

Interrupción voluntaria del embarazo y salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes en Barranquilla

Luz Dary Quintero¹, Habid Osorio Osorio¹, Ietza Bojorquez-Chapela², Laura Isaza¹, Jorge Acosta-Reyes¹ y Julián Alfredo Fernández-Niño³

Forma de citar

Quintero LD, Osorio Osorio H, Bojorquez-Chapela I, Isaza L, Acosta-Reyes J, Fernández-Niño JA. Interrupción voluntaria del embarazo y salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes en Barranquilla. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:e49. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.49>

RESUMEN

Objetivo. Identificar el conocimiento y las barreras para acceder efectivamente a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), y en general a los servicios sexuales y reproductivos (SSR), entre mujeres provenientes de Venezuela (migrantes venezolanas y colombianas retornadas).

Métodos. Estudio cualitativo de 20 entrevistas semiestructuradas en mujeres provenientes de Venezuela, residentes en Barranquilla que ejecutan acciones de liderazgo en comunidades o que participan (o se benefician) de las actividades. Las entrevistas comprendieron dimensiones sobre opiniones y experiencias relacionadas con el acceso a IVE, y en general a SSR, y sugerencias para mejorar el acceso para las mujeres migrantes. Se exploró la relación del acceso a estos servicios con el proceso migratorio y el papel de las organizaciones sociales.

Resultados. Se identificó la falta de información sobre derechos en SSR como principal barrera para acceso a la IVE. Otras barreras identificadas fueron: actitud hacia la IVE, exceso de trámites para atención médica, dificultades para la inclusión al sistema de seguridad social, falta de capacitación y atención en SSR y xenofobia en hospitales. Las entrevistadas manifestaron desconocer el marco legal en Colombia y las rutas para la atención de un aborto seguro.

Conclusiones. Pese a los esfuerzos institucionales y de cooperación internacional, las mujeres migrantes venezolanas en Barranquilla se encuentran en una situación de vulnerabilidad debido a la falta de acceso a los SSR incluida la IVE. Implementar estrategias para atención integral a migrantes, permitirá mejorar condiciones de salud actual y el goce efectivo de los derechos en SSR.

Palabras clave

Migrantes; Servicios de Salud Reproductiva; aborto legal; Colombia.

Las migraciones de los seres humanos son situaciones en las que pueden aumentar las desigualdades sociales, económicas y de género (1). La migración puede acentuar la vulnerabilidad de las mujeres a desigualdades interseccionales, en las que confluyen temas de clase, etnia y género (2). Los aspectos que pueden influir en esta vulnerabilidad incluyen pocas redes de apoyo social o familiar, discriminación, desigualdades estructurales,

dependencia económica, desempleo y estatus migratorio irregular (3-5).

Para el año 2022 había más de 1,8 millones de migrantes de origen venezolano en Colombia (6), y 845 000 colombianos han retornado de Venezuela a su país (7). En cuanto al sexo, 49,7% eran mujeres (8). La información sobre las desigualdades en el estado de salud y el acceso a servicios salud entre mujeres

¹ Departamento de Salud Pública. Universidad del Norte, Puerto Colombia, Colombia. ✉ Jorge Acosta-Reyes, acostajl@uninorte.edu.co

² Departamento de Estudios de Población, El Colegio de la Frontera Norte, México.

³ Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Estados Unidos de América.

migrantes en Colombia es limitada (9). Tampoco se cuenta con mucha información sobre el goce efectivo de los derechos de las mujeres en salud sexual y reproductiva (SSR) (10).

Los derechos sexuales y reproductivos (DSR) son derechos humanos, de carácter fundamental (11) que incluyen el acceso efectivo a servicios de SSR y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) (12). Pese a la existencia de un marco internacional y nacional que favorece la protección de los DSR, su aplicación es aún un desafío para los países, en especial para las personas migrantes (13).

Colombia ha puesto en marcha un plan respuesta del sector salud al fenómeno migratorio desde 2017 (14). Sin embargo, las garantías para el goce de los DSR han tenido menos atención. Estas limitaciones son más grandes en el caso de mujeres con estatus migratorio irregular, que solo pueden acceder a los servicios de salud en caso de una urgencia, o las gestantes a los servicios de atención prenatal, parto y puerperio (14). Estas mujeres cuentan con menores posibilidades de obtener un trabajo formal, suelen tener menos redes de apoyo y es probable que cuenten con menos conocimiento de sus derechos.

La corte constitucional colombiana reconoció la IVE como un derecho fundamental de mujeres y despenalizó el aborto hasta la semana 24 de gestación (15-16). Sin embargo, en las mujeres migrantes existe un desconocimiento generalizado sobre este tema (9, 17). En los modelos de acceso a servicios de salud, la existencia y posibilidad de utilizar esos servicios son determinantes (18-19).

El objetivo principal de este estudio fue identificar el conocimiento sobre la IVE y las barreras para acceder a ella y a los SSR en general en mujeres migrantes venezolanas y colombianas retornadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo descriptivo con fuente primaria con entrevistas semiestructuradas realizadas entre marzo y mayo del 2021. Se incluyeron mujeres migrantes provenientes de Venezuela y colombianas retornadas de ese país residentes en los últimos 6 meses en Barranquilla (Colombia). No era necesario que hubieran requerido alguna vez una IVE.

La investigación incluyó dos grupos: a) mujeres autorreconocidas como líderes sociales entre la población de migrantes, y b) mujeres identificadas por las primeras que se reconocieran como participantes activas o beneficiarias en los procesos impulsados por las líderes.

Para la identificación de las mujeres del primer grupo, se realizó un rastreo por bola de nieve de organizaciones sociales de Barranquilla que brindaran atención u orientación a la población migrante, y se les consultó sobre mujeres provenientes de Venezuela que tuviesen vocación y ejercicio de liderazgo en estas organizaciones (i.e., realizan actividades dentro de organizaciones sociales y comunidades para la orientación en la regulación y la afiliación al sistema de salud, SSR o de apoyo a la integración social en general). No se indagó sobre la formación o funciones específicas ejercidas como parte del liderazgo, tampoco sobre sus conocimientos específicos en SSR; se asumió que los tenían, derivados de procesos formales de formación o de su propia experiencia.

Posteriormente, a estas mujeres se les preguntó por mujeres que participaran o se beneficiaran de las actividades comunitarias que lideran. Cada una de las mujeres identificadas podía, a

su vez, remitir a otras mujeres. Para ambos grupos se confirmó que las mujeres también se autorreconocieran como referidas por otras mujeres.

Por último, se realizaron 20 entrevistas, 11 a mujeres líderes (9 migrantes venezolanas y 2 colombianas retornadas), y otras 9 entrevistadas, migrantes venezolanas participantes o beneficiarias de actividades realizadas por las líderes.

Las entrevistas fueron realizadas por una socióloga con experiencia en métodos cualitativos y con conocimientos en SSR. Se realizó el primer acercamiento por vía telefónica con las potenciales participantes, se les expuso el objetivo y los métodos del estudio, y se les explicó que la participación era libre y voluntaria y que se garantizaría la confidencialidad de los datos al analizar la información.

En todos los casos, se aseguró que la mujer se sintiera en un entorno privado y seguro durante la llamada, sin interferencia de terceros. Las entrevistas se realizaron mediante llamada telefónica debido a la incidencia alta de COVID-19 en la ciudad y en un período que coincidió con restricciones de movilidad (entre marzo y mayo del 2021). El tiempo promedio de entrevista fue de una hora. Las entrevistas se grabaron y se transcribieron para su posterior análisis.

La guía de entrevista semiestructurada comprendía las dimensiones proceso de migración, las relaciones de las mujeres migrantes con organizaciones sociales y el acceso efectivo a la IVE y en general a la SSR de las mujeres migrantes. A las participantes se les indicó que cuando se mencionaba la SSR se hacía referencia a la salud materno-infantil, servicios de manejo de infecciones de transmisión sexual, acceso al aborto seguro, acceso a métodos anticonceptivos y atención por violencia de género.

Se utilizaron técnicas de la teoría fundamentada (muestreo teórico, saturación de datos y método comparativo constante) (20). Se realizó el análisis narrativo del contenido y se atribuyeron significados a los fragmentos de texto, de acuerdo con los discursos de las mujeres entrevistadas a través del programa Nvivo®.

Se generaron las siguientes categorías mixtas: SSR de las mujeres migrantes, IVE de las mujeres migrantes y sugerencias de las participantes para mejorar los servicios en SSR para las mujeres migrantes. Las barreras de acceso a la IVE se identificaron a partir de las narraciones de las entrevistadas. El análisis de la información fue realizado por dos investigadores de forma independiente, y luego comparado entre sí para consolidación de los hallazgos.

Esta investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO/ERC.0206.02) y el Comité de Ética de la Universidad del Norte. Se obtuvo el consentimiento informado de todas las participantes. Se garantizó el anonimato al no incluir información personal en las bases de datos utilizadas.

RESULTADOS

El promedio de edad de las participantes fue de 33 años (+/-11,2 años); 80% llevaba más de 5 años viviendo en Colombia, 50% tenían permiso especial de permanencia (PEP) y 90% pertenecían a un estrato socioeconómico bajo (cuadro 1). No se presentaron diferencias en los resultados entre los dos grupos de mujeres analizadas (ni entre mujeres venezolanas y colombianas retornadas, ni entre las mujeres lideradas y las otras), se consideró que la información recopilada fue complementaria,

CUADRO 1. Características sociodemográficas de mujeres migrantes venezolanas y colombianas entrevistadas sobre derechos en salud sexual y reproductiva en el distrito de Barranquilla en el año 2021 (n = 20)

Características sociodemográficas	
Edad en años (media ± DE)	33,15 (11,21)
Tipo de población, n (%)	
Venezolana	18 (90)
Colombiana retornada	2 (10)
Lideresas en la comunidad, n (%)	
Sí	11 (55)
No	9 (45)
Zona de procedencia en Venezuela, n (%)	
Urbana	12 (60)
Rural	8 (40)
Tiempo de permanencia en Colombia, n (%)	
1-5 años	16 (80)
> 5 años	4 (20)
Deseos de permanecer en Colombia, n (%)	
Sí	19 (95)
No	1 (5)
Tipo de documento colombiano, n (%)	
Cédula de ciudadanía colombiana	2 (10)
Cédula de extranjería	1 (5)
Permiso especial de permanencia	10 (50)
Ninguno	7 (35)
Grado de escolaridad, n (%)	
Secundario incompleto	6 (30)
Secundario completo	5 (25)
Técnico o tecnóloga	4 (20)
Universitaria incompleta	3 (15)
Universitaria completa	2 (10)
Pertenencia a grupos vulnerables, n (%)	
Riesgo de desalojo	1 (5)
Problemas de salud	1 (5)
Jefa de familia	2 (10)
Afectada por el conflicto	1 (5)
No quiero responder esta pregunta	1 (5)
Ninguno	14 (70)
Estado civil, n (%)	
Soltera	8 (40)
Unión libre	9 (45)
Casada	3 (15)
Número personas que conforman el hogar (media ± DE)	5,2 (2,6)
Número de hijos, n (%)	
Ninguno	1 (5)
1	8 (40)
2	6 (30)
3	3 (15)
>3	2 (10)
Estrato socioeconómico, n (%)	
Bajo	18 (90)
Medio	1 (5)
Alto	1 (5)
Actividad que ocupa mayor parte del tiempo, n (%)	
Trabaja con remuneración	6 (30)
Realiza trabajo comunitario	3 (15)
Realiza tareas domésticas	9 (45)
Estudia	1 (5)
Busca trabajo	1 (5)
Fuente principal de ingresos, n (%)	
Trabajo	5 (25)
Apoyo del cónyuge	10 (50)
Apoyo de la familia	3 (15)
Apoyo de vecinos	1 (5)
No tiene ingresos	1 (5)

CUADRO 1. (Cont.)

Características sociodemográficas	
Afiliación al sistema de salud en Colombia, n (%)	
Sí (régimen subsidiado)	7 (35)
Sí (régimen contributivo)	5 (25)
No	8 (40)

DE, desviación estándar.

Fuente: elaboración propia.

dadas las experiencias y el contexto compartido, en especial cuando las mujeres, por el propio proceso de selección, tienden a pertenecer a las mismas redes sociales.

En el cuadro 2 se mencionan las categorías y las barreras para el acceso a los servicios de SSR e IVE identificadas por los investigadores. Estas barreras se resumen en la figura 1.

Conocimientos sobre derechos en IVE y SSR

La mayoría de las entrevistadas desconocen sus derechos para acceder a la IVE y a los servicios de SSR en Colombia. Solo algunas saben cómo acceder a organizaciones de la sociedad civil que proporcionan estos servicios (p. ej., Profamilia) o a instituciones públicas de salud de Barranquilla, a través de familiares migrantes con mayor tiempo en el país, amigas, organizaciones y redes sociales. Muchas mujeres migrantes no saben cómo acceder a los servicios de SSR como planificación familiar, o tienen temor de asistir a consultas por su estatus migratorio irregular o la falta de un aseguramiento en salud, dado que presumen que les pueden negar el servicio, pero también en algunos casos por miedo a ser denunciadas o perder sus trabajos dada su condición irregular.

Algunas participantes mencionan algunos casos donde las mujeres en situación migrante irregular no consultaban los servicios de salud, aunque cumplieran alguno de los criterios para acceder a una IVE. En cambio, prefieren utilizar “remedios caseiros” que ponen en riesgo su vida.

“Por decir acá si tú realizas un aborto vas preso, creo que es así, ¿cierto? No, no he podido conocer casi de esos temas, lo único que sé y he escuchado, porque lo he escuchado de conversaciones de otras personas, que si la persona se realiza un aborto eso es delito, o vas preso”. I12 (lideresa migrante venezolana).

“No hay buena información porque yo por lo menos sabía esa información de cuándo se hacen jornadas y le van a colocar T de cobre o le van a colocar el implanon, o para anticonceptivo, y la gente ¿y dónde es eso? o ¿cómo hago? ¿y yo puedo? ¿y si yo soy regular y no tengo EPS puedo?” I5 (lideresa migrante venezolana).

Las migrantes venezolanas encuestadas desconocen que en Colombia el aborto es un derecho y no conocen la ruta para la atención de IVE.

“La verdad en Colombia no tengo idea de legalmente cómo sea, pero me imagino que eso aplica para las personas que sufrieron abusos sexuales, porque eso es algo involuntario, o sea, ella no lo quería, pero fue abusada sexualmente y

CUADRO 2. Categorías y subcategorías de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo en mujeres migrantes de nacionalidad venezolana y colombianas retornadas residentes en la ciudad de Barranquilla, 2021

1. Salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes en Barranquilla	1.1 Conocimiento sobre los servicios de salud sexual y reproductiva. 1.2 Conocimiento sobre las rutas para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. 1.3 Necesidades de atención en salud sexual y reproductiva. 1.4 Dificultades para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. 1.5 Percepciones sobre la atención en salud sexual y reproductiva recibida.
2. Interrupción voluntaria del embarazo de las mujeres migrantes en Barranquilla	2.1 Conocimientos sobre la interrupción voluntaria del embarazo en Venezuela. 2.2 Conocimientos sobre la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia: normatividad y ruta de atención. 2.3 Opinión sobre la interrupción voluntaria del embarazo. 2.4 Conocimiento sobre casos de interrupción voluntaria del embarazo de mujeres migrantes en Colombia.
3. Sugerencias de las participantes para mejorar los servicios en salud sexual y reproductiva para las mujeres migrantes en Colombia	3.1 Fortalecer la educación en derechos sexuales y reproductivos, prevención de embarazo y prevención de enfermedades de transmisión sexual desde la primera infancia, por medio de campañas dirigidas a las comunidades. 3.2 Más información dirigida a las mujeres sobre el derecho a la IVE por medio de talleres, campañas comunitarias en zonas rurales y barrios con población de estratos socioeconómicos bajos, que incluya información sobre las rutas de acceso. 3.3 Mejorar el acceso y la atención de la IVE en los servicios de salud. 3.4 Capacitar al personal de salud para lograr una atención humanizada hacia las mujeres que acceden a los servicios de salud para una IVE. 3.5 Garantizar el acceso a la IVE para todas las mujeres, sin distinción del estatus migratorio en todas las instituciones que prestan servicios de salud en Colombia. 3.6 Más y mejor orientación sexual sobre cómo cuidarse y cómo prevenir un embarazo y enfermedades de transmisión sexual. 3.7 Garantizar el acompañamiento psicológico a las mujeres que requieran la IVE. 3.8 Mayor acompañamiento del Estado a las comunidades con información sobre derechos sexuales y reproductivos y salud sexual y reproductiva.

IVE, interrupción voluntaria del embarazo.
Fuente: elaboración propia.

por eso es la persona que tiene el derecho de elegir si concibe al hijo o no, me imagino que sería uno, si hay otras nada que ver". I-20 (migrante venezolana).

En general, las entrevistadas han recibido poca información o capacitación por parte de organizaciones o entidades de salud; algunas lideresas han recibido información sobre algunos temas en SSR y gracias a ello han podido divulgar esa información a su comunidad. De este modo, una primera barrera identificada fue el desconocimiento sobre el derecho a la IVE en Colombia.

Actitudes hacia la IVE

La mayoría de las mujeres entrevistadas no están de acuerdo con el aborto, algunas creen que es un homicidio y solo estarían de acuerdo en su realización en casos de violación y malformaciones; desconocen que, en Colombia, la corte constitucional reconoce que la IVE es un derecho ligado al derecho a la vida, la salud, la integridad, la autodeterminación, la intimidad y la dignidad de las mujeres. Las mujeres que refirieron estar de acuerdo con la IVE mencionaron que era una decisión personal de otras mujeres, pero en el caso personal no se la realizarían. Esta actitud podría representar una segunda barrera a la IVE:

"Bueno, eso tiene mucho ángulo, puede ser también dependiendo de la persona. Particularmente yo no me practicaría un aborto porque soy amante al hecho de que tú como mujer puedes dar vida y generar vida, eso es algo que es una bendición que no la tiene cualquiera, pero hay situaciones de

situaciones, por lo menos si te violaron y quedaste embarazada pues hay situaciones que hace que como te ves como obligada, este tipo de situaciones te genera mucha incomodidad pues yo a lo mejor siento que si me haría un aborto, porque no sabes cómo es esa persona como la que te agredió, aparte que la vivencia te marca tanto que después de dar a luz a ese niño tú le puede causar un trauma, es peor el sufrimiento". I-5 (lideresa migrante venezolana).

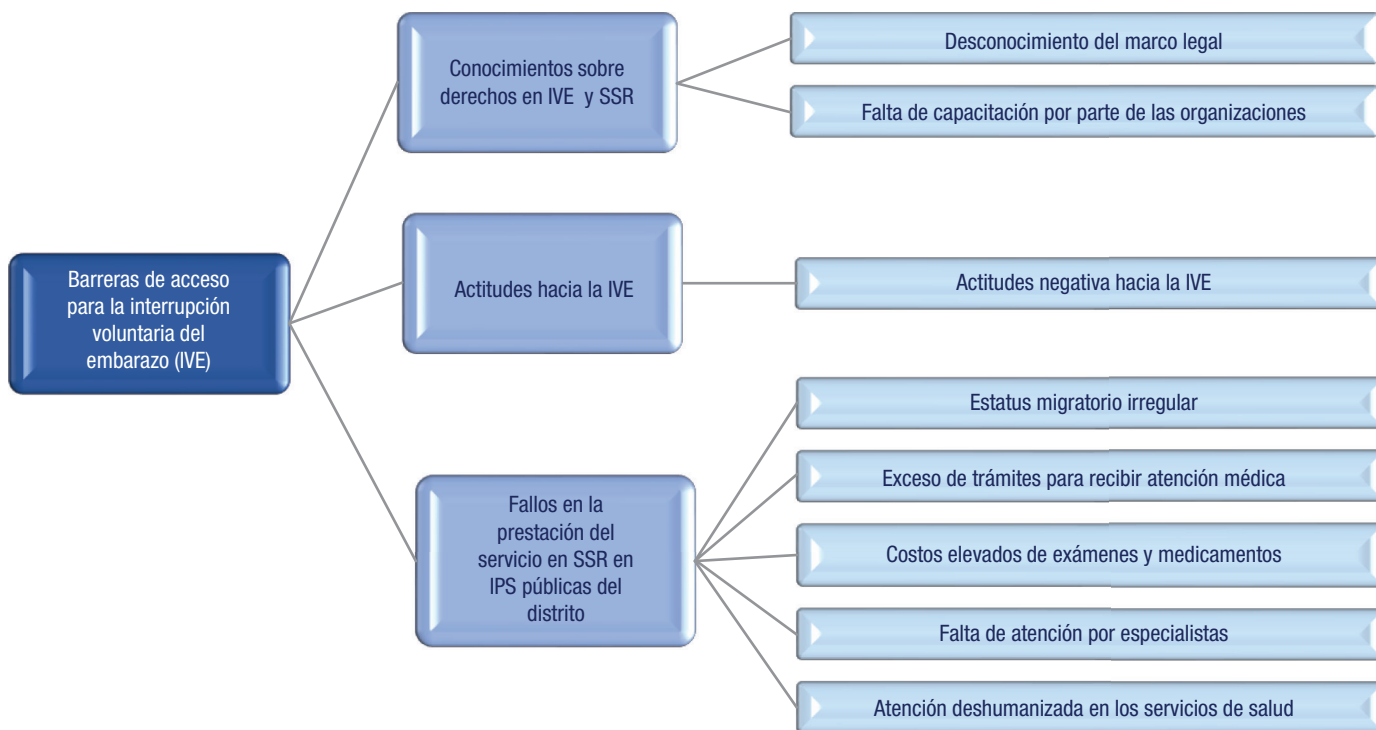
Fallos en la prestación del servicio en SSR

Las mujeres entrevistadas narran fallos en la prestación en los servicios de SSR, sobre todo las migrantes que estuvieron embarazadas tuvieron problemas por falta de estatus migratorio regular, excesos de trámites para atención médica, costos elevados de exámenes y medicamentos, falta de atención por especialistas y atención deshumanizada en los servicios de salud. Las entrevistadas expresan que no recibieron atención en el centro de salud ni en el hospital cercano por falta de documentos (en particular el PEP), por lo que algunas recurrieron a la atención privada (pagada del propio bolsillo) y otras acudieron a urgencias y no recibieron atención por no estar dentro del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) o no tener dinero.

"Yo, durante el embarazo no tuve servicio porque no tenía el permiso, yo tuve EPS¹ después del embarazo. La atención médica durante la gestación fue una cosa fatal. Fatal y terrible. Muy diferente si hubiese tenido EPS.¹ Mejoré

¹ EPS: entidad promotora de la salud.

FIGURA 1. Barreras para el acceso a interrupción voluntaria del embarazo en mujeres migrantes de nacionalidad venezolana y colombianas retornadas residentes en la ciudad de Barranquilla, 2021



SSR, salud sexual y reproductiva; IPS, instituciones prestadoras de servicios de salud.
Fuente: elaboración propia.

porque un familiar de mi pareja es ginecóloga obstetra, me pidió un examen de orina y que se lo enviara y se lo envié, fue quién me recetó y por ella fue que me curé la infección de la orina, porque si hubiese sido por la atención de aquí me muero para que me atiendan, es más, llegué con fiebre al Niño Jesús y no me atendieron. Yo no había almorzado, no comía hacía mucho, llegué a las 5 de la mañana al PASO del Simón Bolívar, que también lo conseguí por Thailer, programa de gestantes de la Fundación, y no sé qué pasó, como que habían suspendido las consultas a las migrantes por parte de la alcaldía y se perdieron las consultas que yo tenía”. I-3 (lideresa migrante venezolana).

Además, algunas fueron víctimas de violencia obstétrica en instituciones de salud de Barranquilla. Las dificultades para acceder a los servicios se constituyen como una tercera barrera para el acceso a la SSR en IPS públicas del distrito.

Recomendaciones de las participantes

Las participantes indicaron recomendaciones importantes como posibles soluciones a la barreras de acceso a IVE, entre las que se destacan fortalecer los procesos educativos, realizar campañas informativas en las comunidades sobre SSR y prevención de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual, brindar más información sobre estos temas en los barrios, capacitar al talento humano que labora en los servicios de salud para evitar la desinformación y el maltrato a las mujeres, lograr un trato humanizado cualquiera sea la nacionalidad de la paciente y,

por último, mejorar la atención de los servicios de salud para la población migrante.

“Información, más conocimiento para ellas, más talleres para ellas y, sobre todo, concientizar a las personas, la cultura más que todo. Información, conocimiento y mucha cultura”. I-4 (lideresa migrante venezolana).

“Bueno, como te dije, yo creo que más información para nosotras como migrantes, empaparnos más de información, en ciertos aspectos un poquito de empatía porque a veces, por ser un poquito bruscas las personas, una huye de pedir información, que no te vayan a tratar mal porque estamos como acostumbrados a eso, pero sí creo que hace falta más información, que haya más personas queriendo dar información en lugares, barrios, hay muchas mujeres que están muy faltas de conocimientos”. I-7 (lideresa migrante venezolana).

DISCUSION

Nuestros resultados ponen en evidencia que las mujeres migrantes y colombianas retornadas en Barranquilla tienen poco conocimiento sobre la IVE y tienen barreras para acceder a estos servicios; es posible que las mujeres migrantes en otras partes de Colombia tengan experiencias similares. Este desconocimiento podría traducirse en no buscar los servicios disponibles y en el aumento del riesgo de complicaciones.

La falta de conocimientos que puedan tener las lideresas sociales sobre los derechos, la disponibilidad y las rutas de

atención a los servicios de SSR es también relevante, pues influiría en la medida en que ellas pueden direccionar a las migrantes a estos servicios. Por otra parte, sus actitudes pueden afectar la aceptación social de la IVE, en la medida que ellas son referentes y orientadoras de su comunidad.

Las barreras de acceso a la IVE y los servicios de SSR en general son similares a las informadas por otros estudios en Colombia, como los problemas relacionados con la cobertura del aseguramiento en salud y la prestación de servicios de atención primaria de salud, así como mecanismos de protección financiera limitados para evitar los gastos de bolsillo (21).

La falta de regularización migratoria se mantiene como una barrera de acceso para los servicios de salud, ya que permite no solo asegurar sino también favorecer las condiciones de vida necesarias para el goce del derecho a la salud y el ejercicio de derechos conexos como los sexuales y reproductivos (10). Esto es similar a lo informado por Murillo et al, quienes destacan que el estatus migratorio fue el principal factor determinante a la hora de intentar acceder a los servicios de salud en general (22).

La falta de conocimiento sobre SSR constituye una barrera importante para el acceso a los servicios en Colombia, lo cual es similar a lo encontrado en otros estudios, como uno que informó un conocimiento limitado sobre la planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual y por el virus de la inmunodeficiencia humana en las migrantes venezolanas residentes en albergues de Brasil (23), similares resultados se han encontrado en Chile y Perú (24, 25). Esta situación se enmarca en los desafíos relacionados con la falta del conocimiento y experiencia de los sistemas de salud para dar una respuesta institucional adecuada a las migrantes venezolanas.

Nuestros resultados muestran barreras para acceso a la atención en SSR de migrantes venezolanas en Colombia, similares a los "itinerarios burocráticos" observados por Abadía et al., es decir, recorridos y trámites a los que se enfrenta un paciente en busca de atención médica (26). Se destacó, además, la falta de aseguramiento en salud entre la población migrante, que se suma a los problemas inherentes al sistema de salud colombiano (27). Sin embargo; es importante reconocer que muchas de estas barreras de tipo administrativo afectan también a las mujeres colombianas de ingresos más bajos, en especial del mismo nivel educativo (28).

El Ministerio de Salud y Protección social garantiza, a través del *Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio*, entre otras medidas, la atención integral en salud a migrantes venezolanas gestantes, cualquiera sea su estatus migratorio (14).

Además, en los últimos años se ha fortalecido la respuesta institucional para las migrantes, con especial hincapié en la atención de las gestantes migrantes venezolanas que tienen derecho no solo a la atención de urgencias, parto y puerperio, sino también al control prenatal y a los beneficios de las acciones colectivas (29, 30). A pesar de ello, mientras no exista acceso a la atención primaria de salud, incluidos los servicios de SSR, no será posible garantizar el goce efectivo del derecho de salud para las mujeres migrantes que va más allá de la atención prenatal y debe incorporar la anticoncepción, y el derecho a acceder a la IVE en el caso que la ley colombiana lo permite (31).

Decisiones recientes del gobierno de Colombia como el permiso temporal de protección pueden contribuir a mejorar la garantía de los derechos a la salud de la población migrante, ya

que la regularización del estatus migratorio permitiría mejorar las condiciones de vida de las mujeres migrantes (32).

En cuanto a la IVE, se han identificado como barreras en Colombia el desconocimiento de la normatividad y las rutas de acceso por parte de los funcionarios y de las mujeres; así como también imaginarios y preferencias religiosas de los funcionarios, falta de rutas y procesos claros para el acceso a la atención y abuso de la objeción de conciencia (11). Estas barreras pueden conducir a la práctica de abortos clandestinos e inseguros.

Las fortalezas de esta investigación radican en que, por una parte, se trata de un informe sobre los problemas, preocupaciones y desafíos en SSR que enfrentan mujeres migrantes venezolanas en la ciudad de Barranquilla, elaborado con informantes clave. Este estudio permitió a las mujeres discutir sus opiniones, necesidades, dificultades y perspectivas sobre el estado de salud en general y, en particular, sobre SSR, y se constituyó así en un insumo para la política pública y el diseño de programas de SSR.

Una limitación del estudio, por ser de carácter cualitativo, es la validez externa, pues la información recopilada en la investigación no puede ser aplicable de forma generalizada a toda la población migrante. Otra limitación es que no fue posible establecer si estas experiencias son distintas según la vocación de permanencia, el tiempo en el país u otras características clave de las migrantes. Es necesario realizar nuevos estudios que evalúen estas diferencias.

Por último, es posible que la información recolectada se vea afectada por la deseabilidad social. A pesar de que la entrevistadora era una socióloga mujer con experiencia en DSR, y sensibilidad a trabajar con estas mujeres en entornos de confianza, es probable que, dado el contexto social, algunas mujeres se sintieran intimidadas para hablar sobre la IVE.

Conclusiones

Con base a nuestros resultados se puede concluir que estas mujeres necesitan formación sobre derechos en SSR, organización y funcionamiento del sistema de salud en Colombia, y las rutas para la atención en salud con hincapié en la SSR, en particular los pasos a seguir para acceder a una IVE.

Confiamos que nuestros hallazgos pueden ser útiles para autoridades sanitarias locales y nacionales, así como para organizaciones internacionales, con el fin de impulsar una respuesta centrada a las necesidades en SSR a migrantes venezolanas. Una estrategia es la implementación de una escuela popular con lideresas de las migrantes para favorecer y fortalecer el reconocimiento de sus derechos y de las rutas de atención y para promover en otras mujeres al conocimiento, y acceso a la IVE en los casos que avale la ley. Otra estrategia sería incluir capacitación al personal de salud de instituciones públicas y privadas del distrito de Barranquilla, para ayudar a comprender las necesidades que tienen las migrantes, así como sus opiniones y perspectivas.

Contribución de los autores. LDQ, IBC, JAR y JAFN concibieron el estudio original. LDQ, HOO y LI participaron en la recopilación y análisis de los datos e interpretaron los resultados. LDQ y HOO escribieron el borrador inicial. IBC, JAR y JAFN revisaron el manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final.

Conflictos de intereses. Ninguno declarado por los autores.

Financiamiento. Este trabajo recibió financiamiento del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, por su sigla en inglés), el Fondo de Población de las Naciones (UNFPA, por su sigla en inglés), el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas ((UNICEF), la Organización Mundial de la Salud

(/OMS) y el Banco Mundial, y por el Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales de UNICEF-PNUD-Banco Mundial-OMS, ambos programas copatrocinados por la OMS.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son únicamente responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *Revista Panamericana de Salud Pública* o de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

1. Stefoni C. Panorama de la migración internacional en América del Sur. Serie Población y Desarrollo N°123. 2018:1-46. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43584/1/S1800356_es.pdf
2. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivos 3 y 5. Nueva York: ONU; 2015. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
3. Organización Internacional para las Migraciones, Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las mujeres migrantes y la violencia de género. Ginebra: Fondo de la OIM para el Desarrollo; 2014. Disponible en: https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/2018-07/Manual_OIM-digital.pdf
4. Aguirre Hidalgo DA. Problemática específica de las mujeres jóvenes inmigrantes, víctimas de violencia de género. Revista de Estudios de Juventud. 2009;86:101-119. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3106627>
5. Bustamante JA, Echandi M. Migración, asilo y refugio: en la cima de la vulnerabilidad. Comisión de derechos humanos del Distrito Federal. Rev Derechos Humanos. 2011;1(1):1-68. Disponible en: https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_06_2011.pdf
6. Organización Internacional para las Migraciones. World Migration Report 2022. Ginebra: OIM; 2021. Disponible en: <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/?lang>
7. Agencia de las Naciones Unidas para los refugiados. ACNUR en Colombia [Internet]. Disponible en: <https://www.acnur.org/colombia.html?query=retornados%20colombianos>
8. Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Seguimiento de la situación en salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 al 31 de marzo 2020. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/informe-circular-029-corte-julio.pdf>
9. Profamilia. Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia: ¿cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria? Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/informe-circular-029-corte-marzo-2020.pdf10>
10. Rivillas-García JC, Cifuentes-Avellaneda A, Ariza-Abril JS, Calderón-Jaramillo M, Murad-Rivera R, Sánchez-Molano SM, et al. Desigualdades en anticoncepción en migrantes y refugiados venezolanos y colombianos en comunidades de acogida. Asociación Profamilia; 2020. Doi: 10.13140/RG.2.2.10278.47683 <https://www.profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/04/Desigualdades-en-anticoncepcion-en-migrantes-venezolanos-Colombia-Profamilia.pdf>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Salud materna-Derechos a la maternidad elegida. Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015:1-11. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>
12. Corte Constitucional de Colombia. Sentencias T-732 de 2009, T-585 de 2010, T-841 de 2011 y T-627 de 2012.
13. Profamilia. Evaluación de las necesidades insatisfechas en Salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/LIBRO-Evaluacion-de-las-necesidades-insatisfechas-SSR-y-Migrantes-Venezolanos-Digital.pdf>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
15. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355/06. Define como derecho fundamental la interrupción voluntaria del embarazo. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2006: 689.
16. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-055/22. No se configura el aborto como delito cuando la conducta se practica antes de la semana 24 de gestación y, sin sujeción a este límite, cuando se presenten las causales de la sentencia C-355 de 2006. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2022: 31.
17. Código Penal de Venezuela. Gaceta oficial N° 5.494 Extraordinario de fecha 20 de octubre de 2000. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/codigo_penal_venezuela.pdf
18. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127-140. Doi:10.1097/00005650-198102000-00001
19. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health, 2013;12,18. Doi:10.1186/1475-9276-12-18
20. Glaser, B. All is data. Grounded theory review: an international journal. 2007;6(2):1-22. Disponible en: <https://groundedtheoryreview.com/2007/03/30/1194/>
21. Rivillas-García JC, Cifuentes-Avellaneda A, Ariza-Abril JS, Sánchez-Molano M, Rivera-Montero D. Migrantes venezolanos y acceso a anticonceptivos en Colombia: un enfoque mixto de investigación para comprender patrones de desigualdad. J. Migración Salud. 2021;3:10027.
22. Murillo-Pedrozo AM, Martínez-Herrera E, Ronda-Pérez E, Agudelo-Suárez AA. Un estudio cualitativo de las percepciones de salud en la población inmigrante venezolana en Medellín (Colombia) y sus condicionantes. Int J Environ Res Salud Pública. 2021;18(8):3897. Doi: 10.3390/ijerph18083897
23. Makuch MY, Osis MJD, Brasil C, de Amorim HSF, Bahamondes L. Salud reproductiva entre mujeres migrantes venezolanas en la frontera noroeste de Brasil: un estudio cualitativo. J Migración Salud. 2021;4:100060. Doi: 10.1016/j.jmh.2021.100060. eCollection 2021
24. Obach A, Hasen F, Cabieses B, D'Angelo C, Santander S. Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio. Rev Panam Salud Pública. 2020;44:e175. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.175>
25. Rebecca Irons. Percepción de mujeres venezolanas sobre los servicios de salud sexual y reproductiva en Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2021;38(2). Doi: <https://doi.org/10.17843/rpmp.2021.382.6217>
26. Abadía Barrero CE, Oviedo Manrique DG Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: La burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud Rev. Gerenc Políticas Salud. 2010;9:86-100. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272010000300009

27. Giraldo V, Sobczyk R, Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojórquez I. Prenatal care of Venezuelans in Colombia: migrants navigating the healthcare system. *Rev Saude Publica*. 2021;16;55:49. Doi: 10.11606/s1518-8787.2021055002999
28. Hoyos-Vertel LM, Muñoz De Rodríguez L. Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Rev. Salud Publica*. 2019;21(1)13. Doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n1.69642>
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 25 del 2017. Fortalecimiento de acciones en salud pública para responder a la situación de migración de población proveniente de Venezuela. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social 2017:7. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%20025%20de%202017.pdf
30. Presidencia de la República. Decreto 1770 de 2015. Por el cual se declara el estado de emergencia económica, social y ecológica en parte del territorio nacional. República de Colombia; 2015. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66171>
31. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojórquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Sobczyk RA, Acosta-Reyes J, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2019;51(3):208-219. Doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019004>
32. Ministerio de Relaciones Exteriores. Decreto 216 de 2021. Por medio del cual se adopta el estatuto temporal de protección para migrantes venezolanos bajo régimen de protección temporal y se dictan otras disposiciones en materia migratoria.. Bogotá: Ministerio de Relaciones Exteriores; 2021:1-24. Disponible en: <https://vlex.com.co/vid/decreto-numero-216-2021-862006237>

Manuscrito recibido el 25 de agosto de 2022. Aceptado, tras revisión, para su publicación el 19 de diciembre de 2022.

Voluntary interruption of pregnancy and sexual and reproductive health in migrant women in Barranquilla

ABSTRACT

Objective. Identify knowledge about and barriers to effective access to voluntary interruption of pregnancy (VIP), and to sexual and reproductive health (SRH) services in general, among women from Venezuela (Venezuelan migrants and Colombian returnees).

Methods. Qualitative study of 20 semi-structured interviews with women from Venezuela who are residents of Barranquilla and who carry out leadership activities in communities or who participate in or benefit from those activities. The interviews included opinions and experiences related to access to VIP, and to SRH in general, as well as suggestions for improving access for migrant women. The relationship between access to these services and the migration process was explored, as well as the role of social organizations.

Results. A lack of information on SRH-related rights was identified as the main access barrier to VIP. Other identified barriers were: attitude towards VIP, excessive steps involved in accessing medical care, difficulties in admission to the social security system, lack of training and care in SRH, and xenophobia in hospitals. The interviewees said they did not understand the legal framework in Colombia and did not know the channels for safe abortion care.

Conclusions. Despite the efforts of institutions and international cooperation, Venezuelan migrant women in Barranquilla are in a situation of vulnerability due to their lack of access to sexual and reproductive health, including voluntary interruption of pregnancy. Implementing strategies for comprehensive care for migrants will improve current health conditions and the effective enjoyment of SRH-related rights.

Keywords

Migrants; reproductive health services; abortion, legal; Colombia.

Interrupção voluntária da gravidez e saúde sexual e reprodutiva em mulheres migrantes em Barranquilla

RESUMO

Objetivo. Identificar os conhecimentos e as barreiras para o acesso efetivo das mulheres provenientes da Venezuela (migrantes venezuelanas e retornadas colombianas) à interrupção voluntária da gravidez (IVG) e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) em geral.

Métodos. Estudo qualitativo de 20 entrevistas semiestruturadas com mulheres provenientes da Venezuela, residentes em Barranquilla, que atuam na liderança comunitária ou que participam (ou se beneficiam) das atividades. As entrevistas compreenderam as dimensões de opiniões e experiências relacionadas ao acesso à IVG e aos serviços de SSR em geral, e sugestões para melhorar o acesso das mulheres migrantes. Explorou-se a relação do acesso a esses serviços com o processo migratório e o papel das organizações sociais.

Resultados. Identificou-se a falta de informações sobre direitos em SSR como a principal barreira para o acesso à IVG. Outras barreiras identificadas foram: atitude em relação à IVG, excesso de burocracia para obter atenção médica, dificuldades para inclusão no sistema de seguridade social, falta de capacitação e atenção em SSR e xenofobia nos hospitais. As entrevistadas declararam desconhecer o enquadramento jurídico na Colômbia e os trâmites para obter atenção ao aborto seguro.

Conclusões. Apesar dos esforços institucionais e de cooperação internacional, as mulheres migrantes venezuelanas em Barranquilla estão em situação de vulnerabilidade por falta de acesso aos serviços de SSR, incluindo a IVG. A implementação de estratégias para atenção integral a migrantes possibilitará a melhoria das condições atuais de saúde e a efetiva fruição dos direitos em SSR.

Palabras-chave Migrantes; servicios de saúde reprodutiva; aborto legal; Colômbia.
