
MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:



**BARRERAS
DE ACCESO**

A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO



MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA: **BARRERAS DE ACCESO** A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Con la colaboración de:



La Mesa
Por la Vida y la Salud
de las Mujeres

Orientame
Excelencia en Salud Sexual y Reproductiva



MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:
BARRERAS DE ACCESO A LA INTERRUPCIÓN
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

| Equipo de trabajo:

Carolina Triviño Maldonado, Juliana Martínez
Londoño y Fernanda Falla Ospina

| Agradecimientos a:

Marcela Vera, Mónica Montañez y Alejandra Vera

| Corrección de textos:

Andrea Idárraga Arango

| Diseño y diagramación:

David Ramírez Umaña

© La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres

ISBN: 978-958-56200-7-0

Bogotá - Colombia

Noviembre de 2019

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	4
Migración y población Venezolana en Colombia.....	7
Sobre la situación de mujeres, jóvenes y niñas migrantes venezolanas.....	9
La salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres en Venezuela.....	13
Marco legal del derecho a la salud de migrantes en Colombia.....	16
Los estándares para el acceso a la Interrupción del Embarazo (IVE) de migrantes en situación de permanencia irregular.....	19
Los casos acompañados.....	24
Las barreras de acceso a la IVE de las mujeres migrantes venezolanas.....	29
Desconocimiento del marco legal.....	31
Falta de conocimiento de la Sentencia C-355 de 2006 y de los desarrollos posteriores.....	31
Violación de las normativas sobre los derechos de las mujeres frente a la IVE.....	32
Incumplimiento de las obligaciones legales relacionadas con la IVE.....	33
Interpretación restrictiva del marco legal.....	34
Solicitud de requisitos adicionales.....	34
Negación de los servicios con fundamento en la condición de migrante irregular.....	37
Fallas en la prestación del servicio de salud.....	37
Fallas de las y los profesionales de la salud.....	37
Fallas administrativas.....	38
Conclusiones y recomendaciones.....	39
Bibliografía.....	43
Anexo.....	45

INTRODUCCIÓN

La solidaridad es la ternura de los pueblos.

Gioconda Belli

Este documento se ocupa de las barreras que enfrentan niñas, jóvenes y mujeres migrantes venezolanas cuando solicitan servicios de aborto en Colombia, y presenta algunos casos acompañados y conocidos por *La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (La Mesa)*,¹ la *Fundación Oriéntame*,² la *Corporación Mujer, Denuncia y Muévete*,³ y *Médicos del Mundo-Francia*,⁴ con el fin de visibilizar sus trayectorias para acceder a abortos seguros en un contexto de migración. Partir de las historias de las mujeres ayuda a entender la dimensión y la importancia de la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSDR), esenciales en el desarrollo humano, y su íntima relación con las nociones de dignidad humana y autonomía.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, aplicó el concepto de salud a la reproducción y reconoció que la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de contar con la libertad para procrear o no, cuándo y con qué frecuencia hacerlo. Esto abarca el acceso a la información y a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permita embarazos y partos sin riesgo. Además, incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la

-
- ¹ *La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres* es un colectivo feminista activista que desde 1998 defiende los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, especialmente el derecho al aborto en todas las circunstancias, aportando a la igualdad, a la eliminación de la discriminación contra las mujeres y al pleno reconocimiento de su libertad, construyendo democracia en Colombia. Para más información, véase <https://despenalizaciondelaborto.org.co/>
 - ² *Fundación Oriéntame* es una organización colombiana de beneficio social dedicada a posibilitar a las mujeres el ejercicio de sus derechos, mediante el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva seguros, con alta calidad humana. Se ha especializado en la prevención y atención integral del embarazo no deseado, que incluye la Interrupción Voluntaria del Embarazo y el tratamiento del aborto incompleto. Actualmente cuenta con ocho sedes en cinco ciudades del país. Para más información, véase <https://www.orientame.org.co/>
 - ³ *La Corporación Red de Mujeres Feministas Unidas por los Derechos y la Acción Política-Mujer, Denuncia y Muévete* es una organización social feminista-abolicionista, sin ánimo de lucro, conformada en 2014 por profesionales voluntarias encargadas de trabajar por la promoción, garantía y restablecimiento integral de los derechos humanos de las mujeres víctimas de violencia basada en género, explotación sexual y trata.
 - ⁴ *Médicos del Mundo-Francia* es una organización no gubernamental de carácter internacional, fundada en 1980, con presencia en Colombia desde 1987. Su misión en el país es promover el acceso a la salud para las poblaciones con dificultades de acceso, ya sea por aislamiento geográfico, desplazamiento, confinamiento o por condición de migración. Médicos del Mundo-Francia ha decidido que la salud sexual y reproductiva sea una de sus prioridades en el accionar de todos sus proyectos.

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:



vida y de las relaciones personales, y no simplemente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (Galdos Silva, 2013).

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, como la disponibilidad en el acceso de servicios de anticoncepción, no solo tiene que ver con el derecho a la salud, sino que está íntimamente ligado con la igualdad económica y social, ya que los embarazos no planeados limitan las posibilidades de las mujeres para acceder a la educación y a mejores condiciones laborales, que permitan mejores condiciones de vida, lo que al final se traduce en mayores riesgos de pobreza.

En Colombia existe un marco normativo garantista, la Corte Constitucional mediante la Sentencia C-355 de 2006 y la jurisprudencia posterior, que alcanza más de 22 sentencias,⁵ reconoció que la Interrupción Voluntaria del Embarazo es un derecho fundamental en tres circunstancias. Pese a esto, las mujeres siguen enfrentando múltiples barreras de acceso a la IVE y vulneraciones en sus derechos relacionados (González Vélez y Castro, 2017).

En este sentido, y como una contribución a su superación, este informe aporta elementos de análisis y propone una serie de recomendaciones que alimente el debate frente a la garantía de los DSDR de las mujeres migrantes.

⁵ Sentencias T-171 de 2007, T-636 de 2007, T-988 de 2007, T-209 de 2008, T-946 de 2008, T-009 de 2009, T-388 de 2009, T-585 de 2010, T-841 de 2011, T-959 de 2011, T-636 de 2011, T-627 de 2012, T-532 de 2014, C-754 de 2015, C-274 de 2016, T-301 de 2016, T-694 de 2016, T-697 de 2016, T-731 de 2016, C-327 de 2016, C-341 de 2017 y SU-096 de 2018.

MIGRACIÓN Y POBLACIÓN VENEZOLANA EN COLOMBIA

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:



La crisis política, económica, social y de derechos humanos que atraviesa Venezuela ha impactado la región en lo económico, lo político y lo humanitario; la migración de sus ciudadanos y ciudadanas hacia países que les ofrecen mejor calidad de vida y nuevas oportunidades académicas y de trabajo, ha prendido las alertas de la comunidad internacional. Venezuela pasó de ser un país receptor de inmigrantes, sobre todo de colombianos, a uno emisor de profesionales altamente calificados, profesionales, técnicos y jóvenes calificados, y de fuerza de trabajo (De la Vega, 2014).

Según cifras de la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) a noviembre de 2018 la migración venezolana en el mundo alcanzaba los tres millones de personas, de los cuales los países de América Latina y el Caribe albergaban aproximadamente 2,4 millones. Colombia es el país que ha recibido el mayor número de migrantes de Venezuela y refugiados,⁶ con un total de más de un millón, seguido por Perú, con más de medio millón y Ecuador con más de 220.000 personas (ACNUR, 2018).

La población venezolana que está llegando a Colombia tiene necesidades urgentes de

asistencia humanitaria, protección internacional y alternativas para regularizar su estatus legal. La migración se presenta en un escenario de implementación del Acuerdo de Paz entre el Gobierno y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC-EP) y de una aparente estabilidad económica del país, pero también en un escenario de reconfiguración del conflicto armado, en el que las comunidades receptoras, en especial las de las zonas de frontera y zonas periféricas de las grandes ciudades, caracterizadas por históricas brechas de desigualdad, débil presencia del Estado, altos índices de pobreza y un limitado y precario mercado laboral.

Tres perfiles de migrantes venezolanos serán tenidos en cuenta en este informe:⁷ los migrantes venezolanos con vocación de permanencia; los migrantes venezolanos en tránsito; y los venezolanos en movimientos pendulares.

Las y los venezolanos con *vocación de permanencia* son aquellos que se encuentran en Colombia y quieren permanecer en el país. Estos se dividen en migrantes en situación regular y migrantes en situación irregular. Los primeros son aquellos que cuentan con visa, cédula de extranjería o son beneficiarios del Permiso Especial de Permanencia (PEP), y pueden acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), a vinculación educativa y laboral, entre otros servicios

⁶ Según el Artículo 1A de la Convención de 1951 relativa al estatuto de los refugiados de las Naciones Unidas, estas son personas que se encuentran fuera de su país de origen o residencia debido a un temor fundamentado de persecución por razones de etnia, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social u opiniones políticas, y que no puede o no quiere reclamar la protección de su país para retornar.

⁷ Los otros perfiles migratorios son colombianos retornados y población colombiana de acogida, de acuerdo con la propuesta de organización de la población en perfiles contenida en el documento titulado *Humanitarian Needs Overview 2019*, Colombia, elaborado en nombre del Equipo Humanitario de País y OCHA (2019). No nos ocupamos de estos perfiles teniendo en cuenta que, por su nacionalidad colombiana, el acceso a salud estaría garantizado.



sociales; los segundos, tienen un estatus migratorio irregular debido a que su ingreso al país no fue por zonas autorizadas ni surtiendo los trámites respectivos, excedieron el tiempo de permanencia autorizado o no tienen documentación ni recursos para acceder a la visa, por lo que no cuentan con documentación que les asegure su acceso a los servicios sociales mencionados. Según datos de Migración Colombia, al 30 de septiembre de 2018, 573.502 personas de nacionalidad venezolana contaban con visa, mientras que los migrantes irregulares ascendían a 217.380 (Migración Colombia, 2018).⁸

Los venezolanos en *tránsito* son los que ingresan a Colombia con el fin de llegar a Ecuador u otros países de la región, su permanencia en el país es temporal y pueden estar en situación regular o irregular.

Por último, los venezolanos en *movimientos pendulares* son quienes cruzan la frontera para abastecerse de alimentos, satisfacer necesidades básicas o trabajar temporalmente para luego volver a Venezuela; no todos cuentan con la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF). El promedio diario de entradas al país de ciudadanos venezolanos con TMF es de 30.000 personas, estimación que realiza Migración Colombia en los puntos habilitados de ingreso: Paraguachón en la Guajira; Puerto Santander, Puente Francisco de Paula Santander y Puente Simón Bolívar,

en Norte de Santander; Arauca; Puerto Carreño en el departamento de Vichada; y Puerto Inírida en Guainía.

Sobre la situación de mujeres, jóvenes y niñas migrantes venezolanas

Según cifras oficiales, el total de venezolanos radicados en Colombia, a septiembre de 2018, era de 1.032.016 personas, de las cuales 454.884 eran mujeres, esto es el 44%, principalmente entre los 18 y 29 años de edad (84.671), seguidas por aquellas entre los 30 y los 39 años (43.864), y entre los 8 y los 17 años (16.438) (Migración Colombia, 2018).

La experiencia de migrar es diferente para hombres y para mujeres, estas últimas suelen responder a situaciones diferenciadas relacionadas con su rol social, por ejemplo, el vínculo con sus hijas e hijos en función de la maternidad se mantiene a pesar de la distancia. Además, en el proceso migratorio las mujeres pueden enfrentar vulneraciones específicas en su contra, principalmente la violencia sexual, y verse forzadas a recurrir a servicios sexuales pagos para sobrevivir. La situación que se desprende de la irregularidad en la migración, la falta de documentos, el miedo a ser deportadas, hace parte de los factores que llevan a las mujeres a la clandestinidad en la ruta migratoria, en la que enfrentan riesgos y afectaciones que, en muchos casos, no son

⁸ Teniendo en cuenta que la cifra corresponde a un cálculo estadístico a partir de verificaciones que realiza la autoridad migratoria, se estima que puede ser mucho mayor.

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:

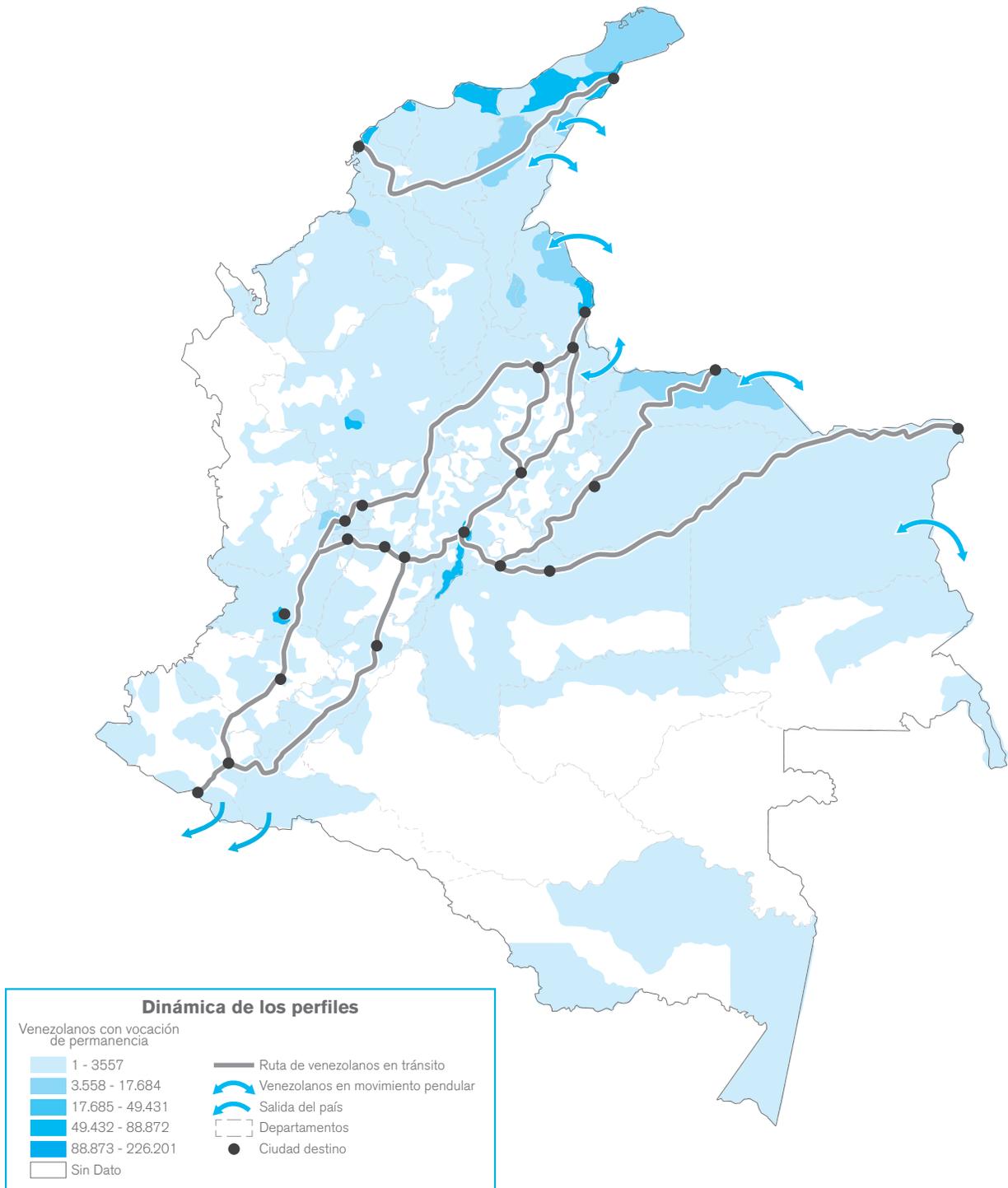


Imagen 1: Mapa principales departamentos con presencia de venezolanos con vocación de permanencia, zonas de movimiento de venezolanos con perfil pendular y rutas de venezolanos en tránsito (Equipo Humanitario de País & OCHA, 2019).



denunciados por su condición de migrante irregular, así como abusos y amenazas por parte de las autoridades que no brindan la protección que les corresponde.

Si bien las mujeres migrantes y las nacionales comparten el riesgo de la violencia en su contra, asociado a su género, la violencia contra las migrantes reviste unas características específicas relacionadas, entre otras cosas, con la acentuación de su vulnerabilidad: discriminación por el origen, irregularidad de la migración, desinformación y desconocimiento de sus derechos, falta de redes familiares y sociales de apoyo, insuficiencia de servicios estatales que respondan a sus necesidades, exclusión socioeconómica y la pobreza; todo lo que se traduce en sobreexposición a situaciones de violencia de género. Particularmente la exposición de niñas, jóvenes y mujeres en el proceso migratorio y en los pasos fronterizos clandestinos está relacionada con redes de trata de personas y violencia sexual.⁹

Naciones Unidas (2018) estima que un 2% de las mujeres venezolanas en el exterior con edades entre los 15 y 49 años son sobrevivientes de violencia sexual. En la investigación realizada por *Efecto Cocuyo* (Rodríguez Rosas, 2018), medio de comunicación venezolano independiente, que incluyó el conteo y revisión de casos rese-

ñados en diversos medios de comunicación desde marzo hasta noviembre de 2018, encontró que 188 venezolanas habían sido rescatadas por autoridades judiciales de Colombia, Perú, España, Austria, Panamá, México, Ecuador y República Dominicana, tras haber sido víctimas de trata, la mayoría de ellas (88) en Colombia, lo que equivale al 46,8% de las víctimas.

La información arrojada por una investigación realizada por el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá (OMEG, 2017) de la Secretaría Distrital de la Mujer, estableció que, de una muestra de 7.094 personas que realizan actividades sexuales pagas¹⁰ en Bogotá, en contextos de prostitución, 32,7% son extranjeras, esto es 2.316, de las cuales el 99,8% son migrantes venezolanas. Dicha investigación mostró que el 84,1% de las mujeres extranjeras comenzaron a ejercer actividades sexuales pagas al llegar a Colombia, es decir, que no las realizaban en su país de origen. El 36,1% de las personas extranjeras considera que la actividad sexual pagada es la opción más rentable; el 23,7% que es la única opción que tienen y el 20,2% que es la que está forzada a realizar. Frente al acceso al SGSS, el 80,1% refirió no estar afiliado.

⁹ En Colombia, como se describió antes, existen siete puntos habilitados de ingreso y más de un centenar de trochas (pasos fronterizos clandestinos) en los más de 2.200 kilómetros de frontera con Venezuela. La mayoría de estas trochas se encuentran controladas por organizaciones armadas y bandas criminales, entre ellas los Rastrojos o el Clan del Golfo, que ven en la migración irregular un negocio (Casañas, 2018).

¹⁰ En este informe se ha optado por usar la expresión actividades sexuales pagadas en consonancia con la política pública distrital y el marco legal vigente en Colombia según el cual la prostitución no es ilegal ni está penalizada. No obstante, queda constancia que la Corporación Mujer, Denuncia y Muévete es abolicionista y cataloga este tipo de actividades como explotación sexual.

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:

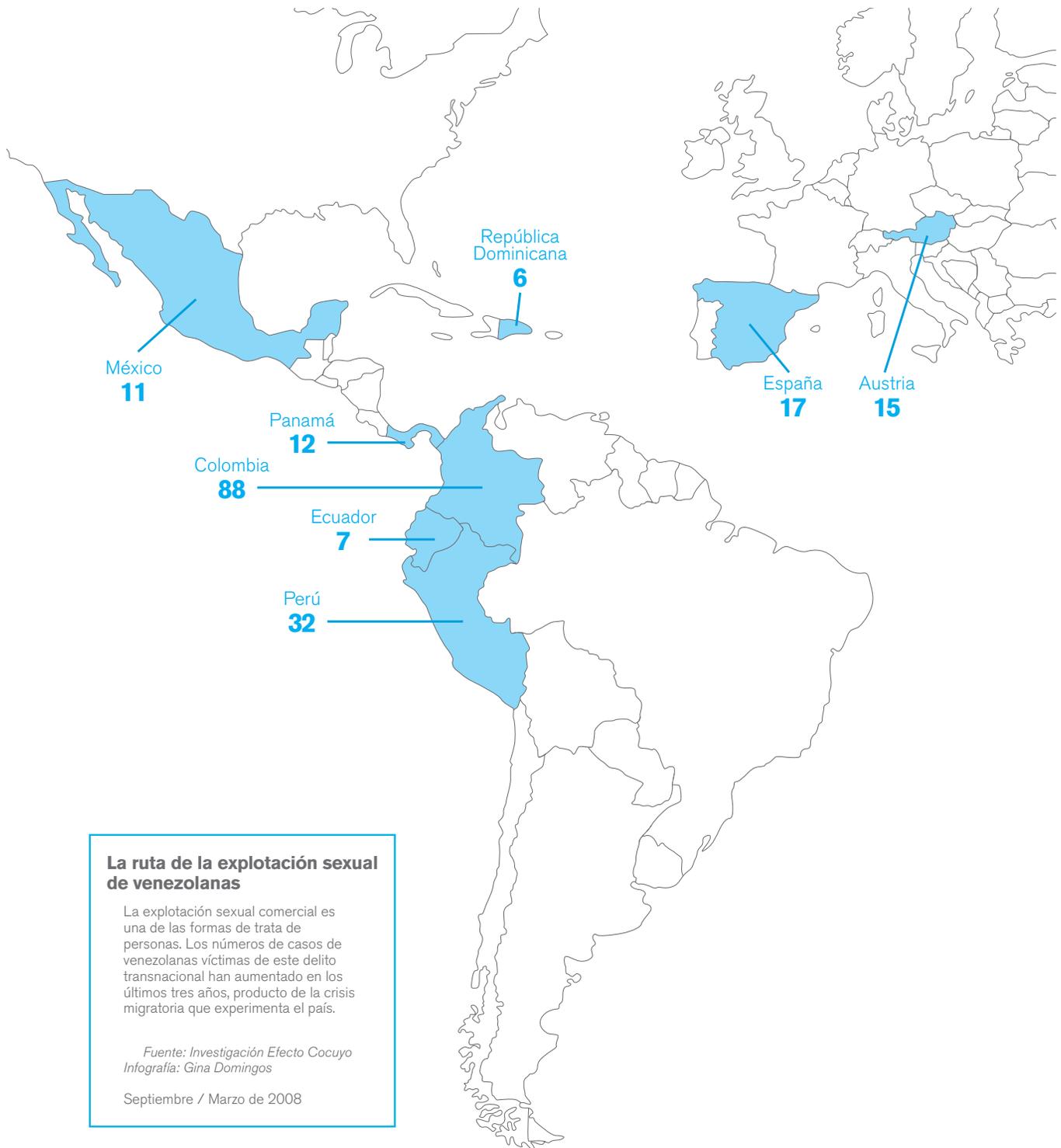


Imagen 2: La ruta de la explotación sexual de venezolanas (Rodríguez Rosas, 2018).



Por su parte, la Red Feminista Antimilitarista (2019)¹¹ en su informe especial de feminicidio de mujeres migrantes venezolanas en territorio colombiano, da cuenta que entre los meses de abril y diciembre de 2018 se registraron 16 feminicidios de mujeres de nacionalidad venezolana y uno en grado de tentativa,¹² lo que representa el 1.9% de los feminicidios en Colombia durante este periodo. El mayor número de feminicidios se registró en los departamentos fronterizos de Norte de Santander (5) y La Guajira (5). Los otros se presentaron en Antioquia (2), Cundinamarca (1), Bogotá (1), Cesar (1), Casanare (1) y Santander (1).

La salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres en Venezuela

Venezuela enfrenta una crisis en su sistema de salud que se evidencia en el deterioro de la infraestructura pública de servicios de salud y en la precarización de sus servicios, entre los que se encuentran la escasez de personal médico y la insuficiencia de todo tipo de medicamentos y suministros médicos, añadiendo que los pocos disponibles son costosos. La situación de salud tiene tal impacto en la migración que, de acuerdo con una encuesta aplicada en 2018, la falta de me-

dicamentos y remedios para tratamiento médico es una de las principales causas de la emigración venezolana (56.3%) (Bermúdez S.J., Mazuera-Arias, Albornoz-Arias & Morffe Peraza, 2018).

En lo que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva, desde mediados del 2014 se registra una escasez progresiva de métodos anticonceptivos modernos,¹³ estimada por la Federación Farmacéutica Venezolana en un 90% (S.A., 29 de diciembre de 2015). Los métodos anticonceptivos mayormente usados en Venezuela tales como anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos y anticonceptivos inyectables presentaron índices de escasez sumamente altos, superando el 80%, según un informe de la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa.¹⁴ Los parches, los aros vaginales y los implantes exhibieron un índice de escasez del 100% en los establecimientos consultados por esta Asociación en cuatro ciudades importantes del país (Caracas, Barquisimeto, Maracaibo y Mérida). El método menos escaso fue el condón con un 63% de índice de escasez. No obstante, los precios de los mismos los hacen inasequibles para la mayoría de las personas (AVESA, 2018).

¹¹ Organización feminista antimilitarista colombiana que, mediante la educación y la comunicación popular, contribuye con la construcción de pensamiento crítico y con la generación de prácticas políticas colectivas para la erradicación del modelo hegemónico colonial de sexo, clase y raza. Para más información, véase www.redfeministaantimilitarista.org

¹² Eso quiere decir que el delito no llega a concretarse por causas independientes a la voluntad del autor.

¹³ Son métodos que ayudan a prevenir el embarazo a través de elementos ajenos al cuerpo. Se dividen en métodos modernos temporales y métodos modernos definitivos. Los primeros pueden suspenderse en cualquier momento y la fertilidad retornará si la mujer desea quedar embarazada. Los segundos son procedimientos quirúrgicos que evitarán de forma permanente la reproducción.

¹⁴ Asociación civil que se dedica al estudio e investigación en las áreas relacionadas con la educación sexual, el ejercicio sano y responsable de la sexualidad, y la defensa de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos.

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:



Esta situación tiene implicaciones directas sobre el riesgo de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, así como de aumentar el número de embarazos no deseados. Puntualmente en lo que tiene que ver con el embarazo adolescente, Venezuela ostenta la segunda tasa más alta de la región, después de Bolivia. La tasa de fecundidad en adolescentes para el periodo comprendido entre el 2010 y el 2015 en ese país fue de 80,9 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad; durante el mismo periodo la tasa en Colombia fue de 57,7 (OPS & UNICEF, 2018).

La Alta Comisionada para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Michelle Bachelet, se refirió a lo anterior en su informe de julio de 2019, sobre la situación de derechos humanos en Venezuela:

Esto impacta el derecho de las niñas a la educación, ya que los embarazos son el motivo principal de la deserción escolar entre las adolescentes. Ante una legislación restrictiva en materia de aborto, a menudo las mujeres recurren a abortos inseguros. Ello ha contribuido a un aumento de la mortalidad materna evitable, con un estimado de 20 por ciento de los fallecimientos maternos aparentemente relacionados con abortos realizados en condiciones no seguras. Otras causas principales de mortalidad materna son la falta de personal cualificado para atender el parto, la falta de suministros médicos y las condiciones en los hospitales, lo cual

ha llevado a muchas mujeres a salir del país para dar a luz (Consejo de Derechos Humanos, 2019).

En Venezuela el aborto es ilegal. De acuerdo con su Código Penal es un delito salvo en los casos en que esté en riesgo la vida de la mujer (aborto terapéutico). Este sanciona con una pena de prisión entre seis meses y dos años a “la mujer que intencionalmente abortare, valiéndose por medios empleados por ella misma, o por un tercero, con su consentimiento [...]” (República Bolivariana de Venezuela, 2000).¹⁵ La mifepristona y el misoprostol también son ilegales, lo que favorece la especulación, el contrabando, la clandestinidad, el engaño y afectaciones a la salud y vida de las mujeres (Las Comadres Púrpuras, 2018). Esto ubica a Venezuela entre los países de América Latina con marcos legales más restrictivos.

Tras varios años sin conocerse datos oficiales, el Boletín Epidemiológico número 52 de 2016, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2016),¹⁶ informó que el número de muertes maternas registrado en Venezuela fue de 756, evidenciando un aumento de 65,80% respecto al año 2015. Aunque se desconocen las cifras de muertes maternas relacionadas con abortos inseguros, existen algunas estimaciones extraoficiales que lo ubican como la causa del 16% de las muertes maternas en todo el país, y de un 60% de

¹⁵ Véase Artículo 432 del Código Penal venezolano.

¹⁶ Últimos datos oficiales disponibles, publicados en mayo de 2017.



las muertes maternas en los estados de Amazonas y Delta Amacuro, lo que indica la vinculación del aborto inseguro y las muertes maternas en sectores empobrecidos, regiones fronterizas y población indígena (AVESA, 2017).

El complejo panorama de escasos métodos, altas tasas de embarazo adolescente y mortalidad materna, marco legal restrictivo y precarias condiciones de salud, incide negativamente en la calidad de vida de la población venezolana, constituyéndose como razón para la migración.

**MARCO LEGAL
DEL DERECHO
A LA SALUD DE
MIGRANTES EN
COLOMBIA**



Independientemente de la situación migratoria, las decisiones sexuales y reproductivas deben garantizarse y recaer en las personas. Los derechos sexuales y los reproductivos pueden rastrearse en el derecho internacional de los derechos humanos. El Artículo 2° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos dispone que “toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948). De igual manera, en el plano regional, la Convención Americana de Derechos Humanos en su Artículo 24 establece que “todas las personas son iguales ante la ley” (OEA, 1969). En consecuencia, tienen derecho sin discriminación a igual protección.

Por su parte, el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) ha sido considerado como la expresión más elaborada e integral sobre el derecho a la salud en el derecho internacional al señalar que “es el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Asamblea General de Naciones Unidas, 1966). Es así que la Observación General 14 del año 2000 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales estipuló que, en relación con este derecho, los Estados tienen la obligación de asegurar, como mínimo, la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica en salud. Del mismo modo, la declaración del Comité sobre las Obligaciones de los Estados con respecto a los Refugiados y los Migrantes en virtud del PIDESC, dispone que:

[...] todas las personas que se encuentren bajo la jurisdicción del Estado de que se trate deben disfrutar de los derechos recogidos en el Pacto. Esto incluye a los solicitantes de asilo y los refugiados, así como a otros migrantes, incluso si su situación en el país de que se trate es irregular (Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 2017).



Es así que el Artículo 13 de la Constitución Política de Colombia reconoce que:

[...] todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica (República de Colombia, 1991).

En consonancia con lo anterior, el Artículo 49 garantiza a todos los habitantes del territorio colombiano la prestación de servicios de salud, mientras el Artículo 100 establece que los extranjeros disfrutarán de los mismos derechos civiles que tienen los colombianos. Por su parte, los Artículos 3 y 156 del literal b) de la Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral”, garantizan la universalidad del derecho a la salud, es decir, para todos los residentes en el territorio nacional; al igual que el Artículo 32 de la Ley 1438 de 2011¹⁷ y el Artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.¹⁸

Los Artículos 43 a 45 de la Ley 715 de 2001,¹⁹ atribuyen a las entidades territoriales la función de materializar dicha garantía en lo “no cubierto con subsidios a la demanda”, además

¹⁷ Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

¹⁸ Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

¹⁹ Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

de señalar a la nación como responsable de formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el SGSSS. Así mismo, la Corte Constitucional ha reiterado mediante su jurisprudencia que la Constitución Política tiene como pilar fundamental el principio de solidaridad:

En efecto, el artículo 1º superior [constitucional] consagra que el Estado colombiano se encuentra fundado en el respeto a la dignidad humana, en el trabajo y en la solidaridad de las personas que lo integran. Asimismo, el artículo 95 de la misma normativa establece como deberes de las personas obrar conforme al principio de solidaridad social a través de acciones humanitarias ante situaciones donde se ponga en peligro la vida o la salud de las personas (Corte Constitucional de Colombia, 15 de noviembre de 2017).

En cuanto a la protección de los extranjeros y extranjeras con permanencia irregular en el contexto de una crisis humanitaria causada por una migración masiva, señala la corporación que las reglas jurisprudenciales son:

(i) el deber del Estado colombiano de garantizar algunos derechos fundamentales de los extranjeros con permanencia irregular en el territorio es limitado; pues deben ser tratados en condiciones de igualdad respecto de los nacionales colombianos dentro de ciertos límites de razonabilidad que permiten tratos diferenciados; (ii) todos los extranjeros tienen la obligación de cumplir la Constitución Política y las leyes establecidas para todos



los residentes en Colombia; y (iii) los extranjeros con permanencia irregular en el territorio nacional tienen derecho a recibir atención básica y de urgencias con cargo al régimen subsidiado cuando carezcan de recursos económicos, en virtud de la protección de sus derechos a la vida digna y a la integridad física (Corte Constitucional de Colombia, 15 de noviembre de 2017).

Asimismo, el Estado colombiano cuenta con un marco de política en relación con la migración, establecido en la Política Integral Migratoria y el Sistema Nacional de Migraciones, que opera de manera coordinada a través de la Comisión Nacional Intersectorial para las Migraciones. Se han desarrollado disposiciones constitucionales y legales que amparan los derechos de las personas que habitan y que transitan el territorio, incluyendo la atención en salud de ciudadanos extranjeros, cualquiera sea su procedencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). A propósito de la crisis venezolana, se emitió el CONPES 3950-Estrategia para la Atención de la Migración desde Venezuela, con una asignación presupuestal de 422.779 millones de pesos, y se han realizado procesos de formalización migratoria mediante Tarjetas de Movilidad Fronteriza y PEP (CONPES, 2018).²⁰

Los estándares para el acceso a la Interrupción del Embarazo (IVE) de migrantes en situación de permanencia irregular

La Corte Constitucional de Colombia mediante Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, despenalizó el aborto en tres circunstancias:

(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico;²¹ (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto (Corte Constitucional de Colombia, 2006, p. 295).

Respecto a la primera circunstancia, la Corte en su jurisprudencia ha explicado que la salud hace referencia no solamente a la salud física sino a la salud mental y social. Sobre esto señaló:

[...] resulta aquí relevante la interpretación que han hecho distintos organismos internacionales de derechos humanos respecto de disposiciones contenidas en distintos convenios internacionales que garantizan el derecho a la vida y a la

²⁰ El Decreto 1288 de 2018 " Por el cual se adoptan medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos a la oferta institucional y se dictan otras medidas sobre el retorno de colombianos", reconoce al Permiso Especial de Permanencia como documento de identificación de nacionales venezolanos, que les permite permanecer temporalmente en condiciones de regularización migratoria y acceder a la oferta institucional en materia de salud, educación y trabajo.

²¹ Esta certificación puede ser emitida por un profesional de la salud, es decir médico general o psicólogo, sin que obligatoriamente sea especialista.

salud de la mujer, como el artículo 6 del PDCP,²² el artículo 12.1 de la Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer,²³ y el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales,²⁴ en el sentido que estas disposiciones, que hacen parte del bloque de constitucionalidad,²⁵ obligan al estado a adoptar medidas que protejan la vida y la salud. La prohibición del aborto cuando está en riesgo la salud o la vida de la madre pueden constituir, por lo tanto, una trasgresión de las obligaciones del Estado colombiano derivadas de las normas del derecho internacional. En todo caso, esta hipótesis no cobija exclusivamente la afectación de la salud física de la mujer gestante sino también aquellos casos en los cuales resulta afectada su salud mental. Recuérdese que el derecho a la salud, a la luz del artículo 12 del PIDESC supone el derecho al goce del más alto nivel posible de salud física

y mental, y el embarazo puede causar una situación de angustia severa o, incluso graves alteraciones síquicas que justifiquen su interrupción según certificación médica (Corte Constitucional de Colombia, 2006).

En cuanto a la segunda causal, malformación del feto que haga inviable su vida, la Corte, también a través de su jurisprudencia, ha sido clara en afirmar que someter a una mujer a llevar a término un embarazo cuando la vida del feto es inviable fuera del útero, se constituye en un trato cruel e inhumano; además, obligar a continuar la gestación cuando se sabe que el feto no sobrevivirá puede generar graves efectos psicológicos.

Respecto a la tercera causal, cuando el embarazo es producto de una violencia sexual, la Corte Constitucional reconoció que las mujeres víctimas de violencia sexual no pueden ser obligadas a continuar con un embarazo ya que este “no sería el producto de una decisión libre y consentida, sino el resultado de conductas arbitrarias que desconocen su carácter de sujeto autónomo de derechos” (Corte Constitucional de Colombia, 2006).

Además, reconoció que en estas tres circunstancias, la IVE es un derecho fundamental pues protege y garantiza la autonomía y la libertad de decisión de las mujeres:

[...] el derecho a la IVE pertenece a la categoría de derechos reproductivos y, por tanto, comparte su orientación, fundamento y contenido obligatorio. Al mismo tiempo, al tratarse de una garantía ius fundamental, compromete en su respeto

22 Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 6, El derecho a la vida. Doc. N. U., CCPR/C/21, Rev. 1, 30 de julio de 1982.

23 Comité de la Convención para la eliminación de las formas de discriminación contra la mujer. Recomendación General No. 19, la violencia contra la mujer. Doc. N.U. A/47/28, 30 de enero, 1992, par. 7.

24 Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación general No. 14.

25 El bloque de constitucionalidad se define como aquella unidad jurídica compuesta “por normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución, por diversas vías y por mandato de la propia Constitución. Son pues verdaderos principios y reglas de valor constitucional, esto es, son normas situadas en el nivel constitucional, a pesar de que puedan a veces contener mecanismos de reforma diversos al de las normas del articulado constitucional *strictu sensu*” (Corte Constitucional de Colombia, 18 de mayo de 1995). No obstante, esa integración es excepcional pues de lo que se trata es de definir qué hace parte de nuestra Constitución.

y realización a todos los servidores y órganos del Estado, a los prestadores públicos y privados de seguridad social y a los particulares (Corte Constitucional de Colombia, 17 de octubre de 2018).

La Corte Constitucional estableció que el derecho fundamental a la IVE no solamente está en cabeza de las mujeres mayores de 18 años, sino en niñas y jóvenes. Precisamente, en cuanto a las niñas menores de 14 años, expresó que son titulares del derecho al libre desarrollo de la personalidad y, por esto, gozan de plena capacidad para consentir sobre tratamientos en intervenciones sobre su cuerpo (Corte Constitucional de Colombia, 2006). En esa medida, recordó el derecho a la autonomía para decidir de manera libre y voluntaria su derecho a la IVE y ordenó no imponer obstáculos y barreras adicionales cuando los representantes legales no estuvieran de acuerdo con el consentimiento de las menores de interrumpir el embarazo (Corte Constitucional de Colombia, 28 de mayo de 2009). Por consiguiente, “impedir que niñas menores de edad no puedan interrumpir su embarazo es consagrar una discriminación con fundamento en la edad que sería irrazonable y contraria al Art. 13 de la Constitución” (Corte Constitucional de Colombia, 28 de mayo de 2009 y 3 de noviembre de 2011). La Corte concluye que si bien el ejercicio pleno de la autonomía se va consolidando con el desarrollo del ciclo vital y el reconocimiento interno y consciente que realiza cada persona, la edad no puede ser considerada como un

criterio absoluto que determine en todas las circunstancias la capacidad de las niñas, niños y adolescentes para consentir ciertos procedimientos asociados con su salud.

Que el derecho a la IVE esté reconocido como un derecho fundamental, impone claras y expresas obligaciones al Estado colombiano y a los particulares que prestan servicios de salud dentro del SGSS de no imponer obstáculos, barreras y prácticas que dilaten, nieguen o anulen el acceso a este derecho.

La Superintendencia Nacional de Salud (2013), mediante la Circular No. 003 de 2013²⁶ acogió los postulados de la Sentencia C-355 de 2006 y de sentencias posteriores proferidas por la Corte Constitucional e impartió instrucciones para garantizar la obligación en la prestación del derecho a la IVE tanto a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), independientemente de si son públicas o privadas, laicas o confesionales. Entre estas instrucciones se encuentran: (i) Prohibición de elevar obstáculos y medidas administrativas inconstitucionales a la práctica de la IVE. (ii) Contar con un protocolo de diagnóstico integral (oportuno, completo y de calidad). (iii) Aplicación efectiva de las reglas de referencia y contra referencia en salud. (iv) Término razonable para la práctica

²⁶ El Consejo de Estado resolvió las instrucciones segunda, cuarta y décima primera en su integridad, y el párrafo 2° de la instrucción décima segunda de la Circular No. 003 de 2013.

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:



de la IVE. (v) Garantizar la confidencialidad, no discriminación y la prohibición de juicios de valor. (vi) Garantizar la IVE en cualquier tiempo de la gestación. (vii) Asegurar la atención a menores de 14 años y mujeres con capacidades diferentes. (viii) Respetar en todo momento el derecho a la información de la mujer, en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos, y su autonomía, sin decidir por ella la práctica del aborto o la continuación al embarazo.

De igual manera, la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social (2 de agosto de 2018), “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”, incorpora los estándares de IVE que ha reiterado la Corte Constitucional y que son de obligatorio cumplimiento para las EPS e IPS. En tal sentido, establece que dentro de la ruta de atención perinatal es deber de los prestadores de servicios de salud brindar información sobre derechos sexuales y reproductivos, incluida la IVE, que hace parte de las atenciones relacionadas con el embarazo.

En lo que respecta a población migrante, debe indicarse que toda persona migrante que se haya afiliado al régimen contributivo o subsidiado en salud tiene derecho a atención de calidad y de acuerdo con el marco legal vigente. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, en virtud

del Decreto 2408 de 2018,²⁷ la población que ha ingresado de manera irregular al territorio nacional podrá acceder a los servicios de urgencias, lo que está en consonancia con el Artículo 49 de la Constitución, la Ley 100 de 1993, la Ley Estatutaria en Salud y lo señalado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-210 de 2018. De manera que las IPS del país, ya sean públicas o privadas, que tengan habilitado el servicio de urgencias, deben garantizar a esta población la atención sin que medien barreras administrativas. Para el pago de dichas atenciones, la entidad territorial, además de recursos propios, podrá acceder a los recursos complementarios definidos desde el nivel nacional.

En cuanto a los servicios de salud relacionados con el embarazo, incluida la IVE, estos requieren una atención “urgente y prioritaria” (Corte Constitucional de Colombia, 15 de noviembre de 2017), esto quiere decir que las mujeres migrantes en situación pendular o irregular que no se encuentran afiliadas al SGSS tienen derecho a esta atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Lo contrario es una forma de violencia contra las mujeres. En este sentido, y amparada en la providencia de la Corte, “la negativa de prestar los servicios de salud materna constituye violencia obstétrica, pues esta se configura a partir de la omisión del Estado de prestar los servicios que afectan de forma directa el cuerpo y los procesos reproducti-

²⁷ Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte o del Libro 2 del Decreto 780 de 2016-Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencias prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos.



vos de las mujeres” (Corte Constitucional de Colombia, 15 de noviembre de 2017).

Dadas las especificidades de las condiciones de salud de la población migrante, la interpretación de la causal *riesgo para la vida o la salud* debe tener en cuenta que:

[...] la situación de migrante agrava las condiciones asociadas al embarazo y la valoración que se haga del riesgo debe tener en cuenta la carga psíquica, física y social que este representa, teniendo en cuenta que circunstancias como el desplazamiento, la mala nutrición, habitar una vivienda en condiciones inadecuadas o la falta de ingresos económicos constituyen factores de riesgo para enfermedades de múltiples etiologías o incluso la muerte (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Del mismo modo, en el caso de la causal *malformaciones del feto incompatibles con la vida*:

[...] se debe verificar la coexistencia de causales, es decir, reconocer cómo esta situación afecta la vida y la salud de la mujer. La configuración del riesgo para la salud a raíz de las condiciones del embarazo, implican también una atención por parte del sistema de salud y de conformidad a las características vistas para la causal anterior (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

En caso que el embarazo sea consecuencia de una violencia sexual, las víctimas de este tipo de violencia tienen derecho a una atención integral en salud, entre las que se encuentra la IVE.²⁸ Estas

atenciones son de carácter prioritario y gratuito, y configuran urgencia médica independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta, y de la existencia de denuncia penal.²⁹ El Ministerio de Salud y Protección Social afirma que:

[...] sin importar que su calidad sea la de nacional o extranjera, o que el hecho de violencia sexual haya ocurrido en territorio nacional o extranjero, toda persona víctima de violencia sexual tiene derecho a que se le garanticen todas las atenciones de salud que tengan la connotación de urgencia médica, dentro de las que se encuentran las indicadas en la Resolución 459 de 2012, y como lo sería para el caso en concreto la Interrupción Voluntaria del Embarazo, y siempre y cuando así lo decida la mujer (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

En Colombia existe, pues, un derecho fundamental a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, del que son titulares niñas, mujeres y jóvenes, que hace parte de los DSDR que, a su vez, son derechos humanos. Esto ha sido reconocido por la Corte Constitucional y por otras entidades gubernamentales, generando obligaciones estatales para su garantía.

²⁸ Véase Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, y Ley 1719 de 2004.

²⁹ Artículo 23, Ley 1719 de 2014, “Por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones”.

LOS CASOS ACOMPañADOS

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de marzo de 2019, un período superior a dos años, se registró un total de 629 mujeres procedentes de Venezuela con diagnósticos relacionados con IVE (Ministerio de Salud, 2019),³⁰ atendidas en el país por las IPS habilitadas.

Según la entidad, el mayor número de mujeres venezolanas ha sido atendido en Bogotá (181), Antioquia (101) y Atlántico (87). Llama la atención que en departamentos frontera con Venezuela el reporte sea menor, como Norte de Santander (47), La Guajira (29) y Arauca (10), lo que hace pensar en dos hipótesis: por un lado, el sub registro; por otro, en que las atenciones están asociadas con la presencia de población migrante y la capacidad de respuesta institucional.

En cuanto a la edad de las mujeres atendidas, en su mayoría se encontraban entre los 19 y 25 años (46.2%). Es preocupante que las menores de edad, niñas y jóvenes entre los 11 y 18 años alcanzaran un 11.7%.

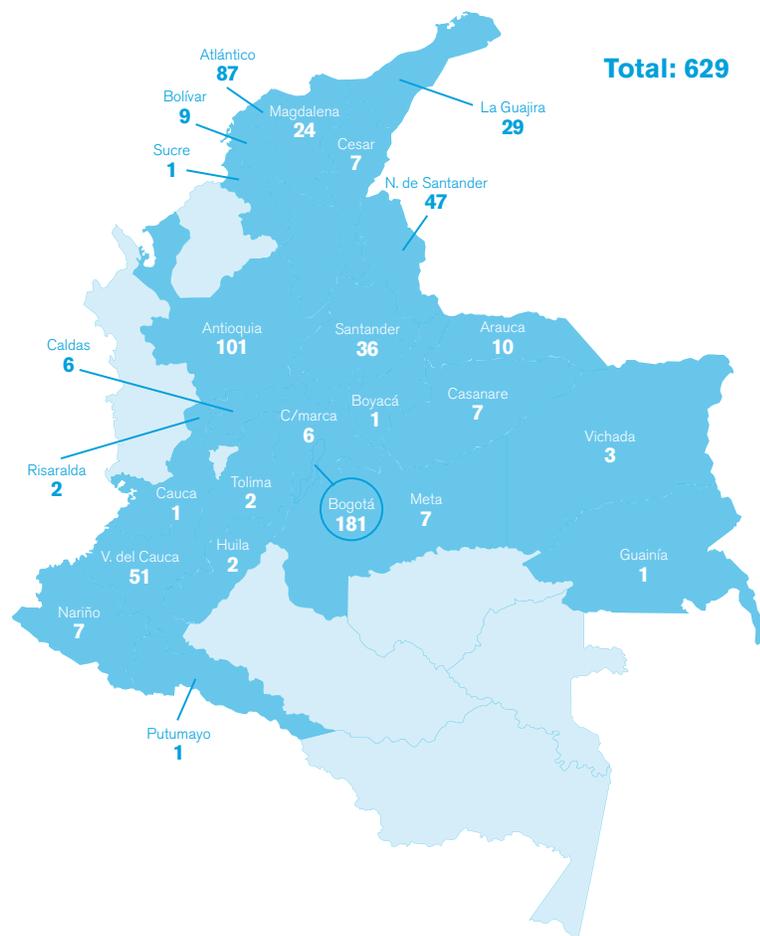


Imagen 3: Número de mujeres atendidas en los servicios de salud con diagnóstico relacionado con IVE, según departamento de atención, entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de marzo de 2019.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2019.³¹

³⁰ Contiene las atenciones en consulta, urgencias, hospitalización y procedimientos en salud a población extranjera independientemente de su estatus migratorio.

³¹ El radicado del Ministerio de Salud y Protección Social 201921000687021 del 5 de junio de 2019, respuesta al radicado 201942300781032 petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres contiene los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:

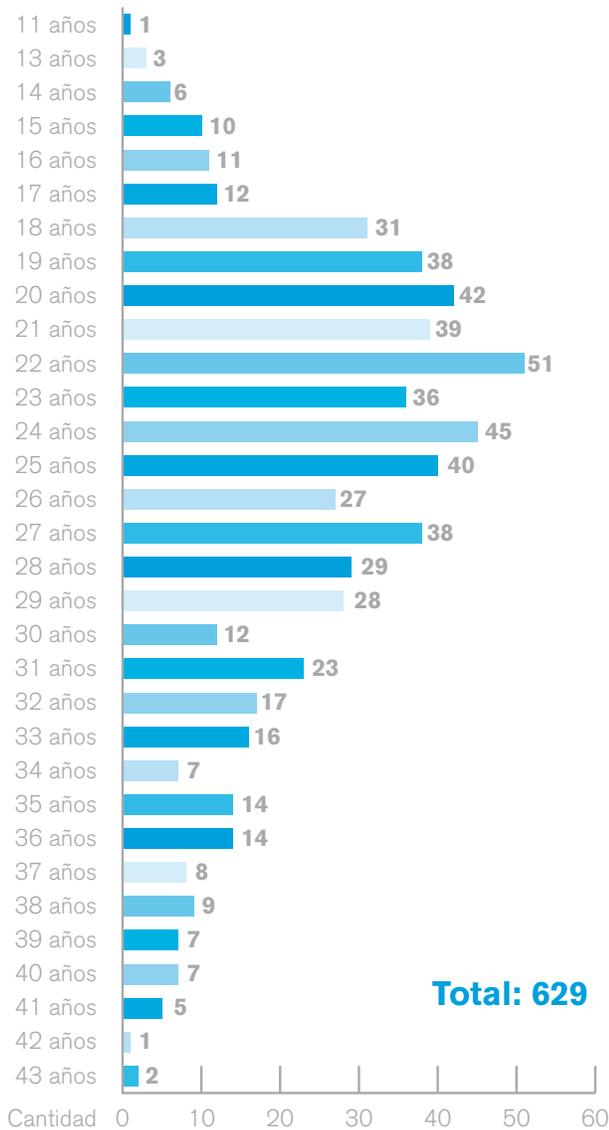


Figura 1: Número de mujeres atendidas en los servicios de salud con diagnóstico relacionado con IVE, según edad, entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de marzo de 2019. Colombia

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2019.³²

³² El radicado del Ministerio de Salud y Protección Social 201921000687021 del 5 de junio de 2019, respuesta al radicado 201942300781032 petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres contiene los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

Por su parte, datos de la *Fundación Oriéntame* muestran que atendió, entre enero de 2018 y junio de 2019, a través de sus sedes en Bogotá y otros municipios del país, a 848 mujeres venezolanas que consultaron por la IVE, la mayoría de ellas dentro de la causal salud. La diferencia que se evidencia entre las cifras del Ministerio para un período de dos años (629 atenciones) y las cifras de una sola entidad durante un período menor (848) —datos que a su vez deberían estar integrados a los del Ministerio pues son reportados a esta entidad—, da cuenta de serias debilidades en el sistema de información oficial.

De las mujeres que consultaron esta IPS privada, 756 accedieron al procedimiento. De estas, el 41.6% (315), pudo acceder porque los costos del procedimiento fueron subsidiados por la *Fundación* a través de proyectos que donan recursos para la atención de mujeres en situación de vulnerabilidad. 415 mujeres, que representan el 54.8%, accedieron de manera particular, costeadando el procedimiento con sus propios recursos; y tan solo 26 mujeres, esto es el 2.9%, accedieron a través de su EPS, es decir, que la EPS a la que se encontraban afiliadas cubrió el valor del servicio por tener un convenio con esta IPS.³³

En cuanto a la edad, el 49% corresponde a mujeres jóvenes cuyo rango etario se encontraba entre los 19 y 25 años, seguidas por

³³ Debe aclararse que todas las EPS y las entidades de la red pública deben contar con proveedores (profesionales e IPS) que garanticen la IVE (Corte Constitucional de Colombia, 28 de febrero de 2008).



mujeres entre los 26 y los 35 años (39.8%). Las niñas y jóvenes entre los 14 y 18 años fueron el 6.6%, y las mayores de 35 años el 3.8% del total de mujeres que accedieron al procedimiento.

El mayor número de atenciones se realizaron entre las semanas 3 y 12 de embarazo (primer trimestre), con 616 procedimientos (81.3%), mientras que los comprendidos entre las semanas 13 y 21 fueron 141 (18.1%).

Por los propósitos de este informe, además de las anteriores cifras relacionadas con la atención en salud, nos ocuparemos de los casos conocidos y acompañados legalmente por *La Mesa*, algunos de los que fueron remitidos o se atendieron articuladamente con las organizaciones que también participan en la construcción de este documento.

Entre noviembre de 2018 y septiembre de 2019, *La Mesa* acompañó a 21 migrantes venezolanas en su acceso a la IVE, 18 de ellas permanecían en el país de manera irregular y solo tres contaba con Permiso Especial de Permanencia (PEP) vigente. Los canales a través de los cuales estas mujeres conocen del servicio gratuito que ofrece *La Mesa* son a través de la *Fundación Oriéntame* y *Médicos del Mundo-Francia*,³⁴ a través de otras organizaciones sociales, grupos y entidades que tienen presencia en territorios fronterizos, como es el caso de la *Corporación Mujer, Denuncia y Muévete*, que concentra su trabajo en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander; y de la

Defensoría del Pueblo. En algunos de los casos que se presentan en este informe, se habían agotado recursos previos, como solicitudes directas a las IPS; y en todos, debido a las barreras, la edad gestacional aumentó, encontrándose en su mayoría en edades gestacionales avanzadas.

En once casos se trató de mujeres jóvenes entre los 19 y 25 años; cinco de las mujeres tenían entre 26 y 35 años; y dos tenían entre 14 y 18 años. Tres no reportaron su edad.

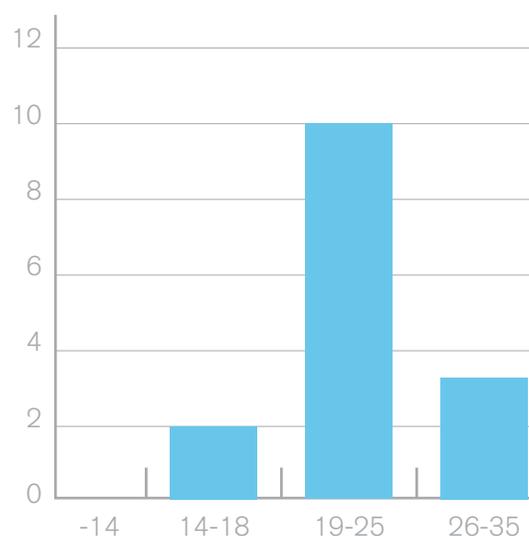


Figura 2: Rango de edad de las mujeres venezolanas migrantes acompañadas por La Mesa.

Fuente: elaboración propia.

Sus contextos eran de alta vulnerabilidad socioeconómica, inexistentes redes de apoyo y violencias basadas en el género, relacionadas directamente con su condición de migrantes. Algunos de los casos acompañados corresponden a mujeres cuyos embarazos se produjeron en el marco del

³⁴ Organizaciones que hacen parte de La Mesa.

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:



ejercicio de actividades sexuales pagas, o lo que algunas organizaciones que atienden a migrantes venezolanas han denominado “sexo por sobrevivencia”. En muchos casos, sus familiares se quedaron en Venezuela y ellas envían dinero para su sustento.

Seis de las mujeres acompañadas residían en Bogotá; cuatro en Cúcuta, Norte de Santander; diez en otros municipios como Puerto Remolino, Nariño; Medellín, Antioquia; Barranquilla, Atlántico (2); Mani, Casanare; Popayán, Cauca; Cali, Valle del Cauca; Saravena, Arauca; Algarrobo, Magdalena; Mariquita, Tolima; y una era migrante pendular.

Del total de las mujeres acompañadas, el 47.6% accedió mediante subsidio, el 19% lo hizo a través de la red pública, y en el 4.7%, correspondiente a un caso, la mujer se automedicó. El 19% desistió debido a las barreras y del 9.5% no se conoce si logró acceder o no, debido a que no fue posible volver a tener contacto con ellas.

El acompañamiento de casos permite conocer efectivamente qué viven las mujeres, en este caso las migrantes venezolanas, cuando solicitan una IVE. Produce información de primera mano, con relación al estado de la implementación del marco legal, y en esa medida, es una fuente para la incidencia, la generación de recomendaciones de política pública y la generación de conocimiento al respecto. Es también la posibilidad de plantear la discusión pública sobre aborto, poniendo la mirada en las experiencias de

las mujeres. Aun cuando más del 60% de las mujeres venezolanas acompañadas pudieron acceder a una IVE segura, el camino para lograrlo estuvo marcado por obstáculos que vulneraron sus derechos. Precisamente, en los procesos para garantizar el derecho a la IVE, las barreras de acceso al servicio de salud son un elemento sistemático, reiterativo y trascendental que permite evidenciar las deficiencias del modelo de causales y, en ese mismo sentido, la necesidad de tomar correctivos en pos de los derechos de las mujeres.

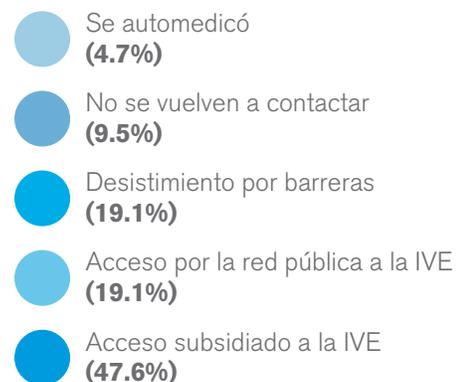
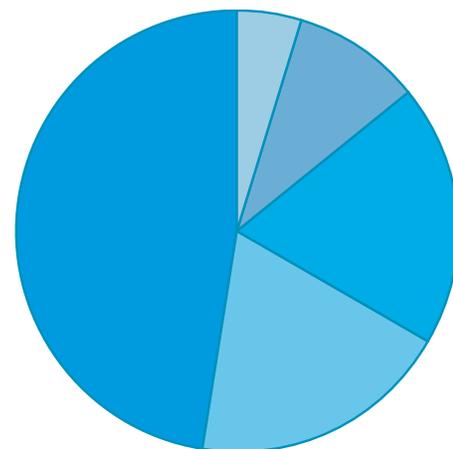


Figura 3: Acceso a la IVE de las mujeres venezolanas migrantes acompañadas por La Mesa.

Fuente: elaboración propia.

**LAS BARRERAS
DE ACCESO
A LA IVE DE
LAS MUJERES
MIGRANTES
VENEZOLANAS**



Mediante el acompañamiento y la atención a mujeres migrantes venezolanas que desean acceder a una interrupción del embarazo, las organizaciones que elaboramos este informe hemos evidenciado situaciones en las que a las mujeres migrantes que acuden a IPS públicas se les imponen barreras de acceso, desconociendo su autonomía reproductiva, su derecho a la salud y el marco normativo vigente en materia del derecho a la IVE. De manera generalizada en el país, el ejercicio del derecho a la IVE se ve afectado por múltiples barreras, es decir, obstáculos presentes en los sectores salud, justicia y protección; que contravienen la amplia jurisprudencia al respecto y el marco normativo desarrollado, desconociendo los derechos de las mujeres.

Las migrantes venezolanas no solo afrontan las mismas barreras de acceso que las mujeres colombianas cuando buscan acceder a una IVE, sino que estas se recrudecen en función de su situación migratoria; además, deben enfrentar otras barreras específicas, originadas por su condición de migrantes.

A partir de su experiencia en el acompañamiento legal de casos,³⁵ *La Mesa* define las barreras como “el conjunto de conductas que por acción o por omisión, constituyen limitaciones u obstáculos para que las mujeres accedan de forma efectiva al aborto legal, en el servicio de salud, sin importar el régimen de afiliación” (González Vélez y Castro, 2017). A su vez, propone una categorización de las barreras de acceso, siendo las principales:

³⁵ Este acompañamiento comprende la asesoría legal, orientación sobre la ruta de atención y gestión administrativa o judicial para el acceso al derecho a la IVE.

(i) el desconocimiento del marco normativo, relacionado con las vulneraciones al derecho a la intimidad y dignidad, a la información veraz e imparcial, a la autodeterminación de la mujer, y el incumplimiento de las obligaciones legales relacionadas con la IVE.(ii) La interpretación restrictiva del marco legal, asociada con la solicitud de requisitos adicionales, la limitación de la prestación del servicio con fundamento en la edad gestacional, el uso inconstitucional de la objeción de conciencia y la interpretación restrictiva de la causal salud. (iii) Finalmente, las fallas en la prestación del servicio de salud, que tiene que ver con fallas de los profesionales, como la negación de certificaciones y autorizaciones médicas, violencia y maltrato a las mujeres, dilatación injustificada de la prestación del servicio; y con fallas administrativas, como falta de protocolos de atención y falta de entrenamiento médico (González Vélez y Castro, 2017).

Para la clasificación de las barreras de acceso identificadas en los casos de mujeres migrantes venezolanas, se siguió la anterior tipología, lo que es consecuente con la idea de que ellas comparten obstáculos comunes a las mujeres nacionales en los sectores salud, justicia y protección. De cualquier manera, se explicarán las características puntuales originadas en su situación de migrantes para introducir nuevas categorías de barreras que responden al contexto de la migración.

Es importante considerar la desprotección estatal de las personas migrantes, en particular de aquellas que se encuentran de manera irregular en el país. Adicionalmente,

por la precariedad económica, algunas manifiestan la imposibilidad de asistir a las citas para la realización de los procedimientos, además de carecer de redes de apoyo, por lo que no cuentan con acompañamiento en el procedimiento IVE, o personas de apoyo para dejar al cuidado de los y las hijas u otras personas a su cargo. Eso fue lo que le sucedió a María.³⁶

Con 22 años, María era migrante pendular ya que pasaba constantemente la frontera colombo-venezolana para trabajar y llevar alimentos a sus hijos/as. En uno de sus pasos hacia Cúcuta no tenía cómo pagar la cuota, al manifestárselo a uno de los hombres que cobraba, este llamó a dos hombres más que la llevaron contra su voluntad a unos matorrales y abusaron sexualmente de ella, sin usar ningún tipo de anticonceptivo. Estos hombres amenazaron a María, diciéndole que ya sabían quién era y que si le contaba a alguien, atentarían contra su integridad.

Pasaron unas semanas y María comenzó a sentirse mal, sin embargo, no contaba con el dinero para practicarse una prueba de embarazo, entonces decidió acercarse a una institución privada donde pudo hacerse de manera gratuita. Al enterarse del resultado positivo, una organización le dijo que en una IPS en Bogotá podía interrumpir el embarazo. María tenía miedo de volver a cruzar la frontera y no

pudo trasladarse a Bogotá para la atención debido a que no tenía quién cuidara de sus hijos. Ella no pudo acceder a la interrupción voluntaria del embarazo.



Desconocimiento del marco legal

El no reconocimiento y la falta de información con relación al marco legal en materia de IVE son barreras de acceso. Esta categoría se subdivide en: falta de conocimiento de la Sentencia C-355 de 2006 y de los desarrollos posteriores; violación de las normativas sobre derechos de las mujeres frente a la IVE; e incumplimiento de las obligaciones legales relacionadas con la IVE.

Falta de conocimiento de la Sentencia C-355 de 2006 y de los desarrollos posteriores

Buena parte de las mujeres migrantes venezolanas acompañadas, en especial las que se encuentran en una situación de permanencia irregular en el país, desconocen que en Colombia el aborto es un derecho en las tres circunstancias señaladas por la Corte Constitucional mediante la Sentencia C-355 de 2006, situación que difiere con la de su país de origen. Como resultado de esto, las mujeres no acuden a la red hospitalaria, temiendo la deportación u otras consecuencias legales, lo que aumenta el riesgo de vivir maternidades forzadas, acudir a lugares por fuera del sistema de salud y acceder a abortos inseguros; y poner en riesgo su vida, su salud y su integridad. El desconocimiento repercute en demoras en la decisión de

³⁶ Todos los nombres de las mujeres acompañadas y otros datos personales han sido cambiados u omitidos para preservar la confidencialidad.

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:



solicitar asesoría y atención, aumentando la edad gestacional y dificultando aún más el acceso a abortos legales.

Sandra tenía 19 años cuando se encontraba trabajando en Puerto Santander, Norte de Santander, ejerciendo actividades sexuales pagas por necesidad. Toda su familia, incluida su hija, se encuentra en Venezuela y su ingreso a Colombia lo hizo de manera irregular por Cúcuta.

Durante una relación sexual pagada, el hombre con quien la sostenía le informó que se había roto el condón, y que no era la primera vez que le pasaba con ella, lo que Sandra desconocía. Quince días después de darse cuenta que no tenía su período con regularidad, Sandra se hizo una prueba de embarazo, cuyo resultado fue positivo. Aunque no quería tener un segundo hijo, no sabía que tenía derecho a interrumpir el embarazo, así que siguiendo el consejo de una de sus compañeras, se tomó en dos ocasiones unas pastillas para abortar, sin embargo, siguió sin llegarle el periodo; por lo tanto, decide realizarse otra prueba de embarazo, que nuevamente resultó positiva. Al poco tiempo comenzó a salirle un flujo de color oscuro y con mal olor, cinco días después alcanzó una fiebre muy alta, por lo que decidió ir al hospital, donde le explicaron que el feto estaba muerto y que tenía alrededor de 16 semanas de gestación. Le hicieron un legrado, le suministraron antibióticos y la hospitalizaron por dos días. Su matriz se vio comprometida

por una infección, derivada de la falta de una atención oportuna, consecuencia del desconocimiento de la normatividad legal de la IVE en Colombia.

Violación de las normativas sobre los derechos de las mujeres frente a la IVE

Esta barrera se presenta cuando los agentes estatales involucrados en la atención y ruta de acceso a la IVE desconocen los derechos de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo, como los derechos a la intimidad y a la autodeterminación.

Milena, de 27 años, ingresó a Colombia de manera irregular a través de la frontera entre Venezuela y Arauca. Mientras se trasladaba hacia Calamar, Guaviare, donde trabajaría, comprobó que se encontraba en estado de gestación. Sin embargo, teniendo en cuenta que su condición de migrante era irregular no se acercó a ningún establecimiento de salud para recibir atención por miedo a la deportación.

Estando en Calamar, se presentó para atención médica en una jornada de salud, en la que diagnosticaron un embarazo de 24 semanas. Durante la atención, expresó su intención de no continuar con su embarazo, puesto que había llegado al país en búsqueda de oportunidades laborales para ayudar económicamente a su familia en Venezuela y un hijo afectaría ese objetivo.

Por su edad gestacional, Milena fue remitida a San José del Guaviare, donde el psicólogo de la IPS que la atendió la refirió, a su vez, a controles prenatales, sin tener en cuenta la decisión manifestada de interrumpir el embarazo; además realizó una llamada internacional a su familia buscando presionar un cambio de decisión, bajo el supuesto respaldo de una red de apoyo familiar, violando con esto el secreto profesional que debe mantenerse en la atención en salud. Milena desistió del procedimiento.

Incumplimiento de las obligaciones legales relacionadas con la IVE

Sector justicia. Fallas en el proceso de interposición y decisión frente a la denuncia. Se presentan barreras asociadas con la acreditación del requisito en la causal violencia sexual (copia de la denuncia penal). Cuando los hechos no ocurrieron en territorio colombiano, la denuncia no es recibida por las autoridades y, de acuerdo con lo referido por las mujeres, en Venezuela no existen garantías de seguridad y carecen de insumos, como papel, para realizar las denuncias. Cuando los hechos han ocurrido en territorio colombiano, en los pasos fronterizos, en los sitios de acogida y en sus residencias, no existe una ruta de denuncia que ofrezca garantías de protección a las mujeres, que incentive la denuncia, les restablezca sus derechos y que permita conocer las dimensiones de esta situación.

Ana tenía 29 años de edad y llevaba siete meses en Colombia cuando quedó en embarazo. Se encontraba en Cúcuta, ciudad en la que ejercía actividades sexuales pagas, ante la urgencia de alimentar a sus dos hijos que permanecían en Venezuela, cuando conoció a un hombre con el que estableció una relación afectiva, que se tornó agresiva y en la que era explotada sexual y económicamente. Las agresiones eran constantes y Ana solicitaba ayuda a la Policía cada vez que sucedían, sin lograr intervenciones apropiadas que reconocieran las violencias basadas en género de las que era víctima.

Ana se contactó con una organización que trabaja en asuntos relacionados con salud sexual y salud reproductiva, gracias a la que se enteró que estaba en embarazo, y decidió no continuarlo. Sin embargo, la posible reacción de su compañero permanente le generaba miedo y ansiedad, pues en otras ocasiones la había amenazado con no permitirle interrumpir el embarazo.

Un día antes de viajar a Bogotá a recibir atención médica, Ana es nuevamente violentada por su compañero quien la agrede verbalmente, la golpea en el rostro, la mete a la ducha y la orina en la cara repetidas veces. Ante los gritos de auxilio, el dueño de la residencia llama a la Policía que, al acudir a resolver el conflicto, optó por dejarlos a ambos en la calle, sin prestar atención a la situación de vulnerabilidad de Ana, ni activar la ruta de atención como víctima de violencia.



Durante la discusión Ana pierde el celular y todas sus pertenencias, así que la única opción que tiene es esconderse en la calle para evitar ser encontrada por su compañero. Con ayuda de una organización social, Ana logra viajar a Bogotá y acceder a la IVE de manera subsidiada en una IPS privada, pues con las primeras gestiones realizadas por dicha organización era evidente que no sería posible que la atendieran en la IPS pública de la ciudad, teniendo en cuenta su estatus migratorio irregular.

Interpretación restrictiva del marco legal

Solicitud de requisitos adicionales

Esta barrera ocurre cuando se piden trámites, documentos o consultas a instancias no contempladas en el marco legal, entre ellos:

Autorización por parte de un tercero (responsable legal, acudiente, cónyuge, médicos o asesores jurídicos), lo que desconoce la plena autonomía de las mujeres, incluidas niñas y jóvenes.

Silvana tenía 14 años de edad, había ingresado a Colombia con una de sus hermanas, con quien vivió tres meses en Arauca. Allí conoció un hombre de quien quedó embarazada, como producto de violencia sexual. Debido a que la convivencia con su hermana era difícil, esta decidió enviarla a Cúcuta donde otra hermana para que se hiciera cargo de ella y de su embarazo.

Silvana y su hermana fueron a un hospital en Cúcuta donde, a través de una organización de la sociedad civil, recibieron información sobre el derecho a la IVE, ante lo que Silvana expresó que no se sentía segura de continuar con su embarazo. Al realizársele una ecografía se identificó que tenía 24 semanas de embarazo y se iniciaron gestiones ante una IPS que pudiera realizarle el procedimiento. Aun cuando Silvana solicitó una IVE, su hermana se opuso a su decisión y a que realizara la denuncia por violencia sexual. Aunque intervinieron entidades estatales, que buscaban garantizar su derecho, pues lo que debía primar era su decisión, la hermana mantuvo su negativa y ejerció presión para que Silvana continuara con su embarazo.

Solicitud de documentos que den cuenta de un estatus migratorio regular. Las IPS de la red pública solicitan documentos que demuestren la situación de permanencia regular en el país de las mujeres migrantes: cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático, salvoconducto de refugiado o, en su ausencia, PEP, lo que constituye una barrera para el acceso a la IVE para las mujeres con estatus migratorio irregular, vulnerando así su derecho a la salud, la igualdad y la no discriminación.

Mujeres con estatus migratorio irregular que necesitan trasladarse de ciudad para la atención y realización del procedimiento IVE, deben solicitar un “salvoconducto migratorio”, documento de carácter temporal que expide Migración Colombia para regularizar la permanencia o



salida del territorio colombiano³⁷ y que, aunque no es un documento válido para acceder a los servicios de salud, les permite transitar por el país (en ciudades como Cúcuta son exigidos por las empresas de transporte intermunicipal). No obstante, muchas veces los servicios son negados en virtud de la ausencia de otros documentos que den cuenta de la regularización del estatus migratorio y que son difíciles de conseguir teniendo en cuenta, por ejemplo, que el acceso al PEP es limitado. En un caso, aun cuando la mujer contaba con PEP, se le exigieron requisitos adicionales como la encuesta SISBEN.

Con 16 años y junto a su madre, Camila suele ingresar a Colombia de manera periódica a través de la frontera con Cúcuta, con el objetivo de conseguir comida y enseres que puedan vender para subsistir.

En una ocasión, acudió a una jornada de sensibilización en derechos sexuales y derechos reproductivos a cargo de una organización de la sociedad civil, donde se enteró que la IVE es legal en Colombia. Camila se acercó a una de las personas que brindaba la asesoría y le contó que desde sus 12 años había sido abusada sexualmente por un hombre adulto, que casi le duplicaba la edad, y que la engañaba y se aprovechaba de su situación económica. Como producto del abuso, quedó embarazada por primera vez antes de los 16 años. Horas después del parto,

su hija falleció. Pasados unos meses, este hombre volvió a abusar de ella, por lo que Camila quedó embarazada de nuevo.

Camila no quería continuar el embarazo, se sentía muy joven para asumir una maternidad y no quería pasar por una situación similar a la que vivió en su primer parto. Sabiendo que la IVE es un derecho en Colombia, cuando el embarazo es producto de violencia sexual, buscó nuevamente a la organización que le había brindado asesoría. Allí le realizaron una ecografía donde se evidenció que tenía 26 semanas de embarazo, y donde la pusieron en contacto con La Mesa para que acompañara su solicitud de atención ante una IPS pública, en la que le pidieron el PEP. Camila se rehusó a denunciar a su agresor, ya que en Venezuela no existen garantías para las víctimas; al mismo tiempo, en Colombia se presentan fallas en la interposición de la denuncia por hechos ocurridos por fuera del país.

La dilación en los servicios por la acreditación de documentos relacionados con su estatus migratorio y con la causal violencia sexual, llevaron a que Camila continuara con su embarazo. Su diagnóstico de salud durante el embarazo requirió que guardara reposo, lo que implicaba que no podía ayudar a su mamá a trabajar, por lo tanto, su situación económica se volvió más crítica. Aunque Camila había tomado la decisión de tener el parto Colombia,

³⁷ Para más información, véase <http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/tramites-2016/3285-salvoconducto-migratorio>

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:



considerando la crisis hospitalaria en Venezuela, ese día hubo cierre de frontera, siendo imposible pasar a este país. Días después del nacimiento, su hija falleció y Camila quedó afectada en su salud física y emocional; además seguía estando expuesta a ser abusada y no contaba con métodos anticonceptivos.

Otro de los casos acompañados evidenció también la solicitud de requisitos adicionales para acceder a la IVE:

Andrea y su hermana menor llegaron a Colombia debido a la crítica situación económica en Venezuela, y a que ella sufría de violencia por parte de su expareja, el padre de sus dos hijos. Con 20 años de edad, empezó a ejercer actividades sexuales pagas en Bogotá para poder enviar dinero a su familia.

Al acudir a una fundación de salud sexual y salud reproductiva, se dio cuenta que tenía 6 semanas de embarazo. Ella quería interrumpirlo debido a su situación económica y a que el embarazo fue producto de una relación sexual paga en la que falló el preservativo. Buscando la IVE, acudió a un lugar recomendado por sus compañeras, sin embargo, las condiciones del sitio no eran muy confiables y desistió de practicársela allí. Después encontró un lugar más confiable, pero el costo era demasiado alto y, por más que intentó reunir el dinero, no pudo hacerlo. Es por ello que acudió nuevamente a la fundación, para ese momento tenía una edad gestacional de 24 semanas, razón por

la que fue remitida a un hospital público, en el que le exigieron PEP para ser atendida. Andrea acudió a Migración Colombia buscando regularizar su situación, no obstante, solo le entregaron un salvo conducto, el cual es insuficiente para lograr la atención en el hospital.

Debido a su embarazo, Andrea no ha podido continuar con las actividades sexuales pagas de la misma manera y en el establecimiento la amenazan con que, de no hacerlo, deberá abandonar el lugar. Sin ingresos, su salud integral se ve afectada y experimenta desnutrición. En esta situación, Andrea decide pagar por el PEP, aun cuando fue advertida de que estaba prohibido cobrar por estos trámites. Al consultar por servicios de urgencia, no la encuentran en el sistema, quedando en evidencia que había sido estafada.

Andrea recibió apoyo jurídico de La Mesa, desde donde se remitió el caso a las instituciones distritales y nacionales para garantizar su atención. En ese proceso, volvió a acudir a Migración para que solucionaran su situación, sin embargo, su solicitud de permiso había expirado y debía esperar hasta nueva orden. El hospital volvió a negarle el procedimiento, a menos que pagara de manera particular, lo que para ella no era posible. Andrea manifestó tener afectada su salud emocional y sentirse desesperada y humillada por carecer de los recursos. Ante una nueva negación

de atención por parte del hospital y el tiempo transcurrido, Andrea desistió de interrumpir el embarazo.

Negación de los servicios con fundamento en la condición de migrante irregular

Las instituciones de salud desconocen frecuentemente que los servicios de salud relacionados con el embarazo, entre ellos la IVE, son una atención prioritaria y constituyen una urgencia, es decir, que el estatus migratorio de las mujeres que consultan no es relevante para acceder a los servicios de salud que necesitan. El incumplimiento de esto se manifiesta, incluso, en la no realización de pruebas de embarazo a migrantes.

Laura, de 28 años, es madre soltera de un niño y una niña que se encuentran en Venezuela al cuidado de su madre, a quienes envía parte del dinero que gana realizando labores varias. Al momento de los hechos, llevaba más de un año en Colombia, en zona rural del departamento de Nariño, a dos horas de Pasto, sin haber logrado regularizar su estatus migratorio.

Laura tenía un embarazo no deseado de 26 semanas de gestación que afectaba su salud integral, por lo que deseaba interrumpirlo. Ella no sabía que en Colombia es legal interrumpir el embarazo, hasta que habló con su cuñada, quien reside en Bogotá y se lo contó. Se comunicó con La Mesa a quienes les informó que en el municipio donde se encontraba solo había un puesto de salud y que, por su estatus

migratorio irregular, no tenía acceso a ninguna atención.

Su caso requirió el trabajo articulado de diferentes organizaciones públicas y privadas, las que subsidiaron sus gastos y brindaron acompañamiento legal, emocional y económico. Entre ellas, y ante la negación del servicio de IVE, el Instituto Departamental de Salud de Nariño gestionó con una organización los costos de su traslado a Bogotá, donde fue atendida un tiempo después. En este proceso, Laura sintió que el personal de Trabajo Social que la atendió fue despectivo.

Fallas en la prestación del servicio de salud

Fallas de las y los profesionales de la salud

Dentro de estas fallas se encuentran los malos tratos y la violencia obstétrica justificada en prejuicios con relación a las mujeres migrantes. No obstante, debe aclararse que estos tratos no son exclusivos de las y los profesionales de la salud y que se han identificado en otros agentes estatales, como las autoridades migratorias.

Mariana fue atendida en una IPS pública, contaba con el PEP vigente y a pesar de que le solicitaron para la autorización del procedimiento la encuesta SISBEN y debió esperar una semana, finalmente pudo acceder. Al día siguiente del procedimiento, le informaron que tenía salida ese mismo día, sin embargo, pasaron las

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:

horas y le indicaron que había un problema administrativo por lo que no podía egresar de la institución. Durante la noche solicitó medicamento para el dolor, a lo que el personal de enfermería se negó, supuestamente, porque su salida estaba autorizada.

Fallas administrativas

Dentro de estas fallas, se encuentran la ausencia de protocolos internos y de rutas claras para la atención de la IVE para las mujeres migrantes en condición de permanencia irregular en el país. El Ministerio de Salud y Protección Social afirma que los servicios de salud relacionados con el embarazo, incluyendo la IVE, deben ser atendidos de manera prioritaria y urgente, independientemente de la situación migratoria de las mujeres. No obstante, algunas entidades territoriales, manifiestan lo contrario. Una muestra de ello es esta comunicación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá:

De acuerdo con todo lo anterior y hasta tanto el Gobierno Nacional no modifique las disposiciones legales vigentes, no es posible para esta entidad territorial, cubrir atenciones diferentes a la urgencia para extranjeros que no cuenten con un documento de identidad válido, que los identifique como residentes legales en el país; en este contexto la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) no se considera en sí misma como una atención Inicial de Urgencias, es un procedimiento por una

indicación médica, salvo que el embarazo sea consecuencia de violencia sexual [...]

Los recursos del Régimen Subsidiado y de atención a la Población Pobre No Asegurada (PPNA), son de carácter público y el incumplimiento de la normatividad actualmente vigente evidentemente puede configurar una responsabilidad fiscal e incluso un peculado por destinación indebida a cargo de quien autorice la utilización de unos recursos que tienen destinación específica (Secretaría Distrital de Salud, 2018).³⁸

³⁸ Radicado 2018EE105207 del 28 de noviembre de 2018, Secretaría Distrital de Salud, en respuesta al Radicado 2018ER88079 del 26 de noviembre de 2018 en el que el Defensor del Pueblo, Regional Bogotá, realiza solicitud de garantía efectiva derecho a la IVE, de mujer migrante irregular. Este documento fue conocido por *La Mesa* en el marco del acompañamiento de un caso.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:



El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes venezolanas, en especial el acceso a la IVE, presenta múltiples barreras tal como les sucede a las mujeres colombianas, con algunas diferencias en función de su estatus migratorio. En otras palabras, la particularidad del contexto de la migración recrudece las barreras y origina algunas nuevas, como por ejemplo la negación de los servicios con fundamento en la condición de migrante irregular y la solicitud de documentos que den cuenta de un estatus migratorio regular.

Las barreras señaladas en este documento, a partir de los casos conocidos y acompañados por *La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*, la *Fundación Oriéntame*, la *Corporación Mujer, Denuncia y Muévete* y *Médicos del Mundo-Francia*, son un aporte a la discusión pública sobre el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos, y sobre el respeto a los derechos de las poblaciones más vulnerables y que enfrentan más trabas para acceder a servicios dignos y de calidad.

Sin lugar a dudas, el desconocimiento sobre el marco normativo y las reglas para la atención en salud de las mujeres venezolanas sigue haciendo que difundir información veraz y oportuna sobre el derecho de las mujeres a interrumpir el embarazo sea un paso impostergable, más si pensamos que quienes acuden a estas organizaciones han vivido vulneraciones y negativas previas en las que se combinan el estigma sobre el aborto y los estereotipos y prejuicios sobre las mujeres migrantes.

La aplicación incompleta y desarticulada del paquete de servicios mínimos en salud sexual y salud reproductiva dentro de la ruta migratoria expone a mayor riesgo a las migrantes. Las organizaciones identificamos que, en este proceso, no fueron informadas sobre el derecho a la IVE ni sobre los lugares para acceder al servicio en un contexto legal; la mayoría de ellas fue referenciada por otras mujeres que habían sido atendidas o acompañadas previamente, a excepción de aquellas cuyo contacto inicial fue directamente con alguna de las organizaciones. Todo esto representó para varias de ellas la continuación de un embarazo no deseado, la exposición a malos tratos y, en algunos casos, la expulsión de los sitios en los que ejercían actividades sexuales pagas.

El Estado colombiano tiene la urgente necesidad de avanzar hacia la efectiva garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres sin importar su estatus migratorio. En esta medida, la labor de la cooperación internacional y de las organizaciones de la sociedad civil es relevante, pero no puede confundirse con las responsabilidades y competencias que asisten a las entidades públicas, las que, a más de una década de la despenalización parcial del aborto en el país, no pueden evadir la urgencia de eliminar las barreras de acceso para todas las mujeres.

Estas barreras se hacen evidentes en distintos sectores estatales y presentan tres puntos críticos para el Estado colombiano. En primer lugar, con relación a la articulación institucio-



nal, ya que mientras la Corte Constitucional y el Ministerio de Salud comparten el estándar de atención gratuita en IVE para las migrantes irregulares, por tratarse de una urgencia, entidades del nivel territorial actúan bajo sus propios lineamientos.

En segundo lugar, a propósito del sistema de información sobre IVE en el sistema de salud, lo que no es una novedad ya que las inconsistencias identificadas entre los datos del Ministerio y los de una sola IPS privada (*Fundación Oriéntame*), que además le reporta a la entidad oficial, vuelve a poner de manifiesto la urgencia de contar con un monitoreo eficaz, que incluya cifras certeras sobre los abortos legales, con las que se puedan tomar decisiones de política pública.

En tercer lugar, con relación a los recursos y a los gastos que genera la prestación de los servicios a personas no aseguradas. Seguramente la captación de recursos para la garantía de la atención es la mayor dificultad que afronta el Estado, por lo que debe ser también un tema de los países de la región, que se debe expresar en soluciones conjuntas para afrontar la migración venezolana.

En este sentido, se deben tomar medidas administrativas y de gasto público que garanticen el pleno derecho de las mujeres a la IVE, sin ninguna clase de distinción o trato discriminatorio contra las mujeres, jóvenes y niñas migrantes. En consecuencia, esto debe entenderse como un asunto de derechos humanos y de salud pública, que requiere de la articulación inter e intra sectorial, siguiendo

lineamientos claros para la atención de la población migrante, con recursos públicos que permitan llevarla a cabo. Por ejemplo, las entidades que coordinan e intervienen en la política migratoria deben incorporar la difusión de información sobre la IVE para que las mujeres acudan oportunamente a los servicios.

Es necesario flexibilizar y adaptar los trámites de expedición de documentos migratorios, reconociendo las razones y condiciones por las cuales se produce la migración, y las circunstancias de vida de estas personas una vez se encuentran en Colombia, ya que muchas veces estos documentos resultan imposibles de gestionar y la estructura burocrática parece infranqueable. Por ejemplo, la solicitud del salvo conducto para transitar por el territorio colombiano, la necesidad de mostrar PEP, cédula de extranjería, y pasaportes.

Adicionalmente, esto debe pasar por la existencia de políticas integrales para los municipios de frontera, que garanticen la oferta institucional necesaria para atender las demandas de atención de servicios de salud, de salud sexual y reproductiva y, en particular, del procedimiento de IVE. Precisamente con los cambios de gobierno su incorporación en los planes de desarrollo territoriales podría ser uno de los caminos. Los ajustes requeridos también pasan por los protocolos de salud, que incluyan la toma de pruebas de embarazo a las mujeres migrantes que consultan por urgencias, brindar información oportuna sobre sus opciones reproductivas y la disponibilidad de servicios

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:



en primer, segundo y tercer trimestre en condiciones dignas, seguras y de calidad.

Las barreras de acceso a la IVE tienen consecuencias que van en contra del beneficio mismo del Estado colombiano porque perpetúan ciclos de pobreza y violencia, y generan perjuicios en la vida y la salud de las mujeres. Adicionalmente, en casos que logran resolverse, las barreras generan demoras en la atención, obligando a las mujeres migrantes y a las instituciones prestadoras a incurrir en mayores riesgos y costos.■



BIBLIOGRAFÍA

1. ACNUR. (8 de noviembre de 2018). La cifra de personas refugiadas y migrantes venezolanas alcanza los 3 millones. Disponible en <https://www.acnur.org/noticias/press/2018/11/5be443b54/la-cifra-de-personas-refugiadas-e-inmigrantes-venezolanas-alcanza-los-3.html>
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1966). acta Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
3. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
4. AVESA. (2017). Informe Mujeres al Límite: El peso de la emergencia humanitaria: vulneración de derechos humanos de las mujeres en Venezuela. Disponible en <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2017/11/mujeres-al-limite.pdf>
5. AVESA. (2018). Salud sexual y reproductiva de mujeres, adolescentes y niñas en Venezuela. Disponible en <https://avesawordpress.wordpress.com/>
6. Bermúdez S.J., Y., Mazuera-Arias, R., Albornoz-Arias, N. & Morffe Peraza, M.A. (mayo de 2018). Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran [9 de abril al 6 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://cpalsocial.org/documentos/570.pdf>
7. Casañas, J. (11 de febrero de 2018). El negocio migratorio de las bandas criminales en la frontera. El Espectador. Disponible en <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/el-negocio-migratorio-de-las-bandas-criminales-en-la-frontera-articulo-738570>
8. Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. (13 de marzo de 2017). Obligaciones de los Estados con respecto a los refugiados y los migrantes en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUedPIF1v-fPMJbFePxX56jVynBwivepPdIwSXxq9SW9ZbgupEHPzmS%-2BHfLpdYK94RgB1E0bob1qFojYcpR4KqEtEgsUR40u8nW>
9. Consejo de Derechos Humanos. (4 de julio de 2019). 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. Disponible en https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session41/Documents/A_HRC_41_18_SP.docx
10. Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2018). CONPES 3950-Estrategia para la Atención de la Migración desde Venezuela. Disponible en <https://www.cancilleria.gov.co/documento-conpes-estrategia-atencion-migracion-venezuela>
11. Corte Constitucional de Colombia. (18 de mayo de 1995). Sentencia C-225 de 1995. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/C-225-95.htm>
12. Corte Constitucional de Colombia. (10 de mayo de 2006). Sentencia C-355 de 2006. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
13. Corte Constitucional de Colombia. (28 de febrero de 2008). Sentencia T-209 de 2008. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-209-08.htm>
14. Corte Constitucional de Colombia. (28 de mayo de 2009). Sentencia T-388 de 2009. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-388-09.htm>
15. Corte Constitucional de Colombia. (3 de noviembre de 2011). Sentencia T-841 de 2011. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2011/T-841-11.htm>
16. Corte Constitucional de Colombia. (15 de noviembre de 2017). Sentencia SU-677 de 2017. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/SU677-17.htm>
17. Corte Constitucional de Colombia. (1 de junio de 2018). Sentencia T-210 de 2018. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/T-210-18.htm>
18. Corte Constitucional de Colombia. (17 de octubre de 2018). Sentencia SU-096 de 2018. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/SU096-18.htm>
19. De la Vega, I. (2014). Tráfico pesado de venezolanos cualificados hacía múltiples destinos. En R. Peralta, C. Lares, & K. Vegas (Eds.). Diáspora del talento. Migración y educación en Venezuela: análisis y propuestas. Venezuela: Fundación Centro de Estudios de las Américas y del Caribe.
20. Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. (25 de julio de 2018). Decreto 1288 de 2018, por el cual se adoptan medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos a la oferta institucional y se dictan otras medidas sobre el retorno de colombianos. Disponible en <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201288%20DEL%2025%20DE%20JULIO%20DE%202018.pdf>
21. Equipo Humanitario de País & OCHA. (2019). Humanitarian Needs Overview 2019, Colombia. Disponible en https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/14012019_hno_2019_es.pdf
22. Galdos Silva, S. (julio de 2013). La Conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30(3), pp. 455-460.
23. González Vélez, A. C., & Castro, L. (2017). Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia. Bogotá, Colombia: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Disponible en <https://bit.ly/2oQBly5>
24. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo. América Latina y el Caribe. (mayo de 2018). Situación de Venezuela: Retos de Protección, panorama del impacto regional. Disponible en <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/65109>
25. Las Comadres Púrpuras. (17 de diciembre de 2018). Aborto en Venezuela: la ardua lucha por la legalización del derecho a decidir. Revista Amazonas. Disponible en <https://www.revistaamazonas.com/2018/12/17/las-comadres-purpuras/>
26. Ley 715 de diciembre 21 de 2001, Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:



- 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Disponible en https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf
27. Migración Colombia. (2018). Todo lo que quiere saber sobre la migración venezolana y no se lo han contado. Bogotá, Colombia.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia. Disponible en https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf
29. Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
30. Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de marzo de 2012). Resolución 459 de 2012 por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>
31. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Ley 1751 de 2015, Por la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
32. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
33. Ministerio de Salud y Protección Social. (2 de agosto de 2018). Resolución 3280 de 2018, Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
34. Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de diciembre de 2018). Decreto 2408 de 2018, Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto: 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5476
35. Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Radicado 201921000687021 del 5 de junio de 2019. Respuesta al radicado 201942300781032 petición presentada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Bogotá, Colombia.
36. Ministerio del Poder Popular para la Salud. (25 a 31 de diciembre de 2016). Boletín Epidemiológico (52). Disponible en <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-2016.pdf>
37. Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá (OMEG). (2017). Caracterización de personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas en contextos de prostitución en Bogotá 2017. Disponible en <http://omeg.sdmujer.gov.co/OMEG/asp/>
38. OEA. (1969). Convención Americana de Derechos Humanos. Disponible en https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm
39. OPS & UNICEF. (2018). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Disponible en <https://www.unicef.org/lac/informes/acele-rar-el-progreso-hacia-la-reducci%C3%B3n-del-embarazo-adolescente-en-am%C3%A9rica-latina-y-el>
40. República Bolivariana de Venezuela (2000). Código Penal de Venezuela. Disponible en https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_ven_anexo6.pdf
41. República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Disponible en http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
42. Rodríguez Rosas, R. (24 de noviembre de 2018). Al menos 188 venezolanas rescatadas este año tras ser explotadas sexualmente en ocho países. Efecto Cocuyo. Disponible en <https://efectococuyo.com/la-humanidad/al-menos-188-venezolanas-rescatadas-este-ano-tras-ser-explotadas-sexualmente-en-8-paises/>
43. Román, A. & Dávila, K. (2019). Vivas nos queremos. Femicidio de mujeres migrantes venezolanas en territorio colombiano, abril a diciembre de 2018. Red Feminista Antimilitarista Disponible en <http://observatoriofemicidioscolombia.org/attachments/article/374/Femicidios%20de%20Migrantes%20Venezolanas.pdf>
44. S.A. (29 de diciembre de 2015). Aseguran que escasez de anticonceptivos alcanza 90% este año. El Nacional. Disponible en http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/aseguran-que-escasez-anticonceptivos-alcanza-este-ano_35606
45. Secretaría Distrital de Salud. (2018). Radicado 2018EE105207 del 28 de noviembre de 2018, en respuesta al Radicado 2018ER88079 del Defensor del Pueblo, Regional Bogotá, del 26 de noviembre de 2018. Bogotá, Colombia.
46. Superintendencia Nacional de Salud. (2013). Circular Externa 3 de 2013. Disponible en https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/C_SNS_0003_2013.pdf

ANEXO

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:



Desarrollo normativo en salud, en el marco de la migración venezolana

Norma	Título	Objeto
Decreto 1978 de 2015 del MSPS	Por la cual se adoptan medidas para garantizar el aseguramiento al régimen subsidiado de los migrantes colombianos que han sido repatriados, que han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela.	Habilitación excepcional de entidades promotoras de salud del régimen subsidiado en liquidación. La Superintendencia Nacional de Salud podrá habilitar aquellas EPS del régimen subsidiado, que se encuentren en intervención forzosa administrativa para liquidar, con el fin de incluir a los migrantes colombianos repatriados de Venezuela.
Decreto 1768 de 2015 del MSPS	Por el cual se establecen las condiciones para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retomado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela.	Garantizar el aseguramiento de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante el año 2015, mediante su definición como población especial y prioritaria, y su consecuente afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de listados censales.



<p>Decreto 1495 de 2016 del MSPS</p>	<p>Por el cual se modifican los Artículos 2.9.2.5.2, 2.9.2.5.3 y 2.9.2.5.8 del Capítulo 5, Título 2, Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.</p>	<p>Garantizar las condiciones idóneas del acceso al sistema subsidiado de la seguridad social en salud, para los migrantes colombianos repatriados a Colombia hasta el año 2017, puesto que la situación persiste. Por lo tanto, se amplía la temporalidad del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.</p>
<p>Resolución 5246 de 2016 del MSPS</p>	<p>Por la cual se establecen los responsables de la generación, consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales y se definen los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información.</p>	<p>Establecer las condiciones necesarias para el reporte, consolidación y disposición de los listados que permitan garantizar el acceso al sistema general subsidiado de la seguridad social en salud, de la población de migrantes colombianos repatriados en Colombia, puesto que es indispensable para garantizar el acceso de los mismos.</p>
<p>Decreto 2228 de 2017 del MSPS</p>	<p>Por el cual se modifica el Artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con los afiliados al Régimen Subsidiado.</p>	<p>En razón a que la situación con Venezuela persiste, el presente decreto busca ampliar el rango poblacional de las personas afiliadas al régimen subsidiado a la seguridad social en salud. Incluyendo a la población migrante colombiana repatriada, que ha retornado voluntariamente al país, o ha sido deportada o expulsada de la República Bolivariana de Venezuela, y su núcleo familiar.</p>

MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA:



<p>Resolución 3015 de 2017</p>	<p>Por medio de la cual se incluye el Permiso Especial de Permanencia (PEP) como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social.</p>	<p>Incluir el Permiso Especial de Permanencia como documento válido para incluir a las personas migrantes venezolanas en el sistema general de la seguridad social en salud.</p>
<p>Decreto 866 de 2017</p>	<p>Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 ~ Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos.</p>	<p>Reglamentar la transferencia de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos.</p>
<p>Decreto 2408 de 2018</p>	<p>Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos.</p>	<p>Establecer el mecanismo a través del cual el Ministerio de Salud y Protección Social pone a disposición a las entidades territoriales, los recursos que se prevén a nivel nacional para la atención inicial en salud para los migrantes fronterizos.</p>
<p>Circular 012, modificada por la Circular 029 emitida en agosto de 2017 por el MSPS</p>	<p>Envío de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), de las atenciones realizadas a personas extranjeras en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p>	<p>Busca reportar todas las atenciones de personas extranjeras en las instituciones prestadoras de salud, por lo tanto, se reglamentan los mecanismos idóneos para que las entidades prestadoras de salud reporten tales atenciones.</p>

BARRERAS DE ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO



Circular 025 de 2017	Fortalecimiento de Acciones en Salud Pública para responder a la Situación de Migración de Población Proveniente de Venezuela.	Para responder al principio de universalidad del sistema general de la seguridad social en salud, el Ministerio de Salud, determina diferentes estrategias para las entidades territoriales en la garantía del acceso efectivo.
Circular 020 de 2018	Instrucciones sobre el uso de los recursos transferidos con cargo al FOSYGA - numeral 3 del Artículo 21 de la Ley 1797 de 2016.	Reglamentar los recursos excedentes del sistema general de la seguridad social en salud, que están a cargo del FOSYGA, y se destinan a ocupar la deuda en tecnología no cubierta.



Con la colaboración de:



La Mesa
Por la Vida y la Salud
de las Mujeres

Orientame
Excelencia en Salud Sexual y Reproductiva

