos de violencia sexual en mujeres y niñas migrantes venezolanas son frecuentes: entre uno y cuatro casos en los últimos 30 días y alrededor de catorce personas han sido víctimas de violencia sexual en los últimos tres meses.

## Atención y prevención de VIH

- Cuatro instituciones tienen algún protocolo de prevención estándar, realizan diagnóstico y manejo de ITS, pero no cuentan con suministros suficientes. Sin embargo, solo una institución realiza transfusiones de sangre y cuenta con un protocolo habilitado y un sistema de monitoreo para asegurar su aplicación durante las transfusiones.
- Solo una institución dispone de tratamientos antirretrovirales para usuarios permanentes, tiene protocolos para acceso al tratamiento y un sistema de referencia para usuarios continuos de antirretrovirales, incluyendo personas que viven con VIH y tratamiento para prevención de la transmisión de madre a hijo. Lo anterior indica que la prevención de la transmisión del VIH por contacto sexual y el tratamiento a los pacientes son insuficientes, y solo dos instituciones entregan tratamientos antirretrovirales a las madres y recién nacidos en sala de parto.

## Salud materna e infantil

- Solo una institución ofrece servicios de parto y partos por cesárea asistidos por personal médico calificado. En esta misma institución también se prestan los siguientes servicios de atención básica de emergencias obstétricas: medicamentos parenterales, remoción de productos retenidos de la concepción, parto vaginal asistido, resucitación de recién nacidos y uso de misoprostol para la hemorragia postparto.
- A pesar de que solo una de las instalaciones puede prestar servicios de alta complejidad para maternas, no se han registrado muertes maternas en los últimos 30 días, lo que significa que en general estas necesidades pueden cubrirse.



- Dos instituciones recibieron entrenamiento en el cuidado de neonatos y solo una institución tiene habilitados cuidados para el recién nacido: estimular la lactancia (temprana y exclusiva), manejo de las infecciones de neonatos, cuidado térmico, corte estilizado del cordón umbilical y cuidado apropiado del cordón umbilical, Programa Canguro para nacidos con bajo peso, prácticas de cuidado especial del parto para prevenir la transmisión de VIH de madre a hijo.
- Solo una institución presta todos los servicios y cuidados para el recién nacido. Respecto a las condiciones de admisión de los recién nacidos, solo una refiere que en los últimos 30 días se ingresó un niño con sepsis neonatal. Otra instalación reportó conocimiento de 14 muertes de recién nacidos de madres migrantes venezolanas. Algunas mujeres informaron que se les dificulta la lactancia por sus carencias de alimentación. Es importante resaltar que tal y como sucede en Arauca, la Secretaría de Salud está atendiendo la emergencia de la población migrante desde la red pública.

### Servicios de aborto y post aborto

Tres instalaciones disponen de servicios de asesoría y planificación familiar post aborto; dos de las instituciones con tratamiento para productos retenidos y atención de aborto seguro. Solo dos instituciones tienen disponibles métodos para el cuidado post aborto. Ambas cuentan con servicios de aborto farmacológico y AMEU (Aspiración Manual Endouterina).

### Métodos de anticoncepción disponibles

Cuatro instituciones tienen servicios de asesoría, consejería y distribución de diferentes métodos de anticoncepción: condones masculinos, anticonceptivos orales, de emergencia, DIU, inyectables e implantes. Solo dos instituciones suministran insumos para la higiene menstrual a mujeres en edad reproductiva, incluida la adolescencia, hecho destacable y no registrado en las otras ciudades de la investigación.

**Tabla 6** Métodos anticonceptivos entregados en Riohacha, Colombia, en el último mes durante la evaluación, 2018

Método	Institución 1	Institución 2	Institución 3	Institución 4	Institución 5
Condomes masculinos	850	1185	40	400	N/A
Condomes femeninos	N/A	N/A	N/A	200	N/A
Anticonceptivos orales	100	39	17	100	N/A
Anticonceptivos inyectables	251	10	24	400	N/A
Anticonceptivos de emergencia	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Dispositivos Intrauterinos (DIUs)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Implantes	74	20	138	N/A	N/A

Fuente: Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo- venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Profamilia- IPPF, 2019.

### 3.3.2.4 Valledupar, Cesar

Valledupar es un municipio cercano a la frontera que ha recibido un importante número de población procedente de Venezuela, la cual ingresa a Colombia a través de la Guajira. Valledupar, a diferencia de las otras ciudades, no cuenta con suficientes prestadores de servicios para resolver las necesidades en salud sexual, salud reproductiva, y salud materna e infantil de los migrantes. Entre las barreras de acceso más comunes se identificaron la negación de servicios materno-infantiles en hospitales públicos, los costos de atención, la desinformación, la falta de documentos y la discriminación a través de la violencia psicológica por parte del personal de salud.

El Gráfico 16 presenta el Top-10 de las principales necesidades insatisfechas en salud sexual, salud reproductiva, materna e infantil en Valledupar, Colombia, 2018, con una descripción detallada de los servicios que son necesarios y requeridos para cubrirlas satisfactoriamente.

**Gráfica 16** Las 10 principales necesidades insatisfechas en salud sexual, salud reproductiva y materna - infantil en Valledupar, Colombia, 2018



Fuente: Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo- venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Profamilia- IPPF, 2019.



## Servicios de salud sexual y salud reproductiva

- En términos generales todas las instalaciones cuentan con equipamiento adecuado: energía, agua potable y servicios sanitarios. El Hospital Rosario Pumarejo de López tiene 350 camas disponibles, las demás instalaciones no cuentan con camas disponibles para pacientes, sino camillas. Todas cuentan con un sistema de comunicación y transporte, y solo dos con un protocolo de referencia. Las distancias del hospital de referencia más cercano oscilan entre 2 km y 4 kms.
- Cuatro de las cinco instituciones consideran que su personal es adecuado. En general, Valledupar cuenta con atención en obstetricia, ginecología, pediatría y enfermería. Una de las instituciones únicamente presta servicios de medicina general. Tres instituciones tienen horarios nocturnos y los fines de semana.
- Cuatro instituciones han informado a la comunidad sobre los servicios de salud reproductiva que ofrecen; tres ofrecen servicios para los adolescentes sin consentimiento previo de los padres y solo dos atienden las necesidades de las personas con discapacidad.

## Prevención y atención de la violencia basada en género

- Solo dos instituciones ofrecen atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Cuatro de las instituciones cuentan con un consultorio privado y seguro para las víctimas, disponen de guías y protocolos de atención, sistema de referencia, y al menos tres han referido al menos una persona agredida recientemente. Finalmente, tres instituciones informan a la comunidad sobre la disponibilidad de servicios de asistencia para víctimas de violencia sexual.
- Dos instituciones reportaron conocimiento de por lo menos seis casos de violencia sexual en mujeres migrantes en los últimos 30 días, y en total 26 durante los últimos tres meses, de las cuales 10 accedieron a los servicios de salud cinco días después de la agresión sexual.

## Atención y prevención de VIH

- Tres de las cinco instituciones cuentan con algún protocolo de prevención estándar, atención y manejo de ITS, dos distribuyen condones gratis y solo una cuenta con procesos de esterilización de equipos para el manejo de ITS. A nivel de insumos solo dos disponen de suministros suficientes.
- Únicamente una institución realiza transfusiones de sangre, cuya fuente de suministro es su propio banco de sangre o sangre recolectada de familiares y amigos, de acuerdo a la necesidad (transfusión en vivo). También se cuenta con un protocolo de monitoreo para transfusiones racionales y seguras de sangre. Además, las enfermedades de transmisión que son examinadas en la sangre son VIH, Sífilis, Hepatitis B, Hepatitis C y Malaria.



- Solo una institución suministra tratamiento antirretroviral para usuarios permanentes, y se rige por un protocolo y sistema de referencia para usuarios continuos, personas que viven con VIH y tratamiento para prevención de la transmisión de madre a hijo, quienes son referidos a su EPS correspondiente. Solo una entrega el tratamiento antirretroviral a las madres y recién nacidos.

### Mortalidad materna e infantil

- Los servicios de atención básica de emergencias obstétricas incluye medicamentos parenterales, remoción de productos retenidos de la concepción, resucitación de recién nacidos, y uso de Misoprostol para la hemorragia pos parto. Se han reportado dos muertes maternas en los últimos 30 días.
- Dos instituciones están habilitadas y cuentan con entrenamiento en el cuidado del recién nacido: estimular la lactancia (temprana y exclusiva); manejo de las infecciones de neonatos, cuidado térmico, corte esterilizado y cuidado apropiado del cordón umbilical, Programa Canguro para nacidos con bajo peso, prevención de la transmisión vertical del VIH de madre a hijo.
- Las instituciones reportaron la admisión de 40 casos por sepsis neonatal, 10 por bajo peso al nacer/nacidos pretérmino y 25 por asfixia perinatal, y dos instituciones reportaron conocimiento de muertes de recién nacidos de madres migrantes en los últimos 30 días.

### Servicios de aborto y post aborto

Una institución cuenta con servicios de asesoría para aborto y otra cuenta con tratamiento para productos retenidos, asesoría, anticoncepción post aborto, atención de aborto seguro, para lo cual realiza aborto farmacológico o por medio de dilatación y evacuación (D&E). Dos instituciones informaron sobre dos muertes maternas relacionadas con aborto.

### Métodos de anticoncepción disponibles

La oferta de métodos anticonceptivos es limitada puesto que solo dos instituciones distribuyen algunos métodos anticonceptivos de cuyo número no tienen conocimiento. Ninguna institución recibe o distribuye suministros para la higiene menstrual.



“Conozco una amiga [...] ...ella iba a tener un niño aquí pero no pudo, se tuvo que regresar a Venezuela, porque le estaban cobrando \$1.000.000 de pesos para poder tener a su bebé acá, entonces ella no, en eso creo que la pasaron al Amparo y allá si la atendían”.

## 4. Discusión

Este análisis representa el primer intento para evaluar el grado de implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios en salud reproductiva dentro de la crisis humanitaria en el caso específico de Colombia, debido al constante flujo migratorio venezolano.

Los resultados muestran que a pesar de las respuestas significativas, acciones y esfuerzos coordinados del sistema de salud y el trabajo interagencial, el PIMS no ha sido suficientemente implementado durante esta crisis para abordar las necesidades de la población migrante venezolana, en las cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana analizadas en este informe. Con base en los resultados puede decirse que aunque algunas acciones y servicios están siendo prestados desde una perspectiva integral de salud sexual y salud reproductiva, estos no se encuentran todavía alineados con las prioridades y objetivos del PIMS. Desafortunadamente, la situación evidencia una falta de comprensión y apropiación del PIMS, así como poca coordinación entre las acciones y los tomadores de decisiones, lo cual genera desigualdades sociales, toma de decisiones ineficientes, reprocesos, duplicidad de acciones y en general una falta de comunicación que permita satisfacer las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de los migrantes venezolanos en Colombia.

También es importante considerar la necesidad de un liderazgo en salud sexual y salud reproductiva que acompañe las acciones, las decisiones y la movilización de recursos en la frontera colombiana, explícitamente liderando la implementación del PIMS y la priorización de la salud sexual y la salud reproductiva dentro de la crisis humanitaria.

A continuación se propone un balance de la implementación del PIMS para cada uno de sus objetivos.

**Objetivo 1:** Garantizar que el Clúster de salud identifique una organización que lidere la implementación del PIMS.

Aunque es importante reconocer los esfuerzos de diferentes agencias y organizaciones en los territorios, las cuales están afrontando la crisis migratoria y atendiendo algunas de las necesidades en salud sexual y salud reproductiva, se evidencia una falta de articulación y coordinación entre las organizaciones en el nivel territorial; el sistema clúster no solo debe funcionar a nivel nacional, sino también en las fronteras y los territorios. Todas las ciudades, menos una, son conscientes de la emergencia y están tomando acciones para garantizar el acceso a los servicios requeridos por los migrantes. En Valledupar el contexto se encuentra marcado por la falta de respuesta frente a la emergencia, la débil presencia de las organizaciones y también el hecho de que el trabajo de las instituciones que se encuentran en el territorio no está enfocado en la crisis migratoria venezolana.

**Objetivo 2:** Prevenir y manejar las consecuencias de la violencia sexual.

Las acciones y los servicios que componen la respuesta a la violencia sexual no son lo suficientemente robustos en los territorios. Se encontraron profundas barreras: los grupos focales mostraron que los migrantes venezolanos no suelen pensar en la atención de salud como algo requerido por las víctimas de la violencia sexual; por otro lado, los informantes clave en VBG son conscientes de su magnitud durante la crisis (6/7

**Debido que el PIMS no ha sido suficientemente implementado durante ésta crisis para abordar las necesidades de la población migrante venezolana,** ésto está generando desigualdades sociales en salud, ineficiencia en la toma de decisiones y una demanda insatisfecha en servicios esenciales de salud sexual y salud reproductiva de los migrantes venezolanos en Colombia.

entrevistados reportaron haber oído acerca de casos de violencia sexual en el escenario de crisis). En tres de las 4 ciudades existen organizaciones trabajando sobre la VBG, y en todas ellas existen al menos algunas instalaciones de salud con servicios para la atención clínica de la violencia sexual.

Esta relativa capacidad instalada se encuentra minada por la falta de información sobre estos servicios y su importancia entre la población migrante. Mientras que se trata de un problema generalizado en las cuatro ciudades, en Valledupar este se profundiza por la falta de organizaciones trabajando con víctimas migrantes. Durante el trabajo de campo, las personas entrevistadas sobre el tema en este lugar señalaron que las acciones de su institución no están en ninguna medida orientadas hacia la población migrante.

### **Objetivo 3:** Reducción de la transmisión del VIH.

En términos de la transmisión del VIH, en ninguna de las ciudades había servicios suficientes para su prevención. Las peores condiciones en este aspecto fueron identificadas en Arauca, Riohacha y Valledupar. Aún cuando los informantes identificaron que en este contexto de crisis migratoria nuevos casos aparecen casi a diario, en estos lugares no se cuenta con suficientes suministros, particularmente condones, y no todas las instituciones están usando sistemas de referencia adecuados para las personas infectadas. Por sus tasas más altas de VIH, en Cúcuta se encontraron más instituciones y servicios para prevenir y reducir el VIH, pero la detección de nuevos casos no siempre estuvo acompañada del tratamiento de las personas infectadas. Por otro lado, los grupos focales mostraron un estigma importante así como una falta de conocimiento sobre el VIH.

Al respecto, 4/6 organizaciones que trabajan en esta materia manifestaron que en el contexto de la crisis migratoria han escuchado sobre incidentes de transmisión de VIH, casos nuevos aparecen a diario y hay dificultades para que estas personas tengan acceso a tratamientos. En este contexto migratorio hay desde el inicio una preocupación por la transmisión de este virus, que suelen relacionar con la falta de antirretrovirales y de tratamientos continuos en el país vecino.

### **Objetivo 4:** Prevenir el exceso de mortalidad y morbilidad materno infantil.

En todas las ciudades evaluadas se encontró al menos una institución que presta servicios de salud para mujeres embarazadas (control prenatal, parto natural y por cesárea) y con atención básica para emergencias obstétricas y de recién nacidos. Es importante mencionar que en Cúcuta se encontró una institución atendiendo partos por cesárea para migrantes venezolanas, pero durante el trabajo de campo esta institución no estuvo dispuesta a participar de la investigación. A lo largo de los grupos focales se evidenció que los participantes conocían los nombres y la ubicación de estas instituciones, pero señalaron numerosas barreras para acceder a los mismos, especialmente se mencionó que muchas mujeres embarazadas han experimentado xenofobia y otras formas de violencia por parte de los prestadores de servicios de salud.

Con respecto al aborto, no se encontraron suficientes servicios en ninguna de las cuatro ciudades. Además, aquellas instituciones que prestan servicios de aborto no se concentran en el procedimiento. Sin embargo, las barreras de acceso están relacionadas con diferentes problemas: falta de conocimiento sobre la legislación colombiana respecto al aborto, falta de acceso a los lugares en los que el servicio está disponible, estigma, ausencia de sistemas de referencia y contrareferencia y el uso de prácticas de aborto inseguras.

**Objetivo 5:** Plan para servicios integrales de salud reproductiva, integrados a la atención primaria en salud.

Los hallazgos muestran que existe una importante capacidad instalada con respecto al equipamiento y al talento humano, y que también existen instituciones prestando servicios de salud sexual y salud reproductiva. Sin embargo, en las cuatro ciudades persisten brechas importantes en los servicios requeridos para garantizar los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. En general, la demanda insatisfecha de anticonceptivos es profunda, aun cuando diferentes métodos se encuentran disponibles en cada ciudad. Por otro lado se evidencia una urgente necesidad de brindar mayor información a las comunidades de Riohacha y Valledupar. De acuerdo con los grupos focales es importante entregar más información sobre los servicios que hacen parte de la SSSR, sus costos, cómo y dónde acceder a los mismos.



## 5. Acciones y respuestas de Profamilia abordando la crisis humanitaria en la frontera colombo-venezolana

Profamilia es una institución comprometida con la promoción y garantía de los Derechos humanos, conocida como líder en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en Colombia. En este sentido, desde que comenzó la crisis en la República Bolivariana de Venezuela en 2016, se han desarrollado e implementado desde la organización una serie de estrategias y acciones dirigidas principalmente a brindar a la población migrante servicios y productos para el cuidado de la salud, especialmente servicios de salud sexual y salud reproductiva. Estas estrategias han sido guiadas por el entendimiento de que la crisis migratoria venezolana presenta grandes diferencias con otros contextos de crisis humanitaria en el mundo, por lo tanto, le da una complejidad única, como el fenómeno de la migración pendular o el retorno masivo de los colombianos que vivieron en el país vecino durante muchos años.

La respuesta de la organización implicó poner la capacidad instalada de la organización, ubicada tanto en la zona de frontera, como en las otras ciudades donde Profamilia cuenta con clínicas, al servicio del intenso flujo migratorio, para resolver en la medida de la capacidad institucional y en muchos casos con recursos propios, las necesidades insatisfechas de esta población vulnerable. Profamilia también está diseñando e implementando trabajos de investigación con el propósito de comprender mejor cómo la migración determina el estado de salud sexual y salud reproductiva en este contexto específico.

Durante esta crisis, los servicios de Profamilia se han centrado en brindar información, educación y comunicación sobre atención en salud en general; también en proporcionar anticonceptivos de larga duración, abordar la violencia de género, incluida la atención a la población Trans y las personas afectadas por la trata de personas, un problema generalmente preocupante en situaciones de migración masiva. Profamilia implementa también programas de prevención y atención de embarazos no deseados o no planeados, en particular a través de procedimientos de aborto seguro (farmacológico con Mifepristona y Misoprostol, pero también AMEU) en cualquier edad gestacional, en todas sus clínicas. Finalmente, proporciona asesoramiento, evaluación y orientación a las personas dentro de las rutas de atención en salud de referencia y contra-referencia para la atención de otros problemas que afectan la salud general, incluidos el embarazo, el parto y el puerperio.

Es preciso resaltar que: 1) La oferta de Profamilia se encuentra especialmente focalizada en la población adolescente y joven, bajo la filosofía de prestación de "servicios amigables" para este grupo poblacional, sin excluir a otros grupos etarios. 2) Se cubre a la población a través de las clínicas instaladas a lo largo y ancho del país y brigadas móviles que permite llegar a diferentes territorios donde se ubican los asentamientos. 3) La mayoría de las atenciones a la población migrante son subsidiadas con cargo a proyectos financiados por donantes o a través de recursos propios de la organización.

De otra parte, y en alianza con la cooperación internacional y en el marco de los Proyectos Sin Fronteras I y II, She decides, y WYZ, Profamilia construyó una estrategia global que busca implementar su modelo de intervención social basado en brindar atención humanitaria integral de servicios esenciales en salud sexual y salud reproductiva en los departamentos de La Guajira (Riohacha, Maicao, Dibulla), Norte de Santander (Cúcuta, Villa del Rosario y Puerto Santander), Santander (Bucaramanga), Arauca (Arauca), Antioquia (Rionegro y Apartadó), Chocó (Quibdó, Carmen del Atrato Bahía Solano) y Córdoba (Montería). Todas estas áreas geográficas se han visto afectadas históricamente por la exclusión social y entornos extremadamente desfavorecidos, como los conflictos armados, el post-conflicto y recientemente por los flujos migratorios venezolanos.

Este modelo de trabajo que se lleva a cabo directamente en el campo trasciende la simple prestación de servicios y actividades de información, educación y comunicación, al incluir también estrategias de fortalecimiento institucional entregadas a organizaciones locales, garantizando así el desarrollo de capacidades y la continuidad de los programas. También significa trabajar con las comunidades a través de la movilización social, la consolidación de alianzas y las sinergias para implementar acciones de promoción que permitan un uso más eficiente de los recursos. Finalmente, el modelo de Profamilia lleva a cabo procesos de gestión del conocimiento para establecer líneas de base, facilitar la implementación de acciones dirigidas, procesos de evaluación posteriores, sistematización de lecciones y documentación de las mejores prácticas.

Las acciones y respuestas de Profamilia están orientadas por:

- Fomentar entornos que garanticen los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, especialmente a través de la prestación de servicios de salud esenciales en clínicas y brigadas de atención de salud extramurales, con énfasis en la atención y prevención de embarazos no deseados, los cuales incluyen el acceso a servicios de aborto seguro.
- Brindar atención integral y diferencial en SSSR a la población vulnerable ubicada en el área fronteriza bajo el Paquete Integrado de Servicios Esenciales, con un enfoque específico en Derechos Humanos.
- Fortalecer la prestación de servicios de asistencia en SSSR en contextos de emergencias.
- Capacitar a las instituciones y grupos de la sociedad civil en el enfoque de la SSSR en contextos humanitarios.
- Desarrollar estrategias de promoción y prevención relacionadas con la SSSR.

Todas las estrategias planeadas están basadas en la igualdad de género, la equidad en salud y la inclusión social, así como en enfoques diferenciados, intersectoriales, territoriales, étnicos y orientados "al no daño" de las personas y las comunidades. Además, estas estrategias están alineadas con las políticas sectoriales, como un motor que contribuye a la reconstrucción del tejido social, y que ha permitido responder, desde 2016 hasta la fecha, a casi 2 millones de venezolanos y colombianos retornados en diferentes regiones del país.



## 6. Recomendaciones

Para asegurar la implementación exitosa del Paquete Inicial Mínimo de Servicio (PIMS) para la salud sexual y salud reproductiva en situación de emergencia, persisten desafíos que deben ser enfrentados en diversas instancias de nivel nacional y territorial por los diferentes actores institucionales, de la sociedad civil y de la comunidad internacional que están tratando de responder a la crisis. Por ello, se recomienda implementar las siguientes acciones:

- **Reconocer la situación de crisis que actualmente afecta a Colombia:** diferentes organizaciones e instituciones han realizados ingentes esfuerzos para brindar respuesta y soluciones oportunas a las múltiples necesidades de la población migrante venezolana, las cuales no han sido suficientes, o se observan como acciones aisladas; razón por la cual es necesario la declaración pública sobre la magnitud de la crisis humanitaria, con el propósito de organizar la respuesta según la experticia de las organizaciones involucradas, fortalecer las alianzas y procurar sinergias entre los diferentes actores interesados en apoyar la población migrante altamente vulnerable.
- **Gestionar la voluntad política:** si bien las instituciones de orden nacional encabezadas por el Ministerio de Salud y Protección Social han convocado el trabajo colaborativo y la definición de líneas y niveles de respuesta humanitaria, esta solo se puede concretar en el territorio, y para ello resulta indispensable la concertación de la voluntad política de los diferentes actores institucionales, organismos internacionales y de la sociedad civil, quienes guiados por el interés colectivo y la necesidad de construcción de procesos adaptados y diferenciados para el afrontamiento oportuno de la crisis, pongan al servicio de la respuesta toda su capacidad instalada y puedan desarrollar acciones combinadas.
- **Monitorear la respuesta institucional:** las grandes brechas en el fortalecimiento institucional, entre los diferentes departamentos y municipios receptores de población migrante, la capacidad local diferencial de respuesta a la crisis en cada territorio y la alta rotación de decisores y personal técnico que impide la consolidación de procesos de articulación y continuidad en las acciones, obliga a que aquellas localidades observadas como más débiles sean acompañadas permanentemente por las Instituciones de orden nacional, que puedan ejercer actividades de seguimiento y mecanismos de control frente al uso eficiente de recursos y la aplicación de los protocolos de atención en contextos de crisis humanitaria.



- **Aplicar igualdad en las condiciones de operación y atención de la crisis para todas las entidades que están operando en el territorio:** es necesario que la normatividad vigente en el país en materia de atención de usuarios y acreditación para la prestación de servicios de salud, sea aplicada de la misma manera y sin discriminación a todas las organizaciones nacionales e internacionales que están ofreciendo respuesta a la emergencia humanitaria.
- **Aumentar los niveles de cobertura en la prestación de servicios:** la gran intensidad del fenómeno migratorio y la imposibilidad de su control ha posibilitado que una significativa proporción de población migrante no haya podido contar aún con acceso efectivo a servicios básicos de salud, incluidos los de SSSR. Esto amerita incrementar los esfuerzos en el reconocimiento de los territorios, ubicación de los migrantes en áreas rurales o alejadas de las cabeceras municipales donde se han asentado y donde la oferta institucional no llega.
- **Fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia:** las deficiencias en la comunicación y articulación entre los distintos prestadores de servicios, ya sean estos de carácter público, privado o internacional, ha incidido para que los procesos de remisión de los usuarios a los distintos niveles de atención, no obtengan el resultado esperado, por ello se requiere establecer mesas de trabajo locales, creación de directorios o rutas e implementar mecanismos de seguimiento y sistemas de información que permitan lograr esta trazabilidad.
- **Contrarrestar la desinformación sobre el cuidado de la SSSR en escenarios de crisis:** es necesario la implementación de estrategias de comunicación efectivas para atacar la desinformación en esta materia. Por esta razón, es importante reconocer las diferencias sociales y culturales sobre el cuidado de la SSSR entre la población migrante, para poder de manera asertiva transformar imaginarios que generan estigma frente al aborto, la atención de la violencia basada en género, la anticoncepción para menores de edad, entre muchos otros. Así mismo, resultaría beneficioso que los servicios de SSSR que prestan organizaciones como Profamilia puedan ser publicitados de manera directa en el vecino país, de tal manera que cuando se produzca un movimiento migratorio, las personas puedan llegar con información básica y buscar de manera informada el acceso a la atención.
- **Vincular a la población migrante cualificada en la prestación de servicios:** desarrollar espacios y estrategias para que la población migrante, con formación en áreas de atención en salud, pueda hacer parte de los equipos interdisciplinarios que están ofreciendo la respuesta humanitaria. Esto podría reducir las brechas culturales y favorecer el relacionamiento empático, tan necesario para abordar problemáticas relacionadas con el cuidado de la SSSR. Igualmente, desde la promoción de nuevos liderazgos juveniles, es posible crear redes de voluntariado que apoyen procesos de prevención a través del desarrollo de actividades de información, educación y comunicación, especialmente en comunidades alejadas o dispersas.



- **Posicionar el PIMS:** este paquete debe ser de amplio reconocimiento en Colombia, y en particular en los lugares donde se vive la crisis humanitaria, ya que fue diseñado con el propósito de salvar vidas en estos contextos y constituye una guía que permite orientar acciones que no dejen por fuera eventos que afectan la salud y en especial la salud sexual y salud reproductiva, los cuales son frecuentemente olvidados en escenarios de crisis. Por lo tanto, se requiere la difusión masiva a decisores, personal sanitario y a las comunidades, para que se incorpore en las prácticas de manejo de las diferentes emergencias y para que operen procesos de exigibilidad del derecho por parte de la ciudadanía. De otra parte, la implementación del PIMS ofrece la oportunidad de contrastar con la práctica los niveles de prevalencia de otras necesidades no contempladas a cubrir en este paquete, como por ejemplo los requerimientos de las personas Trans.
- **Identificar una organización líder para la implementación del PIMS:** dadas las especificidades técnicas en materia de servicio y atención en SSSR que propone este paquete, se requiere que, tanto desde los niveles nacionales como territoriales, una Entidad experta en la materia asuma el liderazgo en la conducción de los procesos de articulación entre actores e instituciones para el cumplimiento de todos los objetivos que plantea el PIMS.
- **Priorizar el abordaje de las violencias basadas en género, el VIH/SIDA y la prevención y atención del embarazo no deseado en contextos de crisis:** esto exige que los profesionales que atienden la emergencia sean sensibilizados y capacitados frente a la identificación y abordaje de estos eventos que afectan gravemente la salud. Así mismo, es urgente que los organismos de respuesta a la crisis en el territorio incorporen de manera obligatoria los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales para la atención de estas problemáticas específicas.
- **Atender de manera integral cualquier forma de violencia sexual:** es indispensable redoblar los esfuerzos de difusión de información conducente a la prevención o el manejo de las consecuencias de las violencias sexuales, evento sobre el cual se encontró un gran desconocimiento entre la población migrante, quienes no la reconocen como una posibilidad de ocurrencia y menos como una urgencia médica que debe ser atendida de manera inmediata en sus afectaciones físicas y mentales. De igual manera, se debe explorar la posibilidad de establecer rutas interinstitucionales especialmente dirigidas para el manejo de los casos de esta forma de violencia para la población migrante y en especial para el acceso a los kit profilácticos.



- **Crear sinergias para enfrentar los riesgos respecto al VIH:** es necesario diseñar una respuesta combinada para la prevención, detección y atención del VIH en los contextos de crisis humanitaria. Esto implica estrategias integrales y objetivos compartidos entre todos los responsables a todos los niveles: comunidad, organizaciones de pacientes, prestadores de servicios de salud, EPS, gobierno y agencias internacionales para la detección de nuevos casos, los cuales incluso deben ser facilitados mediante acceso al diagnóstico mediante la implementación de tecnologías como el autotest; la adecuada notificación y reporte de casos con el fin de facilitar un acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud y al tratamiento. También es necesario mejorar el acceso sin barreras y estigma a condones gratuitos en todas las áreas afectadas por la emergencia.
- **Reducir barreras para el acceso a servicios materno infantiles:** debe aumentarse la publicidad sobre la disponibilidad de servicios sin barreras, para el cuidado de la salud materna, el control prenatal, la atención del parto, de los recién nacidos y el cuidado puerperal. Es recomendable entregar y contar con herramientas y entrenamiento para los profesionales de salud que garantice la prestación de servicios de salud centrada en las necesidades y circunstancias de las mujeres gestantes migrantes.
- **Aumentar y cualificar la oferta de servicios de aborto:** las áreas de frontera, donde se concentra especialmente gran parte de la población migrante, cuenta con una oferta limitada para la prestación de servicios de aborto, más aun si estos procedimientos son requeridos en edades gestacionales avanzadas. Esta carencia exige el diseño de un plan de choque que incluya entre otros: formación del talento humano local para la práctica de abortos seguros en concordancia con la normatividad vigente en el país; desarrollo de sistemas de remisión o referencia expedita de personas en gestación avanzada a otros niveles o centros de atención; diseño de mecanismos para facilitar al personal sanitario el acceso y manejo de medicamentos como la Mifepristona y el Misoprostol y que los agrupe en una red de prestadores reconocida; promoción de acciones de incidencia con decisores que velen por el cumplimiento de la normatividad y con las comunidades para la exigibilidad del derecho al aborto; fortalecimiento de la anticoncepción post aborto y en especial de un programa de prevención del embarazo no deseado o no planeado, dirigido a la población migrante. De igual forma, el PIMS debe considerar el acceso a servicios temprano de aborto farmacológico.
- **Garantizar acceso efectivo a los servicios en SSSR a la población migrante:** a pesar de la relativa capacidad instalada de las instituciones, esta no se traduce en acceso efectivo y oportuno a servicios integrales. Para lograrlo es necesario movilizar y hacer un uso eficiente de los recursos, eliminar barreras de acceso que incluyen la xenofobia, apropiación de los lineamientos del gobierno nacional y en particular del PIMS, levantamiento de evidencia y orientación de las acciones por los diagnósticos y reconocimiento del territorio, entre otros.

- **Aplicar enfoques diferenciales en el abordaje de las necesidades en SSSR de los migrantes:** existen grandes desigualdades y diferencias entre los venezolanos migrantes irregulares o pendulares comparados con los regulares, en proceso de regularización o incluso con los colombianos retornados; por esta razón, las respuestas e intervenciones en SSSR deben ser también diferenciadas, para acercar los servicios de salud a las necesidades y circunstancias particulares y según la condición de vulnerabilidad específica.
- **Fortalecer el talento humano prestador de servicios de salud en zonas de frontera:** algunas de las barreras y exclusiones detectadas que impiden el acceso a los servicios de los migrantes venezolanos, son de tipo actitudinal, reforzadas por estereotipos y xenofobia, por lo cual es necesario fortalecer en los profesionales de la salud, la atención centrada en personas y el trato digno, al tiempo que se trabaja en derrumbar los mitos y el estigma.

Finalmente, el acceso a servicios básicos de salud sexual, salud reproductiva y materno infantil puede tener un efecto transformador no solo en la vida de los migrantes venezolanos, sino también en sus familias y en los indicadores de salud y desarrollo de las áreas receptoras. Es importante reconocer que la atención en salud sexual y salud reproductiva en situaciones de emergencias y crisis humanitaria deberá ser continua, esencial y sin ningún tipo de barreras. Esto también contribuirá a evitar poner en peligro el logro de las metas de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 y el Plan Decenal de Salud Pública - 2021.



## Referencias bibliográficas

- 1 Albaladeji, Angelika (2018) "Contraceptive shortages mean Venezuela's people face a sexual health emergency", in BMJ 2018; 360: k1197. Recuperado de: <https://www.bmj.com/content/360/bmj.k1197>
- 2 Arbeláez, Natalia (2018) "Las migrantes venezolanas terminarán cuidando a otros" publicado en: La Silla Vacía – La silla Académica. 11 de noviembre del 2018. Disponible en: <https://lasillavacia.com/silla-academica-0>
- 3 AVESA, CEPAZ, FREYA y Mujeres en línea. (2017). Mujeres al límite. El peso de la emergencia humanitaria: vulneración de los derechos humanos de las mujeres en Venezuela. Recuperado de: <https://politikaucab.files.wordpress.com/2017/11/mujeres-al-limite-1.pdf>
- 4 Banco Mundial. (2018a). Indicadores Banco Mundial. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CONU.ZS?locations=VE&view=chart>
- 5 Banco Mundial. (2018). Migración desde Venezuela a Colombia. Obtenido de Impactos y estrategia de respuesta en el corto y mediano: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/131472SP.pdf>
- 6 Bermúdez, Y. et al . (2018). Informe sobre la movilidad humana venezolana. Obtenido de <https://cpalsocial.org/documentos/570.pdf>
- 7 IndexMundi. (2018). Mortalidad Materna. Obtenido de <https://www.indexmundi.com/es/venezuela/>
- 8 Cancillería de Colombia. (2015). Plan Fronteras para la Prosperidad. Obtenido de [https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/planeacion\\_estrategica/plan\\_fronteras\\_para\\_la\\_prosperidad.pdf](https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/planeacion_estrategica/plan_fronteras_para_la_prosperidad.pdf)
- 9 Ciurlo, Alessandra. (2015). Nueva Política Migratoria Colombiana: el actual enfoque de inmigración y emigración. Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo, 2(2), 205-242. Obtenido de <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Cooperacion/article/view/2276/1992>
- 10 Constitución Política de Colombia. (1991). Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991. Obtenido de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
- 11 ACNUR. (2018). Number of refugees and migrants from Venezuela reaches 3 million. Retrieved from: <https://www.unhcr.org/news/press/2018/11/5be4192b4/number-refugees-migrants-venezuela-reaches-3-million.html>
- 12 IAWG. (2017). MISP Process Evaluation Tools. Obtenido de <http://iawg.net/resource/misp-process-evaluation-tools-2017/>
- 14 INS (2018) Boletín epidemiológico, Semana epidemiológica 32, Semana de agosto 5 al 11 de 2018. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2032.pdf>





- 15** Guerra, David. (2016). Los requisitos de entrada, permanencia y salida del territorio nacional aplicables a los inmigrantes y emigrantes en Colombia y su marco normativo. *Revista Justicia* 29, 131-157. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/just/n29/n29a10.pdf>
- 16** Guerrero et al, (2015) Universal Health Coverage Assessment – Colombia. Recuperado de: [https://www.icesi.edu.co/proesa/images/GNHE%20UHC%20assessment\\_Colombia%204.pdf](https://www.icesi.edu.co/proesa/images/GNHE%20UHC%20assessment_Colombia%204.pdf)
- 17** Migración Colombia. (2013). Red Migrante. Garantías y servicios para el migrante en Colombia. Obtenido de: [http://migracioncolombia.gov.co/phocadownload/cartilla\\_red\\_migrante.pdf](http://migracioncolombia.gov.co/phocadownload/cartilla_red_migrante.pdf)
- 18** Migración Colombia (2018) Todo lo que quiere saber sobre la migración venezolana y no se lo han contado.
- 19** Ministerio de Relaciones Exteriores - DANE. (2016). Boletín anual de estadísticas Enero- Diciembre 2016. Obtenido de <http://migracioncolombia.gov.co/phocadownload/Bolet%3ADn%20Estad%3ADstico%202016%20Espa%3Bl.pdf>
- 20** Ministerio de Relaciones Exteriores. (2017). Boletín Anual de Estadísticas Enero - Diciembre 2017. Obtenido de [http://migracioncolombia.gov.co/phocadownload/Bolet%3ADn%20Flujos%20Migratorios%202017%20\(003\).pdf](http://migracioncolombia.gov.co/phocadownload/Bolet%3ADn%20Flujos%20Migratorios%202017%20(003).pdf)
- 21** MPPMIG. (2014). Plan nacional de protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos (2014-2019). Obtenido de [https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Plan%20Nacional-para-la-Proteccion-de-los-DSR\\_1.pdf](https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Plan%20Nacional-para-la-Proteccion-de-los-DSR_1.pdf)
- 22** MSPS. (2018). Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
- 23** MSPS. (s.f.). Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO. Obtenido de <http://www.sispro.gov.co/Pages/Observatorios/segbasicos.aspx>
- 24** MSPS y Profamilia. (2017). Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015. Obtenido de <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%201.pdf>
- 25** MSPS (2013). Documento técnico que contiene los diagramas de flujo para la atención de la emergencia obstétrica y para las Guías de Atención Integral – GAI. Obtenido de [http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/sreproductiva/2014/diag\\_flujo\\_atobs.pdf](http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/sreproductiva/2014/diag_flujo_atobs.pdf)
- 26** MSPS. (2014a). Prevención del aborto inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>
- 27** MSPS (2014b). Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Modelo-Seguridad-Emerg-Obst.pdf>



- 28** MSPS (2014c). Documento técnico para prestadores de salud “Atención Post Aborto (APA) y sus complicaciones”. Obtenido de <https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/18-Colombia-Health-sector-protocol-on-post-abortion-care-and-complications-Ministry-of-health-2014.pdf>
- 29** MSPS (2017). Circular No. 000025 de 2017. Obtenido de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Circular%20No.%200025%20de%202017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%200025%20de%202017.pdf)
- 30** MSPS (2018). Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
- 31** MSPS (s.f.). Marco político de la salud y derechos sexuales y reproductivos. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Marco-politico-de-la-salud-y-derechos-sexuales-y-reproductivos.aspx>
- 32** MSPS (s.f.). Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO. Recuperado de: <http://www.sispro.gov.co/Pages/Observatorios/segbasicos.aspx>
- 33** MSPS (2018) Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
- 34** OPS & OMS. (2018). Evento Colombia. Reporte de Situación No. 9. Agosto 21 de 2018.
- 35** ONUSIDA. (2018). Visión general del SIDA en Venezuela. Obtenido de ONU sida: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/venezuela>
- 36** PLAFAM y SRI. (Octubre de 2016). Informe sobre Venezuela. Obtenido de 26 Ronda del examen periódico universal: <http://www.sexualrightsinitiative.com/wp-content/uploads/SRI-PLAFAM-Venezuela-UPR-Joint-Submission-26-Session.pdf>
- 37** Presidencia de la República. (2015). Decreto No. 1770 de 2015. Obtenido de: <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2015/Decretos2015/DECRETO%201770%20DEL%2007%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202015.pdf>
- 38** Reuters. (2018). “Four million Venezuelans may live in Colombia by 2021: minister”. Retrieved from: <https://www.reuters.com/article/us-venezuela-migration-colombia/four-million-venezuelans-may-live-in-colombia-by-2021-minister-idUSKCN1MC2NZ>
- 39** Rivillas JC, Ortiz D and Henao AC. Rapid assessment of the purchasing arrangements in health system of Colombia [version 1; not peer reviewed]. F1000Research 2018, 7:1506 (slides) (<https://doi.org/10.7490/f1000research.1116116.1>)
- 40** The Lancet, (2018a). The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. Retrieved from: <https://www.thelancet.com/commissions/migration-health>



- 41 The Lancet. (2018b). Migration of Venezuelans to Colombia. Retrieved from:
- 42 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31828-2/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31828-2/fulltext#%20)
- 43 Unidad nacional para la gestión del riesgo de desastres. (2018) Informe Final: Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos en Colombia - Decreto 542 del 21 de marzo de 2018 (06 de abril al 08 de junio de 2018). Retrieved from:
- 44 <https://www.refworld.org/es/pdfid/5b2957524.pdf>
- 45 UNFPA. (2012). Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones Humanitarias. Obtenido de <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/1%20Adjunto%20SPRINT%20manual%20-%20pdf.pdf>
- 46 Vargas, et al. (2011) Trata de personas en Colombia; una aproximación a la magnitud y comprensión del problema. Universidad de los Andes, OIM. Bogotá. Noviembre 2011. Disponible en: <https://repository.oim.org.co/bitstream/handle/20.500.11788/1074/COL-OIM%200360.pdf;jsessionid=E6CDBB5FFF497453255302D5AA57B887?sequence=1>

## Anexo A: Marco normativo respecto a la población migrante venezolana

La Constitución Política de 1991 establece que todas las personas residentes en el territorio colombiano tienen derechos fundamentales y deberes que deben ser respetados en igualdad de condiciones. El artículo 13 constitucional establece que “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica”. De este modo, la misma Corte Constitucional ha reconocido que “(...) la garantía de los derechos fundamentales no depende de la condición de ciudadano, sino de la condición de ser humano; de ser persona que habita el territorio nacional” (Sentencia T-2010 de 2018).

La política migratoria colombiana cuenta con diversos instrumentos, tanto a nivel internacional como a nivel nacional. Entre los principales instrumentos internacionales, se encuentran los compromisos que el país ha asumido al ratificar algunos de los instrumentos del derecho internacional que protegen a la población migrante, entre los cuales se encuentra:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación en contra de las mujeres (1979)
- Convención relativa a la Cooperación Internacional sobre la Asistencia Administrativa a los refugiados (1985)
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
- Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familiares (1990)
- Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU 1999/44 - Derechos Humanos de los Migrantes (1999)
- Protocolo de Palermo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y menores (2000)
- Protocolo contra el Tráfico de Migrantes por tierra, mar y aire (2000)
- Reglamento Sanitario Internacional (2005) (Migración Colombia, 2013)
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)
- Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015)

Colombia ha adoptado un amplio marco normativo para responder tanto a las políticas de migración como a las recientes necesidades y demandas de la población de la migración venezolana y los colombianos que retornan. En el orden nacional, el Artículo 100 de la Constitución Política de Colombia establece que “los extranjeros disfrutará de los mismos derechos civiles que tienen los colombianos” (Const., 1991). Para ingresar al territorio colombiano, sin embargo, “los extranjeros deben someterse a los requisitos de ingreso, permanencia y salida impuestos por el Estado mediante su política migratoria” (Guerra, 2016, p. 138).

A partir del Consejo Nacional de Política Económica y Social Conpes 3603 de 2009 o la Política Integral Migratoria surgen: i) La Ley 1465 de 2011 que crea el Sistema Nacional de Migraciones y expide normas para la protección de los colombianos en el exterior; ii) La Ley 1565 de 2012 que fija incentivos para el retorno de los colombianos residentes en el extranjero; y iii) El Decreto 1067 de 2015 que reglamenta al sector administrativo de Relaciones Exteriores, así como los flujos migratorios de entrada al país (Ciurlo, 2015).

Tras el éxodo sin precedentes desde Venezuela hacia Colombia y la crisis humanitaria que este ha supuesto, se han creado nuevos instrumentos normativos como:

- El Decreto 1770 de 2015 que declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica nacional durante treinta (30) días.
- El Decreto 1771 de 2015 que levanta algunas restricciones legales existentes para incluir a las personas afectadas por la situación en la frontera colombo-venezolana en los registros de datos de programas sociales.
- La Resolución 5797 de 2017 que crea un Permiso Especial de Permanencia (PEP) en el territorio colombiano para venezolanos.
- El Decreto 542 de 2018 que crea el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV), insumo básico para el diseño de una política integral de atención humanitaria.
- El Decreto 1288 de 2018 que adopta medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el RAMV a la oferta institucional y establece medidas específicas para la atención del retorno de colombianos.

### **Consejo Nacional de Política Económica y Social - Conpes 3950 de 2018**

El 23 de noviembre de 2018, el país adopta el Consejo Nacional de Política Económica y Social - Conpes 3950 a partir del cual se identificarán las rutas de atención e integración para la población migrante proveniente de Venezuela y se fortalecerá la institucionalidad existente para su atención. Dentro de su plan de acción se plantean acciones y estrategias dirigidas a: i) Atención de las necesidades en salud, educación, primera infancia, e inserción laboral; ii) Fortalecimiento de las instituciones encargadas de la atención en zonas y pasos de frontera, de la identificación y registro de migrantes, y iii) Atención de situaciones que afectan la convivencia en zonas de concentración de población inmigrante.

### **Normas y jurisprudencia para la atención en salud y salud sexual y salud reproductiva**

Recientemente, se han expedido normas relacionadas con la garantía del derecho a la atención en salud de la población migrante, se destacan las siguientes:

- Decreto 2228 de 2017 que proporciona el aseguramiento en salud a los colombianos deportados o deportados con sus familias.
- Resolución 3015 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social que designa el Permiso Especial de Permanencia (PEP) como documento válido para afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Circulares 012 y 029 de 2017 que establece el registro de atenciones en salud de extranjeros en todo el país.
- Circular 025 de 2017 que fortalece las acciones de salud pública para responder a la migración de población proveniente de Venezuela.
- Circular 040 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social que proporciona los lineamientos en salud para la gestión de alojamientos temporales.
- Circular 06 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional en Salud con los lineamientos sobre prevención, atención, vigilancia en salud pública de enfermedades como sarampión, rubéola y difteria.

En el contexto de la crisis de Venezuela, el Ministerio de Salud expidió el Plan de Respuesta del Sector Salud para la Atención al Fenómeno Migratorio de 2018 que consta de tres (3) componentes básicos: i) Gestión de la Salud Pública, ii) Fortalecimiento de las atenciones en salud y iii) Financiamiento, Monitoreo y Evaluación. En concreto, este plan de respuesta trae disposiciones para migrantes en diferentes modalidades de status migratorio. Para el caso de los migrantes no regulares el Ministerio establece que se deben priorizar ciertos grupos, para el despliegue de acciones colectivas e individuales con cargo a las entidades territoriales de forma progresiva y de acuerdo a la disposición de recursos. Los grupos a priorizar son:

- Mujeres gestantes y lactantes (incluyendo casos de morbilidad materna extrema).
- Niños, niñas y adolescentes (incluyendo atención de cáncer en esta población).
- Eventos transmisibles (por considerarse de alta externalidad): VIH e ITS, Tuberculosis, y condiciones inmunoprevenibles, tales como: Sarampión, Rubéola, Difteria, Polio, entre otras.
- Enfermedades transmitidas por vectores: Malaria, Enfermedad de Chagas, Dengue, Leishmaniosis y Fiebre Amarilla.
- Violencias, especialmente las de género, la explotación en todas sus formas y la trata de personas, entre otras.
- Condiciones crónicas que generalmente se ven descompensadas en la migración: Diabetes, Hipertensión y Asma. Así mismo, las enfermedades mentales y la epilepsia, dado el alto riesgo psicosocial que se presenta en esta población.

De igual manera, el plan de repuesta establece que se tendrán en cuenta atenciones como vacunación y anticoncepción.

Asimismo, en 2017 el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Circular 025 de 2017 para fortalecer las acciones en salud pública y respuestas a la situación de migración de población proveniente de Venezuela (MSPS, 2017, p. 1). Entre otros asuntos, esta circular insiste en el fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos (Numeral 1.6.2) y hace referencia al cumplimiento de la normatividad vigente por parte de las entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal.



## Jurisprudencia de la Corte Constitucional

Por su lado, la Corte Constitucional también se ha pronunciado frente a la garantía del derecho a la salud de los migrantes. En la sentencia T-210 de 2018 la Corte reconoció que la salud es un derecho fundamental que no puede depender del status migratorio. No obstante, la Corte ha aclarado que siguiendo la obligación constitucional de respeto de los deberes del Estado, los migrantes solo podrán tener acceso a la afiliación del Sistema General de Seguridad Social en Salud si han regularizado su situación migratoria, por lo que debe contar con un documento de identificación válido en Colombia. Es así que como medida para garantizar la afiliación de los migrantes al sistema se expidió la Resolución 3015 de 2017, mediante la cual el Ministerio de Salud incorporó el Permiso Especial de Permanencia (PEP) como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social.

Adicionalmente, la Corte reconoce que con fundamento en las normas de seguridad social en salud como la Ley 1438 de 2011, a ninguna persona, sin importar su capacidad de pago, se le puede negar la atención básica de urgencia. La definición de urgencias en contextos de migración ha sido ampliada por la misma Corte Constitucional que ha afirmado que las urgencias implican “no solo librar al ser humano del hecho mismo de morir, sino protegerlo de toda circunstancia que haga su vida insostenible e indeseable, y le impida desplegar las facultades de las que ha sido dotado para desarrollarse en sociedad de forma digna”(Sentencia Su-677 de 2017 y T-210 de 2018). De igual modo, se ha entendido que esta atención de urgencias “(...) busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de los usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad”(Sentencia Su-677 de 2017).

En el caso específico de la salud sexual y salud reproductiva de las personas migrantes, la Corte se pronunció sobre el caso de una mujer migrante irregular que se encontraba en embarazo y el sistema de salud no lo consideró como una urgencia médica. Al respecto, la Corte afirmó que dicha atención tiene una conexión directa con la dignidad de la mujer y que “(...) a pesar de que médicamente el embarazo no ha sido catalogado como una urgencia, la accionante sí requería una atención urgente, pues su salud se encontraba en un alto riesgo por las consecuencias físicas y psicológicas que se derivan del hecho de estar embarazada y por encontrarse en medio de un proceso de migración masiva irregular”(Sentencia SU-677 de 2017).

En la sentencia T-697 de 2016 la Corte Constitucional estudió el caso de una menor de edad embarazada a la que no se le informó sobre su derecho a interrumpir el embarazo y a pesar de ser una presunta víctima de trata de personas, por disposición de las autoridades colombianas fue devuelta a Venezuela. En este caso, la Corte estableció que la nacionalidad no podía ser un criterio para violar sus derechos sexuales y reproductivos.



## Normas para la prevención y tratamiento del VIH

Además de las acciones, metas e indicadores relacionados con la prevención del VIH en la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014) y en el PDSR, existe en Colombia normatividad asociada con su manejo (como el Decreto 1543 de 1997), con su eliminación (Conpes 3918 de 2018), y con su prevención, diagnóstico y tratamiento (Resolución 3442 de 2006).

Así mismo, el país cuenta con documentos técnicos y circulares para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual, para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH (Circular 016 de 2012), para la transfusión segura de sangre (Circular 0082 de 2011), entre otras.

## Normas para la prevención y atención de la violencia basadas en género

Colombia cuenta con un marco normativo robusto en la materia. A la Ley 294 de 1996 que dicta normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar—y a la Ley 360 de 1997 – que modifica el código penal en lo concerniente a los delitos contra la libertad y pudor sexual—se han sumado una gran cantidad de leyes, actos administrativos, lineamientos de política pública y jurisprudencia. En este sentido, son de especial relevancia:

- Resolución 412 de 2000, Guías de Atención al menor y a la mujer maltratada.
- Ley 984 de 2005 aprueba el protocolo facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer adoptado por la ONU en 1999.
- Ley 1257 de 2008 dicta normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres y reforma los Códigos Penales, de Procedimiento Penal y la Ley 294 de 1996 así como los decretos que la reglamentan (Decretos 4463, 4796 y 4799 de 2011).
- Ley 1542 de 2012 garantiza la protección y diligencia de las autoridades en la investigación de los presuntos delitos de violencia contra la mujer así como eliminar el carácter de querrelables y desistibles de los delitos de violencia intrafamiliar e inasistencia alimentaria.
- Resolución 459 de 2012: Modelo y Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual que reconoce la atención de víctimas de violencia como una urgencia médica y establece que la anticoncepción de emergencia y el aborto deben ser parte de la atención básica de salud.
- Conpes Social 161 de 2013 constituye la Política Nacional de Equidad de Género.
- Auto 028 de 2013 implementa el programa de prevención de la violencia sexual contra la mujer desplazada y atención integral a las víctimas.
- Ley 1761 de 2015 representa un hito al tipificar el feminicidio como delito autónomo.
- Sentencia 754 de 2015 brinda un protocolo de atención integral y gratuita de salud a personas víctimas de violencia sexual.
- Sentencia unificadora 659 de 2015 define la acción de tutela contra providencias judiciales para la protección especial a las mujeres y la lucha en contra de la violencia de género.

<sup>1</sup> La Sentencia C-355 de 2006 despenalizó el aborto en tres casos en Colombia y lo reconoció como un derecho fundamental de todas las niñas y mujeres.





Asimismo, existe normativa asociada a la trata de personas y a la explotación sexual (Ley 679 de 2011, Ley 1336 de 2009, Ley 985 de 2005, Ley 1329 de 2009) y a la violencia sexual (Ley 1146 de 2007 y Ley 1719 de 2014) en las que se hace énfasis en la prevención y atención integral de mujeres, niños, niñas y adolescentes.



# Profamilia

