



**Parir en Colombia: una
aproximación cualitativa a
la situación de las mujeres
gestantes venezolanas en
Vichada y Bogotá**

equilibrium
CenDE

Este reporte de análisis de política pública fue desarrollado gracias al Programa de Financiamiento para Investigaciones en Migración - PFIM Perú, llevado a cabo por Equilibrium - Centro para el Desarrollo Económico, con el apoyo de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo de la Universidad de los Andes como aliada académica.



Universidad de
los Andes
Colombia

Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo

Parir en Colombia: una aproximación cualitativa a la situación de las mujeres gestantes venezolanas en Vichada y Bogotá

Equilibrium - Centro para el Desarrollo Económico (CenDE)
www.equilibriumcende.com

Primera edición, noviembre 2020

Autores: Luz Marina Quintero Cely y Gabriel Suárez Castro
Corrección de estilo: Doris Perla Chunga
Diagramación: Regina Pajares Romero



Con el apoyo de:



Universidad de
los Andes
Colombia

Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo

Parir en Colombia: una aproximación cualitativa a la situación de las mujeres gestantes venezolanas en Vichada y Bogotá

Luz Marina Quintero Cely¹
Gabriel Suárez Castro²

¹ Politóloga, especialista en Políticas Públicas. Consultora en Derechos Humanos, migraciones y protección.

² Politólogo y realizador audiovisual. Consultor en políticas públicas de juventud, educación para la paz y Derechos Humanos.



Tabla de contenido

- I. Resumen
- II. Introducción
- III. Enfoque metodológico
- IV. Política pública para parir en Colombia: cuando se es mujer venezolana migrante con necesidades de protección internacional
 - a. Mandatos y normas internacionales
 - b. Derechos sexuales y reproductivos en Colombia
 - c. Avances y retos en la atención en salud de los DDSSRR de las mujeres migrantes
- V. ¿Quiénes son las mujeres venezolanas que paren en Colombia? Un estudio de caso
 - a. Población venezolana en Colombia
 - b. Estudio de caso: ¿quiénes son y por qué migran las mujeres venezolanas a Colombia?
 - c. Efectos del colapso de los servicios de salud en Venezuela sobre la salud de las mujeres gestantes
 - d. Vichada y Bogotá: dos perspectivas territoriales.
 - e. Vichada: condiciones de atención en salud para las mujeres gestantes venezolanas
 - f. Bogotá: condiciones de atención en salud para las mujeres gestantes venezolanas
 - g. Las diferentes manifestaciones de la violencia obstétrica en las historias de gestación y parto de las mujeres venezolanas que paren en Colombia
 - Violencia institucional
 - Violencia cultural
 - Violencia emocional, psicológica y discursiva
 - Violencia física
- VI. Recomendaciones
- VII. Conclusiones
- VIII. Referencias bibliográficas



I. Resumen

Muchas madres venezolanas se han visto forzadas a dejar su país para salvaguardar su vida y la de su bebé, buscando mejores condiciones de atención en salud durante el embarazo, parto y postparto. Ellas enfrentan enormes dificultades para acceder a alimentos, servicios básicos, servicios de salud, personal de salud especializado, medicamentos, un trato digno y demás condiciones esenciales para la protección de su vida y la de sus hijos e hijas; rasgos constitutivos de la emergencia humanitaria que se ha agravado en los últimos cinco años, con el colapso sistemático de la institucionalidad venezolana, del cual el sistema de salud es un trágico ejemplo.

A su vez, las mujeres venezolanas que quedan en estado de embarazo en los países de acogida también enfrentan dificultades para ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva. Ellas tienen que enfrentar barreras de acceso como la obtención de la documentación para regularizar su situación migratoria, la falta de información oportuna y de calidad, las actitudes y prácticas discriminatorias en las entidades de salud, entre otras situaciones que aumentan los factores de morbilidad materno infantil.

Toledo (2018) afirma que mujeres migrantes en estado de gestación provenientes de contextos de crisis y con necesidades de protección internacional, son consideradas como uno de los grupos más vulnerables en los procesos migratorios³.

La presente investigación, estudia este grupo poblacional de mujeres que se ha visto forzado a dejar su país de origen en el marco de una crisis humanitaria y de la violación sistemática de derechos humanos (DDHH); por lo tanto ellas deben ser consideradas como personas con necesidades de protección internacional (PNPI), amparadas por la Declaración de Cartagena de 1984, que en su concepto ampliado de refugiado refiere “a las personas que han huido de sus países porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión extranjera, los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público”⁴. Dar respuesta integral a este requerimiento de protección internacional sigue siendo un imperativo ético, político y humanitario de los países que, como Colombia, acogen a la mayor cantidad de ciudadanos venezolanos en flujos migratorios mixtos.

Según información de Migración Colombia, al 31 de mayo del año 2020 se registran 1 764 883 personas venezolanas en el país, de las cuales 871 733 son mujeres⁵. La cifra consolidada más reciente de mujeres venezolanas en estado de embarazo se registró en 2018 a través del Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos en Colombia (RAMV⁶). Según este informe, entre abril y junio de 2018, se registraron 442 462⁷ personas correspondientes a 253 575 familias en esta plataforma. El 49,67% corresponde a mujeres (219 769), de las cuales 8 209 se encontraban en estado de embarazo y de ellas solo el 2% estaba afiliada a un seguro de salud en Colombia⁸.

³ Toledo, Natasha, 2018. Violencia Ginecobstétrica, el control sobre el cuerpo de las mujeres. Podcast mujeres en Sintonía, capítulo 42. En: https://gb.ivoox.com/es/mujeres-sintonia-capitulo-42-violencia-ginecobstetrica-audios-mp3_rf_30104343_1.html.

⁴ Declaración de Cartagena sobre los refugiados, 1984, Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados.

⁵ Migración Colombia. 2020. Venezolanos en Colombia: corte a 31 de mayo de 2020. En:

<https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-mayo-de-2020>

⁶ Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos en Colombia: Decreto 542 del 21 de marzo de 2018. Informe Final. En: <https://www.refworld.org/es/pdfid/5b2957524.pdf>

⁷ Este registro es diligenciado de forma voluntaria por las personas venezolanas que permanecen en Colombia en condición irregular, por lo tanto, las cifras presentadas por este registro dan una idea de la situación, más no representan el universo de las características de las personas venezolanas en Colombia.

⁸ Women's Link Worldwide. 2019, Información sobre la situación relativa al maltrato y violencia contra las mujeres en el marco de la atención en salud reproductiva, incluso durante el parto en centros de salud, en países de América Latina y el Caribe, Europa y África Oriental. Disponible en:

<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Women%20Link%20Worldwide.pdf>



Ante la crítica situación que viven las mujeres migrantes y gestantes con necesidades de protección internacional, esta investigación brinda una aproximación a la situación de acceso a servicios de salud durante las etapas de embarazo, parto y postparto; las barreras existentes para la garantía de derechos reproductivos para una maternidad saludable, digna y respetada; la incidencia de la violencia obstétrica en la atención del embarazo, parto y postparto en las mujeres venezolanas; y las respuestas del Estado colombiano para garantizar los derechos reproductivos de la población materna en alto grado de vulnerabilidad. Para tal fin, los objetivos de la investigación son:

- Indagar sobre el estado actual de la política pública de atención en salud sexual y reproductiva a inmigrantes venezolanas de flujos migratorios mixtos en Colombia, para la atención durante el embarazo, parto y post parto.
- Analizar la incidencia de la violencia obstétrica en la atención en salud a mujeres gestantes venezolanas que han parido en Colombia, en el periodo 2015–2020, a partir de un estudio de caso en el departamento del Vichada y en la ciudad de Bogotá.
- Identificar aspectos críticos en la atención a las mujeres venezolanas en estado de embarazo, parto y post parto que deben tenerse en cuenta, desde la política pública, para minimizar los riesgos asociados a la salud de las madres gestantes y del recién nacido.



II. Introducción

Las múltiples violaciones a los derechos de las mujeres gestantes venezolanas sumado a la falta de una política pública migratoria integral colombiana hacen cada vez más evidentes los casos de violencia obstétrica (VO), entendida como una violencia institucional por motivos de género, que vulnera los derechos fundamentales de las mujeres que requieren asistencia para el embarazo saludable, el parto, el post parto o el aborto. Según Hernández (2020), la V.O. es una violencia institucional por la omisión del Estado en la regulación y sanción de las prácticas que vulneran los derechos reproductivos de las mujeres gestantes, impidiendo la práctica efectiva de protocolos de parto respetado y humanizado⁹.

Esta investigación, que se realizó por medio de un estudio de caso en las ciudades de Puerto Carreño, La Primavera (en el departamento del Vichada) y Bogotá, pretende dar cuenta de las diferencias y similitudes de la situación que las mujeres gestantes venezolanas viven en una zona de frontera, con altos índices de necesidades básicas insatisfechas por inasistencia estatal y en la capital del país. Según datos de Migración Colombia¹⁰, al 31 de mayo de 2020 Bogotá albergaba 347 178 personas venezolanas, que corresponden al 19,67% del total de población venezolana en el país. Informes del Observatorio Migración Venezuela revelan que de la población venezolana que vive en Bogotá, el 50,3% son mujeres en edades entre los 15 y 59 años de edad¹¹.

Por su parte, según Migración Colombia, el departamento del Vichada registra 3 792 personas provenientes de flujos migratorios mixtos que incluyen personas con vocación de permanencia en Colombia y migración pendular. Se destaca la alta atención de partos de mujeres venezolanas, así como la tasa más alta en los indicadores de morbilidad materna, perinatal y neonatal¹² reportadas por el Instituto Nacional de Salud de Colombia en el período observado en este estudio para el total de la población gestante en este departamento.

Esta investigación ofrece información que da cuenta de la necesidad de desarrollar instrumentos jurídicos, financieros y operativos pertinentes que posibiliten la atención a las mujeres gestantes venezolanas en Colombia, entendidas como Personas con Necesidad de Protección Internacional, y que garanticen de manera integral sus derechos humanos con especial énfasis en los derechos sexuales y reproductivos.

⁹ Hernández, Lucia Alejandra, 2020, El derecho a decidir el parto: de la violencia obstétrica a la violencia institucional. En: <https://www.youtube.com/watch?v=ME9tqRtQ65g>

¹⁰ Migración Colombia. 2020. Venezolanos en Colombia: corte a 31 de mayo de 2020. En: <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-mayo-de-2020>

¹¹ Caracterización demográfica de la población migrante venezolana, Observatorio Proyecto Migración Venezuela. En: <https://migravenezuela.com/web/articulo/cuantos-son-y-donde-están-los-venezolanos-en-colombia-/1636>

¹² La morbilidad materna hace referencia a las enfermedades y complicaciones obstétricas que ponen en riesgo la vida de la gestante y su hijo/a y que requiere atención médica urgente para evitar la mortalidad de la gestante, perinatal y/o neonatal. En: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf



III. Enfoque metodológico

El presente trabajo es el resultado de una investigación desarrollada mediante metodologías cualitativas, combinando información primaria de aplicación de encuestas en Bogotá (DC) y Puerto Carreño y La Primavera (Vichada) y entrevistas semiestructuradas. Las encuestas aplicadas incluyeron caracterización poblacional, acercamiento a la historia individual del proceso migratorio, indagación general sobre la experiencia en las etapas prenatal, parto y postparto. Una vez realizada la encuesta, se invitó a las mujeres a participar en una entrevista a profundidad de manera voluntaria. La encuesta fue respondida por 14 mujeres que tuvieron sus hijos e hijas en Colombia en el período 2015-2020, las entrevistas a profundidad se realizaron a seis mujeres. Adicionalmente, se diseñó un instrumento para los padres de los niños y niñas nacidos en Colombia, el cual fue diligenciado voluntariamente por dos personas.

No.	Lugar de Nacimiento, Estado / Municipio	Ciudad de residencia actual	Edad	Nivel educativo	Principal actividad económica	Etnia de pertenencia	Nº hijos/as	Documento de identidad en Colombia	Razón para desplazarse a Colombia	Ciudad donde atendieron el parto
1	Aragua / Maracay	Bogotá	22	Secundaria	Mesera	Morena	1	Cédula venezolana	Suplir necesidades básicas	Bogotá
2	Miranda / Sucre	Bogotá	19	Secundaria	Ama de casa	Morena	1	Tarjeta movilidad fronteriza (TMF)	Suplir necesidades básicas	Bogotá
3	Anzoátegui / Barcelona	Bogotá	23	Profesional	Desempleada	Blanca	1	Pasaporte	Razones políticas	Bogotá
4	Táchira / Ayacucho	Bogotá	22	Secundaria	Desempleada	Blanca	3	Pasaporte	Acceso a servicios de salud	Bogotá
5	Caracas	Bogotá	24	Secundaria	Ama de casa	NS/NR	2	Ninguno	Suplir necesidades básicas	Bogotá
6	Zulia / Enrique Lozada	Bogotá	28	Secundaria	Costurera	Morena	4	Cédula de extranjería	Suplir necesidades básicas	Bogotá
7	Caracas	Bogotá	47	Primaria	NS/NR	Indígena	4	Ninguno	Suplir necesidades básicas	Sincelejo
8	NS/NR	Bogotá	23	Secundaria	Vendedora de tintos (actualmente desempleada)	Morena	2	Permiso Especial de Permanencia (PEP)	Buscar otros horizontes	Bogotá
9	Aragua / Maracay	Bogotá	18	Primaria	Ama de casa	Blanca	1 (Más 1 embarazo de 6 meses)	Cédula venezolana	Suplir necesidades básicas	Bogotá
10	Amazonas / Atures	Puerto Carreño (Vichada)	19	Secundaria	Ama de casa	Indígena	1	Permiso Especial de Permanencia (PEP)	Acceso a servicios de salud	Puerto Carreño (Vichada)
11	Apure / San Fernando	La Primavera (Vichada)	20	Primaria	Desempleada	Morena	3	Cédula venezolana	Suplir necesidades básicas	La Primavera (Vichada)
12	Apure / San Fernando	La Primavera (Vichada)	22	Secundaria	Ama de casa	Morena	1 (Más 1 embarazo de 9 meses)	Cédula venezolana	Suplir necesidades básicas	La Primavera (Vichada)
13	Amazonas / Atures	Puerto Ayacucho (Estado Amazonas, Venezuela)	29	Secundaria	NS/NR	Blanca	4	Tarjeta movilidad fronteriza (TMF)	Acceso a servicios de salud	Puerto Carreño (Vichada)
14	Aragua / Maracay	Puerto Ayacucho (Estado Amazonas, Venezuela)	35	Posgrado	Médica	Morena	3	Cédula venezolana	Acceso a servicios de salud	Puerto Carreño (Vichada)



Tabla 1. Caracterización de Mujeres participantes en el estudio de caso

De manera simultánea, se realizaron entrevistas a profundidad a funcionarios de entidades de salud; miembros de organizaciones no gubernamentales que acompañan en programas de salud a mujeres gestantes y lactantes en Puerto Carreño, La Primavera y Bogotá; especialistas en temas migratorios, derechos sexuales y reproductivos, violencia obstétrica y parto respetado y humanizado; y personal médico que atiende a mujeres venezolanas en estado de embarazo, parto y post parto.

N°	Entidad	Cargo/Profesión	Lugar de Residencia actual
1	Independiente	Asesora en temas de DDSSRR en Fundación Plan, entidades estatales, organizaciones no gubernamentales y de cooperación internacional. Autora de varios libros sobre DDSSRR en Colombia.	Bogotá, DC.
2	Movimiento Nacional por la salud sexual y reproductiva en Colombia	Jenny Muliz, bacterióloga, salubrista y aprendiz de partera mestiza en proceso afro. Elisa Jojoa, enfermera, docente de la Universidad del Cauca en el programa de Enfermería. Cuenta con una maestría en Salud Intercultural. Asimismo, es partera tradicional en formación y Coordinadora de la Red Colombiana “Parir en Paz”, y dentro del Movimiento está en la línea académica e investigativa.	- Bogotá, DC. - Departamento del Cauca.
3	CIECS (Conicet y Universidad Nacional de Córdoba) - Argentina	Janneth Karime Clavijo, becaria postdoctoral del Conicet y experta en temas migratorios.	Córdoba, Argentina.
4	Independiente	Lina Peña Tavera, especialista en temas de refugio y migraciones en Colombia.	Bogotá, DC.
5	Independiente	Luis Carlos De la Cruz, politólogo y especialista en migración, refugio y construcción de paz.	Bogotá, DC.
6	Organización Internacional para las Migraciones - OIM	Coordinadora territorial de OIM para el Vichada y Norte de Santander.	Bogotá, DC.
7	Independiente	Álvaro Duarte, Pediatra, asesor en Colombia para la certificación de las IAMI (institución amiga de la mujer y la infancia).	Zipaquirá, Cundinamarca.
9	ESE Clínica maternidad Rafael Calvo	Ginecobstetra.	Cartagena.
10	Secretaría de Salud del Vichada	Funcionario público de la Secretaría.	Puerto Carreño, Vichada.
12	Organización Internacional para las Migraciones - OIM	Profesional psicosocial miembro del equipo del proyecto Fortalecimiento Comunitario Institucional en temas de Salud. OIM	Puerto Carreño, Vichada.
11	Organización Internacional para las Migraciones - OIM	Profesional en enfermería miembro del equipo del proyecto Fortalecimiento Comunitario Institucional en temas de Salud. OIM	Puerto Carreño, Vichada.
13	Vicariato Apostólico de Puerto Carreño	Diácono Guillermo Giraldo Díaz, Director de la Pastoral Social.	Puerto Carreño, Vichada.
14	Comitato Internazionale Per Lo Sviluppo Dei Popoli - CISP	Estefany Yague, profesional humanitaria en Vichada	La Primavera, Vichada.

Tabla 2. Entidades y especialistas entrevistados

Se analizaron los aspectos políticos, normativos, conceptuales, así como fuentes secundarias y datos estadísticos. Es importante anotar que, siempre que fue posible, el proceso de revisión estadística recurrió a la fuente oficial y más actualizada. Sin embargo, también se utilizaron algunas cifras de fuentes individuales no oficiales cuando fue pertinente.



A todas las mujeres encuestadas y entrevistadas, así como a todas las fuentes consultadas, les fue solicitado su consentimiento informado para el uso y análisis de la información recopilada de sus experiencias y conocimientos. Asimismo, se garantizó el anonimato en los casos en que así lo solicitaron. Todos los contactos, encuestas y entrevistas se realizaron a través de canales virtuales para prevenir los riesgos asociados a la emergencia sanitaria derivada de la pandemia COVID-19.

IV. Política pública para parir en Colombia: cuando se es mujer venezolana migrante con necesidades de protección internacional

Existe un consenso internacional sobre la naturaleza de los Derechos Humanos en cuanto a su carácter inalienable e indivisible, el cual se deriva de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), adoptada por Naciones Unidas en 1948. Este consenso es asumido y reafirmado a través de la suscripción de mandatos y normas internacionales que, para el caso colombiano, tiene rango constitucional. El carácter inalienable implica el reconocimiento de cada persona como sujeto de derechos desde su nacimiento hasta la muerte. Por lo tanto, es algo inherente a su existencia como ser humano sin distinción de raza, sexo, etnia, credo o religión. Simultáneamente, la definición de indivisibilidad implica que, al existir la vulneración de uno solo de los derechos, se afectan todos en su conjunto, lo cual se traduce en una afectación integral de la dignidad de la persona vulnerada y en una violación que puede darse por acción u omisión.

Bajo esta premisa, la crisis humanitaria que enfrenta Venezuela, convertido en país expulsor de sus connacionales; y Colombia, primer receptor de la oleada migratoria venezolana, pero que también afronta un contexto de postconflicto que se ha degradado hacia nuevas manifestaciones de violencia armada afectando de manera preocupante a la sociedad civil, demanda una acción decidida del Estado colombiano en todos sus niveles, acompañado por la comunidad internacional, para asumir su responsabilidad en la garantía integral de los derechos humanos de toda la población que alberga en su territorio.

A continuación, se incluyen los principales instrumentos normativos sobre el derecho fundamental a la salud y, en particular, el derecho a la salud sexual y reproductiva, ratificados por Colombia y que están relacionados con los intereses de esta investigación.

a. Mandatos y normas internacionales

La Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, 1979) señala en el artículo 10, entre las medidas que deben adoptar los Estados Partes, para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera educativa, a fin de asegurarle la igualdad de derechos entre hombres y mujeres se debe facilitar el “h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”. Asimismo, en el artículo 11 se señala la necesidad de adoptar medidas “en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular: (...) f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción”. En el artículo 12 señala la obligación de “adoptar medidas para la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”. En el segundo numeral, indica “los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”¹³.

¹³ CEDAW, 1979, Convención sobre los derechos de las mujeres, segunda edición. Organización de Naciones Unidas. En:



La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994), llevada a cabo en Egipto, reconoció la importancia de los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) en la mejora de la situación de las niñas y el status de las mujeres. Las recomendaciones de El Cairo fueron ratificadas por Colombia, como una medida para avanzar en el logro de condiciones de mayor equidad y la superación de las desigualdades de género que aún persisten en el país.

En El Cairo se discutió ampliamente la necesidad de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, por parte de los gobiernos, para mitigar las altas tasas de morbilidad materno infantil. Se instó a dichos Estados a proveer la más alta calidad posible en la atención en salud sexual y reproductiva, en el acceso a los métodos anticonceptivos modernos como forma de vivir una vida sexual plena y responsable, según el número de hijos e hijas que cada individuo quiera tener, y a proveer toda la información necesaria para que las personas puedan disfrutar de una vida sexual plena y segura.

Las Conferencias mundiales sobre la mujer celebradas desde 1975 en Ciudad de México, Copenhague (1980), Nairobi (1985) y Beijing, esta última concluida con la firma de la Declaración y el lanzamiento de la Plataforma de Acción de Beijing (1995) fue adoptada de forma unánime por 189 países. La Plataforma de Acción de Beijing, logra sintetizar una política mundial hacia la igualdad de género como principio rector en favor del empoderamiento de la mujer.

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing establece una serie de objetivos estratégicos, medidas para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad de género en 12 esferas cruciales: La mujer y la pobreza; Educación y capacitación de la mujer; La mujer y la salud; La violencia contra la mujer; La mujer y los conflictos armados; La mujer y la economía; La mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones; Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; Los derechos humanos de la mujer; La mujer y los medios de difusión; La mujer y el medio ambiente; La niña¹⁴.

En los documentos programáticos de la Plataforma se indica que “la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”¹⁵.

Por su parte, el plan de acción de la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* está basado en 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas que abordan los urgentes desafíos globales de los próximos años. Esta agenda busca erradicar la pobreza extrema, integrando y equilibrando las tres dimensiones del desarrollo sostenible—económico, social y ambiental—en una visión global e

https://www.oas.org/dil/esp/Convencion_sobre_todas_las_formas_de_Discriminacion_contra_la_Mujer.pdf

¹⁴ Declaración y Plataforma de Acción de Beijing – Declaración política y documentos resultados de Beijing+5. P.62 En: <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>

¹⁵ *Ibidem*, p. 64



integral¹⁶. La migración en el marco de los objetivos y las metas de la Agenda 2030 señala las siguientes referencias específicas:

Objetivo	Metas
1. Fin de la pobreza	1.3 Poner en práctica sistemas de protección social, incluidos niveles mínimos, y lograr una cobertura sostenible de los pobre y vulnerables. 1.5 Fortalecer la resiliencia de los pobres y de las personas más expuestas a crisis y desastres económicos, sociales y ambientales.
3. Salud y bienestar	3.b Lograr cobertura sanitaria universal. 3.c Aumentar la financiación de la salud y formar personal sanitario que dé abasto en los países en desarrollo. 3.d Reforzar la capacidad de los países en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.
5. Igualdad de género	5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. 5.6 Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.
8. Trabajo decente y crecimiento económico	8.7 Erradicar el trabajo forzoso, poner fin a las formas modernas de esclavitud y la trata de personas; eliminar el trabajo infantil. 8.8 Proteger los derechos laborales y promover un entorno de trabajo seguro y sin riesgos para todos los trabajadores incluidos los trabajadores migrantes.
10. Reducción de las desigualdades	10.7 Facilitar la migración ordenada y segura mediante políticas migratorias bien gestionadas.
11. Ciudades y comunidades sostenibles	11.1 Asegurar el acceso a viviendas y servicios adecuados; mejorar los barrios marginales. 11.5 Reducir el número de muertes y de personas afectadas por los desastres, así como las pérdidas económicas vinculadas.
16. Paz, justicia e instituciones sólidas	16.1 Reducir la violencia y las correspondientes tasas de mortalidad. 16.2 Poner fin al maltrato, la explotación, la trata, la violencia y la tortura contra los niños.
17. Alianzas para lograr los objetivos	17.16 Fortalecer alianzas mundiales entre múltiples interesados para promover el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en todos los países. 17.18 Asistir a los países en desarrollo para aumentar la disponibilidad de gran calidad desglosados por situación migratoria.

Tabla 3. La migración en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

b. Derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) en Colombia

A continuación, se menciona la normativa pertinente sobre DDSSRR a nivel nacional:

La Constitución Política de Colombia de 1991 protege los DDSSRR por medio de los artículos 42, 43 y 44, haciendo referencia al derecho a decidir el número de hijos que se quieran tener; a la protección y asistencia de la cual gozará la mujer durante el embarazo y post parto; y la protección de los niños y niñas a la vida y la salud.

De igual manera, el artículo 100 de la Constitución Política establece que “los extranjeros disfrutarán en Colombia de los mismos derechos civiles que se conceden a los colombianos. No obstante, la ley podrá, por razones de orden público, subordinar a condiciones especiales o negar el ejercicio de determinados derechos civiles a los extranjeros”.

La Ley 1257 de 2008 sobre no violencias contra las mujeres, en el artículo 7 especifica “las mujeres tienen derecho a una vida digna, a la integridad física, sexual y psicológica, a la intimidad, a no ser sometidas a tortura o a tratos crueles y degradantes, a la igualdad real y efectiva, a no ser sometidas

¹⁶ OIM, La migración y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 8 de marzo de 2018.

https://saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/ods_y_migraciones_iniciativa_conjunta_vanesa_vaca.pdf



a forma alguna de discriminación, a la libertad y autonomía, al libre desarrollo de la personalidad, a la salud, a la salud sexual y reproductiva y a la seguridad personal se refiere a los derechos de las mujeres.”

A su vez, el artículo 8 se refiere a los derechos de las víctimas, reconociendo la integralidad de todos los derechos amparados en este artículo y en la ley en su conjunto, entre los cuáles destacamos los literales: a) Recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de la calidad; d) Dar su consentimiento informado para los exámenes médico-legales en los casos de violencia sexual y escoger el sexo del facultativo para la práctica de los mismos dentro de las posibilidades ofrecidas por el servicio. Las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud promoverán la existencia de facultativos de ambos sexos para la atención de víctimas de violencia; e) Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva; f) Ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal o asistencia social respecto de sus datos personales, los de sus descendientes o los de cualquiera otra persona que esté bajo su guarda o custodia; g) Recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico para ellas y sus hijos e hijas.

En la *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR, 2014 - 2021)* se enuncia que estos son los derechos más humanos y humanizantes de todos los derechos, pues se refieren a la esfera más íntima de los seres humanos, como es la sexualidad, el derecho a decidir ser madres y padres y el trato humano en salud que de esto se debe desprender. Otro aspecto a destacar de la PNSDSDR es la diferenciación entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos, sin desconocer su interrelación, para que haya una mayor garantía, atención, promoción, prevención, comunicación, entre otros, con enfoque de género y etario o de ciclo vital.

En el texto de la PNSDSDR se destaca a Bogotá como una de las ciudades con tasas más altas de embarazo adolescente y, a Vichada, como uno de los departamentos del país con mayores tasas de mortalidad materna, muy por encima de la tasa nacional “y que se comparan con las [tasas] de África Subsahariana, como resultado de múltiples factores como la baja inversión social, el escaso desarrollo educativo, violencia y otras”¹⁷.

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) de 2016, destaca que en las zonas con mayores índices de pobreza y en Bogotá, las enfermedades materno infantiles afectan el comportamiento epidemiológico, haciendo un llamado a fortalecer la prevención y promoción de la salud de las madres gestantes, lactantes y niños y niñas en primera infancia. Asimismo, enuncia que “en 2007, el 48% de los partos eran remitidos a los centros de mayor complejidad desde los hospitales públicos de primer nivel. Para el 2012, el 88% generaban esta misma situación, lo cual permite inferir el incentivo al crecimiento de la cesárea en el país, que pasó del 25% en 1998 a 46% en 2013”¹⁸. Este es un dato clave para entender la patologización de los procesos biológicos en los servicios médicos del país.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que se desprende de la Ley 100 y guía el sistema de salud en Colombia, ha sido objeto de críticas por énfasis en la atención a la enfermedad y no en la prevención y promoción de la salud; por la burocratización del sistema, que aleja cada vez más a los ciudadanos del acceso y los servicios médicos; por la sobre carga laboral para el cuerpo médico que va en detrimento de la calidad, la humanización y la garantía del derecho a la salud. Ante

¹⁷ Política Nacional sobre Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, 2014 – 2021, Ministerio de salud y protección social, En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>. P. 32

¹⁸ Política Pública de Atención Integral en Salud (PAIS), 2016, En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>. P. 14



esta situación, en los procesos de atención durante el embarazo y el parto se prioriza el resultado, el bebé y la madre vivos, muchas veces en detrimento de la calidad y la humanización en la atención, lo que desemboca, en ocasiones, en lo que se ha denominado **violencia obstétrica**, que hace referencia al maltrato físico, psicológico, verbal, cultural e institucional que las madres, y familias gestantes, sufren en clínicas y hospitales en sus procesos de gestación, parto y post parto, por parte del cuerpo médico, el personal administrativo y las instituciones que prestan servicios de salud.

En Colombia cada vez más se habla de parto respetado y humanizado. Dentro de la política pública PAIS se contemplan las *Rutas de Atención en Salud (RIAS)* y las guías de práctica médica, donde hay lineamientos y protocolos para la atención del parto en condiciones de respeto, dignidad para la familia gestante y el recién nacido con base en un trato humanizado. Estas directrices en Colombia siguen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que desde hace más de tres décadas viene alertando sobre la necesidad de que los procesos biológicos del embarazo, parto y post parto sean cada vez más respetados y humanizados en su trato, sin necesidad de patologizarse y de llevar a cabo prácticas clínicas que van en detrimento de la salud de la madre y el recién nacido.

Ante las situaciones que madres gestantes, recién nacidos y sus familias han vivido en el entorno clínico, cada vez es más frecuente escuchar denuncias por violencia obstétrica, viéndose afectada la agencia¹⁹ que tiene la mujer sobre su cuerpo y la toma de decisiones en uno de los momentos más importantes para quienes deciden ser madres, como es la gestación, parto y post parto: “la mujer terminó entregando su capacidad de parir al médico, quien lo hace con demasiadas intervenciones”²⁰. En otras palabras, la mujer está perdiendo el derecho a decidir sobre su cuerpo.

“No hay pérdida más sistemática de la agencia de una persona, que en el momento en que se embaraza y la pierde el 100% cuando pare”²¹.

Si bien lo concerniente a lo que se ha denominado por la OMS como Parto respetado contempla los protocolos para el momento del trabajo de parto, parto y post parto -al igual que en Colombia-, es imposible hablar de parto respetado, maternidad saludable o una experiencia de parto positiva, si no se contempla todo el proceso desde antes de la gestación. En este sentido, es necesario garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de todas las mujeres sin distinguir edad, raza o condición socio-económica; garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y oportuno a madres gestantes y a una atención adecuada durante el trabajo de parto, parto y post parto.

Desde el año 2018 el Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia viene acompañando el Proyecto de Ley sobre Violencia Obstétrica N° 147 de 2017, el cual no ha sido aprobado, cuyo objetivo es “establecer medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica mediante el establecimiento de garantías de trato digno y humanizado en los procesos de asistencia y atención en salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio”²². Además, en la última legislatura del año 2019 se cursó el proyecto de Ley No. 244 de 2019 Senado, 063 de 2017 Cámara, sobre parto digno, respetado y humanizado, por medio del cual se reconocen y garantizan los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional o perinatal. Esta iniciativa, que ya cursa más de una década en el Congreso, tampoco ha logrado ser aprobada. El

¹⁹ Agencia, como término sociológico, para este caso hace referencia a la información que le es dada a una madre gestante que le permite tomar decisiones autónomas, independientes, libres y conscientes sobre su cuerpo.

²⁰ Entrevista con Álvaro Duarte, médico pediatra

²¹ Cárdenas, Alejandra, 2020, El derecho a decidir el parto (2): Mandatos en el derecho internacional de los derechos humanos. Ciclo de conferencias Decidir, Gestar y Parir en paz en Colombia. Movimiento Nacional por la salud sexual y reproductiva en Colombia. En: https://www.youtube.com/watch?v=bdRjS1Y_Xjl

²² <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2017-2018/1036-proyecto-de-ley-147-de-2017>



resultado es un mayor riesgo de violencia obstétrica en el país: “como no hay un parto respetado, existe la violencia obstétrica”²³.

En Colombia, nos encontramos en un momento en el que, si bien se han logrado avances conceptuales y normativos para comprender e intervenir sobre el fenómeno de la V.O., aún se hace evidente la necesidad de sintetizar un cuerpo hermenéutico pertinente desde el cuál se deriven las categorías apropiadas para la definición de este fenómeno, por ello es importante seguir profundizando los debates interdisciplinarios desde la academia. Al tiempo que se siga promoviendo el debate público en torno al fenómeno que afecta en diferentes grados, no solo a la población que hace parte de este estudio, sino también a todas las mujeres que paren en Colombia. En este sentido, resaltamos las siguientes categorías de la violencia obstétrica expuestas en la literatura especializada y desarrolladas en el literal V.g. sobre *las diferentes manifestaciones de la violencia obstétrica en las historias de gestación y parto de las mujeres venezolanas que paren en Colombia*:

- Violencia institucional.
- Violencia cultural.
- Violencia física.
- Violencia emocional, psicológica y discursiva.

c. Avances y retos en la atención en salud de los DDSSRR de las mujeres migrantes

Para el caso específico de atención en salud a mujeres migrantes en Colombia se destacan: el documento CONPES 3950; el Plan de Respuesta en Salud para Migrantes Venezolanos; el decreto 866 del 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, que asigna recursos para la atención en urgencias; el decreto 064 de 2020 del MSPS, que dicta el aseguramiento de niños y niñas nacidos en Colombia y sus padres venezolanos al régimen subsidiado; la Resolución 3015 de 2017 del MSPS, que dicta que el PEP es un documento válido para la afiliación al sistema de seguridad social; la Circular 025 de 2017 del MSPS, que insta a los gobiernos locales a asegurar en salud a las y los migrantes venezolanos y otras directrices del gobierno nacional.

Esta normatividad destaca los avances en la legislación para brindar atención de forma efectiva, integral y prioritaria a las mujeres gestantes y lactantes venezolanas en Colombia. Mujeres altamente vulnerables por sus condiciones previas de salud (como la desnutrición, anemia, estrés, ansiedad, depresión), la precariedad laboral con la que se encuentran en Colombia, las dificultades de acceso a los servicios de salud por no tener definida su situación migratoria, por la alta burocratización del sistema de salud en Colombia y por la falta de información.

En este sentido, **la garantía de los DDSSRR se ve fuertemente diezmada en procesos migratorios de contextos de crisis**, donde las personas, y en especial las mujeres con necesidades de protección internacional, ven vulnerados sus derechos para el acceso a métodos de planificación; a servicios integrales de salud y atención médica para garantizar la maternidad segura; a la interrupción voluntaria del embarazo en los casos que las leyes nacionales lo permiten; al derecho a tener relaciones consensuadas, entre otros.

Para la mayoría de mujeres migrantes de contextos de crisis no hay libertad de decisión para procrear. Primero, porque los métodos anticonceptivos son muy costosos, en el país de origen como en el de destino. Segundo, la falta de información sobre métodos de planificación y lugares donde pueden adquirirlos de forma segura y gratuita. Un tercer factor son las condiciones económicas, muchas veces tan precarias que comprar los métodos y/o costear el valor de la planificación definitiva no es una

²³ Entrevista con Jenny Muliz del Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva.



opción para ellas. Lucimar, de 19 años de edad y madre de 3 hijos dice “allá no se consigue nada de eso [métodos anticonceptivos] y si se consiguen son carísimos”.

Esta situación aumenta las brechas de desigualdad de género, porque son las mujeres quienes deben afrontar embarazos no planificados o no deseados, aumentando la pobreza en esta población.

El informe de la Alta Comisionada para los DDHH (2019) enuncia que en Venezuela: “hay falta de acceso a todos los tipos de anticonceptivos, con algunas ciudades enfrentando una escasez del 100 por ciento (...) Ello aumenta (...) la tasa de embarazos no deseados y de embarazos en adolescentes”²⁴. De acuerdo a los resultados de la ENCOVI 2019-2020, un 16% de las niñas, adolescentes y mujeres jóvenes abandonan el sistema escolar por motivos de embarazo o cuidado de los hijos/as y del hogar, mientras este motivo solo afecta a un 2% de hombres.

Datos recopilados en el muestreo realizado para esta investigación dan cuenta que, del total de mujeres encuestadas en Bogotá, La Primavera y Puerto Carreño, de 14 solo tres planifican. El no acceso a los métodos no se dio en la mayoría de estas mujeres por falta de información, sino por barreras en el acceso y disponibilidad de recursos para cubrir los costos. Tanto en Venezuela como en Colombia, estas mujeres y hombres participantes del estudio no han podido acceder de forma gratuita o viable económicamente a métodos de planificación familiar que les permitan decidir en qué momento quedar embarazadas o cuántos hijos tener.

Según Profamilia²⁵, las atenciones en temas de anticoncepción de la población migrante venezolana entre 2018 y 2019 aumentaron un 96%, respecto al año anterior. Sin embargo, en el estudio de caso realizado por dicha entidad, el 34% de las atenciones en temas de anticoncepción estaban dirigidas a confirmar embarazos. Solo el 0,1% de los hombres participantes de dicho estudio consultaron para realizarse la vasectomía, mientras que el 10% de las mujeres lo hicieron buscando métodos de planificación familiar.

Esta situación deriva en altas tasas de morbilidad materna y neonatal por la falta de controles durante la gestación y la atención de salud oportuna: “en estos grupos, se ha descrito mayor incidencia de muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro y bajo peso al nacer en niños nacidos de madres con antecedente de migración”²⁶.

Se reconocen los avances que el Gobierno colombiano ha tenido, legislando a favor de la atención en urgencias y el reconocimiento de los derechos de los niños y las niñas nacidos en Colombia, al proveerles registro y afiliación al sistema de salud:

“Hay algo importante y es que ha habido algunos avances que me parecen buenos, que todo niño que nazca independientemente de si la mamá es venezolana o colombiana tiene el derecho a que sea registrado y posteriormente afiliado en salud. Entonces una de las maneras de poder garantizar un mejor acceso a salud a las personas migrantes, incluyendo a estas

²⁴ Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela, 2019, Organización de las Naciones Unidas. Julio 4. En: <https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/informe-de-la-alta-comisionada-de-las-naciones-unidas-para-los>. p. 4

²⁵ Profamilia, 2020, desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. En: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>. p. 26 y 49

²⁶ Plan de respuesta en Salud para Migrantes Venezolanos. 2018. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>. P. 18



madres gestantes, es que, primero pudieran regularizar su situación aquí en Colombia y segundo, que las logran vincular y afiliarse al sector salud”²⁷.

Sin embargo, se evidencia una brecha importante entre lo que legisla el gobierno nacional y lo que las entidades territoriales están garantizando a la población venezolana en los territorios. El caso de Lucimar, quien vive en La Primavera, da cuenta de ello, quien, al ir en búsqueda de servicios de salud para su bebé de menos de un mes de nacido, quien presentó complicaciones al nacer porque se le enredó el cordón umbilical en el cuello, le negaron los servicios de salud por no estar afiliado al sistema, aún cuando él nació en ese mismo hospital.

“Ahorita fui a la primera cita de pediatría y pedí que me lo pusieran en control y me dijeron que no porque él todavía no estaba afiliado a la EPS [en Colombia]. No me lo atienden porque él no está afiliado a la EPS ni por SISBEN, porque no está registrado”.

La cobertura universal en salud, uno de los pilares de la política pública en salud en Colombia, que responde a las recomendaciones de OMS y demás instrumentos y mandatos internacionales adoptados, hace referencia a “que todas las personas y comunidades - sin importar su nacionalidad - tengan acceso equitativo a los servicios de salud (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) que necesitan, cuando y donde los necesiten a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras, es decir, que no sufran un empobrecimiento por el simple hecho de utilizarlos”²⁸.

La legislación colombiana limita la atención en salud reproductiva a un evento de urgencia que, por lo general, se da en el momento del parto para las mujeres que no tienen definida su situación migratoria. Este es el caso de la mayoría de mujeres venezolanas con necesidades de protección internacional, quienes por no contar con un documento de identificación válido, no pueden acceder al sistema de aseguramiento en salud en Colombia.

A pesar de que la atención en urgencias a mujeres gestantes se refiere a los eventos relacionados directamente con el parto; un análisis más amplio de **la definición de lo que es considerado como una urgencia devela cierta ambigüedad, prestándose para diversas interpretaciones**, que no propenden por la atención oportuna y de calidad a las personas migrantes y con necesidades de protección que requieren los servicios de salud, creando barreras para el acceso a los mismos, aun cuando se presentan situaciones de riesgo para la vida de las personas que requieren ser atendidas:

“Hay interpretaciones en las que se considera que el control prenatal es la forma para identificar el riesgo que puede tener la madre y el hijo, y que puede conducir de no ser intervenido a una urgencia que comprometa la vida de los dos. Pero nos hemos encontrado con que muchas entidades territoriales, que son las que finalmente pagan a los hospitales los servicios de urgencias de esta población más priorizada, cada vez ponen más barreras y no los reconocen [los controles prenatales] como una urgencia. Los hospitales en algún momento lo estaban haciendo dentro de los servicios de urgencias, pero no les han reconocido el pago de esos servicios, entonces ahí se ha visto que los pocos que avanzaron en ese sentido hayan retrocedido y solamente se esté garantizando como urgencia la atención del parto”²⁹.

²⁷ Entrevista realizada a profesional psicosocial del equipo de la OIM en Puerto Carreño, 4 de agosto de 2020.

²⁸ Profamilia, 2020, desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. P. 32

²⁹ Entrevista realizada a la coordinadora territorial de la OIM para el Vichada y Norte de Santander, 11 de agosto de 2020.



Según el estudio de Profamilia (2020), la atención de controles prenatales y controles post parto se encuentra entre las necesidades insatisfechas en salud más relevantes referidas por la población migrante y refugiada partícipe del estudio.

Por su parte las entidades territoriales en los departamentos que tienen flujos constantes de población migrante con vocación pendular y de permanencia, como es el caso del departamento del Vichada, afrontan los retos de la atención directa a las mujeres gestantes, lactantes y a los niños y niñas recién nacidos, sin contar con la infraestructura necesaria, el personal suficiente, los recursos económicos para pagar las cuentas a los hospitales:

“La atención nunca se les niega, estamos ayudando lo más humanamente posible. Pero seguimos con vacíos, no suplimos todas las necesidades de esta población y también se nos desbordó y se vino para Colombia (...) Lo que necesitamos es que haya un lineamiento para esta población que sale, que sea atendida como verdaderamente lo requiere, con calidad. En este momento no ponernos a jugar a la pelota a ver a quién le toca, y el pobre ciudadano esperando. Le dejo claro que aquí no solo estamos hablando de plata, aquí estamos hablando de un apoyo y un lineamiento en cuanto a respuesta y capacidad instalada que tenemos. Necesitamos que, si se va a dar una política, sea una política concreta; una política en la que de verdad se vea una estrategia que impacte en estos bebés que nos traen desafortunadamente a diario o semanal, niños de comunidades indígenas venezolanas y llegan a morir acá al hospital de nosotros. Eso es muy triste y seguimos en lo mismo”³⁰.

La Política Pública Integral en Salud (PAIS) da cuenta de los altos costos económicos que el Estado colombiano asume al atender el tema de salud de la población vulnerable desde el tratamiento a la *urgencia* (en esta población contamos a las personas migrantes provenientes de contextos de crisis y PNPI). Esto implica el detrimento de la salud pública, al no enfocarse la atención desde la prevención, la promoción y el aseguramiento en salud: “solo las intervenciones de naturaleza promocional, preventiva y ambiental, que afecten el entorno y el estilo de vida, producen cambios significativos en las condiciones de salud”³¹.

En este sentido, el Banco Mundial (2018) recomienda al gobierno colombiano acelerar la afiliación al régimen subsidiado de la población migrante y refugiada, así como ampliar y mejorar la red de prestación de servicios, para disminuir los altos costos que el sistema de salud en Colombia está afrontando a causa de atender solo las urgencias; sin programas destinados a la promoción y prevención: “la política de atención de urgencias atañe un costo mayor para el fisco, que la de la afiliación al régimen de salud subsidiado. Según un informe de la Contraloría General de la República, el costo promedio estimado de la atención en salud de una persona clasificada como población pobre no asegurada, que para este caso se asimila a la población migrante en condición de irregularidad, equivale 3.5 veces la UPC (unidad de precios al consumidor)”³². Los beneficios de promover la afiliación de la población también son compartidos por otras organizaciones que operan en Colombia:

“El sistema colombiano está establecido en términos de aseguramiento y en términos de contratación. En los hospitales no se presta un servicio que no tenga garantizado que alguien se lo va a pagar. En el caso de los asegurados se los pagará las EAPB [Entidades

³⁰ Entrevista realizada a funcionario de la Secretaría de Salud del Vichada, Puerto Carreño 6 de agosto de 2020.

³¹ Política Pública de Atención Integral en Salud (PAIS), 2016, En:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>. Página 9.

³² Banco Mundial. 2018. Informe Migración desde Venezuela a Colombia: impactos y estrategias de respuesta en el corto y mediano plazo. P. 96.



administradoras de planes de beneficios], pero en los casos de los no asegurados se los debe pagar la entidad territorial, y ahí es de donde viene la limitante más grande y es un tema de limitante basada en los recursos económicos, porque las entidades territoriales dicen no tengo recursos para pagarle todo el control prenatal de todas las gestantes migrantes que tenemos en este momento, no me alcanza porque adicionalmente a mí no me llegan recursos del nivel nacional y con recursos propios no tengo. Entonces digamos que más allá del reconocimiento del derecho, que tendrían ellas a los servicios para garantizarles la vida de ellas y de los niños, el tema es de recursos económicos”³³.

Ante esta situación, es imperativo adoptar un enfoque Interseccional que permita valorar las condiciones particulares de las personas migrantes venezolanas, refugiadas y PNPI, al tiempo que se debe avanzar en la incipiente articulación institucional e intersectorial de los entes territoriales para atender la necesidad de regularización de esta población y su adecuada identificación. De esta manera, se requiere el apoyo y liderazgo de la Registraduría Nacional del Estado Civil y Migración Colombia para que, desde el reconocimiento de su identificación, se regularice la situación migratoria de estas personas, se logre asegurarlas al sistema y, así, prestarles los servicios de salud requeridos. Asimismo, se hace un llamado para que el Ministerio de Salud y Protección Social, destine los recursos necesarios para brindar atención de calidad a la población migrante. Por su parte, es urgente que las autoridades de salud en los niveles nacional, departamental y municipal, salden las deudas que tienen con el sistema de salud y con los entes territoriales, como base fundamental para brindar atención integral y de calidad, superando los vicios administrativos y de corrupción que aquejan al sector salud.

V. ¿Quiénes son las mujeres venezolanas gestantes en Colombia?

a. Población venezolana en Colombia

Según datos de Migración Colombia, a mayo de 2020, en el país había 1 764 883 personas venezolanas: 763 411 en condición regular y 1 001 472 en condición irregular. Del total de personas, 871 733 son mujeres, la mayoría entre 18 y 29 años; y 893 150 son hombres, la mayoría en el mismo rango de edad³⁴. Las principales ciudades de acogida son: Bogotá, Cúcuta, Barranquilla y Medellín.

En Colombia, según datos de Medicina Legal³⁵, entre los años 2017 y lo corrido del 2020, han muerto 3 993 personas provenientes de Venezuela, de los cuales 3 346 (83,7%) murieron de forma violenta (478 mujeres y 2 870 hombres). Según el informe, la cifra de personas venezolanas muertas violentamente en el país se ha incrementado, de los 177 reportados en 2017 se pasó a 483 en 2018. En 2019 se registraron 818 muertes, y durante el primer semestre del 2020 el reporte revela la alarmante cifra de 1 868 muertes violentas de personas venezolanas, lo que equivale a 10,3 al día³⁶. Para efectos de los territorios seleccionados para este estudio de caso, durante el período reportado entre 2017 y junio de 2020, se presentaron 370 muertes violentas en Bogotá (42 mujeres y 328 hombres) y 25 en el departamento de Vichada (4 mujeres y 21 hombres).

³³ Entrevista realizada a la coordinadora territorial de la OIM para el Vichada y Norte de Santander, 11 de agosto de 2020.

³⁴ Migración Colombia. 2020. Venezolanos en Colombia: corte a 31 de mayo de 2020. En: <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-mayo-de-2020>

³⁵ Lesiones fatales ciudadanos venezolanos 2017 – junio 2020. En: <https://www.medicinalegal.gov.co/lesiones-fatales-de-ciudadanos-venezolanos-en-colombia>

³⁶ Cálculo obtenido a partir del análisis del informe “Lesiones fatales ciudadanos venezolanos 2017 – junio 2020”, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia.



Estas circunstancias han puesto en el debate nacional e internacional el reconocimiento de quienes se ven obligados a salir de Venezuela como *personas con necesidades de protección internacional* (PNPI) ya que la motivación de la emigración es la emergencia humanitaria que se vive en el país, presentándose una crisis en los servicios básicos para garantizar el derecho a la vida, salud, trabajo, el mínimo vital y en conclusión, la dignidad de la población venezolana. Así, nos encontramos ante una “violación sistemática y generalizada de derechos humanos que no está siendo atendida de forma efectiva por los gobiernos de la región”³⁷.

La Oficina de ACNUR considera que “la mayoría de las personas nacionales de Venezuela (...) se encuentran necesitadas de protección internacional bajo el criterio contenido en la Declaración de Cartagena, sobre la base de las amenazas a su vida, seguridad o libertad resultante de eventos que se encuentran actualmente perturbando gravemente el orden público de Venezuela”³⁸, lo que instaría a Colombia a proveer servicios básicos y garantizar derechos fundamentales a la población con necesidades de protección de forma igualitaria y no discriminatoria.

Asimismo, las PNPI llegan a los países de origen en condiciones altamente vulnerables, sin recursos económicos, sin documentos que les permita una rápida inserción social y laboral, expuestas a explotación laboral, sexual, discriminación, xenofobia, trata y tráfico de personas, y demás riesgos asociados a la vulnerabilidad.

Las PNPI retan a los Estados a modificar la estructura legislativa bajo 4 principios universales de protección: 1) documentación, bajo el estatus migratorio y estatus de protección; 2) salud; 3) educación; 4) protección de los niños y niñas³⁹.

Según la oficina de ACNUR⁴⁰, en total hay 5 180 615 personas venezolanas fuera de su país al 5 de agosto del 2020. Se han concedido 2 473 247 permisos de residencia y estancia regular, principalmente en Colombia (763 411) correspondiente al 31,6%, Perú (477 060) con el 19,7% y Chile (472 827) con 19,5%. Asimismo, un total de 896 374 solicitudes de protección se han presentado (una solicitud puede abarcar más de una persona), principalmente en Perú con el 52,8% de las solicitudes; Brasil con el 14,2% de las solicitudes; y Estados Unidos con el 11,9%. Colombia registra el 0,6% de solicitudes a mayo de 2019. De las 896 374 solicitudes, actualizadas de forma global al 5 de junio de 2020, se han concedido 93 291 estatus de refugiados principalmente en Brasil, España, Estados Unidos, México y Canadá.

Datos de Migración Colombia publicados el 3 de agosto del presente año, resaltan que, durante los meses de marzo a agosto, habrían retornado aproximadamente 95 mil personas venezolanas a causa de la declaratoria de emergencia sanitaria por la COVID-19, reportando cerca de 1 730 000 ciudadanos venezolanos en Colombia⁴¹, de los cuales se estima que el 57% estaría de forma irregular en el país.

³⁷ Oscar Calderón, de la Oficina Regional del Servicio Jesuita para los Refugiados, Conversatorio virtual en el marco de la Semana por la paz, 20 de junio de 2020.

³⁸ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Venezuela: Nota de orientación sobre consideraciones de protección internacional para los venezolanos. Actualización I, 21 mayo 2019, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/5ce2d44c4.html>. Revisado: 19 agosto 2020.

³⁹ Entrevista realizada a Lina Peña, especialista en temas de refugio y migraciones, 21 de julio 2020.

⁴⁰ <https://r4v.info/es/situations/platform>. Consultado el 19 de agosto de 2020

⁴¹ <https://www.migracioncolombia.gov.co/noticias/para-finales-del-mes-de-mayo-el-3-del-total-de-venezolanos-que-se-encontraban-en-colombia-al-comienzo-de-la-pandemia-habia-regresado-a-su-pais-y-un-2-mas-estaria-a-la-espera-de-poder-hacerlo>



A este fenómeno de retorno al país de origen se le ha denominado *migración en reversa*, una forma de migración inédita en las Américas⁴², que se presenta debido a la agudización de las ya precarias condiciones económicas que esta población vive en los países de destino, afectando la garantía de todos sus derechos y su supervivencia en condiciones dignas. Sin embargo, y particularmente en el contexto de la pandemia actual, existe una inquietud creciente sobre si estos retornos son voluntarios o forzados, motivados por las precarias condiciones que están viviendo en los lugares de destino, entre las que se destacan el aumento del desempleo formal e informal y la consecuente pérdida de ingresos económicos; el aumento de los desalojos de sus lugares de vivienda en el país receptor ante la incapacidad para pagar los arriendos establecidos; y la negativa en el acceso a los servicios de salud, entre otros.

Lenyerly de 19 años, migrante venezolana residente en Bogotá cuenta la historia de su mamá y sus hermanos de 7 y 9 años, quienes debido a la agudización de la situación económica en el contexto de emergencia sanitaria en Colombia tuvieron que emprender a pie el regreso hacia Venezuela:

“Mi mamá se devolvió hace como dos meses con ellos [los hermanos menores] porque ellos pasaron mucho trabajo, los sacaron porque no podían pagar el arriendo, no tenían qué comer. Ellos estaban pidiendo por todas partes y en la cuarentena todo se puso rudo. Yo no tenía que ponerle a mi hijo, no tenía pañales, todo se puso muy difícil en la cuarentena. Mi mamá se fue caminando con los niños y con mi hermana que está embarazada, mi hermana tiene 17 años (...) Ellos se fueron porque no tenían donde quedarse, yo no podía dejarlos donde yo vivía porque nos sacaban. El señor [arrendatario] nos dijo, si los aceptan aquí, los sacamos a ustedes. ¡Imagínate!, yo tenía el niño chiquito recién nacido, cómo yo hacía por allá en la calle con el niño (...) Entonces ella se fue a pie de aquí hasta Bucaramanga, duró siete días caminando, nosotros estábamos hasta preocupados. Yo puse en el Facebook fotos de ella por si alguien la había visto y puse fotos de mis hermanos porque no aparecían, no se habían comunicado. Cuando apareció nos contó que en el camino les robaron la ropa, les robaron todo”⁴³.

A causa de la migración en reversa, las personas venezolanas deben afrontar nuevamente largas travesías; sufriendo las inclemencias del camino por trochas y carreteras con condiciones climáticas extremas, la escasez de alimentos, agua potable y riesgos de seguridad que se acentúan en el caso de las mujeres. En este contexto, niños, niñas, mujeres embarazadas y lactantes han quedado estancadas en ciudades sin las condiciones mínimas para satisfacer sus necesidades básicas de vivienda, salud, nutrición. Al mismo tiempo, no pueden acceder a los elementos de aseo y de bioseguridad requeridos en medio de la pandemia, además de ser víctimas de xenofobia y aporofobia en su trasegar.

Las mujeres, son frecuentemente víctimas de trata de personas, explotación laboral, explotación sexual, violencia sexual, entre otros muchos vejámenes que organizaciones sociales y medios de comunicación han documentado ampliamente.

⁴² Colombia. Covid-19 e (In)movilidad en las Américas. En: <https://www.inmovilidadamericas.org/en-reversa>. Revisado 18 de agosto de 2020.

⁴³ Entrevista realizada a Lenyerly Silva, agosto de 2020.



Según cifras del grupo de investigación CER-migracions, de la Universidad de Barcelona, hasta noviembre del año 2019 al menos 145 mujeres de nacionalidad venezolanas fallecieron o fueron asesinadas en Colombia, dando cuenta de las múltiples vulnerabilidades que deben afrontar cuando deciden emprender sus procesos migratorios, y más aún cuando provienen de contextos de crisis.

Dicho proyecto se alimenta a través de información de prensa y es preciso en aclarar que esta información es solo un acercamiento al tema, pero da cuenta de la grave situación de vulneración de derechos de las mujeres venezolanas, al documentar más de 170 casos de asesinatos y fallecimientos, que implican la muerte de más de 200 mujeres en 17 países; siendo Colombia el país donde más se cometen los crímenes y presentan los fallecimientos. “Una verdadera masacre que es el producto de una emergencia con múltiples facetas como feminicidio, violencia sexual, trata y esclavitud, violencia psicológica, prostitución y explotación laboral, estereotipos hipersexualizados, xenofobia y aporofobia. Colombia (94 casos) y Perú (24 casos) lideran este escalofriante ranking”⁴⁴. Algunos de los casos documentados en dicho proyecto evidencian el fallecimiento a causa de la inasistencia en salud.



Georreferenciación de casos de muertes violentas de mujeres venezolanas en Colombia.

Fuente: www.cermigracions.org

b. Estudio de caso: ¿quiénes son y por qué migran las mujeres venezolanas a Colombia?

Las principales razones que han llevado a la población venezolana a salir de su país y asentarse en Colombia, responden a suplir necesidades insatisfechas de alimentación, salud, servicios públicos, educación, empleo, motivos de inseguridad y razones políticas. Para el caso de las mujeres se suma la “falta de acceso a atención de salud prenatal y postnatal y la insuficiencia de mecanismos de protección frente a la violencia doméstica”⁴⁵. La tasa de mortalidad materna en Venezuela, para el año 2017, se sitúa en 125 muertes por cada 100 mil nacidos vivos; por su parte, 25 de cada mil niños y niñas mueren antes de cumplir los cinco años⁴⁶. La tasa de mortalidad materna en Venezuela, entre los años 2015 y 2016, aumentó en 66%, desde esa fecha no hay reportes oficiales. En cuanto a mortalidad perinatal, los proveedores de salud en Venezuela asocian el aumento de los abortos espontáneos con deficiencias nutricionales y la falta de atención prenatal. Mientras los inducidos con fallas en la planificación familiar y en el acceso a métodos anticonceptivos”⁴⁷.

⁴⁴ Mapa de las mujeres migrantes y refugiadas muertas en el extranjero. http://www.cermigracions.org/es/blog/mapa-de-las-mujeres-venezolanas-migrantes-y-refugiadas-muertas-en-el-extranjero#_ftn2. Consultado el 15 de agosto de 2020

⁴⁵ Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela, 2019, Organización de las Naciones Unidas. Página 14.

⁴⁶ WHO et al, 2017, Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017. En Equilibrium CenDE. “La falsa promesa del feminismo desde el régimen venezolano”. <https://equilibriumcende.com/la-falsa-promesa-del-feminismo-desde-el-regimen-venezolano/>

⁴⁷ Migrar para parir: la crisis de los derechos sexuales y reproductivos en Venezuela, 2019, En: <https://www.mutante.org/materiales/migrar-para-parir-la-crisis-de-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-en-venezuela>.



Las mujeres venezolanas participantes de este estudio salieron de Venezuela entre los años 2015 y 2019. Se encuentran en el rango de edad de los 18 a los 47 años, la mayoría de mujeres entre los 18 y 25 años, motivadas por la búsqueda de satisfacer necesidades básicas y acceso a servicios de salud.

“Era rudo [la situación económica de la familia en Venezuela] porque a veces no teníamos que comer y cuando mi papá podía, él llevaba las cosas y él me decía: hija, se me hace difícil llevarle comida a tu mamá, a tus hermanos, tengo que hacer muchas cosas para poder llevarles de comer... Nosotros éramos cinco en la familia, diario nos gastábamos tres dólares o dos dólares, casi un salario mínimo. Nos llegaban las ayudas de comida de vez en cuando, no era todo el tiempo (...) Yo me quería venir porque quería que mi hijo estuviera bien, que tuviera sus pañales, su leche, su comida, porque allá como no podía comprar pañales, ni fruta como compro aquí”⁴⁸.

Generalmente el primero en migrar fue la pareja, motivado por las difíciles situaciones socioeconómicas en Venezuela, la escasez de alimentos, la carestía en los productos básicos y la falta de empleo. Todas las familias contaron con redes de apoyo para la migración: familiares, amigos y conocidos cercanos les brindaron una mano para emprender el viaje.

(Como muestra la tabla 1: Caracterización de Mujeres participantes en el estudio de caso) Solo una de las mujeres entrevistadas tiene estudios de post grado y nueve cuentan con el bachillerato completo. El 50% se reconocen como Morenas (según clasificación del censo de Venezuela 2011), 1 como indígena y las demás como blancas. En el lugar de destino, Bogotá, Puerto Carreño y La Primavera (municipio de Vichada), las mujeres se dedican al trabajo informal, vendedoras ambulantes, empleadas en tiendas, billares, restaurantes, costureras, algunas desempleadas a causa de la pandemia y otras son amas de casa. Solo una mujer estuvo afiliada al sistema de salud en Colombia, debido a que su esposo trabajaba en construcción y ella podía acceder al sistema de seguridad social como beneficiaria, actualmente su esposo es desempleado a causa de la pandemia y tuvieron que suspender los pagos a la seguridad social, pese a que ella se encuentra en estado de gestación. Las demás mujeres no han estado afiliadas al sistema, bien sea por falta de documentación, por falta de ingresos económicos que les permitan afiliarse al régimen contributivo o por falta de información y acceso a los tramites de la encuesta del SISBEN para poder acceder al régimen subsidiado.

Respecto al número de hijos, la mayoría tienen entre 2 y 4 hijos, resaltamos los embarazos a temprana edad, una de las mujeres entrevistadas de 18 años residente en Bogotá, tuvo su primer embarazo a los 15 años (la beba falleció en Venezuela, el día del nacimiento por inasistencia médica), su segundo embarazo a los 16 años (su hijo tiene un año) y, actualmente, se encuentra en estado de embarazo de 23 semanas de gestación. Otra de las mujeres entrevistadas, de 19 años tiene 3 hijos, dos viven en Venezuela (de 5 y 2 años) y el menor, de un mes, en La Primavera con ella. Esta situación resalta, de nuevo, la importancia de garantizar el acceso a información y métodos anticonceptivos, que permitan a estas mujeres, y familias, decidir cuántos hijos quieren tener. Varias mujeres han asistido a centros de salud en búsqueda de atención en salud sexual y ninguna ha accedido efectivamente.

Como consecuencia de las precarias condiciones económicas se destaca el limitado acceso a los alimentos; es una constante evidenciar las malas condiciones de nutrición en la que se encuentran las mujeres gestantes venezolanas en su país. La falta de alimentación balanceada ha generado que muchas de las mujeres lleguen a los servicios de salud en Colombia en condiciones de desnutrición, bajo peso y anemia, como lo relata un médico obstetra que atiende a mujeres venezolanas en el Hospital Público de Cartagena⁴⁹. Ante una situación de hambre las mujeres son las que más sufren,

⁴⁸ Entrevista realizada a Lenyerly Silva, Bogotá 27 de agosto de 2020.

⁴⁹ Entrevista realizada a médico obstetra, que prefiere reservar su nombre, Cartagena 21 de junio 2020.



debido a que el alimento es priorizado para los hijos y la pareja, quien generalmente es el proveedor económico. “El Fondo de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura reportó que 3.7 millones de venezolanos(as) se encuentran en estado de desnutrición y la ONG Cáritas confirmó particularmente altos niveles de desnutrición entre niños, niñas y mujeres embarazadas”⁵⁰.

“El problema es la nutrición, porque acá las mujeres no se están alimentando bien. Tengo pacientes y familias que conozco que deciden comer una sola vez al día y la comida es arroz, pasta, frijoles o lentejas. Es una cosa al día y hay mucha gente en esa situación, creo que también interviene mucho con la preeclamsia el hecho de no comer vegetales, comer muchos carbohidratos (...), aquí llegan mucho los salchichones de Colombia, que son muy malos. No es que Colombia fabrique cosas malas, sino que son cosas baratísimas, de 4 000 o 3 500 pesos y duran días por allí, y la gente come eso; esa es la única proteína que mucha gente come”⁵¹.

Leudis comenta que decidió salir de Venezuela cuando se enteró que estaba embarazada:

“Mira allá hay muchas cosas que son gratis. Lo que pasa es que por lo menos en los seguros y en los hospitales que son gratis no hay doctores, hay muchos problemas con eso porque no hay doctores ni nadie que te atienda. El servicio de salud es demasiado malo allá y entonces si vas a una cosa paga, ya allá todo es un dólar, 2 dólares, 20 dólares y todo era muy costoso, era casi que imposible (...) cada ecografía costaba 25 dólares. No sé cuánto me habría gastado en todo no sé, nunca he sacado la cuenta, ¡pero sí cada ecografía costaba 25 dólares y yo me hice acá una cada mes... imagínate!”⁵².

El aumento en el número de mujeres venezolanas que son atendidas en sus partos en zonas de frontera ampliada da cuenta de ello. Un funcionario de la Secretaría de Salud del Vichada indica que es evidente el aumento en la atención materna a mujeres venezolanas, particularmente durante los últimos tres años. Organizaciones no gubernamentales, sociales y otras agencias de cooperación internacional como OIM, Acción Contra el Hambre, CISP y la Pastoral Social de Puerto Carreño han ejecutado, en los últimos tres años, proyectos encaminados a atender la emergencia humanitaria, destacándose la atención a mujeres y familias gestantes. De igual forma, el médico obstetra consultado en la ciudad de Cartagena, cuenta que de 10 mujeres que atiende por turno, en promedio 7 u 8 son venezolanas, algunas que viven en Cartagena y otras que llegan solo a la atención del parto.

c. Efectos del colapso de los servicios de salud en Venezuela sobre la salud de las mujeres gestantes

Sin duda, las dificultades que presenta en la actualidad Venezuela para atender de forma eficiente las necesidades de salud de su población son una de las razones principales por lo que las mujeres en estado de gestación deciden salir de su país. En los documentos de análisis, es frecuente encontrar información sobre la falta de personal médico idóneo en los hospitales, asociada a la oleada de emigración de personal médico especializado de Venezuela, la escasez de medicamentos, los problemas de electricidad que se presentan en los centros de salud y la carestía en los insumos médicos que deben ser adquiridos por los pacientes para ser atendidos.

⁵⁰ Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela, 2019, Organización de las Naciones Unidas. Página 4.

⁵¹ Entrevista realizada a Luz Patricia Briceño, madre que parió en Colombia y médica general y puerista, especializada en atención materna fetal, quien ejerce su profesión en Puerto Ayacucho, Puerto Ayacucho 16 de julio del 2020.

⁵² Entrevista realizada Leudis Paredes, Bogotá 7 de julio de 2020.



“El sistema de salud no tiene afiliación. Basta con ser venezolano para que, se supone en teoría, todo debería ser perfecto. Todo es gratis, el tiempo que estuve trabajando ahí [en un hospital del Estado de Amazonas], nadie tenía que pagar nada, ni extranjeros ni venezolanos ... era lo contrario, los colombianos venían mucho a los ambulatorios porque los medicamentos se los regalaban, todavía hay cosas que se regalan, pero es difícil acceder. Hay seguros médicos privados, pero no funcionan porque no alcanzan a cubrir lo que se necesita (...) El sistema de salud está colapsado desde el 2013 que empezó la escasez de medicinas, en ese tiempo yo fui directora del hospital. En el 2012–2013 empezó el éxodo de médicos venezolanos, la mayoría de médicos especialistas se fueron en ese año de Venezuela. En [el estado] Amazonas tenemos una particularidad, hace un año se abrió el Hospital Materno de Puerto Ayacucho, pero desde que se abrió no descendió la tasa de mortalidad materno infantil, porque botaron a todos los especialistas y colocaron a un personal que no estaba preparado, supuestamente trajeron médicos cubanos especialistas, que para mi entender, sé cuál es la jugada de Cuba, a veces mandan residentes de primer año, sin que sean especialistas, entonces ocurrió con ginecobstetras, anestesiólogos, cirujanos, gastroenterólogos que no son especialistas y los mandan a cubrir la vacante como si fueran especialistas, entonces el miedo [de las madres gestantes] era bastante grande, de diez que entraban, se ponían graves o se moría una (...) es cierto que incluso para una cesárea toca de hecho colocar hasta el ibuprofeno, la gaza, la jeringa, el kit de todo. A veces el mismo trabajador del hospital es el que lo vende, es una locura... y los precios están en dólares, un kit de esos te puede costar hasta 70 dólares. Hay personas que no pueden cubrir eso”⁵³.

Los graves casos de negligencia médica para la atención de las madres gestantes y la falta de especialistas para atender los partos que requieren supervisión médica, han generado unas altas tasas de muertes maternas y neonatales, como se enunció anteriormente. Este es el caso de Lenyerly, quien a sus 16 años perdió a su beba el mismo día del parto, por inasistencia médica, un grave hecho de violencia obstétrica.

“Me revisaron y me dijeron que no, todavía no, tienes que esperarte, pero yo ya había roto (sic) fuente, pero yo no sentía el líquido, tenían que haberme atendido, una cesárea de urgencia porque yo no tenía dolores, pero ya había botado todo el líquido. Llegué a la 1am y me atendieron a las 8am. Cuando yo llegué me hicieron un eco, y estaba bien la niña y me dijeron, tienes que esperarte porque todavía no has dilatado completo, y cuando ya me volvieron a hacer otro eco a las 8am cuando ya me atendieron, a la niña no se le escuchaban los latidos del corazón y entonces me dijeron, no tu bebé falleció, tienes la bebé muerta en la barriga y me la pusieron a parir así (...) Esto fue negligencia médica, porque ahí tienen los aparatos y todo eso pero no atienden a las personas a tiempo, las dejan esperando, los doctores como son puros pasantes, no están los doctores como tal, porque todos se fueron del país y no saben atender muy bien a las personas”⁵⁴.

d. Vichada y Bogotá: dos perspectivas territoriales

Según cifras del RAMV, entre abril y junio de 2018, se registraron en esta plataforma 442 462 personas, correspondientes a 253 575 familias. El 49,67% corresponde a mujeres (219 769). De los 118 709 menores de edad registrados, 50 729 niñas y niños están entre los 0 y 5 años de edad. A su vez, 58 667 son niñas menores de 18 años.

⁵³ Entrevista realizada a Patricia Briceño, Puerto Ayacucho, 16 de julio del 2020.

⁵⁴ Entrevista realizada a Lenyerly Silva, Bogotá 27 de agosto de 2020.



A la pregunta del RAMV “¿qué grupos de personas quedaron sin alimento en los últimos 3 meses?” 4.787 personas responden al grupo de madres gestantes o lactantes.

A la pregunta “¿Mujeres gestantes de su hogar están consumiendo suplementos?”: 4 037 responden que SÍ frente a un 4 172 que dicen que no. Según los datos recopilados en el desarrollo de esta investigación, la mayoría de las madres en su etapa de gestación no tuvo acceso a suplementos alimenticios en Colombia ni en Venezuela, o tuvieron que adquirirlas por cuenta propia, agudizando los riesgos de mal nutrición y desnutrición con que algunas de ellas contaban al momento de parir.

Las personas que no tienen definida su situación migratoria no pueden afiliarse al sistema de seguridad social en Colombia: de 442 462 personas registradas en el RAMV, 437 513 no están afiliadas. Solo una de las 14 mujeres participantes de este estudio estuvo afiliada al sistema de seguridad social, en este momento se encuentra fuera del mismo debido al desempleo de su esposo.

De las 8 209 mujeres embarazadas, 6 304 (76,7%) no contaron con controles prenatales, datos que son corroborados por las madres venezolanas que participaron de esta investigación, solo 3 mujeres de 14 encuestadas, accedieron a controles prenatales por medio del sistema de salud; las demás, en caso de haberlo hecho tuvieron que acceder a estos servicios de forma particular. Los sesgos subjetivos y la discrecionalidad con la que cuentan los centros hospitalarios y de salud, más aún si son privados, se convierten en una barrera de acceso que impide la atención oportuna e integral, situación que aumenta el riesgo de morbimortalidad materno infantil.

Según datos recopilados en Puerto Carreño, una ecografía tiene un valor cercano a los 40 dólares mientras que en Bogotá puede encontrarse desde los 11 dólares, aumentando significativamente los costos para quienes deben y deciden practicarse los controles prenatales por cuenta propia.

En Bogotá y La Primavera (Vichada), las dificultades para el acceso a servicios de salud materna son evidentes a partir del análisis que se logra desprender de las entrevistas realizadas a funcionarios públicos, miembros de organizaciones de la sociedad civil y a las madres a quienes llevando embarazos de alto riesgo o estando en trabajo de parto, les fueron negados los servicios de salud de urgencias; el resultado es una grave situación de violencia obstétrica institucional. Caso contrario se vive en Puerto Carreño, donde las mujeres cuentan con amplia oferta de organizaciones humanitarias para acceder de manera efectiva, gratuita y de calidad a los servicios de salud prestados por el Hospital, gracias al trabajo articulado entre la Secretaria de Salud, el Hospital y las ONG.

e. Vichada: condiciones de atención en salud

El departamento del Vichada, cuya capital es Puerto Carreño, comparte una amplia, dinámica y compleja frontera con Venezuela y los Estados de Apure, Bolívar y Amazonas. De acuerdo a la Dirección Nacional de Estadística de Colombia - DANE, el Departamento del Vichada cuenta con una población de 73 702 personas (proyecciones para 2016), siendo el tercer departamento menos poblado del país, con una presencia de 28 mil indígenas. El Vichada es uno de los departamentos con mayor índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, según datos del Censo de Población y Vivienda del año 2018⁵⁵, que cuenta con el 67% de su población con NBI, 50,68% en estado de miseria, teniendo la mayor relevancia el componente de vivienda y servicios (en el cual se encuentran los servicios de salud).

⁵⁵ <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>



DIAGNÓSTICO	EDADES	CASOS
PARTOS ÚNICOS ENTRE ASISTIDOS Y ESPONTÁNEOS	13 - 17 AÑOS	189
	18 - 39 AÑOS	591
	TOTAL	780
ABORTOS RETENIDOS	17 - 19 AÑOS	7
EMBARAZOS ABDOMINALES	18 - 30 AÑOS	63
HEMORRAGIA PRECOZ DEL EMBARAZO	17 - 31 AÑOS	7
SÍFILIS QUE COMPLICA EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	18 AÑOS	15
SÍFILIS LACTANTE NO ESPECIFICADA	23 AÑOS	1
INFECCIONES INTESTINALES	0 - 4 AÑOS	81
PALUDISMO	1 - 3 AÑOS	3
DIARREAS Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1 - 4 AÑOS	17
DESNUTRICIÓN PROTEICOALÓRICA	1 - 4 AÑOS	9

Tabla 4. Mujeres venezolanas, niñas y niños, atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Puerto Carreño. Según el Boletín Epidemiológico Semanal de 2019, el departamento reporta las razones de mortalidad perinatal y neonatal tardía más alta del país para los cuidados prenatales, atención del parto y del recién nacido⁵⁶.

El departamento cuenta con un Puesto de Control Migratorio fluvial y se ubica en la capital, Puerto Carreño. Según registro de Migración Colombia, durante el transcurso del día, ingresan un total de 215 personas, de las cuales 202 retornan a su lugar de origen. Por tanto, al 31 de marzo de 2019 Migración Colombia ha registrado en el departamento de Vichada 1 875 migrantes regulares, aunque la frontera cuenta con más de 2 mil puntos de entradas irregulares, por lo que probablemente la cifra dada por Migración Colombia sea un estimado. En el departamento del Vichada se presenta la migración pendular (personas que, viviendo en Venezuela, ingresan a Colombia para proveerse de bienes y servicios) y la población con vocación de permanencia que se ubica en las cabeceras municipales, sobre todo en Puerto Carreño por ser capital del departamento.

A continuación, la Tabla 4, presenta un resumen de la población venezolana femenina, atendida en el Hospital San Juan de Dios de Puerto Carreño, elaborada por la Pastoral Social de Puerto Carreño en agosto de 2020, con datos del Hospital, y da cuenta de las complejas situaciones de salud que afrontan las mujeres, gestantes y los niños y niñas 0 a 5 años. Destacándose la atención de partos.

Los factores que explican estas altas cifras de mortalidad perinatal y neonatal son varios: “primero, porque el Vichada es un departamento con una extensión muy grande, lo que hace complejo que la población indígena y rural dispersa cuente a tiempo con los servicios de salud requeridos, en especial las madres gestantes. Asimismo, esta cifra es alimentada por las mujeres venezolanas, que muchas veces llegan en muy malas condiciones de salud a atenderse en el hospital de Puerto Carreño y desafortunadamente fallecen, muchas veces antes de lograr una atención médica”⁵⁷. Este diagnóstico es también compartido por otras organizaciones que conocen el territorio:

“Realmente el tema [de la mortalidad materno infantil] tiene que ver con la dificultad de acceso de las mujeres al control prenatal, lo mismo que para las mujeres colombianas que se encuentran ubicadas en la zona rural del departamento, es para las mujeres venezolanas. Vichada es un departamento muy extenso, tiene municipios como el de Cumaribo, que tiene más de 60% de la población del departamento, con una altísima participación de población indígena y que se encuentran en una dispersión geográfica que implica que haya menos de un habitante por kilómetro cuadrado, entonces llegar a estas poblaciones implica una inversión de recursos bastante representativos, significa que hay que hacer jornadas de

⁵⁶ Boletín Epidemiológico Semanal (BES), 17 al 23 de marzo de 2019. Mortalidad Perinatal y Neonatal.

⁵⁷ Entrevista realizada a funcionario de la secretaria de Salud, quien prefiere reservar su nombre, Puerto Carreño 6 de agosto del 2020.



atención, llevar implementos de salud a la población que no tiene como movilizarse ni como asumir un transporte vía fluvial, vía terrestre para llegar a los centros de atención”⁵⁸.

Por su parte el Proyecto Cermigracions, de la Universidad de Barcelona analiza que: “la falta de atención médica en Venezuela hace que algunas mujeres abandonen el país en condiciones de salud ya precarias y que mueran poco después de haber cruzado la frontera con Colombia”⁵⁹. Ante estas precarias condiciones en Venezuela y en Vichada, en Puerto Carreño las organizaciones sociales como OIM, Pastoral Social y CISP, apoyan a las mujeres gestantes en el acceso efectivo al derecho a la salud materna. OIM⁶⁰, por su parte, ha atendido a cerca de 900 mujeres en la línea de salud sexual y reproductiva en el curso de preparación para la maternidad y paternidad. Asimismo, apoya a la población gestante venezolana en el acceso a servicios de salud prenatal, para lo cual ha firmado un convenio con el Hospital Departamental de Puerto Carreño.

A pesar de las altas cifras de mortalidad perinatal y neonatal en Vichada, la presencia de instituciones no gubernamentales, así como el trabajo de la Secretaria de Salud del departamento, quien vela por la atención en salud de calidad a las mujeres gestantes venezolanas, contribuyen a que una alta proporción de mujeres gestantes que llegan a Puerto Carreño cuenten con el acceso a servicios de atención en salud materna. Como en el caso de Patricia y Yanuaris, esta última quien comenta la atención recibida en el Hospital Departamental San Juan de Dios en Puerto Carreño:

“Me siento muy agradecida de la medicina colombiana, ya que salvaron la vida de mi hija y la mía, ya que en el momento de la cesárea quedé en coma por el derrame de sangre que tuve (sic). Tuve una cesárea de emergencia ya que se presentó una hemorragia por placenta previa y la bebe venía con una malformación en la pared abdominal. A mí y a mi hija nos remitieron a Villavicencio, donde me atendieron y me salvaron la vida y nos apoyaron a mí y a mi pareja durante 4 meses de estadia en Villavicencio (...) de mi parto cambiaría el haber podido tener controles prenatales de calidad en mi país, la doctora que me vio no se dio cuenta de las dificultades con que venía mi hija, y nosotros no estábamos preparados para eso. Hasta los médicos en Venezuela me dicen que si la hubiera tenido acá otra sería la historia, seguramente estaríamos muertas”.

Desafortunadamente, según el estudio de caso, esta misma situación no se presenta en el municipio de La Primavera, donde Lucimar nos cuenta de la discriminación ejercida por algunos funcionarios del hospital, las barreras para el acceso a servicios de salud de urgencias y prenatal y la falta de atención médica a su hijo recién nacido, aduciendo a que no está de manera regular en el país.

Después de varios inconvenientes para el acceso a servicios de salud para atender su embarazo de alto riesgo, por sus antecedentes en los embarazos previos, Lucimar logra establecer una relación de confianza con una funcionaria de la Alcaldía del municipio quien le informa de los derechos que tienen por ser madre gestante venezolana. Gracias a esta funcionaria, Lucimar escucha sobre parto respetado y humanizado, además de la atención de calidad a la que tiene derecho. Aun así, ella tuvo que cubrir altos costos en medicamentos y exámenes diagnósticos, llegando aproximadamente a los 270 dólares en gastos para su salud materna antes de acceder a la oferta de servicios de la Alcaldía.

“Primero, la jefa del hospital, ella era la que siempre me trataba mal por ser venezolana. Siempre cuando iba a los controles, antes de que me atendiera el doctor, ella entonces me daba una cita para otro día, diciendo que no, que no sé qué, que aquí el venezolano no tiene opción de nada

⁵⁸ Entrevista realizada a la coordinadora territorial de la OIM para el Vichada y Norte de Santander, 11 de agosto de 2020

⁵⁹http://www.cermigracions.org/es/blog/mapa-de-las-mujeres-venezolanas-migrantes-y-refugiadas-muertas-en-el-extranjero#_ftn2

⁶⁰ Entrevista realizada a enfermera profesional vinculada al proyecto de fortalecimiento institucional de la OIM.



(...) Si no hubiera contado con el apoyo de la alcaldía hubiera sido muy complicado, porque en ese tiempo no tenía trabajo, no tenía apoyo, y a lo último no tenía si quiera mil pesos.”⁶¹.

A la pregunta hecha a Lucimar sobre si siente que fue víctima de violencia obstétrica en Colombia, con voz fuerte y determinante responde: ¡Sí! Ella conoce bien el concepto de violencia obstétrica, comenta que, en Venezuela, durante sus dos embarazos anteriores fue ampliamente informada acerca de este tema.

f. Bogotá: condiciones de atención en salud para las mujeres gestantes venezolanas

Según datos del Censo de Población y Vivienda del año 2018, Bogotá cuenta con una población de 7 181 469 de personas, de los cuales 3 433 604 son hombres y 3 747 944 son mujeres. Cuenta con una proporción de personas en Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI del 3,36% y el 0,24% de su población está en condición de miseria, siendo el hacinamiento y la inasistencia los componentes de mayor relevancia⁶². Según datos de Migración Colombia⁶³, a mayo 2020 Bogotá albergaba 347 178 personas venezolanas, el 20% de la población que se encuentra en el país, de las cuales 50,3% son mujeres en edades entre los 15 y 59 años de edad.

Bogotá se convierte en uno de los principales destinos de las personas migrantes por las posibilidades de inserción laboral que ofrece la ciudad, los trabajos informales en oficios varios, las ventas ambulantes que permiten obtener algún sustento diario y las redes de apoyo de familiares y amigos. Franyeli, madre gestante comenta porqué su decisión de migrar hacia Bogotá:

“Primero se vino él [su pareja], así tipo inmigrante, porque como en Cúcuta no se conseguía trabajo. O sea, como a los dos meses que nosotros llegamos, fue cuando todo el mundo quiso pasar, ya la situación en Cúcuta estaba cruda. Ya todo el mundo quería ir para Cúcuta. Y como Cúcuta es toda la frontera ya el trabajo estaba muy escaso, pagan muy poquito y él se vino primero para Bogotá, para donde un primo y se puso a trabajar y eso, y como a los dos tres meses yo me vine”.

La mayoría de mujeres que respondieron la encuesta diseñada para este estudio habitan en Bogotá y dan cuenta de las dificultades que han debido afrontar para poder acceder a los servicios de salud durante sus procesos de gestación, parto y post parto, al no tener su situación migratoria definida. En las entrevistas a profundidad realizadas, solo una de las mujeres tomó la decisión de migrar a Bogotá en estado de embarazo, las demás quedan en embarazo una vez se ubican en la ciudad. Las mujeres que previamente tuvieron hijos en Venezuela, toman la decisión de migrar para reunificar las familias, ya que la mayoría de parejas se encontraban en Colombia antes que ellas, buscando una mejor calidad de vida para ellas y sus hijos.

Aunque Bogotá cuenta con la red de servicios de salud más amplia del país, las barreras en el acceso a servicios de salud para las mujeres gestantes venezolanas siguen siendo una constante, poniendo en riesgo la salud materna e infantil. Adicionalmente, la dispersión de la población en la ciudad, el poco conocimiento sobre las rutas de atención y la ausencia de programas de apoyo humanitario a madres gestantes las colocan en un grado de vulnerabilidad aún mayor. Las condiciones que se presentan para el acceso oportuno y de calidad de mujeres gestantes venezolanas a servicios de salud en la ciudad capital contribuyen a una creciente incidencia de la violencia obstétrica institucional.

⁶¹ Entrevista realizada a Lucimar, La Primavera (departamento de Vichada), 22 de agosto de 2020.

⁶² <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>

⁶³ <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-mayo-de-2020>



Sin embargo, entre las mismas mujeres, han surgido prácticas solidarias de comunicación para informar a las madres gestantes de sus círculos cercanos sobre cuáles son los centros de salud que prestan atención gratuita y de calidad en los controles prenatales y la atención del parto. Después de haberles cerrado las puertas en varios centros de salud ellas mismas circulan la información de dónde las atienden.

Uno de los casos de violencia obstétrica institucional, violencia discursiva y física más representativos en este estudio de caso, es el de Leudis Paredes, de 22 años de edad, a quien en ninguno de los centros de salud consultados por ella le brindaron los controles médicos prenatales, teniendo que asumir altos costos para el seguimiento particular del mismo. Ella solo pudo acceder a ecografías mensuales, sin tener éxito en el seguimiento médico por obstetricia debido a los altos costos (81 dólares) que le exigían para abrir su historia clínica. Adicionalmente, estando en trabajo de parto le negaron el acceso en dos centros médicos.

“A las 5 de la mañana fuimos a [CAPS] Chapinero, a mí me dijeron que podía dar a luz ahí, [pero cuando llegué] me dijeron que no había ginecólogo. Entonces ellos me mandaron para la Clínica San Ignacio, yo no sabía que esa clínica era privada. Entonces llegué por urgencias, me abrieron la historia clínica y todo normal, me hicieron una ecografía (...) me dijeron que tenía muy poco líquido que ya lo había botado casi todo y que tenía que quedarme porque tenía 4 días pasados el parto. Que en el transcurso del día yo daba a luz (...) a los 10 minutos vino una enfermera a darme una carpeta para que firmara, le pregunté que qué era eso, me dijo que era un convenio para que yo pagara el parto a cuotas. Cuando yo vi ¡eran 1 081 dólares! ¡Se me quitaron los dolores, se me quitó todo! (risas) (...) cuando voy saliendo me dan una cuenta de 60 dólares ... no duré ni 20 minutos ahí.

Entonces yo le dije que yo no podía pagar esa cantidad de plata. Entonces la doctora me dijo que, si yo no me atendía ahí la niña se me iba morir, me empezó a decir un poco de cosas ... que mi hija ya no tenía líquido y que ella se me podía morir ... Le dije que no que me tenía que ir y que bueno, bajo mi responsabilidad yo salía de ahí... y yo pensando “bueno Dios mío, cuídame”.

Las mujeres venezolanas en situación migratoria irregular experimentan desafíos adicionales en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Esta situación es recurrente escucharla en Bogotá, donde mujeres jóvenes, migrantes venezolanas en condición de vulnerabilidad y con necesidades de protección internacional, se dirigen a varios centros de salud para ser atendidas. Lenyerly, de 18 años, madre de un 1 niño y en estado de gestación, recorrió varios centros de salud en el barrio Bosa, hasta que una mujer venezolana le informó que en el Hospital de Meissen atendían los controles prenatales y el parto sin ningún costo:

“En ningún lado me querían atender, yo fui a muchas partes y me dijeron sin el PEP no te atendemos. Bueno y cómo voy a hacerlo sin el PEP, entonces yo dije, si me llegan a dar dolores o algo, cómo hago para yo tener mi hijo pues...”

Las redes de venezolanas que han pasado por el mismo proceso de embarazo en Colombia representan una red de apoyo y de intercambio de información: “conocí una muchacha que me dijo, en el Meissen están atendiendo a los venezolanos gratis, sin el PEP. Entonces, yo fui, pregunté y me dijeron si mamá, si estás embarazada te hacen la eco y los exámenes gratis, si no tienes que pagar. Entonces yo fui, me hicieron los exámenes y el eco y me dijeron, no mamá, usted tiene 5 meses de embarazo y no



me cobraron y me hicieron todo gratis, gracias a Dios (...) ya la próxima semana tengo de nuevo el control de los 6 meses”⁶⁴.

Por su parte, Franyeli (de 23 años), quien espera su segundo hijo, fue atendida dentro del sistema de salud sin ningún problema por estar en situación migratoria regularizada y estar afiliada al sistema de salud. Sin embargo, en su segundo embarazo, debido a que su esposo se quedó sin trabajo a causa de la pandemia y a ella le da temor contagiarse al salir a vender tintos, no han podido seguir aportando al sistema y sin posibilidad de llevar a cabo sus controles prenatales.

La Secretaria de Salud del Distrito cuenta con programas de atención a madres gestantes, lactantes y niños y niñas de primera infancia, dentro de los cuales se atiende a familias venezolanas siempre y cuando estén afiliadas al sistema de salud en el régimen subsidiado.

Al indagar con organizaciones sociales y expertos en temas migratorios sobre los motivos de la inasistencia humanitaria en Bogotá, aducen a la difícil ubicación de esta población por la dispersión del territorio, no es una ciudad focalizada para la atención humanitaria porque esta población se inserta laboralmente de forma más fácil y rápida que en otros lugares del país con mayores necesidades. Cerca de Bogotá, el trabajo de las organizaciones sociales se concentra más que todo en el municipio de Soacha al suroccidente de la capital.

“En el 2018 me reúno con diferentes organizaciones, pero estas no tenían una respuesta en Bogotá. Las organizaciones que estamos en la ciudad, es para revisar la situación que estaba dándose en las fronteras. Lo que hay ahorita en Bogotá es más que todo acompañamiento jurídico y algunas organizaciones a veces brindan recursos para traslados hacia otra ciudad, muchas personas venezolanas al principio no se querían quedar en Colombia, el país era visto más como un lugar de tránsito, muchas veces llegaban a Bogotá y se brindaba apoyo económico para que llegaran a la frontera sur y poder continuar con su recorrido”⁶⁵.

En Bogotá, así como en muchas partes del país, las mujeres venezolanas deben afrontar la negación de los servicios y el derecho a la salud, el acceso a medicamentos, a procedimientos médicos, el acceso a métodos de anticoncepción, sumado a la fuerte xenofobia y aporofobia que contra las mujeres migrantes venezolanas existe. Los medios de comunicación contribuyen a crear este imaginario colectivo de que la población venezolana migrante llega al país a aprovecharse y colapsar los servicios públicos, especialmente mujeres venezolanas en estado de embarazo: “pero, queridos venezolanos, acá no es como en su país, y qué bueno que no lo es, pues a punta de subsidios el socialismo del siglo XXI convirtió en paupérrimo al más rico país de la región. Así que la mejor manera de ser bien recibidos es tener conciencia de que, a pesar de los problemas internos, Colombia se las ha arreglado como ningún país para recibirlos, pero si ustedes se siguen reproduciendo como lo están haciendo, sería aún más difícil verlos como oportunidad para el desarrollo que como problema”⁶⁶.

g. Las diferentes manifestaciones de la violencia obstétrica en las historias de gestación y parto de las mujeres venezolanas que paren en Colombia

La violencia obstétrica es considerada por la OMS como una de las manifestaciones de la violencia basada en género, violatoria de los derechos humanos a la vida, a la intimidad, a la dignidad, a la

⁶⁴ Entrevista realizada a Lenyerly Silva, Bogotá 27 de agosto de 2020.

⁶⁵ Entrevista realizada a Luis Carlos Rodríguez de la Cruz, politólogo, experto en migración y refugio.

⁶⁶ Paren de parir, 2019, En:

<https://www.eltiempo.com/opinion/columnistas/claudia-palacios/paren-de-parir-columna-de-claudia-isabel-palacios-giraldo-374742>.

Consultado el 20 de agosto de 2020



igualdad, a la protección que debe brindar el Estado y la sociedad a la familia, afectando gravemente a la mujer y al recién nacido.

La VO está tipificada como una de las manifestaciones de la violencia basada en género que se perpetra hacia las mujeres, violando así una amplia gama de sus derechos humanos y específicamente los derechos sexuales y reproductivos.

- La violencia institucional: debido a la participación que el Estado tiene en ella, al favorecer un sistema de salud que genera una multiplicidad de prácticas que vulneran los DDHH, así como trámites administrativos que no favorecen el acceso a los servicios de forma oportuna, no provee los recursos económicos necesarios para que las instalaciones y la infraestructura de los centros de salud favorezcan una atención humana y respetada durante el trabajo de parto y el parto. Y sobre todo no legisla para garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios de salud requeridos, en este caso por las mujeres que se encuentran en necesidad de protección internacional.

Entre las barreras más significativas que encuentran las PNPI en Colombia, se cuentan las dificultades para la regularización de su situación migratoria, que les impide contar con un documento de identificación válido en el país receptor para realizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, a métodos anticonceptivos, a la interrupción del embarazo en los casos que contempla la ley, a una gestación saludable y partos respetados y humanizados.

La manifestación institucional de esta violencia, es favorecida por el sistema de salud en Colombia a partir del precepto que los afiliados al sistema son clientes-usuarios y no sujetos de derechos. Este análisis se encuentra ampliamente desarrollado en el texto de la Política Integral en Salud – PAIS de Colombia. Este tipo de VO contempla las barreras de acceso a servicios de salud para una maternidad saludable que las mujeres afrontan, como la negación de controles prenatales, de exámenes diagnósticos, de acceso a especialistas y demás requerimientos que la mujer y el feto necesiten para disminuir el riesgo de morbilidad materno infantil.

Este es el tipo de VO, que mayor incidencia tiene en las madres gestantes venezolanas migrantes y con necesidades de protección internacional, quienes encuentran en el sistema de salud en Colombia una barrera por no tener regularizada su situación migratoria, como se ha mencionado ampliamente en las secciones anteriores.

- Violencia cultural: ejercida por el cuerpo médico o funcionarios de los centros de salud al discriminar a una mujer y negar el acceso a los servicios por cuestiones culturales, como es el caso vivido por algunas de las mujeres participantes en este estudio, a quienes les fueron negados los servicios por el hecho de ser venezolanas.

Estudios publicados en la revista Colombiana de Obstetricia y Ginecológica hacen referencia a las mujeres que están más expuestas a que no se les garantice un parto respetado y humanizado, por lo cual hay una alta incidencia de violencia obstétrica cultural: “la desigualdad en la vivencia de la AHP (Atención Humanitaria del Parto) según edad, riesgo y nivel socioeconómico evidencia inequidad en la atención de salud a mujeres en condiciones de pobreza y marginación. Se requiere el compromiso de los profesionales de la salud y las instituciones para construir escenarios equitativos de AHP”⁶⁷. Dentro del grupo de mujeres en condición de pobreza y marginación, se encuentran las mujeres

⁶⁷ Flor de María Cáceres-Manrique, Giselly Mayerly Nieves-Cuervo, 2017, Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. En: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/issue/view/362/19>



gestantes venezolanas provenientes de contextos de crisis y con necesidades de protección internacional.

Esta fue la experiencia de Lucimar a quien, a pesar de tener un embarazo de alto riesgo por tensión alta y toxoplasmosis, le negaron reiterativamente la atención en el hospital municipal aduciendo que por ser venezolana “indocumentada” no tenía derecho al servicio de salud, poniendo en grave riesgo la vida de ella y de su hijo.

- Violencia emocional, psicológica y discursiva: hace referencia a las expresiones utilizadas por el personal médico que afectan directamente la emocionalidad de las mujeres.

Dos de las mujeres partícipes del estudio expresaron haber vivido violencia discursiva y emocional durante su gestación y parto en Colombia. Es el caso de Leudis, cuando la enfermera le dice: “si se va de acá su hija se muere”, esta es una de las recurrentes expresiones del cuerpo médico para constreñir la decisión de la madre frente a su proceso de embarazo y parto, buscando quitarle toda agencia sobre su derecho a decidir.

- Violencia física: hace referencia al maltrato físico ejercido por el cuerpo médico hacia la madre en el trabajo de parto o durante el parto, como son los procedimientos médicos sin ser necesarios, rasurado genital, amarrar a la madre a la camilla durante el trabajo de parto o para colocar la anestesia, realizar palpaciones intrusivas o introducir objetos por el canal vaginal sin el consentimiento de la madre para agilizar el trabajo de parto, entre otros eventos.

Este fue el caso de Leudis, a quien una de las enfermeras de la clínica privada donde fue de urgencias, la maltrató por negarse a permanecer en la clínica tras informarle que debía pagar una importante suma de dinero. “Ellos me habían canalizado y me lo quitaron cuando yo salí de ahí, una de las enfermeras me quitó todo eso y me hizo marcas y todo porque me lo arrancó, como molesta, me trató mal, me arrancó eso todo duro”.

Una de las preguntas del cuestionario realizado en el marco de esta investigación fue: ¿ha escuchado usted acerca de la violencia obstétrica? Pregunta a la cual dos mujeres respondieron afirmativamente.

En las entrevistas a profundidad, Lucimar expresó directamente haber sido víctima de VO en La Primavera (Vichada) por la negación de los servicios de salud y el maltrato verbal y cultural recibido por algunos funcionarios del Hospital, involucrados en procesos indirectos para su atención.

En Colombia la VO es una de las violencias basadas en género más desconocidas, sobre la cual pocos registros hay. Es de las violencias menos reconocidas por las propias mujeres que la viven porque se ha normalizado el trato deshumanizado en el ambiente médico y las barreras en el acceso a servicios de salud. Para el caso específico de las mujeres venezolanas que se ven forzadas a salir de su país para parir en condiciones de seguridad y dignidad, ellas están tan agradecidas con el sistema de salud en Colombia que no se cuestionan si vivieron o no VO. No perciben la negación en el acceso a servicios de salud como violencia en la garantía de sus derechos, sino como una anécdota que debe ser superada.

Adicionalmente, la VO es de las violencias menos aceptadas por quienes la ejercen (cuerpo médico y funcionarios de las instituciones de salud), debido en parte a sesgos subjetivos que responden en algunos casos a las trayectorias formativas del personal médico, y porque en su conjunto, el sistema de salud en Colombia no incentiva un trato más humano, personalizado, que respete los tiempos de los procesos naturales de la gestación.



Es importante que desde el gobierno colombiano se avance en el aseguramiento al SGSSS para proveer atención en salud a las mujeres gestantes y con necesidades de protección internacional de forma diferencial e integral. Superando el modelo de atención humanitaria de emergencia que provee la atención de la urgencia, pero impide el acceso al derecho a salud materna de calidad y oportuno para evitar la morbilidad de esta población. De esta situación da cuenta el informe de Profamilia (2020), que declara que en el tema de salud materna la mayor consulta de las mujeres venezolanas participantes del estudio realizado fue por temas de morbilidad materna extrema (con un 46% de las consultas)⁶⁸, situaciones que se pueden prevenir con adecuados controles prenatales.

La dicotomía entre la atención humanitaria de emergencia o aseguramiento al sistema de salud de las mujeres migrantes venezolanas, no facilita la garantía del derecho a un parto respetado y humanizado (entendiendo el parto como un proceso y no exclusivamente como el momento de dar a luz), ya que la atención exclusiva de la urgencia, no provee a la madre la información necesaria sobre su estado de salud y el de su bebé. Adicionalmente, en las atenciones en salud basadas en la atención en emergencia, prevalece la garantía de la vida de la madre y del bebé, por encima del trato humanizado y respetado.

La visible necesidad de atención en salud del número cada vez más creciente de población migrante venezolana, sumado a las precarización de las condiciones laborales del personal médico en Colombia, la escandalosa burocratización de los servicios de salud que favorece los procedimientos administrativos frente a la atención médica efectiva, los incentivos ocultos de las entidades prestadoras de salud para controlar el gasto en detrimento de la calidad en la atención, son condiciones estructurales que favorecen la VO hacia las mujeres gestantes venezolanas.

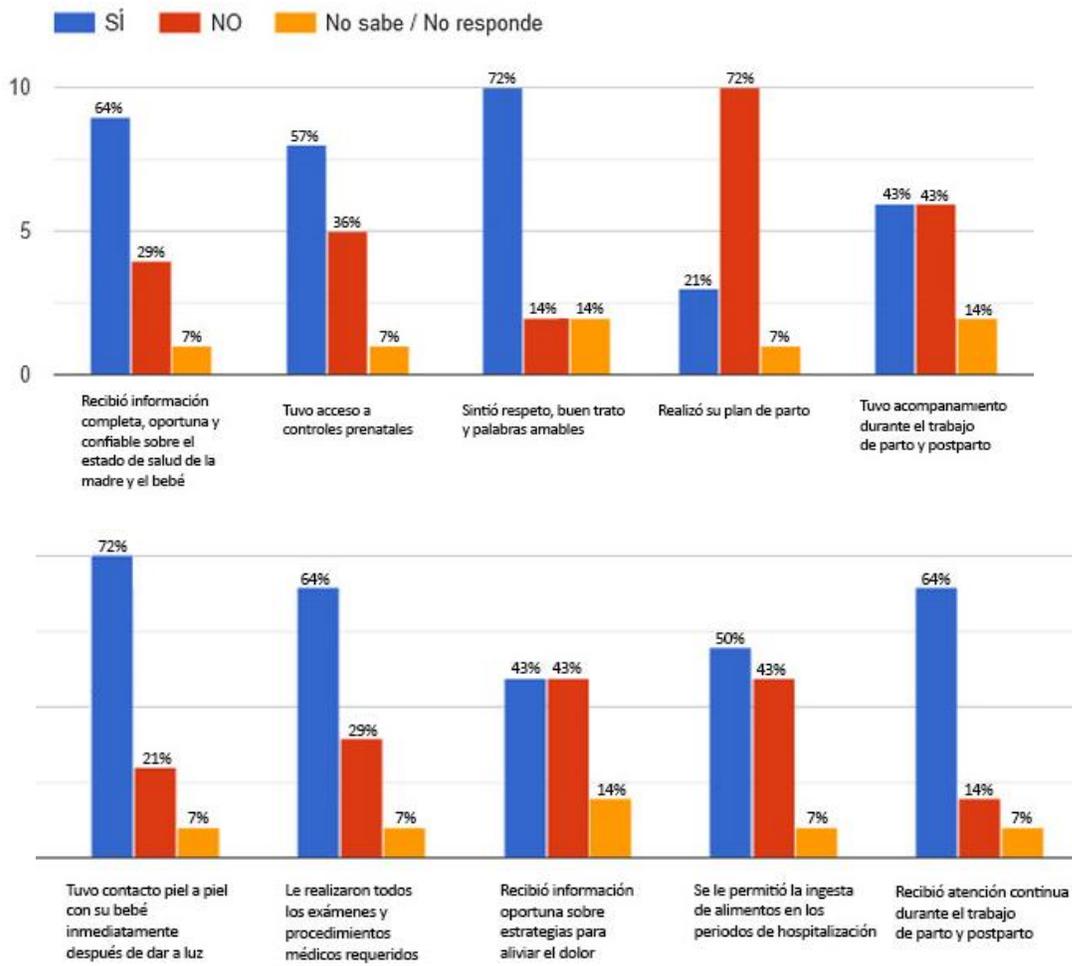
Cuando se favorece un parto respetado y humanizado se están garantizando los derechos a la dignidad, a la vida y la seguridad, a no ser sometidas a tortura ni tratos crueles; a la igualdad en el acceso a la salud. Por su parte, cuando se presenta violencia obstétrica, se vulneran, además de los derechos reproductivos, los derechos a la información y toma de decisiones libres, informadas y conscientes, al tiempo que se presenta la alteración en su integridad personal, sin contar con el riesgo de morbilidad que esto implica⁶⁹.

Es importante anotar que en el desarrollo de esta investigación se indagó por la experiencia que las mujeres tuvieron durante el embarazo, parto y post parto, del cumplimiento de estándares del parto respetado y humanizado, descritos por la OMS⁷⁰. La gráfica 1 da cuenta de las respuestas dadas por las 14 mujeres participantes, sobre su experiencia en la vivencia de estándares del parto humanizado y respetado, se destaca que el 64% de las mujeres dijeron haber recibido información completa, oportuna y confiable; 57% dijeron haber accedido a controles prenatales, cabe destacar que solo una de las mujeres fue atendida en el sistema de salud para este caso, las demás tuvieron que acceder de forma particular; el 64% informó que se realizó todos los exámenes y procedimientos médicos requeridos; y el 72% anunció no haber realizado ningún plan de parto.

⁶⁸ Profamilia, 2020, desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. En: <file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-manejar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>. P. 49.

⁶⁹ Mesa, Adriana, 2020, Parto humanizado, los beneficios para la madre y el bebé. Conferencia virtual, 23 de julio.

⁷⁰ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>



Gráfica 1. Prácticas de estándares de parto respetado durante el embarazo, parto y postparto

Leudis cuenta muy conmovida que después de vivir la negación de los servicios de salud durante su trabajo de parto en dos centros médicos, en el Hospital Materno Infantil de Bogotá le permitieron estar siempre acompañada de su pareja, quien pudo estar con ella en el trabajo de parto y en el parto, animándola y sosteniéndola en los momentos que ella creía desfallecer después de una jornada muy estresante y de largas caminatas.

El acceso efectivo oportuno y de calidad a los Derechos Sexuales y Reproductivos requiere de una normatividad clara, del perfeccionamiento de un marco de política pública, de la destinación y distribución adecuada de los bienes, servicios y recursos financieros requeridos. Al mismo tiempo, deben profundizarse los esfuerzos educativos a todos los actores relacionados con la atención a las mujeres migrantes con necesidades de protección internacional y sus hijos e hijas nacidos en Colombia, para reducir las prácticas asociadas a la violencia obstétrica institucional y lograr que cada mujer sea tratada con dignidad y con plena conciencia y agencia sobre su cuerpo.



VI. Recomendaciones

- ✓ La normativa internacional insta a los gobiernos a adoptar medidas urgentes para proteger a las madres gestantes durante el embarazo, parto y post parto evitando muertes maternas y en recién nacidos, sobre todo en países y regiones con altos índices de desigualdad, zonas de conflicto y de alto flujo migratorio, brindando acceso a servicios de salud de manera oportuna y con calidad, acceso a especialistas y con trato humanizado y respetado.
- ✓ Es necesario que en el Proyecto de la Ley Integral Migratoria que cursa en este momento trámite en el Congreso sean tenidas en cuenta las recomendaciones que las organizaciones de sociedad civil y la academia han hecho al respecto del tema de salud, llamando la atención sobre la ausencia de claridad para garantizar este y muchos otros derechos fundamentales.
- ✓ Se insta a que el Proyecto de la Ley Integral Migratoria, tenga en cuenta los enfoques territoriales, de género, protección y derechos humanos, para garantizar que es una ley que a corto, mediano y largo plazo dará una directriz clara para afrontar la llegada masiva de personas provenientes de contextos de crisis y con necesidades de protección internacional: “políticas concretas de integración de los migrantes al desarrollo de países receptores, se han asociado con el logro de mejores resultados de salud en los migrantes”⁷¹.
- ✓ La labor de incidencia es muy importante para que los legisladores y tomadores de decisiones cumplan los estándares internacionales que protegen a la población migrante, refugiada y PNPI en la garantía de sus derechos. En este sentido, es importante apoyar la consolidación de agrupaciones y espacios de diálogo que construyan conocimiento de base sobre la situación y puedan ejercer mecanismos de participación política y control social que tenga efectos sobre los avances normativos, la asignación de recursos y la implementación de programas y proyectos que permitan una transformación de las capacidades para afrontar las realidades de las mujeres venezolanas en función de sus derechos sexuales y reproductivos en Colombia.
- ✓ Es importante que los desarrollos normativos cuenten con la asignación transparente y oportuna de recursos a las entidades de salud, particularmente en los territorios de frontera ya que en muchos casos las condiciones de los profesionales de la salud y del campo médico sobresalen por la precariedad con la que tienen que enfrentar la crisis humanitaria.
- ✓ Profundizar los enfoques intersectoriales y diferenciales que impactan la situación de las mujeres migrantes en Colombia, de tal manera que se logre una atención integral que se refleje en una mejor atención desde el sistema de salud colombiano.
- ✓ Fomentar estrategias de comunicación y formación para concienciar tanto a migrantes, como personal de salud, sobre derechos de mujeres migrantes en estado de embarazo y deberes y obligaciones del personal de salud para atenderlas y evitar la V.O.
- ✓ Es importante promover la realización de campañas comunicativas que contribuyan a combatir los discursos, actitudes y prácticas que dan sustento a las manifestaciones de xenofobia y aporofobia que sufren las personas que migran a Colombia.

⁷¹ Banco Mundial. 2018. Informe Migración desde Venezuela a Colombia: impactos y estrategias de respuesta en el corto y mediano plazo. Pag. 16



VII. Conclusiones

La falta de una política pública migratoria para Colombia que contemple enfoque de derechos, enfoque de género, protección y territorial, incide en la falta de claridad y directrices para la atención en salud materna a gestantes provenientes de Venezuela; sobre todo cuando se trata de personas con necesidades de protección internacional. El CONPES 3950, el Plan en salud, algunos decretos y directrices enuncian la atención que las madres gestantes deben recibir, pero al no haber una política pública que enmarque estas iniciativas, el sistema de salud y algunas instituciones prestadoras de servicios de salud hacen caso omiso a estas directrices; vulnerando los derechos reproductivos de una de las poblaciones más vulneradas y vulnerables de los flujos migratorios.

Las mujeres venezolanas en estado de gestación son altamente vulnerables frente al sistema de salud en Colombia. A muy pocas de las mujeres entrevistadas el sistema de salud les ha garantizado los controles prenatales, exámenes diagnósticos, suplementos alimenticios, medicinas y demás servicios requeridos para llevar a cabo una maternidad saludable. Los hospitales y clínicas se escudan en que ellas no tienen los documentos requeridos que dan cuenta de su situación legal para permanecer en el país, por lo cual les cierran las puertas. Ellas, en algunos casos, deben pagar importantes sumas de dinero para garantizarse un mínimo de acceso a controles prenatales, suplementos dietarios, exámenes, y demás servicios requeridos. Ante esta barrera económica, en su proceso de gestación, las mujeres terminan no accediendo a estos servicios, y simplemente se presentan el día del parto al servicio de urgencias, aumentando significativamente el riesgo de morbilidad materna e infantil.

El 50% de las mujeres participantes de esta investigación invirtieron como mínimo 100 mil pesos (27 dólares) y como máximo 5 millones (1 351 dólares) en sus periodos de gestación, parto y postparto, viéndose afectada la economía y seguridad familiar.

La presencia de organizaciones sociales, que apoyan a la población migrante por medio de programas de asistencia humanitaria y fortalecimiento comunitario, permiten que las madres gestantes venezolanas tengan un acceso efectivo a sus derechos; además de proveer recursos económicos para que las mujeres sean atendidas por la red de instituciones de servicios de salud, prestan asesoría, apoyo psicosocial y acompañamiento jurídico en caso de ser necesario, lo cual facilita el acceso a servicios de esta población. En otras ocasiones brindan apoyos económicos que liberan la carga familiar y les permiten recursos para acceder a los servicios de salud.

Es importante destacar que las mujeres venezolanas, en estado de gestación que deciden parir en Colombia, llevan a cabo el plan de parto más completo y arriesgado de los que se pueda dar cuenta. Al asumir que en su país de origen las condiciones de acceso a los servicios de salud no les permitirían tener embarazos ni partos saludables, las mujeres deciden emprender una travesía migratoria a un país desconocido, exponiéndose a barreras de acceso a los servicios de salud, a riesgos de seguridad, a la xenofobia y otras situaciones discriminatorias que se presentan en el país de acogida, con tal de proveerle a sus hijos mejores condiciones en su nacimiento y nueva vida.

Hay una clara incidencia de todas las formas de violencia obstétrica en la prestación de los servicios de salud maternos en Colombia, hacia las mujeres migrantes venezolanas con necesidades de protección internacional, viéndose una mayor incidencia de la V.O. institucional. Aunque la normatividad nacional aduce que se les debe atender de forma gratuita la urgencia (controles prenatales y parto), algunas instituciones prestadoras de servicios de salud se niegan a prestar estos servicios de manera oportuna, como se evidencia en Bogotá y en La Primavera. Una vez superan la barrera de acceso, son atendidas, en su mayoría, de manera amable y les prestan todos los servicios requeridos para garantizar un parto saludable.



VIII. Referencias Bibliográficas

- Migración Colombia. 2020. Venezolanos en Colombia: corte a 31 de mayo de 2020. En: <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-mayo-de-2020>
- Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos en Colombia: Decreto 542 del 21 de marzo de 2018. Informe Final. En: <https://www.refworld.org/es/pdfid/5b2957524.pdf>
- CEDAW, 1979, Convención sobre los derechos de las mujeres, segunda edición. Organización de Naciones Unidas. En: https://www.oas.org/dil/esp/Convencion_sobre_todas_las_formas_de_Discriminacion_cont_ra_la_Mujer.pdf
- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing – Declaración política y documentos resultados de Beijing+5. P.62 En: <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
- OIM, La migración y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 8 de marzo de 2018. https://saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/ods_y_migraciones_iniciativa_conjunta_vanesa_vaca.pdf
- Banco Mundial. 2018. Informe Migración desde Venezuela a Colombia: impactos y estrategias de respuesta en el corto y mediano plazo.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Venezuela: Nota de orientación sobre consideraciones de protección internacional para los venezolanos. Actualización I, 21 mayo 2019, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/5ce2d44c4.html>.
- Boletín Epidemiológico Semanal (BES), 17 al 23 de marzo de 2019. Mortalidad Perinatal y Neonatal.
- Boletín Epidemiológico Semanal (BES), 23 al 29 de febrero de 2020. Mortalidad Perinatal y Neonatal y Morbilidad Materna Extrema Neonatal. En: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf
- Caracterización demográfica de la población migrante venezolana. 2020. Observatorio Proyecto Migración Venezuela. Abril 22. En: <https://migravenezuela.com/web/articulo/cuantos-son-y-donde-estan-los-venezolanos-en-colombia-1636>
- Declaración de Cartagena sobre los refugiados, 1984, Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados. En: <https://www.acnur.org/5b076ef14.pdf>
- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing – Declaración política y documentos resultados de Beijing+5. En: <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>



- Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela, 2019, Organización de las Naciones Unidas. Julio 4. En: <https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/informe-de-la-alta-comisionada-de-las-naciones-unidas-para-los>
- Profamilia, 2020, desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. En: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>.
- Lesiones fatales ciudadanos venezolanos 2017 – junio 2020. En: <https://www.medicinalegal.gov.co/lesiones-fatales-de-ciudadanos-venezolanos-en-colombia>
- WHO et al 2017 y UNICEF 2018 en Equilibrium CenDE. “La falsa promesa del feminismo desde el régimen venezolano”. En: <https://equilibriumcende.com/la-falsa-promesa-del-feminismo-desde-el-regimen-venezolano/>
- Migración Colombia. 2020. Más de 1 millón 825 mil venezolanos estarían radicados en Colombia. Abril 3. En: <https://www.migracioncolombia.gov.co/noticias/mas-de-1-millon-825-mil-venezolanos-estarian-radicados-en-colombia>
- Migración Colombia. 2020. Para finales del mes de mayo, el 3% del total de venezolanos que se encontraban en Colombia al comienzo de la pandemia había regresado a su país y un 2% más estaría a la espera de poder hacerlo. En: <https://www.migracioncolombia.gov.co/noticias/para-finales-del-mes-de-mayo-el-3-del-total-de-venezolanos-que-se-encontraban-en-colombia-al-comienzo-de-la-pandemia-habia-regresado-a-su-pais-y-un-2-mas-estaria-a-la-espera-de-poder-hacerlo>
- Migrar para parir: la crisis de los derechos sexuales y reproductivos en Venezuela, 2019, En: <https://www.mutante.org/materiales/migrar-para-parir-la-crisis-de-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-en-venezuela>.
- Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Ministerio de salud y de la protección social. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>
- Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. 2018. En: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
- Women’s Link Worldwide. 2019, Información sobre la situación relativa al maltrato y violencia contra las mujeres en el marco de la atención en salud reproductiva, incluso durante el parto en centros de salud, en países de América Latina y el Caribe, Europa y África Oriental. En: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Women%20Link%20Worldwide.pdf>



Plataformas web

- Mapa de las mujeres migrantes y refugiadas muertas en el extranjero. http://www.cermigracions.org/es/blog/mapa-de-las-mujeres-venezolanas-migrantes-y-refugiadas-muertas-en-el-extranjero#_ftn2
- DANE. Resultados Censo de Población y Vivienda.2018. En: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>
- Colombia. Covid-19 e (In)movilidad en las Américas. En: <https://www.inmovilidadamericas.org/en-reversa>.

Videos:

- Hernández, Lucia Alejandra, 2020, El derecho a decidir el parto (1): de la violencia obstétrica a la violencia institucional. Ciclo de conferencias Decidir, Gestar y Parir en paz en Colombia. Movimiento Nacional por la salud sexual y reproductiva en Colombia. En: <https://www.youtube.com/watch?v=ME9tqRtQ65g>
- Cárdenas, Alejandra, 2020, El derecho a decidir el parto (2): Mandatos en el derecho internacional de los derechos humanos. Ciclo de conferencias Decidir, Gestar y Parir en paz en Colombia. Movimiento Nacional por la salud sexual y reproductiva en Colombia. En: https://www.youtube.com/watch?v=bdRjS1Y_XjI

Podcast:

- Toledo, Natasha, 2018. Violencia Ginecobstétrica: el control sobre el cuerpo de las mujeres. Podcast mujeres en Sintonía, capítulo 42. En: https://gb.ivoox.com/es/mujeres-sintonia-capitulo-42-violencia-ginecobstetrica-audios-mp3_rf_30104343_1.html.