

Integración de las Mujeres Migrantes Venezolanas en el Sistema de Salud en Colombia

Resumen

El presente artículo de reflexión aborda los obstáculos que enfrentan las mujeres migrantes venezolanas para su integración al sistema de salud en Colombia. Para este fin, se adopta un enfoque mixto en el que se realiza una descripción del nivel de acceso de las mujeres migrantes en Colombia a los servicios de salud con base en la información estadística proveniente del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y el Ministerio de Salud. Por otra parte, se identifican las percepciones sobre el proceso de integración de las mujeres migrantes a partir de quince entrevistas semiestructuradas realizadas a integrantes de organizaciones sociales que trabajan con población migrante en Bogotá, Cúcuta, Medellín, Barranquilla, Pasto e Ipiales. Partiendo de los resultados obtenidos, se destacan los siguientes aspectos para fortalecer el proceso de integración: necesidad de regularizar a la población para ser afiliadas al sistema de salud, difundir información sobre los derechos en salud y salud sexual y reproductiva, sensibilización frente al fenómeno migratorio, coordinación entre entidades de salud y justicia, empoderamiento económico para las mujeres.

Palabras clave: Migración internacional, integración, salud, mujeres, salud reproductiva y sexual

Abstract

This article addresses the obstacles faced by Venezuelan migrant women for their integration into the healthcare system in Colombia. To this end, a mixed approach is adopted, a description of the access level of migrant women in Colombia to healthcare services is made from the analysis of statistical information from the National Administrative Department of Statistics (DANE) and the Ministry of Health, moreover, migrant women perceptions of the integration process are identified through fifteen semi-structured interviews with members of social organizations that have been working with the migrant population in Bogotá, Cúcuta, Medellín, Barranquilla, Pasto and Ipiales. Based on the results obtained, the following aspects are highlighted to strengthen the integration process: there is a need to regularize the population in order to be affiliated into the healthcare system, spread information on health

rights and sexual and reproductive health, awareness of the migratory phenomenon, coordination between healthcare and justice institutions, economic empowerment for women.

Keywords: International migration, integration, healthcare, women, reproductive and sexual health

1. Introducción

Este artículo de reflexión busca analizar los obstáculos que enfrentan las mujeres migrantes venezolanas para su integración al sistema de salud en Colombia, entre los años 2021 a 2022. Como antecedente, Venezuela ha venido afrontando una crisis a nivel económico que podría evidenciarse desde el año 2013 con un continuo desplome de la economía desde entonces. De acuerdo con la información del Observatorio Venezolano de Finanzas (OVF), el valor de la canasta alimentaria para junio del 2022 tiene un valor en promedio de \$380 USD, costo inaccesible para la mayoría de los hogares venezolanos, ya que la remuneración promedio en para el mismo mes fue de \$118,4 USD (OVF, 2022). Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) realizada por la Universidad Católica Andrés Bello, los niveles de pobreza en el país alcanzaron a un 94,5% de la población para el 2021, debido a esta situación gran parte de sus ciudadanos y ciudadanas han migrado a otros países, buscando una mejora en su calidad de vida (ENCOVI, 2021).

La Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes (R4V) reporta 7'100.100 venezolanos refugiados y migrantes en el mundo, de los cuales 5.960.556 residen en América Latina y el Caribe, siendo Colombia el país que alberga el mayor número de población migrante proveniente de dicho país, sumando 2,477,588 personas a septiembre de 2022 (R4V, 2022). El Departamento Nacional de Planeación (DNP) señala que a enero de 2022, el número de mujeres venezolanas con vocación de residencia en el país era de 1.263.569 (DNP, 2022). Según el DANE, a febrero de 2022 la ciudad capital de Bogotá y los departamentos de Atlántico, Norte de Santander, Antioquia, Cundinamarca, Bolívar, La Guajira, Valle del Cauca, Magdalena y Santander tuvieron la mayor concentración de migrantes, reuniendo alrededor del 88% del total de migrantes y ciudadanos retornados que vivían en Venezuela hace cinco años y hace un año (DANE, 2022).

Al llegar a Colombia, las personas migrantes enfrentan múltiples dificultades, entre ellas la estigmatización y xenofobia, primando imaginarios en los que se ve a las personas migrantes como responsables de la delincuencia y causantes del desempleo de los ciudadanos colombianos. En el caso especial de las mujeres impera un imaginario asociado con el ejercicio de la prostitución, narrativa que incluso ha sido replicada y difundida por parte de altos funcionarios gubernamentales y de candidatos presidenciales en las elecciones llevadas a cabo en el presente año.

Esto se puede ver igualmente reflejado en la Encuesta de Cultura Política (ECP), que para 2021 señaló que el 78,1% de la población encuestada no confiaba nada en personas de otra nacionalidad (DANE, 2021). Así mismo, el informe *Migration Pulse* del Programa Mundial de Alimentos encontró que en las comunidades receptoras de Colombia, Ecuador y Perú un 52% de los encuestados consideran que el crimen va a aumentar y un 49% teme por la falta de empleo que pueda generar la llegada de la población migrante. El mismo estudio recalca que las personas encuestadas en Colombia perciben un mayor impacto en el deterioro de su seguridad, empleabilidad, costos de vida y acceso a servicios básicos en comparación a las respuestas analizadas en Ecuador y Perú (WFP, 2020).

La situación de crisis en Venezuela ha afectado también los servicios de salud, según el Centro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para América Latina y el Caribe (CODS), el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela no publica un Boletín Epidemiológico desde el año 2017. Aun así, la última información publicada mostró que para el 2016 la mortalidad materna aumentó un 65% con respecto al año anterior y la mortalidad infantil aumentó un 29,5 % en el mismo período. Se señala que la falta de datos en salud de años recientes constituye un problema de transparencia por parte de las entidades estatales responsables de la prestación de servicios en esta área. Para el 2017, último año con datos disponibles, Venezuela invertía únicamente el 1,2 % de su PIB en el sector salud, mientras que Colombia invirtió el 7,2 % de su PIB en salud para el mismo año (CODS, 2021).

La crisis por la que atraviesa el país generó igualmente una escasez de recursos para proveer atenciones médicas, pues para el 2019 el promedio de desabastecimiento de insumos de emergencia fue del 49% y la carencia de servicios como imágenes diagnósticas o tomografías, alcanzó el 72% (CODS, 2021). Según la EPM un 10,1% de las mujeres encuestadas en 2021 respondieron que migraron a Colombia por motivos de salud, para este mismo año el tener el Permiso Especial de Permanencia (PEP), le ayudó a un 53,7% de las

encuestadas a acceder al sistema de salud (DANE, 2021). Para 2022, un 25.4% de las encuestadas tuvo como razón principal para aplicar al Permiso por Protección Temporal (PPT) el poder acceder a educación o salud (DANE, 2022).

En materia de salud sexual y reproductiva, aunque no existan datos oficiales por parte del gobierno venezolano, diferentes organizaciones reunidas en la Coalición Equivalencias en Acción realizaron un informe en el que se determina que en las cinco principales ciudades de Venezuela el índice de escasez de métodos anticonceptivos en farmacias osciló entre 83,3% y 91,7% para el año 2019 (Coalición Equivalencias en Acción, 2019). Para el año 2021, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) manifestó su preocupación por las denuncias sobre la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en Venezuela.

Respecto a la situación en la que se encuentran las personas migrantes al llegar a Colombia en materia de acceso a servicios de salud, el DANE a través de la Encuesta Pulso de la Migración (EPM) encontró que para el periodo de enero a marzo de 2022, el 57,1% de los migrantes reportó que no todos los miembros de su familia tienen acceso a salud en Colombia. La mayor causa para esta situación es el no tener papeles para la afiliación con un 79,4%, mientras que un 12,8% consideran que no tienen acceso a los servicios de salud por ser migrantes, siendo esta la segunda respuesta más frecuente (DANE, 2022). A enero de 2022 un 15,4% de los migrantes venezolanos tiene un Permiso Especial de Permanencia (PEP), mientras la gran mayoría, con un 84,6% no tenían permiso de residencia en el país, cabe recalcar que la obtención de la documentación de residencia legal en el país es uno de los requisitos para la afiliación en salud (DANE, 2022).

En la presente investigación se toman en cuenta las categorías interseccionales de género, etnia, clase, al igual que la de migrante, pues estas categorías interactúan y se transversalizan en la realidad social y material de la vida de las mujeres, e inevitablemente las somete a una desigualdad de derechos. En este sentido, el derecho a acceder a los servicios en salud debe reconocerse como un aspecto fundamental en la agenda de respuesta al fenómeno migratorio. La crisis que atraviesa Venezuela ha limitado el acceso de mujeres y adolescentes a los servicios en salud sexual y reproductiva, sin embargo, como lo muestra este artículo, la inexistencia de una respuesta adecuada a las necesidades en salud de la población migrante implica una serie de peligros para las mujeres migrantes que residen en el país.

Las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos resultan teniendo un impacto exacerbado en la vida de las mujeres por situaciones como embarazos no deseados e incapacidad de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en términos seguros. Así como se ha visto el aumento de morbilidad y mortalidad materna, ambos problemas en la salud de las mujeres, que han sido desde 2017 a 2022, dos de las causas de atención en urgencias más demandados entre mujeres y hombres provenientes de Venezuela, según el Ministerio de Salud (MinSalud, 2022).

Muchas de las mujeres encuentran limitado su acceso a salud por las condiciones de vulnerabilidad derivadas de la crisis migratoria, siendo una de ellas la discriminación que sufren al tratar de acceder a servicios de salud por actos xenófobos por parte de funcionarios y el tener un estatus irregular de residencia que les impide afiliarse en salud. En este sentido, las mujeres que sufren violencias de género se encuentran en una mayor condición de vulnerabilidad al no recibir servicios de salud adecuados, pero tampoco acceso a la justicia y medidas de protección necesarias para superar dichas situaciones y salir de los entornos en los que son violentadas.

Sin acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, la vida de muchas personas está en riesgo, especialmente las de las mujeres y adolescentes, por ende, es necesario garantizar el acceso a servicios de salud integrales sin importar la condición migratoria, así como se hace necesaria la eliminación de todas las posibles barreras de acceso para la población de mujeres migrantes. Se recalca que la presente investigación busca brindar un análisis cuantitativo y cualitativo, destacando la categoría diferencial de género en las migraciones y su relación con el acceso al sistema de salud, aportando al diálogo basado en la evidencia sobre el tema.

El artículo presenta una discusión teórica en la que se aborda la migración en el contexto de crisis humanitaria, la categoría de género en el contexto migratorio y las políticas públicas y de salud en Colombia, y finalmente lo que se entenderá por integración para este artículo desde los postulados de Aliaga (2012). Este análisis se realizó a partir de la revisión de la encuesta Pulso de la Migración realizada por el DANE en los años 2021 y 2022, al igual que los *Boletines epidemiológicos de seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela* emitidos por el Ministerio de Salud de 2017 a 2022. Esta información fue configurando las categorías de análisis sobre los servicios más demandados por las mujeres migrantes y algunas de las necesidades insatisfechas en la prestación de servicios en salud. Por otra parte, se hicieron quince entrevistas semiestructuradas que

apuntaron a examinar de manera más amplia los obstáculos que sufren las mujeres en su proceso de integración al sistema de salud y en el acceso a un servicio de salud integral.

Los resultados de la investigación se organizaron de la siguiente manera: Nivel de afiliación a la seguridad social entre mujeres migrantes y condición en la atención para mujeres no afiliadas; Limitaciones en atención en salud por parte de funcionarios y desinformación por parte de la población de mujeres migrantes; Carencia en el acceso de métodos anticonceptivos adecuados para cada mujer; Necesidades insatisfechas en atenciones médicas prenatales y prevención de morbilidad materna; Sanción social y falta de protocolos para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo; Atención negligente a las Violencias Basadas en Género por parte del sistema de salud y justicia, por último se aborda la Vinculación laboral como obstáculo asociado para el acceso al sistema de salud y superación de las Violencias Basadas en Género. El texto finaliza con las respectivas conclusiones y recomendaciones.

2. Diseño Metodológico

La investigación se guiará por un enfoque mixto. Según Hernández *et al*, los métodos mixtos son un conjunto de procesos que requieren la integración y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, la discusión de dicha información apunta a lograr una mayor comprensión del fenómeno estudiado, creando así una “fotografía” más completa del mismo. En este sentido, una de las razones para la elección de este enfoque metodológico se da bajo la búsqueda de un principio de expansión, que los autores definen como el “extender la amplitud y el rango de la indagación usando diferentes métodos para distintas etapas del proceso investigativo. Un método puede expandir o ampliar el conocimiento obtenido en el otro” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p. 551).

En el componente cualitativo, se realizaron quince entrevistas semiestructuradas con el fin de dar profundidad sobre las vivencias colectivas de las mujeres y su percepción en el nivel de integración al sistema de salud. En este sentido, también se busca que la investigación tenga un enfoque de género y feminista desde sus metodologías, entiendo que lo que se busca visibilizar por medio de este trabajo son las condiciones de vida de mujeres que son atravesadas por el género. Tal y como señalan Pérez *et al*, la inclusión de las voces y la experiencia de las mujeres en los métodos de investigación garantiza que tanto las investigadoras como las investigadas sean productoras de conocimiento. Ya que cocrean la

necesidad de comprender las fuerzas que la calidad ha moldeado sus vidas como mujeres, siendo esta una forma colectiva de diálogo e introspección (Pérez, Tobar & Márquez, 2016).

Las quince entrevistas realizadas fueron realizadas entre los meses de septiembre y octubre de 2022, la búsqueda de organizaciones clave se realizó por medio de un rastreo en el directorio de organizaciones de la página web Estoy en la Frontera y del Observatorio Nacional de Migración y Salud (ONMS), así como en redes sociales. Las personas entrevistadas fueron mujeres y hombres entre los 30 y 60 años, que formaban parte de la directiva de las organizaciones. En otros casos, las personas entrevistadas tenían cargos en líneas de trabajo para la protección a la mujer y la infancia, empoderamiento económico de las mujeres migrantes, prevención de trata de personas y violencias de género, atención inicial en salud y brigadas de salud con especial enfoque en la salud sexual y reproductiva, así como servicios de apoyo psicológico y psicosocial.

Las organizaciones que hicieron parte de la investigación se distribuyen de la siguiente manera por las ciudades en las que están presentes: Bárbaras Sinergia, Fundación Juntos Se puede y Comité Internacional de Rescate en la ciudad capital de Bogotá; Ayuda en Acción en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander; Fundación Mujeres sin Fronteras y De Pana Que Sí en la ciudad Barranquilla, en el Atlántico; Colonia de Venezolanos (Colvenz), Famicove y Espacios de Mujer en la ciudad de Medellín, Antioquia; Asovenar y ASODDHH en Pasto, y Casa del Migrante en Ipiales, Nariño. También se realizaron dos entrevistas con funcionarios de la Secretaría de Salud de Bogotá en los cargos de Subdirección de Administración del Aseguramiento y Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública, así como una entrevista con una funcionaria del Observatorio de Asuntos de Género de Norte de Santander.

Así mismo, la investigación integra un análisis cuantitativo, pues se busca examinar los indicadores de acceso a servicios de salud que afectan la calidad de vida de la población de mujeres migrantes venezolanas. Esto se ejecutó por medio del análisis de los datos brindados por el DANE mediante la Gran encuesta integrada de hogares (GEIH) Módulo de migración hecha por el DANE durante el año 2019 y 2020, la encuesta Pulso de la Migración en su Ronda 1 (julio 2021 - agosto 2021) y Ronda 4 (marzo 2022 - abril 2022) y diferentes informes del Ministerio de Salud. La revisión de estas fuentes de datos fue configurando las categorías de análisis del presente artículo, pues en ellas se manifestaron el nivel de afiliación

en salud de las mujeres migrantes, los servicios en salud y salud sexual y reproductiva más demandados, así como el nivel de ocupación de las mujeres en empleos remunerados y en oficios del hogar.

3. Discusión Teórica

Migración en el contexto de la crisis venezolana

La historia reciente de Colombia se ha caracterizado por la migración de colombianas a otros países, así como por el desplazamiento interno en el país, sin embargo, la crisis política, económica y social existente en Venezuela ha hecho que esto cambie el rol de Colombia ahora como país receptor de flujos migratorios de tránsito y permanencia. Es así que se hace necesaria una determinación sobre quién es una persona migrante, claridad en la ruta de acceso a los derechos consagrados en la constitución nacional y los tratados internacionales, una política migratoria integral para atender a esta población dentro de un marco de derechos humanos. Desde una perspectiva sociológica, Micolta recoge múltiples perspectivas y observaciones en las que se señala la migración como un desplazamiento a una distancia significativa con el fin de permanencia en un nuevo territorio, en contraposición a la transitoriedad turística, lo que por ende implica una reorganización vital, en este sentido

Las migraciones serán consideradas como los movimientos que supongan para el sujeto un cambio de entorno político administrativo, social y/o cultural relativamente duradero; o, de otro modo, cualquier cambio permanente de residencia que implique la interrupción de actividades en un lugar y su reorganización en otro (Micolta, 2005, p. 3).

Este movimiento de la población, en términos migratorios, no solo se limita al movimiento geográfico, sino que abarca un proceso en el tiempo y el espacio, que afecta e incluye a diferentes sujetos y grupos de personas, por lo tanto, constituye un amplio campo de análisis sociológico.

La distinción entre migrante y refugiado es importante, ya que según esta clasificación las personas pueden recibir un trato diferente de las instituciones estatales en el país de acogida, al igual que por parte de organismos internacionales (ACNUR, 2021). De acuerdo con lo mencionado por Rodríguez para la CEPAL, las personas refugiadas se benefician de un sistema de protección casi universal con disposiciones específicas para proteger y prevenir las

violaciones de sus derechos. En cambio, para aquellas personas migrantes, “cuyas categorías de clasificación se fundan en las razones por las cuales deciden o son inducidos a migrar, no existe igual reconocimiento de las violaciones a los derechos sociales, económicos y culturales de las cuales son víctimas” (CEPAL, 2005, p. 12).

La migración es definida por Bauböck como la forma de movilidad humana que implica cruzar fronteras territoriales y tomar residencia en otra región o país (Bauböck, 2006). El mismo autor problematiza el concepto de migración, entendiendo las complejas situaciones que las personas migrantes pueden experimentar en su proceso migratorio y de radicación en un nuevo país, pues la persona migrante residente no disfruta de derechos políticos plenos. Entramos con esto al debate sobre los derechos humanos de las y los migrantes en que el autor defiende que las personas con estatutos irregulares de residencia deberían poder reclamar los derechos de ciudadanos que sean considerados derechos humanos por medio de un estatus de ciudadanía externa (*External citizenship*). Sin embargo, se reconoce que la ciudadanía es una categoría discriminatoria, en tanto que divide a los de “adentro” (*insiders*) y “afuera” (*outsiders*), por ende, el estatus de ciudadana(o) debería estar disponible a todas las residentes permanentes en el destino de acogida. Se concluye que los derechos y servicios prestados a migrantes irregulares son precarios, pues dependen de su estado de residencia, y al acceder a ellos, siempre están a discreción de ser deportados a sus países de origen (Bauböck, 2006).

Las causas de este fenómeno migratorio son específicas y se pueden explicar teóricamente desde el concepto de *migración en crisis* planteado por Gandini *et al.* en el que los autores entienden que los flujos migratorios corresponden a la baja en los indicadores de bienestar en el país. De esta forma, plantean que este movimiento es una “respuesta racional -no necesariamente pero en muchos casos sí desesperada- de reacción frente a un evento desencadenante que, por lo general, se inscribe en un contexto más amplio de adversidad” (Gandini, Prieto & Lozano-Ascencio, 2020, p. 12). Los autores además señalan que esta situación se ha convertido en un proceso prolongado de empobrecimiento y pérdida total del bienestar relativo, por ende, la crisis económica venezolana es tan grande que no afecta solo a las personas en pobreza económica, sino también a la clase media y alta que fueron tradicionalmente estables. La problemática no cesa con la migración, pues como se señala, la geografía de la migración muestra una dinámica de movilidad a regiones y países fronterizos con economías inestables que tienden a enfrentar mayores desafíos presupuestarios e

institucionales para responder a estos flujos migratorios repentinos (Gandini, Prieto, & Lozano-Ascencio, 2020).

De allí que Louidor adopte el concepto de desarraigo, primeramente, propuesto por Saskia Sassen, pero ahora en el contexto de las migraciones para explicar la situación de destrucción o pérdida de hogares, real o metafórica, por parte de una gran cantidad de personas o comunidades que se ven obligadas a buscar otro hogar en un territorio extranjero. Según el autor, la llegada de las personas migrantes viene a transformar las sociedades de acogida, incluso cuando los Estados trabajan para “proteger” sus identidades sociales y cívicas, fortaleciendo sus políticas de migración y asilo, e imponiendo pautas culturales para la integración de los extranjeros. Sin embargo, la cultura no es estática y es la presencia de las y los migrantes la que va reconfigurando la cultura, con la cual se genera el multiculturalismo, lo que implica que “la diversidad deriva de la inmigración individual y familiar procedente de diversas naciones y lleva a un Estado a adoptar políticas de apoyo a la polietnicidad” (Louidor, 2017, p. 60). Los fenómenos migratorios finalmente impactan la estructura social que se pretende proteger, pero no sin obstáculos, pues como el autor señala, las políticas multiculturales orientadas a crear sociedades más democráticas han tenido como obstáculo la xenofobia. Para el autor, las diferentes culturas, conocimientos y experiencias deberían reconocerse como un factor principal en la creación de una sociedad más justa, para así superar el mito de la nación y sus fetichismos (Louidor, 2017).

Históricamente, la migración ha sido tomada como una oportunidad para mejorar las condiciones de vida de aquellas personas que deciden iniciar su proceso migratorio con la esperanza de que este cambio se dé de manera efectiva. Pero en el panorama del país de acogida, las personas migrantes pueden experimentar estigmatización, lo que se traduce en una manifestación de xenofobia. La xenofobia ya mencionada por Louidor como obstáculo para la implementación de políticas multiculturales, es definida por Salgado “el rechazo, la hostilidad y el odio al extranjero. En sus manifestaciones más graves pueden llegar a violaciones al derecho a la libertad, seguridad, integridad y la vida” (Salgado, 2003, p. 5). La paradoja se da, ya que como señala la autora, las personas migrantes generalmente huyen de situaciones de exclusión y vulnerabilidad en sus países de origen, pero a pesar de ello se enfrentan a la xenofobia y la segregación cuando buscan ejercer sus derechos en los países en donde aspiraban a cambiar sus condiciones de vida.

El género en los contextos migratorios

Estando este estudio enfocado en la condición de las mujeres migrantes, es fundamental incluir la categoría de género. Siguiendo a Ciurlo, la perspectiva de género en las migraciones tiene como objetivo manifestar las asimetrías de poder específicas que sufren las mujeres durante el proceso migratorio, ejercicio que es esencial en el desarrollo de este estudio. Según la autora, la mujer aparece como inactiva económicamente y en la esfera del trabajo, estando ligada a lo doméstico, siendo el enfoque de género el que pone relevancia en las relaciones de dominación entre los sexos, mostrando ya no solo la vulnerabilidad de la mujer sino también su capacidad de agencia y empoderamiento (Ciurlo, 2014).

Magliano (2015) hace una revisión histórica de la perspectiva interseccional. La interseccionalidad, en un inicio se desarrolla en el trabajo de Crenshaw y Hill Collins, el cual se centra en las dimensiones raciales y de género para pensar sobre la diversidad, las formas de opresión y desigualdad que enfrentan las mujeres negras en los Estados Unidos. Estos y otros escritos han demostrado claramente que la raza, la etnia y el género constituyen no solo identidades individuales, sino también principios de organización del sistema social. Según Magliano, la interseccionalidad viene a discutir la existencia de una mujer única y universal, en tanto recupera las experiencias de los grupos subordinados y las relaciones de poder en sus contextos socio-históricos. En este sentido, cada persona puede sufrir opresión o privilegio dependiendo de su pertenencia a dichas categorías que a su vez están fuertemente ligadas a la experiencia migratoria, pues como la autora señala

Los estudios sobre interseccionalidad en el campo de las migraciones internacionales reconocen al género como una dimensión central para analizar experiencias y trayectorias migratorias a la vez que consideran que ésta no es una dimensión aislada sino uno de los diversos procesos, en intersección con la etnicidad y la clase social, entre otras clasificaciones, que crean y perpetúan desigualdades sociales (Magliano, 2015, p. 11).

Lamas plantea que aquello que la sociedad considera como propio del hombre o la mujer, es en realidad desarrollado a través de las costumbres y enfatizando los valores inculcados en la educación, el idioma y la cultura. Para la autora, el género se compone de “el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que se elaboran a partir de la diferencia anatómica entre los sexos” (Lamas, 2000, p. 2). Aunque los juicios sobre el género han evolucionado históricamente dentro de una lógica cultural, el género no representa

únicamente una diferencia social, ya que también es causa de desigualdad y discriminación, pues de este concepto deriva una clasificación social, económica y jurídica hacia las personas. Podemos evidenciar entonces que las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres no conducen por sí mismas a comportamientos diferentes; son las percepciones sobre el género las que conducen a la asimetría de poder que derivan en la asimetría de derechos reales que gozan las personas de acuerdo a su género, etnia y clase, por ende, esto modifica su relación con el Estado, las políticas públicas brindadas por el gobierno, entre otras.

La vulnerabilidad, como lo apunta Rodríguez (2005), no se refiere a una situación de debilidad, sino que es una condición impuesta a la persona migrante por la estructura de poder de un país al no garantizar el acceso y ejercicio de sus derechos. La vulnerabilidad se plantea entonces como una problemática estructural que resulta en la existencia de una “estructura de poder a la que acceden sólo algunos sujetos, y otra cultural, explicada por un conjunto de elementos (...) —ignorancia, discriminación institucional—, con significados despectivos que tienden a justificar las diferencias entre los nacionales y los no nacionales o migrantes” (CEPAL, 2005, p. 12).

Siguiendo a Domínguez (2006), la migración funciona para la liberación de las mujeres que buscan una mejora económica, social o mayor libertad, emprendiendo el proyecto migratorio en solitario o como primeras en su familia. La decisión de emigrar solas se debe al deseo de cambiar un modelo patriarcal y machista, por un destino donde cuenten con más derechos para llevar a cabo su proyecto de vida. Se determina entonces que los temas principales que preocupan a las mujeres migrantes son el trabajo, documentarse, lograr la integración y poder acceder a una vivienda adecuada en el país de residencia. En este aspecto, lo que configuraría una buena calidad de vida serían las experiencias vitales importantes para la persona, que además de individuales pueden ser sociales o ambientales, junto con su bienestar emocional y su autoestima (Domínguez, 2006).

Políticas públicas y salud en Colombia

En Colombia, la definición de las rutas de acceso a los derechos de las personas migrantes está ampliamente unida a la construcción de las políticas públicas, que a su vez están fundamentadas en las distintas leyes constitucionales, por ende, las políticas públicas se convierten en una oportunidad para salir de la condición de vulnerabilidad. En la siguiente

cita de Oszlak se presentan en síntesis qué son y cómo se distribuyen los recursos para la ejecución de políticas públicas

Estas relaciones apuntan a decidir cómo se distribuyen, entre ambas instancias, la gestión de lo público, los recursos de poder y el excedente económico. Estos tres planos de interacción entre Estado y sociedad tienen conexiones recíprocas y se vinculan con las características del modelo de organización económica y reproducción social subyacente. (Oszlak, 2009, p. 12).

Se recalca que el Estado y la sociedad son responsables de sí mismos, pero tienen áreas de común intervención. A nivel fiscal y redistributivo, cada sector participa en la distribución del excedente social, ya que, si bien los recursos son extraídos por el Estado de la sociedad civil, estos son devueltos a través de gastos, transferencias y/o inversiones para alcanzar la equidad. También se resalta la apuesta por la descentralización y la existencia de los mecanismos de veeduría ciudadana, con los que la ciudadanía puede ser partícipe de la ejecución y evaluación de la política pública. La participación corresponde a la función de reflejar la voluntad de las decisiones y medidas colectivas que utiliza el Estado desde las necesidades y proyecciones de la ciudadanía (Torres-Melo & Santander, 2013).

Como vimos anteriormente, las políticas públicas están destinadas a la ciudadanía, lo que se puede problematizar en el contexto de las migraciones debido a la gran cantidad de migrantes venezolanos en Colombia que tienen un estatus irregular de residencia, y que no tendrían participación en la formulación de dichas políticas. Ya que la visión gubernamental está marcadamente influenciada por el concepto de ciudadanía, aquí se retoma a Bauböck, en tanto se evidencia que la ciudadanía puede funcionar como un concepto discriminatorio (Bauböck, 2006). En este caso, invisibilizando a las y los residentes no ciudadanos que deberían verse igualmente beneficiados por las políticas públicas nacionales, municipales y locales mediante la atención a las problemáticas específicas que sufre dicho grupo.

Anzorena viene a indicar cómo el Estado se posiciona como un campo de disputa entre diferentes actores, las políticas públicas serán entendidas como vínculo entre el Estado, la sociedad y el mercado que tiene dos actores fundamentales: “La burocracia estatal es al mismo tiempo arena de lucha política, (donde alternan diferentes actores representando intereses privados); y actor social con iniciativas, interlocutora de otros/as actores, intérprete de un conjunto de directrices políticas” (Anzorena, 2018, p. 8). Dentro de las posiciones en

conflicto representadas, se encuentra transversalizada una visión del género, ya que de la disputa de este espacio también se pueden transformar o profundizar las inequitativas relaciones de género y la desigual división sexual del trabajo. En palabras de la autora, la disputa por “el control de los cuerpos y el trabajo de «las mujeres», (está) marcado por los umbrales de tolerancia del capitalismo, el racismo y el heteropatriarcado, donde las mujeres no son pasivas, sino que son sujetos subalternizados que resisten y luchan” (Anzorena, 2018, p. 8).

En el caso de las políticas de salud en Colombia, al igual que en otros países de América Latina, se dio un proceso de privatización de los servicios en esta materia durante las décadas de los años ochenta e inicios de los noventa, proceso del cual se destaca la Ley 100 de 1993. Esta agenda no solo impactó el sistema de salud, pues bajo el mandato de Cesar Gaviria y Ernesto Samper se implementarían en Colombia múltiples reformas promovidas por organismos multilaterales de crédito tales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional para introducir el modelo neoliberal. La privatización fue un término acuñado por medio de las políticas impulsadas por los gobiernos conservadores de Francia, Inglaterra y Estados Unidos durante los años setenta e inicio de la década de los ochenta, según Luzuriaga y Sestelo, este concepto se usa para manifestar “(i) cualquier desplazamiento de actividades o funciones del Estado al sector privado; (ii) cualquier desplazamiento en la producción de bienes y servicios del sector público al privado” (Luzuriaga, M. & Sestelo, J, 2022, p. 3).

Estas medidas fueron promocionadas de manera global como una forma eficaz de reducir los desequilibrios fiscales y crear condiciones macroeconómicas sostenibles a través de la reducción de las cargas estatales. El crecimiento del sector privado implicó que las empresas responsables de brindar atención médica reprodujeran prácticas de discriminación y negación de servicios, impidiendo que gran parte de la población disfrute de una atención adecuada. A pesar de que en Colombia se han realizado algunas modificaciones para garantizar un acceso más amplio a la atención en salud, incluyendo a personas migrantes, sus alcances han sido limitados. De allí deriva un cambio de lógica en la que la salud ya no se constituye como un derecho fundamental para preservar la vida misma. Como lo señalan Garzón y Naranjo, la salud es vista desde una lógica mercantil, con lo que “millones de personas han asumido que efectivamente la salud es un servicio mercantil y no un derecho, por el cual debe pagarse y

donde su disfrute se limita únicamente al nivel de ingresos de cada individuo” (Garzón & Naranjo, 2010, p. 5).

Integración en los sistemas funcionales básicos de la sociedad

La integración es el concepto principal en el desarrollo de esta investigación que será comprendido desde lo propuesto por Aliaga, en este sentido la integración se entiende como una serie de procesos objetivos (acción) y subjetivos (mentales), estos son de carácter individual, pero a su vez se convierten en una condición social necesaria para que la sociedad funcione y exista. El proceso de integración pasa por tres niveles, más esta investigación se centrará especialmente en el primer nivel que corresponde a la *Inclusión en los sistemas funcionales básicos de la sociedad*. Este nivel comprende el acceso a servicios tales como la educación, salud, vivienda, según el autor en este nivel “la relación es principalmente entre el individuo inmigrante y el sistema funcional. La sociedad de acogida en el plano institucional ideará mecanismos para que el uso de estos sistemas sea de fácil acceso o de fácil comprensión” (Aliaga, 2012, p. 7).

Se reconoce que los tres niveles de integración están relacionados, en los dos restantes encontramos el *Surgimiento de un complejo esquema comprensivo entre los propios individuos* que se da por medio de las interacciones cotidianas, abriendo un nuevo campo de socialización y dinamizando los imaginarios sociales, por ejemplo, en la relación de nacionales y migrantes. Este nivel se relaciona con el imaginario social, en tanto “se construye principalmente en el plano fenomenológico, de la intersubjetividad, en cuanto a las maneras de caracterizar a los grupos de personas, el imaginario se desenvuelve por medio de comentarios, circulación de rumores, prejuicios, estereotipos” (Aliaga, 2012, p. 8). Esto resulta moldeando las distintas características de las relaciones sociales que se establezcan, pudiendo llegar ser amables, o en el otro extremo, xenófobas.

En el último nivel se encuentra la *Adaptación a los artefactos y procesos*, que se refiere a la reinterpretación de elementos habituales que anteriormente “se sabían de uso común en el país de origen, en el país de recepción adquieren otro sentido o una falta de sentido, elementos habituales de la vida cotidiana, requieren ser interpretados o reinterpretados” (Aliaga, 2012, p. 8). Un ejemplo de ello puede ser la reinterpretación del nuevo espacio de residencia: ubicación de negocios, edificios gubernamentales y lugares de ocio, empleo de tecnologías en el país receptor, entre otras. Si bien este nivel corresponde a un plano

sistémico, el autor señala que también “se aprovecha del nivel fenomenológico para obtener información, por ejemplo: los bancos con planes de inversión para personas inmigrantes” (Aliaga, 2012, p. 8). El análisis conjunto de los tres niveles descritos permitirá observar si la sociedad crea situaciones de conflicto que impiden la cohesión y el orden social, ya que socialmente hay una serie de impedimentos para la integración de las personas migrantes que generan la necesidad de adoptar medidas para conciliar los diferentes requerimientos que implica dicho proceso.

Al ser la integración en parte un proceso subjetivo, Gonzáles (2014) propone que las medidas de bienestar subjetivo y social sean factores para medir la integración, pues el sentimiento de inclusión se relacionaría con altos niveles de bienestar y satisfacción con diferentes aspectos de la vida del individuo, entre ellos el entorno en el que vive y el contexto de acogida. Desde esta perspectiva, se busca cambiar la visión sobre las personas migrantes ahora como actores activos capaces de definir sus estrategias de integración en vez de sujetos pasivos. Según la autora, esto debe repercutir en la implementación de “cambios sobre los aspectos en que se considera prioritaria la inclusión y sobre la manera de aplicar programas y políticas públicas encaminadas a fomentar aquellos aspectos vitales para el bienestar y la pertenencia de las personas migrantes” (Gonzáles, 2014, p. 22). No obstante, este proceso no solo implica la acción estatal, sino también la participación de la sociedad civil para lograr una interacción sana y el bienestar de la población migrante en espacios culturales, políticos, sociales y económicos, respetando la multiplicidad de diferencias culturales.

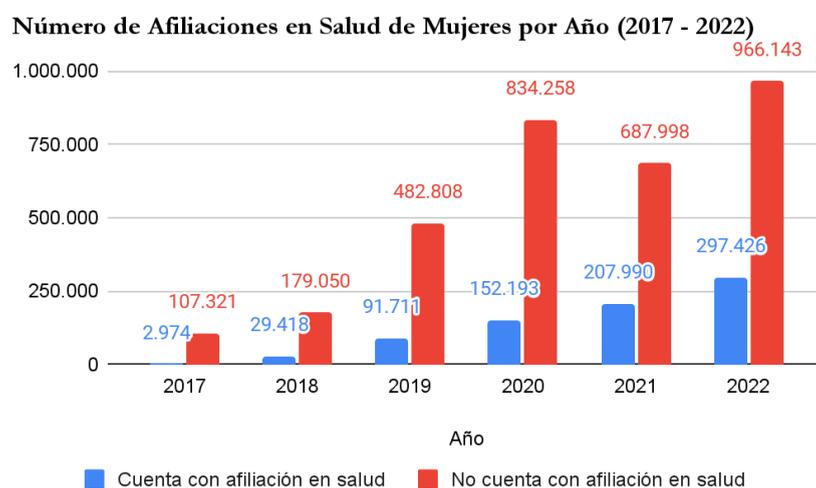
4. Resultados

Nivel de afiliación a la seguridad social

Actualmente, el acceso a los servicios de salud para la población migrante en el país puede brindarse por medio de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante el régimen contributivo o subsidiado al tener un estatus regular de residencia. En el caso contrario, para aquellas personas sin capacidad de afiliarse al sistema de salud, el servicio se da mediante la atención por evento calificado como urgencia médica, este modelo de atención está amparado legalmente en el país bajo el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y Ley 1751 de 2015 (MinSalud, 2022).

La alta tasa de mujeres migrantes con un estatus irregular de residencia en Colombia es un factor problemático para la garantía de un servicio integral en salud, ya que al no tener residencia legal en el país no pueden afiliarse al sistema de salud. Por consiguiente, el número de mujeres que están afiliadas por régimen contributivo o subsidiado es muy bajo en comparación al total de la población femenina sin aseguramiento en el SGSSS (ver gráfico 1). Aun así, son las mujeres quienes más demandan atenciones en salud, pues según datos del Ministerio de Salud son las mujeres quienes han recibido una mayor atención en los servicios de salud de manera sostenida desde el año 2017 hasta 2022, sumando el 64,7% de las atenciones para ese periodo (MinSalud, 2022).

Gráfico #1



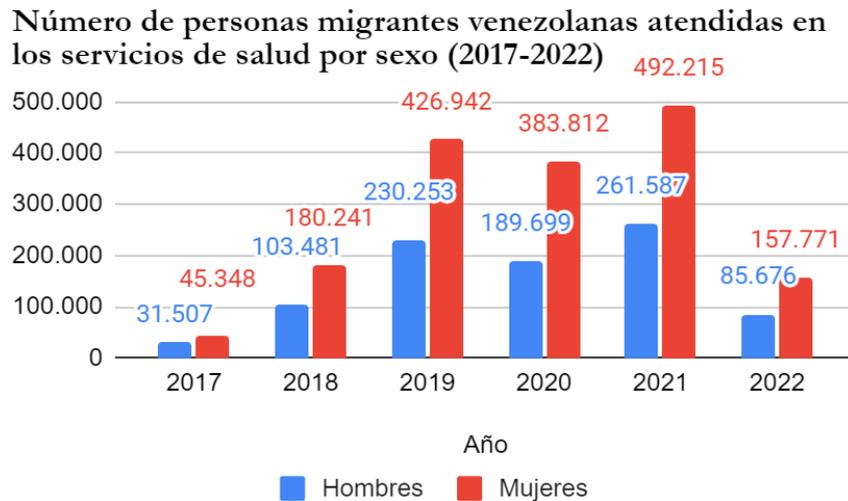
Fuente: Elaboración propia con datos de MinSalud, DNP y Observatorio Proyecto Migración Venezuela

Nota: La cifra para 2022 corresponde al periodo de enero a marzo, igualmente se debe tener en cuenta que hay un subregistro de la población de migrantes venezolanas.

Como se mencionó anteriormente, se entiende que según lo establecido legalmente, las personas migrantes sin afiliación a SGSSS pueden acceder únicamente a la atención inicial de urgencias, lo cual implica múltiples dificultades para la garantía de los derechos en salud. Esto es un impedimento transversal al acceso a los servicios de salud reproductiva, sexual y materno infantil, así como la atención en salud física y psicológica para las mujeres migrantes víctimas de violencias basadas en género (VBG). Son las mujeres quienes demandan más atenciones en salud (ver gráfico #2), pero al mismo tiempo son quienes presentan una menor tasa de afiliación en salud respecto a los hombres migrantes. Según la EPM, 58,90% de las mujeres encuestadas no cuentan con servicio de salud, frente a un 55,40% de los hombres a

abril de 2022 (DANE, 2022), así mismo, son menos las mujeres migrantes afiliadas en comparación a las mujeres no afiliadas.

Gráfico #2



Fuente: Elaboración propia con datos de MinSalud

Nota: La cifra para 2022 corresponde al periodo de enero a marzo

Aunque podría pensarse que debido a estas circunstancias existe un enfoque especial para proteger la salud de las mujeres migrantes, la asimetría entre la atención y los servicios de los que se benefician las mujeres afiliadas y no afiliadas son evidentes, sus implicaciones han sido incluso señaladas por los funcionarios de la Secretaría De Salud De Bogotá entrevistados:

Estoy de acuerdo que si va a haber una política nacional que el migrante lo atiendan en todo perfecto, por mí como referente claro que sí, para que no haya esa estigmatización: usted es regular/usted es irregular, sino que la atención sea igual y se puedan afiliarse, eso es lo que uno quiere, como que la gestante vaya a sus controles prenatales y no solo tenga que ser atendida en urgencias cuando vaya al parto, para evitar las mortalidades maternas acá, porque se han aumentado los indicadores de mortalidad materna por el tema del estatus migratorio irregular (J. Moya, comunicación personal, 26 de septiembre de 2022).

Esta forma de pensar es compartida por las personas entrevistadas integrantes de las diferentes colectivas, que entienden las atenciones médicas y el acceso a los servicios de salud como derechos humanos, de los cuales todas las personas deberían verse beneficiadas en igual medida,

No debería existir ningún requisito, ningún documento por así decirlo para que una persona acceda a los servicios básicos que el Estado ofrece en tema de salud, de educación, de un empleo porque, pues digamos que todos los seres humanos tenemos derecho y por ende eso está en la declaración de derechos humanos (Z. González, comunicación telefónica, 20 de septiembre de 2022).

Esta limitación tiene un gran impacto en la percepción de derechos que tienen las mujeres migrantes, pues en muchos casos lo que les impide acercarse a las instituciones prestadoras de salud es la creencia de que no pueden reclamar los mismos derechos que las ciudadanas colombianas; percibiendo los sistemas de seguridad social como algo inaccesible y ajeno a las demandas de la población. Según la EPM, para 2022 el 81,4% de las encuestadas respondió que no tienen acceso a salud porque no tienen papeles, pero la percepción frente a la inequidad de derecho se demuestra en que la segunda respuesta más común fuera el no tener acceso por el hecho de ser migrantes con un 13,1% (DANE, 2022).

La población migrante cree que lo que pasa es que cuando migro, yo creo que mis derechos se quedaron en mi país, yo cuando migro y llegó a otra parte, a otro país, efectivamente creo que no tengo ningún derecho, que yo no puedo tener porque estoy aquí y no es mi país (B. Pedraza, comunicación por videollamada, 18 de octubre de 2022).

Esta percepción es reforzada por el hecho de que no existe claridad en las enfermedades y síntomas que son tomados como urgencias y en la experiencia de las mujeres migrantes, la respuesta para la atención depende de cómo los funcionarios categorizan los síntomas en el triage. En muchos casos, los servicios de atención psicológica y de anticoncepción, entre otros, no se consideran como servicios de urgencia, así mismo, muchos síntomas relacionados con enfermedades de la salud sexual y reproductiva no son categorizados como urgentes y por ende la atención en salud es negada

Digamos, tú puedes llegar con cólicos, pero te pueden decir “el cólico no pone en riesgo tu vida y no pasas el triage, así que te recomendamos que te tomes dos acetaminofén y te vayas a la casita hasta que se te pase el dolor”. Entonces allí la migrante venezolana no entraría por urgencia, pero entonces, ¿cómo sabe la migrante venezolana que ese cólico no es de un cáncer de cuello uterino?, si no pasó el triage. Y sabiendo ella que no tiene un control, su

salud mental también está por el piso, porque viene buscando una mejor calidad de vida (J. Ferrer, comunicación telefónica, octubre 05 de 2022).

Las situaciones de negación del servicio en salud dejan igualmente en evidencia que no hay acciones para la prevención y diagnóstico temprano de las diferentes enfermedades que puede presentar la población migrante. Al mismo tiempo que vulneran lo establecido por la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015, pues el triage funciona para que por medio de sus cinco categorías se evalúe el nivel de la urgencia, como la misma resolución lo dicta, en ninguna circunstancia el triage puede ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias (MinSalud, 2020).

Al no recibir atención por parte de las entidades prestadoras de salud, la opción restante es la de acceder a un servicio de salud particular, en dónde no existe ninguna clase de subsidio económico y los precios pueden variar de acuerdo al especialista, los exámenes necesarios para el diagnóstico y los medicamentos, terapias y otros servicios necesarios para el tratamiento de la enfermedad. Los costos de estos servicios no son asequibles para la mayoría de la población migrante, por lo que se constituyen como una de las preocupaciones más frecuentes para las mujeres que no han podido acceder a servicios de salud apropiados. Por tanto, como fue señalado por Garzón y Naranjo, la salud es vista desde una lógica comercial, en consecuencia el acceso a salud es un servicio mercantil, más no un derecho, y su acceso estaría mediado únicamente por el nivel de ingresos de cada persona (Garzón & Naranjo, 2010).

No podemos acceder al servicio (de salud), o si accedemos tendría que ser de forma particular, generando la garantía del pago de la utilización de los servicios, entonces mucha de la población que llega, que está de forma irregular dentro del territorio, no cuenta con los recursos para poder pagar médico particular (A. Barajas, comunicación por videollamada, 29 de septiembre de 2022).

En este punto se hace evidente la conjunción de las categorías de género, clase y migración (Magliano, 2015), dado que estas dinámicas de discriminación en el servicio de salud solamente acentúan más la condición de vulnerabilidad de las mujeres migrantes con estatus irregular de residencia en el país, que junto con aquellas en los niveles socioeconómicos más bajos son las más afectadas por la limitada atención que se presta en los servicios de urgencias. Negando la posibilidad de prevención, tratamiento y bienestar ideal de la salud

física y mental, llegando a consecuencias como las señaladas por el funcionario de la Secretaría de Salud de Bogotá: el aumento de la mortalidad materna, pues al no haber medidas efectivas para prevención de las diferentes patologías, las mujeres ponen en riesgo sus vidas.

Limitantes en atención en salud por parte de funcionarios y desinformación por parte de mujeres migrantes

La negación del servicio de urgencias a su vez hace parte de una problemática mayor que es un desconocimiento por parte de las y los funcionarios que prestan los servicios de salud sobre los derechos de las mujeres migrantes. De manera unánime, las personas entrevistadas manifestaron que los funcionarios de las entidades públicas, gubernamentales y prestadoras de servicios de salud no tienen una sensibilidad a la diversidad cultural, así como se cuestionan las acciones estatales para la capacitación de funcionarios en atención a la población migrante y su trabajo para eliminar las conductas que puedan llevar a tratos xenófobos. Este tipo de comportamiento por parte de los funcionarios moldea la interacción cotidiana descrita en el segundo nivel de integración (Aliaga, 2012), en la que se da una relación entre migrantes y ciudadanos, que en este caso se ve mediada por prejuicios y estereotipos, estableciendo una interacción y dinámica discriminatoria.

La falta de una cualificación de las y los funcionarios, si bien comprende al personal médico que está en primera línea atendiendo a las mujeres migrantes, también comprende a todos los demás funcionarios que pudiesen estar relacionados directa o indirectamente con la atención en salud de las mujeres migrantes. La problemática también abarca desconocimiento de los documentos de las personas migrantes, la negación de autorizaciones para medicamentos, futuras citas médicas o tratamientos. Llama la atención que, de manera literal, el primer funcionario con el que entran en contacto las mujeres migrantes para solicitar atención médica representa un primer obstáculo para el acceso. Como señalaron varias de las entrevistadas, los guardas de seguridad y personal de vigilancia son quienes se encargan de preguntar la causa de la asistencia al servicio de urgencias y determinan si la mujer puede entrar o no en el recinto para recibir atención médica

La primera traba que existe es el guarda de seguridad, que ni siquiera te deja pasar a preguntar nada, o sea, yo entiendo que en los hospitales no se puede pasar porque sí, pero para eso está

el área de información para que la persona pueda llegar hasta allá y pueda preguntar. El guarda de seguridad es simplemente para custodiar el espacio, no tiene por qué dar información interna del hospital ni nada (E. Gonzalez, comunicación por videollamada, 03 de octubre de 2022).

Aquí estabilizan y ya, y los mandan con cincuenta órdenes clínicas que nadie va a autorizar, porque, pues el proceso normal en Colombia, hasta estando afiliado en salud es complicado lograr una autorización. Para un migrante que desconoce completamente el sistema de salud, cómo funciona y todos estos mecanismos, pues más difícil aún el acceso (C. Moncada, comunicación por videollamada, octubre 07 de 2022).

Las y los entrevistados señalaron dinámicas más complejas que la desinformación o los estigmas sobre la población venezolana, pues se señala que otro de los obstáculos para la atención a las mujeres es el hecho de que algunas de las y los funcionarios no cuentan con empleos fijos. Por tanto, puede que quienes presten la atención en determinado momento estén capacitados sobre los derechos de las migrantes, no obstante, pueden ser reemplazados de sus puestos de trabajo por personas que no lo estén. Más allá de la precariedad laboral, algunos entrevistados señalan como causa de algunos de estos despidos “la palanca”, entendida como el pago de favores políticos con puestos de trabajo

Cada vez que finaliza un gobierno, parece mentira, pero adiós a todos los funcionarios que estaban, entonces entran nuevos funcionarios y tristemente, pues, aquí se ve mucho eso que llaman “la palanca” (...) y así la persona no sepa nada de lo que va a hacer, no tiene como quien dice ese recorrido, esa experticia para poder trabajar con algo. Pero aun así le dan el cargo, y realmente a nosotros nos toca empezar de cero con ellos también, a veces falta mucha empatía y humanismo desde las organizaciones gubernamentales (J. Ferrer, comunicación telefónica, octubre 05 de 2022).

Acá en Colombia hay mucha rotación de funcionarios, o sea, un funcionario en un cargo cada seis meses te lo están rotando, a lo mejor a veces cuándo llegas y cambian un funcionario también es la excusa para no saber cómo atender algunos casos porque no hicieron el debido empalme con el funcionario anterior (...) Entonces no sé si ya es una falla del Estado o una excusa que ya los mismos funcionarios utilizan (C. Moncada, comunicación por videollamada, octubre 07 de 2022).

La falta de información clara sobre cuáles son los derechos de las mujeres migrantes y sus rutas de acceso a ellos deriva en una negación de la prestación del servicio para las mujeres, además de que las expone a vulneraciones y conductas xenófobas por parte de funcionarios, así como las expone a grandes riesgos en su bienestar. Esto señala una falta de mecanismos en un plano institucional para la integración de la población migrante al sistema de salud (Aliaga, 2012), teniendo en cuenta que es responsabilidad de las diferentes entidades, secretarías y Ministerio de Salud, ejecutar acciones para facilitar y proveer un servicio que responda a las necesidades de la población desde el respeto, el reconocimiento y la sensibilidad al fenómeno migratorio.

La desinformación no solo se da por parte de los empleados prestadores de servicios de salud, pues la población de mujeres migrantes también desconoce los servicios y derechos que les son reconocidos en Colombia. Según la EPM para 2021, un 81,5% de las mujeres encuestadas no recibió ningún tipo de información que le ayudará a adaptar su vida en Colombia (DANE, 2021), para 2022 un 57.5% de las encuestadas no recibió ninguna información sobre acceso a servicios básicos y solo un 24.1% recibió información sobre los servicios de salud en el país (DANE, 2022).

Se entiende que existe un cambio frente a los modelos de salud y prestación de servicios que existen en Venezuela y las dinámicas de los sistemas de salud en Colombia. En esta situación, las mujeres no tienen las herramientas para adaptarse de manera positiva a estos cambios, ni para demandar sus derechos por la falta de información disponible para ellas. A esto se suma el desconocimiento y tergiversación de la información por parte de los diferentes funcionarios del sistema de salud. Esta situación se agrava entre las mujeres que son migrantes recientes y no cuentan con redes de apoyo en el nuevo lugar de residencia

Una les dice bueno, es que hay que trabajar con la EPS, la IPS, la ARL y ellas no lo saben ¿sí? Entonces digamos que conceptualmente para ellas la salud tiene que ser y ya, pero acá sabemos que no, que acá hay que pasar por un papeleo, por unos requisitos y para ellas es muy difícil que ellas identifiquen el paso a paso de pedir una cita, que se puede en tutelar para reclamar un derecho vital. Ese tipo de cosas no lo tienen claro y eso dificulta el acceso a la salud (L. Jimenez, comunicación por videollamada, octubre 02 de 2022).

Las personas representantes de las organizaciones entrevistadas manifestaron que gran parte de sus acciones se dan para informar a las mujeres migrantes sobre sus derechos, no solo en salud, sino en diferentes áreas, y que su trabajo de alguna manera se hace para suplir la poca divulgación de la información que se da por parte de las instituciones estatales. En algunas de las entrevistas se menciona incluso que las funcionarias de las organizaciones sociales han actuado como representantes legales frente a los centros de salud, notarías, comisarías de familia y fiscalías debido a las trabas por parte de los funcionarios para la atención de las mujeres migrantes. Esto podría interpretarse como una respuesta de ayuda al proceso de integración de las mujeres migrantes, que surge al no existir mecanismos institucionales para facilitar el acceso al sistema de salud, justicia y proceso de regularización. Al contrario, por parte de las instituciones y los funcionarios se crean obstáculos en los trámites y en el acceso a los servicios demandados por las mujeres, por lo que se requiere la ayuda de las organizaciones y otros actores para lograr recibir la atención requerida.

Las organizaciones sociales han sido reconocidas por las mujeres migrantes como espacios de confianza en los que pueden acceder a servicios médicos, psicológicos e informativos que contribuyen a sus procesos de integración. Así mismo, las mujeres migrantes reconocen algunos espacios médicos como seguros para acceder a servicios de salud, pues son lugares en los que se conocen los derechos de las personas migrantes y se les da un trato adecuado. En ese sentido, se evidencia cómo la población migrante ha realizado una reinterpretación de elementos habituales de la vida cotidiana, en este caso dotando de significado a los espacios en los que se prestan servicios de salud. Dicho proceso corresponde al nivel de adaptación a los artefactos y procesos (Aliaga, 2012), y fue mencionado por las entrevistadas de la siguiente manera

Hay muchas personas que saben que en el Hospital de Kennedy me atienden, pero en el Hospital Simón Bolívar no, entonces la mayoría de las personas se van a trasladar, no sé, de Usaquén, del Norte a Kennedy, simplemente por un caso de emergencia (E. Gonzalez, comunicación por videollamada, octubre 03 de 2022).

En la institucionalidad solamente son los colombianos los que atienden y no tienen conocimiento de la dinámica del venezolano, su dialecto, sus costumbres (...) Nos ha pasado que el venezolano asiste a un médico colombiano y vuelve a la fundación diciendo “le traje estos exámenes para que ustedes me ayuden a entender de qué se trata, qué es lo que tengo,

qué debo hacer”. Entonces es esa empatía que tenemos por el migrante, que es bastante importante para que ellos acepten cualquier recomendación, son más receptivos (A. Gutierrez, comunicación por videollamada, 14 de octubre de 2022).

Si bien ha existido un proceso de reinterpretación de los equipos tecnológicos como medio para la regularización en el país que ha beneficiado a un grupo de personas debido a que parte de este proceso se realiza de manera virtual (Aliaga, 2012), no se puede ignorar el hecho de que no todas las mujeres tienen igual acceso a redes sociales, medios de comunicación y dispositivos tecnológicos, pues su acceso puede verse restringido por brechas territoriales y económicas. En ese sentido, se resalta que el éxito de muchos proyectos de beneficio para la población migrante se ha dado por la comunicación voz a voz, por tanto, la falta de divulgación efectiva sobre políticas públicas, derechos y sus rutas de acceso afecta tanto el proceso de regulación como el de acceso a servicios de salud

En territorios como Nariño, Valle del Cauca, Cauca se ven muchos sitios remotos y muchos migrantes venezolanos han llegado a esos sitios (...) esos migrantes venezolanos no tienen un teléfono inteligente, están alejados de la realidad que es la ciudad como tal. Entonces no tuvieron acceso, desconocieron por completo que el gobierno creó un Permiso de Protección Temporal y todo eso, y no pudieron hacer la primera fase tan siquiera (J. Ferrer, comunicación telefónica, octubre 05 de 2022).

Hay personas que se regularizaron, pero nunca se acercaron a afiliarse a la salud, porque ellos piensan que yo al tener el documento ya me hace que yo esté dentro de la base de datos, y esa persona, cada quien tiene una obligación que se tiene que afiliarse al sistema de salud de su municipio o al Sisbén de su municipio (A. Pereda, comunicación por videollamada, 04 de octubre de 2022).

La desinformación sobre el proceso de regularización también ha llevado a que la población forme mitos sobre este proceso. En las entrevistas se dijo que algunas personas creían que podían ser deportadas al haber residido de manera irregular o trabajado informalmente en el país, otras personas creían que no podrían volver a salir del país o que no podrían regresar nunca más a Venezuela. Otros obstáculos para la regularización y posterior afiliación en salud, fueron la pérdida o robo de documentos que incluso incluyen el registro civil de hijas e hijos, así como la falta de registro de las personas en los puestos de migración para el ingreso legal en el país, que constituía uno de los requisitos para la regularización en el país.

Si bien se entiende que la integración es también un proceso subjetivo, que según González posicionaría a la población migrante como actores activos que definen sus estrategias de integración (González, 2014); cabría preguntarse cuál es el alcance de la adopción de estrategias si estas están basadas en la desinformación y el miedo causado por la tergiversación y los mitos que surgen a partir de que la comunidad no tenga acceso a información veraz sobre el proceso de regularización, sus derechos y cómo opera el sistema de salud para su atención.

Carencia en el acceso de métodos anticonceptivos adecuados para cada mujer

La salud sexual y reproductiva es definida por la Organización Mundial de Salud (OMS) y Profamilia como el bienestar físico y mental respecto a la sexualidad y las relaciones sexuales. El bienestar es entendido como el grado máximo de salud y no solo la ausencia de enfermedad e implica la libre elección de experiencias sexuales seguras, así como el acceso a la información y educación respecto a estos derechos (OMS, 2022). En Colombia el acceso a la salud sexual y reproductiva está contemplado en la *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*, que hace parte del *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Desde la política pública, la sexualidad es vista como una “condición prioritaria para el desarrollo humano, por lo tanto debe ser liberada de carga moral y observarse desde el ámbito de los derechos y el respeto por las personas” (MinSalud, 2022, p. 50). A su vez, esta se guía por los principios de equidad de género, social y económica, así como respeto a la diversidad y no discriminación.

El poder acceder a métodos de anticoncepción hace parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia, según la EPM, para 2021 un 41,2% de las y los encuestados no habían utilizado ningún método para evitar un embarazo y/o enfermedades de transmisión sexual durante el último mes. En el caso específico de las mujeres, la mayoría (37,4%) no uso ningún método, seguido de un 32,2% que hizo uso de método hormonal o dispositivo intrauterino o implante (DANE, 2021). Para el año 2020, Profamilia informó que un 67% población migrante y refugiada en Colombia está en edad fértil (Profamilia, 2020). Durante el proceso migratorio en los lugares de paso y de llegada, las mujeres migrantes se enfrentan a una oferta limitada de métodos anticonceptivos, por lo cual hay un consenso entre las personas entrevistadas respecto a la falta de información sobre los métodos

anticonceptivos a los que pueden acceder las mujeres migrantes de acuerdo a sus planes de salud, o si no cuentan con afiliación en el sistema. En muchos casos, esta información es difundida por las organizaciones sociales, más no desde las entidades estatales.

Así mismo, se señalan los obstáculos en el acceso a métodos anticonceptivos adecuados para cada mujer debido a la respuesta insatisfactoria por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud respecto a la demanda de la población en esta área, y los complejos trámites y procesos por los que deben pasar para poder obtener atención por parte de un profesional especializado en salud sexual y reproductiva

Inicialmente, hubo una oferta de poder poner un implante, pero posterior a eso fue muy limitada la atención, no hubo un plan, un estudio, una evaluación para determinar realmente cuál era el mejor método para la adolescente o la mujer. Pues en la práctica muchas estuvieron luego retirándose su Yadel (implante subdérmico anticonceptivo), que era el método que estaba brindando el Municipio, y lograron identificar que es que antes de proporcionar un método hay que educar a la mujer (A. Gutierrez, comunicación por videollamada, 14 de octubre de 2022).

Esa brecha del tiempo, de cuando va una persona a Profamilia, tiene que pagar obviamente, o que mira, yo meto (la petición) en la EPS, que la solicitó para planificación y me la mandan para dentro de tres meses, cuatro meses, que si la orden, que todo ese proceso engorroso hace que la gente lo deje como para después. Pero no solo de planificación, sino de todo el tema sexual (T. Fiorillo, comunicación por videollamada, 13 de octubre de 2022).

Los proveedores de salud deben brindar información y consejería sobre anticoncepción, proporcionar el método anticonceptivo más adecuado de acuerdo a las necesidades y deseos de la persona, así como deben monitorear su uso (MinSalud, 2019). Los métodos anticonceptivos disponibles en el país son cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (POS) y Sisbén, lo que implica que solo están disponibles para quienes están afiliadas en el sistema de salud, dejando a las mujeres con residencia irregular sin supervisión profesional ni acceso a estos. Otro de los enfoques de la salud reproductiva es el de la planificación familiar, que generalmente se toma desde una perspectiva de acceso a métodos anticonceptivos, sin embargo, la planificación puede servir para tener el número de hijas deseadas y determinar el intervalo entre embarazos. En ese caso, los tratamientos para la fertilidad usualmente no son tenidos en cuenta ni dentro de la planeación de políticas, ni dentro de los servicios médicos

Lo que más cuesta aquí es tener hijos, o sea las personas que les cuesta tener hijos, que no son tan fértiles, pues para poder acceder a quedar embarazada, en ese caso aquí es complejo (...) la EPS no cubre eso, tengo que hacer todo adicional. Entonces puedo tener una EPS, pero no me está cubriendo totalmente lo que yo necesito (E. Gonzalez, comunicación por videollamada, 03 de octubre de 2022).

La salud sexual se entiende como bienestar individual y familiar, y es transversal al desarrollo económico y social de las comunidades, de igual manera, la garantía de derechos sexuales y reproductivos, puede prevenir embarazos no deseados y abortos en términos no seguros, enfermedades de transmisión sexual, embarazos en edad temprana, morbilidad materna extrema, entre otros (Profamilia, 2020). Sin embargo, este alcance se ve limitado si no existe educación integral para la sexualidad, barreras de información sobre el acceso a estos servicios, así como una carencia en la oferta de profesionales, centros de salud especializados y recursos financieros para la prestación de servicios adecuados en salud sexual y reproductiva.

Necesidades insatisfechas en atenciones médicas prenatales y prevención de morbilidad materna

La salud materna incluye todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto y el puerperio. La atención médica durante el embarazo y el parto puede salvar vidas porque existe una mayor probabilidad de diagnosticar y tratar posibles problemas de salud materna y fetal durante la atención prenatal (Profamilia, 2020). Los servicios en salud que más recibieron las personas migrantes por atenciones en consulta de urgencias según diagnóstico entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021 a nivel nacional, según los datos del Ministerio de Salud, es la atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto (8,3 %), otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (4,1%) y parto (2,7%) (MinSalud, 2021). Esta tendencia sigue manteniéndose a marzo de 2022, fecha de los últimos datos publicados por el Ministerio de Salud, en dónde la atención materna relacionada con el feto, la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto fue la atención más frecuente (9,6 %), otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (4,9%) y parto (3,5%) (MinSalud, 2022).

Según la OMS y el Ministerio de Salud, las personas gestantes deberían tener ocho consultas por controles prenatales, no obstante, acceder a la atención prenatal y posparto se dificulta si las mujeres migrantes no están aseguradas en la SGSSS, como señaló una de las entrevistadas

Quedar embarazada aquí en Colombia y estar en una situación de vulnerabilidad, y no contar con EPS es la peor experiencia que cualquier mujer pueda tener acá. Acá por ejemplo hay una gran problemática de mujeres gestantes que no son atendidas, que llegan al día del parto y ni siquiera saben qué van a tener ni en qué condición, o sea, acá el tema de la maternidad es bastante complejo y a eso si creo que con urgencia se le debería prestar muchísima atención porque se podrían ahorrar muchas situaciones complejas en el momento del parto (Z. González, comunicación por videollamada, 20 de septiembre de 2022).

El acceso a la atención prenatal se vuelve primordial para las mujeres migrantes embarazadas, muchas barreras para el acceso a la atención de estos casos tienen raíz en el estatus de migración, falta de seguimiento de los lineamientos de salud en los diferentes territorios de acogida y falta de información sobre cómo y dónde recibir la atención prenatal. Estas limitaciones han tratado de ser remediadas por los servicios de urgencias y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, como señalaron los funcionarios de la SDS

Digamos que vaya la gestante a una institución prestadora de servicios de salud, sea pública o privada, y vaya y sea de estatus migratorio irregular y la atienden, le hagan la consulta y le generen medicamento, no. Solo son promoción y prevención, promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades (J. Moya, comunicación personal, 26 de septiembre de 2022).

Los accesos que exigen el control en el embarazo se le da... pues no en todos, pero sí imagínese en el caso colombiano las mujeres que están regularizadas y nacionales tienen problemas, pues lo mismo pasará con las mujeres migrantes que sean (atendidas) por medio de urgencias (A. Alegría, comunicación personal, 26 de septiembre).

Lo que los funcionarios plantean como una solución por medio de intervenciones colectivas de promoción y prevención de enfermedades, en muchas ocasiones no constituyen una respuesta acorde a las necesidades de las personas gestantes. Para garantizar la salud tanto de la persona gestante, tanto como del feto en desarrollo, se hacen necesarias ecografías,

ultrasonidos y otras imágenes diagnósticas, así como análisis en busca de enfermedades de transmisión sexual, pruebas de glucosa y de sangre con diferentes fines, que no están disponibles por medio de las intervenciones colectivas en salud.

Esta situación puede ser en parte una explicación a porque el servicio más demandado en atención de urgencias son asistencias relacionadas con posibles problemas del parto y trastornos maternos, ya que no existen acciones efectivas que ayuden a diagnosticar tempranamente estas afectaciones en salud. Por lo que se pone en riesgo tanto la vida de la persona gestante como del feto, esto también nos lleva a entender por qué han incrementado los indicadores de mortalidad materna. A pesar de que las migrantes venezolanas sean incluidas en atención prenatal al presentar ciertas patologías, esto no garantiza una experiencia positiva del embarazo para ellas.

Sanción social y falta de protocolos para el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo

La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia tuvo un gran cambio durante este año, pues gracias a la sentencia C-055 de 2022, las mujeres pueden decidir de manera autónoma sobre la posibilidad de interrumpir el embarazo hasta la semana 24 de gestación, sin que sean penadas legalmente por ello (Corte Constitucional de Colombia, 2022, Sentencia C-055). Anterior a esta sentencia, las mujeres podían interrumpir su embarazo bajo tres causales: cuando la continuación del embarazo constituía peligro para la vida de la mujer; cuando existiera grave malformación del feto que haga inviable su vida y cuando el embarazo sea el resultado de incesto, un acto sexual sin consentimiento o de inseminación artificial no consentida, denunciado legalmente (Corte Constitucional de Colombia, 2006, Sentencia C-335).

Los últimos datos del Ministerio de Salud corresponden a marzo de 2022 y la sentencia C-055 se decretó el 21 de febrero de 2022. De 2017 a 2021, la atención de urgencias de embarazo terminado en aborto ocupó el décimo lugar con un 1,9% dentro de las atenciones de urgencias recibidas por hombres y mujeres venezolanas (MinSalud, 2021), para marzo de 2022 esta atención ocupó el quinto lugar con un 2,6% entre las mujeres venezolanas. Hay que señalar que no se explican las razones del aborto, si estos se dieron bajo alguna de las tres causales vigentes para dicho momento, fueron producto de enfermedad o abortos

esporádicos, fueron una atención de seguimiento a un aborto inseguro, entre otras causas. Cabe resaltar que existen otros registros de diferentes organizaciones sociales que acompañan la IVE que no están contemplados en los datos de atenciones de las entidades prestadoras de salud. Las entrevistadas señalan que la desinformación sobre este servicio es mayor, explican que en Venezuela existía otra perspectiva muy en contra de la IVE y por ende es mayor el miedo de acercarse a las instituciones para acceder a este derecho

En Venezuela es un tabú, todo el tema de salud sexual, reproductiva, todo el tema de la autonomía del cuerpo es algo tan tabú. Pues en las mujeres no hay ese interés porque no saben cómo funciona, ¿dónde es?, ¿qué digo?, ¿y qué documentos me van a pedir?, si no tengo esos documentos porque no estoy regularizada (M. Colmenares, comunicación por videollamada, octubre 07 de 2022).

A pesar de que el aborto ocupó una de las atenciones más demandadas por las migrantes venezolanas, las personas entrevistadas señalaron que aún existen varios obstáculos para el acceso a la IVE. Entre los cuales se encuentran la negación del servicio por parte de las instituciones de salud y no solo por parte de un profesional que se justifica por objeción de conciencia, a lo que se suma la comunicación de información errónea o distorsionada por parte del personal a las mujeres frente a la ruta de acceso, así como se señalan estigmas hacia la población migrante

Siempre hay personal dentro de las entidades prestadoras de salud que tienen sus vicios, estigmas sociales, imaginarios de la otra persona, entonces digamos yo soy enfermera y en el hospital donde me toca atender un poco de población. Llega una mujer que tiene que una vida sexual, queda embarazada y ella (la enfermera) decide si le hacen el aborto o no por x o y, y es por una barrera ideológica y aporofóbica (L. Jimenez, comunicación por videollamada, octubre 02 de 2022).

La sentencia C-055 de 2022 no altera la regulación de la objeción de conciencia, a costa de ello instituciones enteras se han negado a prestar este servicio desconociendo la obligatoriedad de la sentencia. Por esa razón se ha dificultado el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo de manera pronta y oportuna, implicando afectaciones a la salud física y mental de las mujeres. Como también fue señalado por las entrevistadas, hace falta un cambio cultural para la aceptación del IVE, pero en cambio de esto, aún persiste en la sociedad una sanción social para las mujeres que quieren acceder a este derecho

Aún hay como muchos obstáculos, muchas cosas en el aire que aún no se contemplan, que aún no se validan institucionalmente, territorialmente, culturalmente, entonces yo creo que eso también se enmarca bastante dentro de ese ejercicio del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, ¿sí? Desde el reconocimiento de los núcleos familiares y la incidencia que tienen también, entonces hay muchos factores que están influyendo en el ejercicio de poder validar la interrupción, que se reconozca y se acepte (A. Barajas, comunicación por videollamada, 29 de septiembre de 2022)

En la actualidad, una de las medidas que se deben tomar gracias a la sentencia C-055 de 2022, es que en un término no mayor a dos años se “formule e implemente una política pública –incluidas las medidas legislativas y administrativas que se requieran–, acorde con la ausencia de sanción penal para la conducta del aborto consentido en todos los casos”. (Corte Constitucional de Colombia, 2022, Sentencia C-055). Hasta el momento, como lo señala la Fundación Oriéntame, falta adecuación en los protocolos internos de atención de las IPS, EPS y entidades públicas a nivel nacional, en dónde este servicio no es reconocido como una urgencia e incluso se llegan a pedir requisitos innecesarios que solo retrasan el proceso de acceso de las mujeres a este derecho (Fundación Oriéntame, 2022). Al igual que falta educación y sensibilización para las y los funcionarios sobre lo que es e implica la sentencia en el cambio de atención a la IVE, así como sobre la inclusión de las mujeres migrantes en el acceso a este derecho sin distinción de su condición migratoria.

Atención negligente a las violencias basadas en género por parte del sistema de salud y justicia

Las Violencias Basadas en Género (VBG) comprenden múltiples afectaciones a la persona en razón de su género, estas incluyen violencia física, sexual, psicológica, verbal, económica o patrimonial a una persona, y estas pueden ocurrir en público o en privado. Las VBG permean las estructuras socioculturales, económicas y políticas, derivando en afectaciones individuales y colectivas (Profamilia, 2022) (MinSalud, 2022). En Colombia se han decretado distintas leyes y medidas para la protección de las mujeres, entre las cuales se encuentra la Ley 1257 de 2008, por la cual se indican las normas para la sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

La Ley 1257 de 2008, en su artículo sexto, se señala que existe un principio de no discriminación, según el cual “Todas las mujeres con independencia de sus circunstancias personales, sociales o económicas (...) tendrán garantizados los derechos establecidos en esta Ley a través de una previsión de estándares mínimos en todo el territorio nacional” y más importante aún, señala que “los derechos de las mujeres son Derechos Humanos” (Congreso de la República de Colombia, 2008, Artículo 6).

Según la encuesta EPM para 2021, un 6,2% de las mujeres encuestadas sufrió violencia psicológica y un 1,3% sufrió violencia física durante los últimos siete días anteriores a la aplicación de la encuesta (DANE, 2021). Llama la atención el bajo número de atenciones por violencia de género ejercidas contra las mujeres migrantes, que solo llegaron a 4,709 casos registrados por el Sistema De Vigilancia En Salud Pública (SIVIGILA) para 2021, mientras que entre las colombianas la misma entidad reporta 110,949 atenciones (Observatorio Nacional de Violencias de Género, 2021).

Siguiendo este hilo, las violencias contra las mujeres también se hacen manifiestas en las causas para emprender el proceso migratorio, ya que el porcentaje de mujeres migrantes recientes que cambiaron de residencia por amenaza o riesgo para su vida o integridad física por violencia no asociada al conflicto armado fue de 7,1% (DANE, 2020). En ese aspecto, se retoma a Domínguez, puesto que para algunas mujeres la migración funciona como forma de liberación frente a dinámicas machistas por medio de la búsqueda de un nuevo lugar de residencia que les garantice la protección en derechos necesaria para llevar a cabo su proyecto de vida (Domínguez, 2006).

Se entiende que hay un subregistro en la cifra de casos de violencia basada en género, las personas entrevistadas manifestaron diferentes razones para ello, entre las cuales están las diferentes fallas por parte de los funcionarios para prestar atención médica y psicológica, así como una complicidad cultural y por parte de los núcleos familiares con los agresores. En el caso de Bogotá se mencionó en varias ocasiones fallas con la Línea Púrpura, que es la línea telefónica distrital para la atención y acompañamiento psicosocial para las víctimas de violencias contra las mujeres

Sí, sentimos que ellas acá son vulnerables porque él es de aquí, tienen cómo defenderse y ellas sienten que no tienen voz (...) uno les dice denuncia y no lo quieren hacer, a veces

incluso la mamá de los muchachos, de los señores, les dicen que no lo hagan. Entonces hay un entorno familiar que se pone a favor del hombre y en contra de la mujer para que no haga la denuncia (A. Pereda, comunicación por videollamada, 04 de octubre de 2022).

Así esté vinculada a salud, el psicólogo a mí me va a atender cada tres meses y es real porque he tenido muchos casos que he remitido a entidades de salud y le dan la cita en tres meses, y la otra se la dan dentro de otros tres meses, y realmente no hay un proceso integral que le ayude a la mujer a generar esas herramientas psicosociales, jurídicas, económicas que le ayuden a salir de esa situación (A. Barajas, comunicación por videollamada, 29 de septiembre de 2022).

Otro aspecto mencionado por las personas entrevistadas y que se refleja en las estadísticas es la baja correlación entre la atención en salud y el acceso a la justicia que debe darse al activar las rutas de protección para la víctima de VBG. En comparación a los 4.709 atendidos por el Sistema De Vigilancia En Salud Pública en 2021, solo 1.029 fueron presentados al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Observatorio Nacional de Violencias de Género, 2021). Por parte de las fiscalías se presentan obstáculos para aceptar denuncias de las mujeres por ser migrantes con estatus irregular, por no comprender cuáles son sus documentos de residencia legal o por petición de pruebas como requisito para tomar la denuncia, con lo que se incurre en actos de revictimización.

Las personas entrevistadas señalan la baja probabilidad de que los casos lleguen a un término de penalización y reparación por la violencia ejercida, esta situación está reflejada en las estadísticas de la fiscalía, ya que de 29.011 procesos por violencia sexual abiertos de febrero de 2020 a febrero de 2021, solo un 10,89% de los casos llegaron a un avance de esclarecimiento. Del mismo modo, de 92.611 procesos en materia de violencia intrafamiliar, un 11.47% de estos tuvieron avance de esclarecimiento (Fiscalía General de la Nación, 2021). Respecto a esto, las personas entrevistadas comunicaron:

Una denuncia queda ahí en la primera fase, nunca sale de ahí, ellas dicen que es por las personas que las abordan en las fiscalías, porque el proceso tarda demasiado para que se activen las rutas como se deben activar, aquí no hay una medida de protección para ellas (J. Medina, comunicación telefónica, 12 de octubre de 2022).

Una mujer con nacionalidad venezolana no va a los agentes correspondientes porque dice “no me van a tomar en cuenta, no me van a ayudar, me van a decir que como yo no tengo documento no tengo derecho a nada, no me van a tomar la denuncia, entonces ¿para qué voy a ir?”. Ese es como el sentimiento y el pensar de la población, porque el rechazo que han recibido por parte de los funcionarios es muy marcado (Z. González, comunicación por videollamada, 20 de septiembre de 2022).

En el caso de las atenciones de VBG se sigue repitiendo la percepción de las mujeres de no ser sujetas de derechos, ni poder acceder a justicia, reparación y servicios de salud por el hecho de ser migrantes. Se mencionó en varias entrevistas que en el hecho de que la pareja perpetradora de la violencia fuese colombiana, hacía sentir a las mujeres en desventaja o en algunas ocasiones esta distinción, era usada como amenaza directa, con lo que se refuerza la idea de mencionada en la entrevista de que “ellas acá son vulnerables porque él es de aquí”. Se hace evidente que incluso al ser víctima de VBG, la categoría de migrante implica una asimetría de derechos (Magliano, 2015) (Ciurlo, 2014), siendo un espacio más en el que se intensifica la discriminación hacia las mujeres y se obstaculiza su acceso a servicios.

Vinculación laboral como obstáculo asociado para el acceso al sistema de salud y superación de las violencias basadas en género

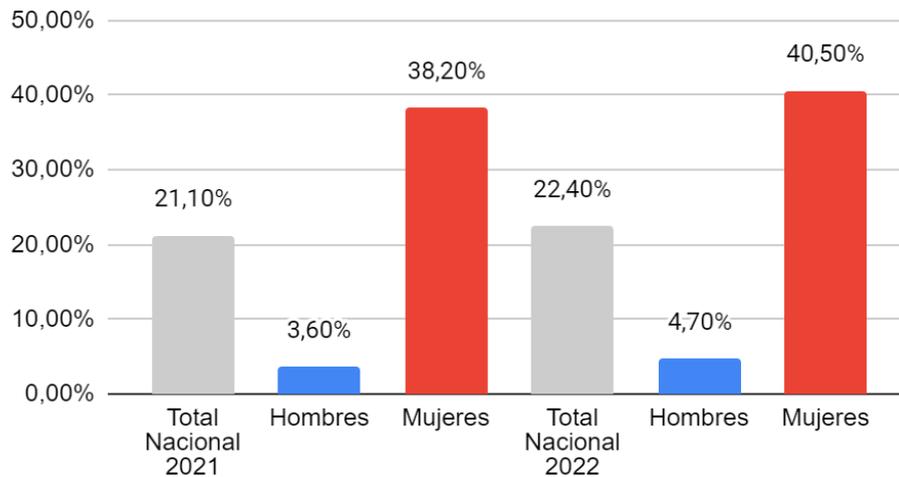
Según la EPM, para 2021 y 2022 son muchas más las mujeres que tienen por ocupación los “oficios en el hogar” frente a los hombres migrantes (ver gráfico #3). Las mujeres venezolanas que ejercen los oficios del hogar han sido relegadas al espacio privado, relacionado con el trabajo doméstico, la maternidad y el trabajo del cuidado. Esta ocupación ha interferido en algunos casos en los procesos de regularización en el país de las mujeres migrantes y por ende su afiliación al sistema de salud, así como ha sido un impedimento para que las mujeres salgan de los entornos en los que son violentadas.

Según el DANE, los dos principales motivos para la migración venezolana en el año 2020 fueron: trabajo y unidad familiar, dentro de los migrantes recientes (personas que migraron hace menos de 12 meses), el acompañar a otros miembros del hogar fue el motivo de migración más común con un 48,3% y un 24,5% por trabajo. Sin embargo, al separar esta estadística por sexo, el acompañar a miembros del hogar asciende a un 55,1% entre las mujeres, mientras que solo el 17,0% de ellas migraron por búsqueda de trabajo. La reunificación familiar en el actual fenómeno migratorio puede llegar a tener un mayor

impacto en las mujeres al estar directamente relacionado con el rol socialmente asignado a ellas sobre el cuidado de la familia y el trabajo doméstico (DANE, 2020).

Gráfico #3

Ocupación en Oficios del Hogar por Sexo (2021-2022)



Fuente: Elaboración propia con datos de Pulso de la Migración, DANE

Nota: La cifra corresponde únicamente a la ocupación en “Oficios del Hogar”

El trabajo informal al que acceden las mujeres migrantes en algunos casos es escogido por la cercanía a sus hogares o por la oportunidad de tener horarios flexibles que les permiten cumplir más fácilmente con sus tareas de trabajo doméstico al no existir redistribución de dichas tareas en sus hogares. Esta situación se densifica al ser madres solteras o no contar con redes de apoyo en el nuevo lugar de residencia. Los términos en que las mujeres son empleadas vulneran los requerimientos legales para el empleo, evadiendo el pago de aportes a seguridad social que abarcan salud, pensión y riesgos laborales, así como pago de incapacidades médicas u horas extras. Cabe resaltar que según la EPM un 14,5% de las mujeres encuestadas en 2021 fueron víctimas de violencias por parte de su jefe o compañero de trabajo (DANE, 2021).

Hemos visto que muchas de las mamás no han priorizado como sacar sus permisos porque han estado como en el plan de la supervivencia, entonces ahí es donde viene como la opresión de parte de los hombres o del empleador y eso va a hacer que el empoderamiento

económico sea muy muy difícil, especialmente para las mamás (M. Colmenares, comunicación por videollamada, octubre 07 de 2022).

Como son madres de muchos niños, sus barreras se transforman en “es que no puedo dejar al niño solo”, y como no pueden pagar una niñera o a veces no tienen como trabajar o aplicar a las ofertas porque tienen muchos hijos (...) toman empleos en los que les pagan muy poco a lo que es al día. Pero ellas dicen que lo toman porque es el empleo que les da la facilidad, porque ellas tratan de trabajar cercano a dónde viven (A. Pereda, comunicación por videollamada, 04 de octubre de 2022).

Estas barreras en el acceso a toda la ruta de atención en salud, justicia y medidas de protección a la mujer víctima de violencia, sumado a la falta de redes de apoyo y empoderamiento económico, hace que las mujeres permanezcan en hogares en los que sufren violencias por parte de sus parejas u otros miembros de la familia. Esta dinámica resulta en que la mujer víctima siga expuesta a afectaciones en su salud física y psicológica, lo que constituye en sí mismo un problema de salud pública.

Conozco muchos casos de mujeres que se mantienen en los hogares porque no tienen o no cuentan con redes de apoyo que les generen garantías, no cuentan con procesos formativos, educativos que les generen herramientas necesarias para ser independientes y autónomas en su proceso, y si tienen niños y niñas tiende a ser más compleja la situación de salir de estos núcleos. Entonces siempre hay justificantes para mantenernos en estos entornos de violencias y la respuesta es muy corta (A. Barajas, comunicación por videollamada, 29 de septiembre de 2022).

A ese estatus le falta algo más que es como que dé empleabilidad, que la persona no salga otra vez a ese mismo círculo vicioso (...) Si no tengo quien me apoye, voy a estar con la misma persona que ya conozco y que ya sé que le pega, acepto que me pega porque no tengo quien me mantenga, quien me apoye en lo económico (E. Gonzalez, comunicación por videollamada, 03 de octubre de 2022).

Las mujeres son las más afectadas por el desempleo en comparación a los hombres migrantes y esta situación deriva en la precariedad laboral, según la EPM para abril de 2022 un 73,50% de los hombres tenían una ocupación laboral, frente a 42,00% de las mujeres migrantes (DANE, 2022). A ello se suman los trabajos del cuidado no remunerados que dificultan aún

más la tarea de conseguir trabajo, como señala Cuso International, en 2020 un 55,4% de las venezolanas encuestadas manifiestan no poder hacer diligencias para buscar un empleo con motivo de sus responsabilidades familiares. Los roles domésticos y del cuidado están presentes, así las mujeres tengan o no un empleo, pues el mismo informe muestra que un 46,7% de las ocupadas y el 53,1% de las no ocupadas dedican en promedio 20 horas semanales al cuidado de niños y niñas (Cuso, 2020).

Por otra parte, existe desconocimiento entre los empleadores sobre los requisitos y procedimientos para contratar de manera legal a la población migrante, y una falta de políticas para certificar y validar las competencias de las migrantes con estatus regular de residencia. El año pasado, el programa para este fin llamado Certificación del SENA, solo llegó a beneficiar a 668 migrantes residentes en Colombia (SENA, 2021). En síntesis, la falta de vinculación laboral a un trabajo formal implica barreras para acceder a beneficios económicos y sociales. La falta de medidas efectivas para el empoderamiento económico de las mujeres y su participación desproporcionada en el cuidado de miembros familiares, así como la carencia de redes de apoyo, la dificultad para que su trabajo doméstico sea reconocido y la falta de respuesta oportuna por parte de las entidades de salud y justicia son algunas de las causas que impiden que las migrantes venezolanas denuncien y reciban protección contra la violencia de género y superen dichas violencias.

5. Conclusiones

La teoría sobre la inclusión propuesta como proceso en tres niveles contribuyó a determinar cuál es la relación entre la población de mujeres venezolanas en el país y el sistema de salud, así como apoyó el análisis sobre el alcance de los mecanismos institucionales para facilitar la comprensión sobre el sistema de salud y el acceso a los servicios de dicho sistema. Por su parte, el surgimiento de un esquema comprensivo por medio de la interacción cotidiana, además de caracterizar las relaciones sociales, también moldea la manera en que las mujeres migrantes son atendidas en los servicios de salud y la percepción que ellas forman de los mismos. La residencia en el país de acogida igualmente implica la adaptación a los artefactos y procesos, que en el contexto de la integración a los servicios de salud se traduce en la adquisición de sentido e interpretación de las entidades de salud, así como el reconocimiento de las organizaciones sociales y de cooperación internacional que prestan servicios en salud.

Dentro de las limitaciones que la teoría de la integración tuvo para este caso de investigación se encuentra que no hay un señalamiento sobre la jerarquización y relaciones de poder que se puedan dar entre las personas migrantes y los ciudadanos, ni entre ellas y la institucionalidad del país de acogida, teniendo en cuenta la asimetría de acceso a derechos y servicios en función de su identidad de género. Tampoco hay claridad sobre el papel del multiculturalismo en el proceso de integración, pues bien se podría asumir que la integración es el fin de un proceso de aculturación, en este sentido tampoco se contempla la existencia de relaciones dominantes entre los grupos culturales. Por último, podría señalarse que si bien las percepciones subjetivas de la población migrante son esenciales para comprender los procesos de integración y los factores pueden influir en ellos, se cuestiona si esta es la mejor manera de formular estrategias de integración si estas están basadas en la desinformación y el miedo.

En la investigación se establece que uno de los obstáculos transversales al acceso a servicios en salud es la falta de documentos válidos por parte de la población migrante para la afiliación al SGSSS. El no estar afiliadas al sistema de salud implica la negación de un servicio integral en salud, ya que en este caso las personas solo pueden acceder a la atención por urgencia médica, lo que implica una atención limitada a sus necesidades. Tampoco se contempla la aplicación de terapias, consultas de seguimiento, provisión de medicamentos y cuidados paliativos, entre otras, así como anula por completo la prevención y diagnóstico temprano de múltiples enfermedades. Esto demuestra que la institucionalidad no ha implementado los mecanismos necesarios para facilitar el acceso de las mujeres al servicio de salud, lo que las expone a grandes peligros para su salud y bienestar.

Otro obstáculo transversal a la prestación de los diferentes servicios de salud analizados, fueron la desinformación por parte de las mujeres migrantes sobre sus derechos y las rutas de acceso a estos, debido a una difusión ineficaz de la información con limitantes como: falta de acceso a internet, dispositivos tecnológicos, el vivir en áreas dispersas, mitos sobre el proceso de regularización y la idea de las mujeres migrantes sobre ellas mismas como personas que no son sujetas de derechos. Por otro lado, la percepción sobre las conductas hostiles por parte de las y los funcionarios prestadores de salud e instituciones como la policía, fiscalía y notarías, son factores que dificultan la integración de las mujeres a un servicio de salud en el que se sientan reconocidas, seguras y protegidas.

Esto conduce a que las mujeres no tengan herramientas para adaptarse de manera positiva a los cambios vitales implicados en la radicación en un país extranjero, situación aún más frecuente entre las mujeres que son migrantes recientes y aquellas que no cuentan con redes de apoyo, al igual que aquellas en mayor vulnerabilidad socioeconómica. La relación entre los funcionarios prestadores de servicios en salud y la población de mujeres migrantes refleja el segundo nivel de integración en el que encontramos el esquema comprensivo que surge por medio de la interacción cotidiana, como se ha podido evidenciar, en algunos casos la atención a las mujeres migrantes está permeada por prejuicios y estereotipos que resultan xenofóbicos y que impiden que las mujeres migrantes obtengan un trato digno y apropiado por parte de los diferentes funcionarios.

En este sentido, se hace necesaria la aplicación de medidas para eliminar las conductas discriminatorias, estrategias para sensibilizar a los funcionarios frente a la diversidad cultural y el fenómeno migratorio. Igualmente, son necesarias las acciones para replicar la información sobre los derechos de las mujeres migrantes con otros colegas y nuevos empleados, debido a la dinámica de despidos y constante cambio de empleados. Esto es esencial, ya que si bien es necesaria la adopción de políticas que aumenten la afiliación de mujeres en el sistema de salud, estas deben ir acompañadas de un servicio de calidad que asegure atenciones libres de discriminación para la garantía de experiencias positivas. La falta de capacitación y sensibilización de los funcionarios en el caso de la prestación en servicios de salud ponen en riesgo la integridad y la vida de las mujeres migrantes que buscaban una mejor calidad de vida al migrar a este país, por lo que se deben garantizar espacios y experiencias beneficiosas en la prestación de dichos servicios.

Por último, encontramos se reinterpretan elementos habituales de la vida cotidiana, como el espacio de residencia. No obstante, esta reinterpretación se ve limitada debido a la carencia de lugares reconocidos como espacios seguros para acceder a servicios de salud, especialmente en el caso de acceso a la IVE, espacios especializados en los que puedan acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, interponer denuncias u obtener ayuda para protegerse de las VBG. En cambio, los espacios en los que se prestan las atenciones en salud pueden ser percibidos e interpretados como adversos debido a los tratos y atenciones deficientes en salud, siendo solo algunos centros médicos reconocidos como sitios en los que se garantiza la atención para la población migrante. Mientras que, por otro lado, el lugar y la atención que se recibe por parte de las organizaciones sociales es interpretado como un

espacio en el que se puede obtener la atención en salud más fácilmente, de manera accesible y cálida para las mujeres migrantes.

Así mismo, se ha resignificado el uso de internet, redes sociales y dispositivos tecnológicos con el fin de acceder al proceso de regularización y otras políticas públicas enfocadas en la población migrante, aunque esto no se ha dado de manera uniforme para toda la población migrante debido a las brechas en el acceso y conocimiento en el manejo de las tecnologías de la información y las comunicaciones, por lo tanto, debe difundirse ampliamente la información sobre los derechos y beneficios que amparan a la población migrante en Colombia, especialmente en los lugares con menor acceso a las comunicaciones tecnológicas.

El proceso de integración de las mujeres en el sistema de salud, no solo necesita de la ejecución de políticas institucionales, sino también la participación de la población migrante y las organizaciones sociales que trabajan con ellas. Sin embargo, al entender al Estado como un campo de disputa entre diferentes actores para la consecución de políticas públicas, se señala que hay una gran diferencia entre el querer y poder participar de la formulación de políticas que recojan justamente las visiones de las y los actores y den respuesta a las necesidades reales de la población migrante. Si existe un estado de vulnerabilidad en dicha población es porque de manera intencionada se busca el no garantizar y facilitar el acceso a derechos y servicios, manteniendo unos principios de organización del sistema social por medio de la xenofobia, la aporofobia y la opresión de las mujeres.

Se reconocen dos limitantes en esta investigación, uno dado por la temporalidad del estudio, pues para marzo del 2021 por medio del Decreto 216 se creó El Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos (ETPV). Este es un mecanismo jurídico de protección para las personas refugiadas y migrantes venezolanas en Colombia que buscan permanecer en el país por medio de la asignación de un Permiso de Protección Temporal (PPT). Según el DNP, para febrero de 2022 1,231,675 personas se encontraban en proceso de recibir su PPT y otras 617,069 tenían este documento aprobado, pero no la habían recibido aún (DNP, 2022). El Ministerio de Salud adoptó el PPT como documento válido para la afiliación en el sistema de salud, sin embargo, ya que los últimos datos sobre la afiliación de población migrante corresponden al mes de marzo del presente año, no se pudo analizar cuál fue el impacto de la regularización por PPT en las afiliaciones al sistema de salud.

La segunda limitante se encuentra en que la Sentencia C-055 de 2022 fue emitida el día 21 de febrero del presente año y también en este caso los últimos datos emitidos por el Ministerio de Salud corresponden al mes de marzo del presente año. Por tanto, tampoco se pudo observar cuál fue el comportamiento en el acceso al servicio de IVE después de aprobada la despenalización del aborto.

Bibliografía

ACNUR. (2021). Refugiado o migrante: conocé la diferencia entre los dos términos. <https://fundacionacnur.org/novedades/noticias/refugiado-o-migrante-conoce-la-diferencia-entre-los-dos-terminos/>

Aliaga, F. (2012). El imaginario social en torno a la integración de los inmigrantes en España. *TRIM. Tordesillas, revista de investigación multidisciplinar*, 4, 15-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4781599>

Aliaga, F., & Carretero, A. (2016). La comprensión del asociacionismo inmigrante en perspectiva maffesoliana. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 10(2), 135–151. <https://www.intersticios.es/article/view/16140>

Anzorena, C. (2017). El campo estatal en cuestión: Brechas entre las demandas feministas y políticas públicas. *RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 11, 213-227. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/92430>

Bauböck, R. (2006). Citizenship and migration – concepts and controversies. In R. Bauböck, *Migration and Citizenship: Legal Status, Rights and Political Participation* (pp. 15–32). Amsterdam University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt46mvkf.6>

CEPAL. (2003). Mujeres Migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades. *Población y Desarrollo*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7200-mujeres-migrantes-america-latina-caribe-derechos-humanos-mitos-duras-realidades>

Ciurlo, A. (2014). Género y familia transnacional: Un enfoque teórico para aproximarse a los estudios migratorios. *Revista Científica General José María Córdova*, 12(13), 127-161. <https://doi.org/10.21830/19006586.158>

Ciurlo, A. (2015). Nueva política migratoria colombiana: El actual enfoque de inmigración y emigración. *Revista Internacional De Cooperación Y Desarrollo*, 2(2), 205–245. <https://doi.org/10.21500/23825014.2276>

Coalición Equivalencias en Acción. (2019). Índice de escasez de métodos anticonceptivos en farmacias de cinco ciudades de Venezuela. <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2019/02/indice-escasez-ma.-enero-2019.pdf>

CODS. (2021). Perspectivas de la salud en Venezuela. Una agenda de investigación y acción local. <https://cods.uniandes.edu.co/perspectivas-de-la-salud-en-venezuela-insumos-para-el-debate-de-una-agenda-de-investigacion/>

Congreso de la República de Colombia. (2006). Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34054>

Corte Constitucional de Colombia. Sala Plena. (2006). *Sentencia C-355-06. Magistrados Ponentes Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.* <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sala Plena. (2022). *Sentencia C-055. Magistrados sustanciadores: Antonio José Lizarazo Ocampo y Alberto Rojas Ríos.* <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

DANE. (2020). Gran encuesta integrada de hogares módulo de migración. Mercado laboral. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/geih-modulo-de-migracion>

DANE. (2021). Encuesta de cultura política. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cultura/cultura-politica-encuesta>

DANE. (2022). Encuesta Pulso de la Migración. Demografía y población. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/encuesta-pulso-de-la-migracion-epm>

DNP. (2020). Censo Nacional de Población y Vivienda Población Extranjera. <https://www.dnp.gov.co/DNPN/observatorio-de-migracion/Paginas/Caracterizacion.aspx>

DNP. (2021). Informe Nacional de Caracterización de Población Migrante de Venezuela. Dirección de Gobierno, Derechos Humanos y Paz. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Justicia%20Seguridad%20y%20Gobierno/Gobierno/O MV/Informe_Migracion_Nacional_2022.pdf

Domínguez, J. (2006). Apoyo social, integración y calidad de vida de la mujer inmigrante en Málaga. Repositorio Universidad de Málaga. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/2682>

Encovi. (2021). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. <https://www.proyectoencovi.com/encovi-2021>

Fiscalía General de la Nación. (2021). Informe de Gestión 2020-2021. Resultados Estratégicos. <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/wp-content/uploads/Informe-Gestion2020-2021.pdf>

Fundación Oriéntame & Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2022). Balance de los 100 días del fallo histórico: ¿Cómo va la implementación de la Sentencia C-055 de 2022?

<https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2022/07/Balance-100-dias-1.pdf>

Gandini L., Prieto Rosas V., & Lozano-Ascencio F. (2020). Nuevas movilidades en América Latina: la migración venezolana en contextos de crisis y las respuestas en la región. *Cuadernos Geográficos*, 59(3), 103-121. <https://doi.org/10.30827/cuadgeo.v59i3.9294>

González, Y. (2014, 17 febrero). Los Procesos De Integración De Personas Inmigrantes: Límites Y Nuevas Aportaciones Para Un Estudio Más Integral. *Athenea Digital*, 14(1), 195-220. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v14n1.1067>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5.^a ed.). Mc Graw Hill.

Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 95-118. <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/360>

Louidor, W. (2017). Desarraigo y Cuestión Multicultural En Los Flujos Migratorios Poscoloniales. En *Migraciones internacionales: Alteridad y procesos sociopolíticos* (1.a ed., pp. 45–73). Universidad Santo Tomás. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/12036>

Luzuriaga, M. & Sestelo, J. (2022). Privatización y financiarización en salud: procesos políticos y conceptos. Repositorio Digital de la FCEyS-UNDMP. <http://nulan.mdpu.edu.ar/3728/>

Magliano, M. (2015). Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Revista Estudos Feministas*, 23(3), 691–712. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/41761>

Micolta León, A. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. *Trabajo Social*, (7), 59–76. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8476>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>

MinSalud. (2019). Consejería en anticoncepción. Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Consejeria-en-anticoncepcion-.aspx>

MinSalud. (2020). Triage. Prestación de Servicios. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>

MinSalud. (2022). Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de marzo de 2022. Observatorio Nacional de Migración y Salud. <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Publicaciones.aspx>

Naranjo, L. & Garzón, E. (2010). Las privatizaciones en el sector salud colombiano una realidad que se ocultó tras el discurso (1990/2005). Redalyc. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30418644010>

Observatorio Nacional de Violencias de Género. (2021). Casos de VBG en población extranjera. Sistema integrado de información de violencias de género. <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onviolenciasgenero/Paginas/home.aspx>

Observatorio Proyecto Migración Venezuela. (2023). Caracterización demográfica de la población migrante venezolana en Colombia. <https://migravenezuela.com/web/articulo/cuantos-son-y-donde-estan-los-venezolanos-en-colombia-/1636>

Observatorio Venezolano de Finanzas. (2022). Índice de Remuneración del trabajador Venezolano.

<https://observatoriodefianzas.com/indice-de-remuneracion-del-trabajador-venezolano/>

OIM. (2021). *Términos Fundamentales Sobre Migración*. Sobre la migración.

<https://www.iom.int/es/migration/sobre-la-migracion>

OMS. (2019). Salud sexual. Portal Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health>

ONU. (2016). *Pacto sobre migración*. Refugiados y migrantes.

<https://refugeesmigrants.un.org/es/definitions>

Orjuela, M. (2021). Participación de migrantes venezolanos en construcción de políticas públicas. Repositorio USTA. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/43240>

Oszlak, O. (2009). Implementación participativa de políticas públicas: aportes a la construcción de un marco analítico. En A. Belmonte (Ed.), *Construyendo confianza: hacia un nuevo vínculo entre estado y sociedad civil*. Buenos Aires: Fundación CIPPEC.

Profamilia. (2020). Tipos de violencia: física, psicológica, sexual, económica, de género. Atención integral a las víctimas de violencias basadas en género. <https://profamilia.org.co/aprende/violencia-de-genero/tipos-de-violencias/>

Pérez, T., Tobar, V., & Márquez, S. (2016). Etnografías de los contactos. Reflexiones feministas sobre el bordado como conocimiento. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 26. <https://doi.org/10.7440/antipoda26.2016.02>

R4V. (2022). Refugiados y migrantes de Venezuela. América Latina y el Caribe, Refugiados y Migrantes Venezolanos en la Región. <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>

Rubiano, W. (2020). Análisis documental: los derechos sexuales y reproductivos de las migrantes venezolanas en Colombia un área de oportunidad social. Repositorio USTA. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/32332>

Salgado, M. (2010). Discriminación, racismo y xenofobia. Universidad Andina Simón Bolívar. Recuperado <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/626>

SENA. (2021). Con alianza del SENA, OIT y PNUD, 865 personas certificaron sus competencias laborales. Noticias Empleo. <https://www.sena.edu.co/es-co/Noticias/Paginas/noticia.aspx?IdNoticia=5225>

Torres-Melo, J. & Santander, J. (2013). Introducción a las políticas públicas: conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía (1.^a ed.). IEMP Ediciones. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450056996_ce38e6d218235ac89d6c8a14907a5a9c.pdf

WFP. (2020). Migration Pulse: Venezuelan Migrants and Host communities Colombia, Ecuador and Peru. Remote Assessment. <https://reliefweb.int/report/colombia/wfp-migration-pulse-remote-assessment-venezuelan-migrants-and-host-communities>