

Maestría en Salud Pública



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Tesis de grado

**IAP UN CAMINO PARA CONSTRUIR UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN EN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA LA MUJER MIGRANTE IRREGULAR
VENEZOLANA, EN EL MUNICIPIO DE ARAUCA**

Faisuli Arias Fonseca

Deisy Mayerleth Borraez Ramos

Mónica Mutis Manrique

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Pública

Director:

Oscar Javier Vergara Escobar

Doctor en Enfermería

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

BOGOTÁ, D.C.

2022

Tabla de contenido

1.Planteamiento del Problema	5
1.2 Antecedentes	6
1.2.1 Normativa relacionada con la migración.....	14
1.3 Justificación.....	20
1.4 Pregunta Problema	23
1.5 Objetivo General	23
1.6 Objetivos Específicos.....	24
2.Marco Teórico.....	25
2.1 Impacto Social O En Salud Pública Del Fenómeno De La Migración A Nivel Global, Regional Y Local	25
2.2 Sexualidad, Derechos Salud Sexual y Reproductiva (SSR) dentro del contexto migratorio.....	30
2.3 Creación De Políticas, Planes, Programas Y Estrategias Para La Atención En Salud De La Población	35
2.3.1 Políticas	35
2.3.2 Planes Para La Atención Para Las Mujeres En Salud Sexual Y Reproductiva	41
2.3.3 Programas De Atención En Salud Sexual Y Reproductiva	47
2.3.4 Enfoques Para La Construcción De Políticas, Planes, Programas Y Estrategias En Salud Sexual Y Reproductiva.....	55
3.Marco Metodológico.....	59
3.1 Tipo De Investigación	59
3.2 Etapas De Investigación Acción Participación	61
3.2.1. Primera Etapa: Pre-Investigación. Síntomas, Demanda Y Elaboración Del Proyecto	61

3.2.2 Segunda Etapa: Diagnóstica.....	62
3.2.3 Tercera Etapa: Programación.....	72
3.2.4 Cuarta Etapa: Conclusiones Y Propuesta.....	74
3.3 Técnicas De Recolección De Información.....	74
3.3.1 Entrevista Semiestructurada.....	74
3.3.2 Observación Participante	76
3.3.3 Grupos focales.....	77
3.3.4 Talleres participativos	77
3.4 Técnicas De Análisis De La Información	78
Criterios de rigurosidad de la IAP.....	79
3.5 Consideraciones Éticas.....	83
4.Resultados.....	85
5.Discusión	115
6. Glosario De Abreviaturas	121
7. Referencias bibliográficas.....	123
8. Anexos	133
8.1 Anexo 1. Formato de diario de campo	134
8.2 Anexo 2. Lista de chequeo-Grupos focales colocar	134
8.3 Anexo 3. Guiones para encuestas.....	135
8.3.1 Encuesta funcionarios Estratégico (administrativo).....	135
8.3.2 Encuesta funcionarios Nivel Táctico (Asistencial)	137
8.3.3 Encuesta población migrante venezolana	138
8.4 Anexo 4. Guiones para grupos focales.....	140
8.4.1 Grupos focales para funcionarios administrativos	141
8.4.2 Grupos focales para profesionales	142

8.4.3 Grupos focales para usuarias.....	143
---	-----

1. Planteamiento del Problema

El Municipio de Arauca, capital del departamento de Arauca en Colombia, siendo uno de los puntos fronterizos con el país de Venezuela, enfrenta una de las olas de migración más grandes que haya vivido el país, por esta frontera a diario ingresan grandes números de ciudadanos venezolanos que viene llegando en condiciones irregulares, en busca de satisfacer necesidades básicas como lo son alimentación, vivienda, salud y educación, las cuales ya no fue posible para ellos encontrar en su nación de origen debido a la grave crisis económica, social y política que se vive en el vecino país.

Estas personas que ingresan a este municipio, donde se evidencia graves falencias en materia de educación, salud y trabajo, preocupan aún más a los gobiernos nacionales y por supuesto locales que deben enfrentar esta grave crisis social y garantizar a esta población unas mejores condiciones de vida y acceso a los servicios que se ofrecen dentro del territorio colombiano. Esto ha causado que tanto el estado colombiano como sus instituciones locales no hayan podido dar respuesta efectiva a esta población migrante que desborda en número y capacidad instalada lo que se oferta en el municipio de Arauca para la población local. La respuesta que se ha dado a la atención de la crisis humanitaria del departamento es proveniente más de las instituciones de cooperación internacional que de las nacionales (Emergencia & Estabilización E&ES – OIM Colombia. 2021, 14 junio).

Dentro de las necesidades más sentidas de la población migrante se encuentra el acceso a los servicios de salud, que en muchos casos ya deben ser atendidos en mayores niveles de complejidad debido a la falta de acceso a los servicios de Atención Primaria en Salud (APS), y por supuesto a la inclusión de la población identificada en algún grupo de riesgo en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), implementadas en las instituciones de atención del país (Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio, 2016).

Dentro de estas necesidades de atención en salud con las que vienen llegando esta población migrante, y las cuales han sido identificadas por la alta demanda de los servicios en el municipio de Arauca, está relacionada con la falta de acceso a los servicios de atención en salud

sexual y reproductiva, los cuales se identifican desde el primer nivel de atención y su dificultad para el acceder a ellos puede ocasionar graves consecuencias en la salud de la población, aumento de la natalidad, aumento en la morbilidad materna, y como consecuencia costos más elevados en el sistema de salud colombiano. Razón por la cual el equipo investigador se concentra en reconocer en la cotidianidad de la atención de los servicios de salud a la mujer los conceptos, prácticas y saberes frente a la salud sexual de la mujer migrante, que permitan diseñar un plan de acción participativa basada en la realidad de los actores principales del contexto, mujeres migrantes irregulares, líderes, profesionales de la salud que acuden al cuidado de las personas, desde este fenómeno a observar, analizar y plantear acciones en pro de la salud.

1.2 Antecedentes

A continuación, se presentan los siguientes antecedentes desde la evidencia científica explorada en bases de datos, fuentes como Ministerio de Salud y protección social de Colombia, Profamilia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (ONU), la Agencia de la ONU para los Refugiados, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Colombia entre otras fuentes. Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU entre otros que permiten organizar la información (ver tabla 1) en dos apartados sobre el fenómeno de la mujer migrante y lo normativo que dan piso a los derechos de la atención en salud sexual y reproductiva en la mujer migrante venezolana.

Un aspecto para resaltar es cómo las cifras muestran que en los últimos 10 años se ha visto un incremento significativo de la inmigración hacia nuestro país. Por ejemplo, entre el 2007 y el 2011, se presentó un aumento del 50% en el registro de trabajadores temporales extranjeros, pasando de 29.662 a 59.857, para el año 2013 según datos aportados por Migración Colombia. (Migración Colombia visibles. 2013). El grupo poblacional más significativo corresponde a los ciudadanos venezolanos, que representan el 33% de los 110.000 extranjeros en el país. Este fenómeno que ha venido en aumento se evidencia con las cifras del mes de abril del 2021, que indican que 1.748.716 venezolanos habitaban el territorio nacional, de estos 45.825 personas se encontraban en el departamento fronterizo de Arauca, la mayoría de ellos (68%) no cuentan con

permiso especial de permanencia (PEP), aunque la cifra no tenga una variación estadística significativa la mayoría corresponde a mujeres (51%) en los siguientes grupos etarios (719 mujeres entre 8 -17 años, 2.714 mujeres entre 18 - 29 años y 1.785 mujeres entre 30 - 39 años). (Migración Colombia visibles. 2013)

Este número de refugiados y migrantes en el departamento representa el 2.6% del total de la población venezolana que vive en Colombia y ubica a Arauca como el segundo departamento con mayor número de ciudadanos venezolanos (15.4%) con relación al total de la población que allí residen. (Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios, (OCHA, 2021)

Los derechos en salud sexual y reproductiva (a partir de este momento DSSR) de las mujeres hacen parte de los derechos humanos, de la misma forma que el derecho a la vida, a la salud, a la privacidad, a la educación y a tener una existencia libre y sin discriminación. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer o CEDAW, por sus siglas en inglés, fue adoptado el 18 de diciembre de 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas y es una entidad o instrumento internacional de expertos independientes que supervisa y precisa los detalles de la discriminación contra las mujeres y establece los lineamientos necesarios para erradicarla, esta política de alcance global representa un avance primordial en la consecución de los derechos de las mujeres, especialmente aquellos relacionados con su sexualidad y carácter reproductivo (Instituto Nacional de la Mujer, 2014).

Dicho comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y como objetivo de la convención adoptada en diciembre de 1979 por Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas da directrices dentro del artículo 10 política específica que el derecho de las mujeres a la educación contempla también la información educativa necesaria para garantizar la salud y el bienestar de las personas, incluyendo dentro de estas la enseñanza y asesoramiento sobre métodos de planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual. El artículo 16, busca garantizar a las mujeres el derecho a decidir de forma autónoma el número de hijos que desean tener y el intervalo de tiempo entre ellos, y a su vez el acceso a la información necesaria para ejercer estos derechos.

En Colombia, el Comité de la CEDAW está compuesto por 23 expertos independientes, que definen las acciones de discriminación directa e indirecta contra las mujeres y niñas, tanto en el ámbito público como privado, establecen el concepto de igualdad formal (Leyes) y el de igualdad sustantiva entre mujeres y hombres, generan compromisos estatales orientados al respeto, protección, promoción y garantía de los derechos de las mujeres, y adoptan medidas concretas, promoviendo acciones afirmativas. A su vez y para acelerar el ritmo hacia la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres fortalecen el concepto de indivisibilidad de los derechos humanos, consagrando así los derechos civiles y políticos, además de los económicos, sociales y culturales para las mujeres y las niñas, sin importar su territorio de origen, condición social, raza, etnia o edad (ONU Mujeres,2018).

Otro de los instrumentos normativos y operativos que ha sido determinante en el empoderamiento de las mujeres y la construcción de políticas en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos ha sido la Declaración y la Plataforma de Beijing de 1995, que dentro de sus objetivos ratifica que dentro de los derechos humanos de las mujeres se encuentra el de poder decidir de manera libre y sin coerción acerca de su sexualidad, y su reproducción, sin que esto las haga blanco de violencia y discriminación (ONU Mujeres, 2015).

Cabe mencionar que, en septiembre de 2015 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó los objetivos de desarrollo sostenible, como un nuevo plan de acción mundial y mapa de ruta para la consecución de un planeta más sostenible, seguro y próspero para la humanidad. Esta propuesta cuenta con 17 objetivos dentro de la agenda, y estos a su vez integran 169 metas que abarcan las esferas ambiental, social y económica entre otras (Gamez, M. J. 2022, 24 mayo).

Dentro de los objetivos planteados el hecho de “*garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades*” (Objetivo 3) junto con la “*consecución de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas*” (Objetivo 5), representan un pilar fundamental en la construcción de políticas públicas en salud sexual y reproductiva, especialmente si se reconoce que dentro de los alcances de esta propuesta se plantea para 2030, la garantía del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de información,

educación y planificación familiar, así como el pleno ejercicio de sus derechos y la inclusión de estrategias en salud reproductiva dentro de la planeación e implementación de los programas de atención nacional (Naciones Unidas ODS, s. f.).

El migrante se define como una persona que se traslada a través de una frontera internacional o dentro del mismo país, fuera de su lugar de residencia sin tener en cuenta el carácter involuntario o voluntario del desplazamiento, su situación judicial, el tiempo de permanencia en este nuevo lugar y la causa de su desplazamiento. A nivel mundial la migración es un fenómeno que ha acompañado a todos los países desde la antigüedad trayendo consigo una serie de cambios sociales, económicos importantes en los países. Según datos del informe sobre las migraciones en el mundo 2020, el número de migrantes internacionales viene en aumento desde las últimas cinco décadas. El total estimado de migrantes internacionales para el 2019 es de 272 millones de personas, que, con referencia a la cifra del año 1990, la población en esta condición ha aumentado en 119 millones de personas y este a su vez triplica el dato del año de 1970 (ONU migrantes, 2017).

En Venezuela la migración ha pasado por varias etapas; la primera de estas comprendida desde 1830 hasta 1963 donde Venezuela es país receptor, esta corresponde a una amplia ola de tiempo donde se buscan estrategias para atraer personas de otros países con beneficios especiales como las leyes de trabajadores inmigrantes con lo que buscaron poblar la vasta extensión de su suelo. La segunda ola se da desde 1963 hasta la actualidad y corresponde a todo el proceso migratorio especialmente económicas y políticas, y en otros casos en menor proporción por a causa de una oferta laboral calificada o la denominada migración de retorno (Álvarez de flores, 2007).

Colombia por su parte se ha caracterizado históricamente por ser un país de emigrantes, con algunos momentos en los que ha sido receptor, pero en una pequeña escala, que no llegó a causar gran impacto. Sin embargo, la dispersión de población que viene desde Venezuela ha resultado ser un inesperado escenario para Colombia, con el agravante de las relaciones diplomáticas entre ambos gobiernos las cuales se encuentran bastante deterioradas y esto ha generado grandes dificultades para ambos países en el abordaje del tema. Uno de los sectores económicos del país que más ha sentido esta gran llegada de migrantes al territorio colombiano,

es el de la salud, el cual desde el inicio de estas llegadas de población en masa en el 2015 hasta la fecha aún no cuenta con un diagnóstico real del proceso salud-enfermedad de los venezolanos en especial los que han ingresado de manera irregular al territorio. Se asume que esta población enfrenta varios problemas de salud por todos los determinantes sociales que los acompañan durante el proceso migratorio los cuales están enmarcados por los altos niveles de pobreza y las todas las necesidades básicas insatisfechas que los vienen añadidas; lo que ha impactado negativamente nuestro sistema de salud y en general todas las entidades que en él intervienen (Fernández-Niño y Orozco, 2018).

El desencadenamiento de las crisis humanitarias generadas por el proceso migratorio de nuestro país, generan grandes retos para la salud pública pues conocemos que vienen acompañados de un sin número de insuficiencias por cubrir, bajo el agravante del desconocimiento del perfil epidemiológico de la población, lo que nos lleva a pensar en la urgencia de realizar la caracterización de esta población del estado de salud de esta población que no cesa de llegar; ya que es una realidad que debe ser abordada de manera multidimensional, que requiere de colaboración intersectorial, y de la inclusión de esta población a las rutas integrales en salud (RIAS) que hasta el momento se encuentra ya implementadas en las entidades encargadas de la prestación del servicio, que permita lograr la protección de la salud en cada uno de los grupos etarios ya identificados (Loayza-Alarico, 2019).

Sin embargo y pese a las dificultades que en la labor diaria encuentran tanto las instituciones encargadas de la prestación, las entidades gubernamentales encargadas de garantizar protección a los venezolanos en Colombia, entre otros; ya existen algunas luces importantes que permiten identificar necesidades en salud insatisfechas y las cuales buscan satisfacer en el territorio. Profamilia, por medio de la encuesta realizada para el estudio de la evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva de la población migrante colombo-venezolana, logra identificar las diez necesidades más urgentes en salud sexual y reproductiva en las cuatro departamentos fronterizos entre las que se encuentra Arauca; el cual cuenta en toda su extensión con un peso poblacional aproximado del 11% de la población migrante, para fecha de la encuesta 29.757 venezolanos, de los cuales el 20% representado con 18.021 personas se encuentran ubicados en su capital, Arauca, dentro de los cuales el 44% de esta población son

mujeres entre los 14 y 49 años de edad. Dentro de las principales necesidades identificadas se encuentra el acceso a los servicios de planificación familiar y el acceso efectivo a los servicios, ya que la mayoría de la población migrante se encuentran en edad reproductiva y asisten a las instituciones prestadoras de servicios de salud colombianas en busca de servicios en salud sexual y reproductiva. Como dato relevante se encuentra que la mayoría de esta población son menores de 18 años, lo que implica una mayor demanda de servicios educativos en SSR y servicios de anticoncepción (Profamilia 2019, 21 febrero). Es de anotar que la evidencia científica en los últimos años en Colombia indican investigaciones y políticas que rodean el fenómeno de interés a trabajar, y que permiten mostrar unas tendencias en cuanto a la salud sexual de las personas migrantes, desde la perspectiva de género, desde los derechos y deberes, desde un marco normativo y control de la población desde otros contextos y periodos tal como se evidencia en el cuadro : Síntesis de las evidencias colombianas en el marco del fenómeno de la atención a las personas inmigrantes en Colombia.

Tabla 1.

Síntesis de las evidencias colombianas en el marco del fenómeno de la atención a las personas inmigrantes en Colombia

Tipo de documento	Título artículo	Año	País	Tipo de Estudio	Resultados
Artículo de investigación	Evaluación de necesidades en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana, realizada en 2018 por Profamilia con el apoyo de la International Planned Parenthood Federation –IPPF (Profamilia 2019, 21 febrero)	2021	Colombia	Metodología mixta	Durante los procesos migratorios, las personas afrontan un sin número de necesidades en salud sexual y salud reproductiva. Este artículo, buscó acercarse al entendimiento de estas necesidades, desde la identificación del porcentaje de implementación del Paquete Inicial Mínimo (PIMS) aplicado a los servicios en salud reproductiva en situaciones de crisis humanitaria, esto se realizó en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana mediante grupos focales compuestos por hombres y mujeres entre las edades de los 14 y los 49 años, en condición de población migrante venezolana en las ciudades de Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Lo anterior, se hizo con la finalidad de identificar las percepciones de los participantes respecto a las necesidades en salud sexual y reproductiva. Se logró evidenciar que realmente existen barreras de acceso en especial a estos servicios, generados por los costos derivados de las atenciones, donde juegan también la falta de información, la xenofobia, la violencia basada en el irrespeto por parte del personal de los prestadores de servicios de salud. “Como conclusión se plantea que garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas migrantes venezolanas

					en Colombia es una tarea urgente”. (Profamilia 2019, 21 febrero)
Artículo de investigación	Inclusión y Migración. Derechos sexuales y reproductivos de los migrantes venezolanos en Colombia. (O.J. 2020)	2020	Colombia	Metodología mixta	El proyecto de investigación se propone aportar, desde la comunicación, a los estudios sobre migración masiva, en este caso la gran migración de venezolanos a Colombia, país que históricamente ha carecido de flujos migratorios relevantes y que vive graves conflictos sociales. Se quiere analizar cómo en el contexto colombiano se atienden los derechos sexuales y reproductivos de la población migrante, teniendo en cuenta que hay una atención atomizada, tanto desde el Estado como desde diversas organizaciones, lo que hace muy relevante un estudio académico que contribuya a determinar aciertos, carencias y recomendaciones para una atención integral y de mayor calidad. (Ordóñez et al., 2020)
Análisis documental	Análisis documental: los derechos sexuales y reproductivos de las migrantes venezolanas en Colombia un área de oportunidad social. (Saez, A. F. A. 2021, 22 febrero)	2020	Colombia	Metodología mixta	Este artículo presenta el “panorama actual de la salud sexual y reproductiva de la población migrante venezolana en Colombia”. Muestras que el plan de respuesta ante la ola migratoria ha manejado en Colombia desde el 2014, El cual presenta discusión frente al estudio realizado por Profamilia acerca de las necesidades insatisfechas de los migrantes en salud sexual y reproductiva. (Saez, A. F, 2021)
Artículo de Investigación	Política en salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes venezolanas en Colombia. (Caballero Guzmán Alexandra. 2021, junio)	2021	Colombia	Metodología mixta	Esta investigación tomó como fuente primaria de información el tema de la salud sexual y reproductiva, y como esta hace parte del derecho universal a la salud. Toma como referente la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y su relación con las mujeres migrantes venezolanas, quienes se encuentran condiciones de desigualdad social, a causa de las dificultades en el acceso a bienes, servicios, derechos y recursos; además, de una sin número de dinámicas sociales, culturales y económicas que se hacen aún más visibles en situaciones que dificultan la garantía de los derechos tanto sexuales como reproductivos de las mujeres, los cuales complican aún más la crisis sufrida a causa de la migración. (Caballero Guzmán, 2021)
Artículo de investigación	¿Cómo se presenta la Salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes venezolanas? (Gobierno de Colombia 2019)	2019	Colombia		“A causa de la crisis humanitaria que se vivió en Venezuela, la migración ha aumentado por el ingreso fronterizo de personas provenientes del vecino país que llegan en busca de mejores oportunidades. A Barranquilla han llegado más de 10.000 migrantes que sobreviven gracias al empleo informal y las prácticas sexuales inseguras. La secretaria de Salud Distrital identificó que: “entre 2017 y 2018 se detectaron casos de desnutrición y se reporta incremento en enfermedades como sarampión, rubéola y transmisión sexual por cuenta de las

necesidades de las mujeres venezolanas de dar sustento a quienes los acompañan en nuestro país ya quienes de ellos dependen en Venezuela” (Pacheco López, 2019, P, 3)

Artículo de investigación	Necesidades de salud de las venezolanas en Barranquilla. (Cordaro, F. 2020)	2019	Colombia	Metodología cualitativa	El artículo trata de una investigación realizada en Barranquilla, cuyo objetivo era analizar mediante el “método de observación participada, las respuestas de actores públicos, cooperación internacional y ONG locales frente a la salud de las migrantes venezolanas en Barranquilla. El estudio destaca necesidades en materia de salud sexual y reproductiva y se presenta como un insumo para la formulación de políticas sensibles a la salud de las mujeres migrantes venezolanas” (Cordaro, F. 2020)
Artículo de investigación	Reconocimiento de los derechos de la mujer como una estrategia de empoderamiento en las beneficiarias del Comité Internacional de Rescate. (Gelvez-Villasmil, H. L. 2021, 23 noviembre)	2021	Colombia	Metodología cualitativa	El documento se basa en una investigación cualitativa realizada acerca de las necesidades que presentan las beneficiarias del Comité Internacional de Rescate de la ciudad de Cúcuta, en donde la organización ofrece atención a mujeres migrantes venezolanas en estado de gestación, por lo cual para la recolección de la información se tuvo en cuenta las actividades realizadas en torno al diagnóstico y análisis de datos que se llevó a cabo con la implementación de tres instrumentos. El primero fue el diario de campo que facilitó la descripción de las observaciones obtenidas del lugar y demás hechos importantes, para el segundo se hizo uso de una matriz de elementos de la realidad y estrategias de actuación “soda meca” la cual llevó a identificar los aspectos negativos o débiles y positivos con las que contaba la institución en cuanto a la atención brindada a las beneficiarias y finalmente se aplicó una herramienta de lluvia de ideas con la participación de los integrantes. (Gelvez-Villasmil, H. L. 2021)
Artículo de investigación	Desigualdades en anticoncepción en migrantes y refugiados venezolanos y colombianos en comunidades de acogida. (Rivillas García, J. C., 2020).	2020	Colombia	Metodología mixta	Cada año, más de 2 millones de hombres y mujeres acceden a métodos anticonceptivos modernos en Colombia. Sin embargo, en medio de esta pandemia, la ausencia de políticas intersectorial y las barreras estructurales pueden contribuir a que muchas personas pierdan el acceso a estos servicios esenciales, en especial los migrantes y refugiados venezolanos. Si la atención de la salud sexual y reproductiva, en particular la anticoncepción no se considera la atención esencial durante la pandemia de COVID19, el impacto potencial en las muertes maternas y neonatales, los embarazos no deseados y necesidades insatisfechas en métodos de anticoncepción podrían ser devastadores. La prestación continua de servicios esenciales de salud sexual y reproductiva sigue siendo crítica durante la respuesta global a la pandemia, por el contrario, deben ser regulares, continuos y blindados para que bajo ninguna circunstancia sean interrumpidos durante las medidas para controlar la transmisión del coronavirus. (Rivillas García, J. C., 2020).

Artículo de investigación	Impacto de la dinámica migratoria venezolana en el contexto de los programas sociales. (Moreno, M. L. N. 2019)	2020	Colombia	Metodología mixta	En esta investigación surge del interés por conocer si el desplazamiento de ciudadanos venezolanos, ha generado un impacto negativo en las condiciones de vida y si dicha situación ha tenido afectación económica. (Moreno, M. L. N. 2019)
Artículo de investigación	Desafíos para la garantía del derecho a la salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia en 2019 (Calderón Jaramillo M, 2021)	2019	Colombia	Metodología cualitativa	Desde el 2016 Colombia enfrenta un escenario humanitario generado por la llegada de población migrante y refugiada venezolana. En respuesta, el sistema de salud colombiano ha buscado garantizar el acceso de esta población a los servicios de salud. (Calderón Jaramillo M, 2021)

Nota: Elaboración propia - 2022

1.2.1 Normativa relacionada con la migración

Cuando se habla de migración internacional, partimos del principio de que se reconoce a los estados la autoridad específica para el manejo de los flujos migratorios. Lo cual significa, la facultad de establecer quién ingresa al territorio nacional, bajo qué criterios de admisión, en qué casos se consideran los procesos de regularización de aquellos migrantes que se hallan en condición irregular y por último la obligación de esta población a respetar las leyes y normas, así como la cultura del estado en el que se encuentran. Las naciones, por su parte, han consentido en limitar su soberanía al corroborar un conjunto de tratados internacionales y regionales que los obligan a cumplir con los deberes de respeto, garantía y protección de los derechos humanos para todas las personas, incluidos los migrantes. Así, todos tienen derecho a emigrar de su país, ya que una vez que se encuentran en otro país de tránsito o sea este su destino, se garanticen sus derechos, respetando que ello se haga dentro de un marco de no discriminación (Fries, 2019).

Dentro del perímetro de las Naciones Unidas, los migrantes son reconocidos dentro de dos grupos de instrumentos jurídicos como los son el derecho internacional del trabajo y los tratados de derechos humanos, el cual establece como obligación a los estados que pasan a ser parte de los tratados internacionales el respeto en virtud del derecho internacional, así como garantizar y proteger los derechos humanos aprobados en la declaración universal de derecho humanos por

parte de la asamblea general de las naciones unidas el 10 de diciembre de 1948. En la cual por primera vez se establecen claramente los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos de los que todos los seres humanos deben gozar. Los tratados internacionales de derechos humanos y otros instrumentos adoptados desde 1945 mediante la carta de las naciones unidas, han concedido una base jurídica a los derechos humanos inherentes y han desarrollado el conjunto de derechos humanos internacionales (Naciones Unidas, s.f.).

La igualdad entre hombres y mujeres, se establece dentro de las garantías fundamentales de los derechos humanos, ya que mediante el pacto internacional de derechos civiles y políticos y el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales que en conjunto con la declaración universal constituyen la carta internacional de derechos humanos, ha dejado por sentado, que la discriminación contra la mujer constituye una ofensa a la dignidad humana; por lo cual se aprueba la elaboración de un tratado sobre los derechos de la mujer jurídicamente vinculante. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer fue aprobada por la Asamblea General en 1979, el cual inicia indicando que, a pesar de la creación de todos los instrumentos jurídicos, las mujeres siguen sin disfrutar de los mismos derechos de los que gozan los hombres. En esta convención se establece como obligación a los estados la abolición de la discriminación por motivos de sexo, y conseguir una igualdad sustantiva, abordando no solo las leyes discriminatorias, si o también las prácticas y costumbres tanto a nivel público como privado (Naciones Unidas, 2014).

Uno de los escenarios donde se evidencia mayor violación de los derechos humanos, donde hay más sometimiento a actos discriminatorios son los generados a la población migrante en especial a las mujeres, las cuales representan casi la mitad de toda la población migrante y refugiada en el mundo, que según datos de la ONU MUJERES, corresponde a 244 millones de migrantes y la mitad de los 19,6 millones de personas refugiadas del mundo. Las mujeres suelen ser las primeras en reaccionar ante situaciones de crisis, cumplen con el papel fundamental de cuidar, sostener y reconstruir sus comunidades. Sin embargo, las necesidades, las prioridades y las voces de las mujeres refugiadas y migrantes suelen estar ausentes de las políticas destinadas a protegerlas y darles asistencia. Si se asigna a las mujeres funciones más diligentes incluyendo sus necesidades y dibujando sus diferentes realidades en las políticas que buscan soluciones a las crisis

de las migraciones y personas refugiadas, se ganaría una mayor sostenibilidad y sensibilidad ante esta población vulnerable, carente pero llena de expectativas ante la llegada a los países de destino (ONU Mujeres, s.f.).

Durante la Cumbre de las Naciones Unidas para las Personas Refugiadas y Migrantes llevada a cabo en New York en septiembre de 2016, la ONU, adopta el primer acuerdo intergubernamental llamado “PACTO MUNDIAL SOBRE MIGRACIONES”, el cual busca el desarrollo de las migraciones de una forma segura, ordenada y regular, cubriendo todas las dimensiones de la migración internacional, mejorando la gobernabilidad de la migración, generando herramientas para afrontar los desafíos que trae consigo el fenómeno, permitiendo que los migrantes y refugiados contribuyan en el desarrollo sostenible de la nación. Teniendo en cuenta que en todos los procesos migratorios las mujeres desempeñan uno de los papeles fundamentales dentro del sostén de la comunidad y la economía, estos compromisos incluyen el logro de la igualdad de género, el empoderamiento de las niñas y de las mujeres, y el cabal cumplimiento de sus derechos humanos, así como el abordaje de las necesidades propias de las niñas y las mujeres (ONU Refugiados y migrantes, 2017).

Países del continente americano, han desarrollado lineamientos que permiten el empoderamiento de las mujeres migrantes dentro de los procesos migratorios para que estos no sean forzados, y se den bajo la garantía de los derechos humanos, potencializadoras como agentes de cambio a nivel comunitario. Tal es el caso de El Salvador que en colaboración con el Fondo de la OIM, desarrolló los “Lineamientos para la atención y protección de las mujeres en contexto de migración” cuyo objetivo principal está enfocado en brindar líneas de acción para atender de forma integral y con enfoque de derecho a las mujeres migrantes durante todo el proceso a través de medidas efectivas que permitan superar la brecha de género en la migración, ofreciendo herramientas a los países miembros de la Conferencia Regional de las Migraciones CRM, la implementación de acciones con enfoque de género, derechos humanos, así como la atención, protección y empoderamiento de las mujeres migrantes. Estos lineamientos se rigen bajo los principios de igualdad y no discriminación contra las mujeres, confidencialidad, no revictimización, no devolución, responsabilidad compartida y multiculturalidad y diversidad, unidad familiar, presunción de minoría de edad y no detención de niños, niñas y adolescentes. De

los cuales se desprenden una serie de recomendaciones de atención y protección de mujeres migrantes aplicables por los países de origen, tránsito y destino, involucrados en el proceso. (Organización Internacional de Migración, s.f.)

En México, se creó el “Manual de Atención a Personas Migrantes: Estrategia de apoyo en situaciones de violencia”, el cual corresponde a una guía práctica para realizar el primer contacto con personas migrantes que han sido víctimas de delitos o violación a sus derechos humanos, muestra y da las pautas para el abordaje de la entrevista, permitiendo que la persona pueda expresar sus sentimientos, hablar del futuro inmediato, como abordarlos en caso de detectar enfermedades mentales, actos de violencia tanto física como psicológica en cualquiera de las expresiones que estas se puedan presentar. Esta guía permite identificar los niveles en los que se debe generar la intervención y las alertas que se deben crear según sea el caso, para lograr la atención adecuada a esta población permitiendo que el proceso migratorio continúe o establezca bases de confianza en el país de tránsito o destino (Navarrete, 2012).

Colombia cuenta con el “Estatuto temporal de protección para migrantes”, el cual hace parte de los compromisos adquiridos por el gobierno para definir los mecanismos de flexibilización para la migración, el cual permite la integración de la población migrante a la vida productiva del país partiendo de su regularización, por medio de la adquisición de la visa de residente lo cual permite estimular el tránsito al régimen migratorio ordinario y contribuye a la disminución de cifras de migración irregular, permitiendo el acceso de las mujeres a los servicios ofertados por las instituciones prestadoras de servicios de salud del país y al restablecimiento de sus derechos humanos (Cancillería, 2021).

En la actualidad uno de los fenómenos que genera mayor preocupación en el país, especialmente en lo concerniente a la salud pública, se relaciona con la atención de la población migrante y refugiada. Esta situación social ha generado un llamado de alerta al sistema de salud colombiano y ha demostrado la necesidad de formular estrategias que permitan garantizar a las personas víctimas de este flagelo, el acceso a los servicios de salud, en especial aquellos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Colombia, actualmente cuenta con distintas herramientas estructuradas y consolidadas como normatividad y/o políticas públicas, que pretenden garantizar el ejercicio pleno de los DSSR en todo el territorio nacional, dentro de estas se encuentran:

Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, define la sexualidad como una dimensión que se debe priorizar en las acciones realizadas en salud pública, y deben ser reconocidas como una condición esencialmente humana que involucra tanto hombres como mujeres a lo largo de sus vidas, y se debe abordar bajo una mirada biológica, social y cultural dentro del marco de los derechos humanos. (MINSALUD, 2013)

Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de (PNSSR) 2014-2021, tiene como propósito orientar el desarrollo de las acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos dentro del marco de la atención primaria en salud. (MINSALUD, 2010)

Protocolo de prevención del aborto inseguro en Colombia (2014) en el marco de lo dictado por la *Sentencia Constitucional C-355 de 2006*, que indica la despenalización parcial del aborto en tres causales, se busca la ratificación de los derechos a la autonomía y la autodeterminación reproductiva permitiendo el acceso de la mujer a la interrupción voluntaria del embarazo y su atención integral en todo el territorio nacional, a partir de cualquiera de estas tres circunstancias: cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o salud de la mujer y esta sea certificada por un médico, cuando exista grave malformación del feto que haga inviable la vida y cuando el embarazo sea el resultado de una conducta debidamente denunciada constitutiva de acceso carnal violento o sin consentimiento, o producto de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2014)

Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria, que en su artículo número 5 (cinco) asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo de los derechos fundamentales de la salud, a través de la adopción y formulación de políticas que propendan por la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad junto con la rehabilitación de sus secuelas,

mediante acciones colectivas e individuales, además de la regulación de estrategias para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos que permita atender de forma oportuna y suficiente las necesidades de salud de la población (Ley 1751 del 2015).

Resolución 3280 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (Resolución 3280 del 2018).

Resolución 2626 de 2019 que adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE y modifica la Política de Atención Integral en Salud — PAIS, este modelo cuenta con ocho líneas de acción y busca mejorar las condiciones de salud de la población a través de mejoras en el aseguramiento (Universalidad), las acciones de salud pública, el acceso a los servicios independiente del territorio o zona geográfica, dignificación del talento en salud, disposición de los recursos económicos que garanticen la sostenibilidad del sistema, el enfoque diferencial, la intersectorialidad y la gobernanza o participación de la sociedad civil (Resolución 0002626 del 2019)

Sin embargo, aunque existen múltiples elementos normativos que contribuyen a garantizar el derecho a la salud, estos no han sido suficientes para subsanar las brechas y barreras de acceso a la población, relacionadas con la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en áreas rurales y territorios lejanos a las ciudades capitales. Adicional a las dificultades geográficas existen otros factores como el género, la pertenencia étnica, la orientación sexual, la identidad de género, el momento del ciclo vital, la discapacidad, el ser víctima del conflicto armado u otras violencias, el desplazamiento forzado y los procesos migratorios, que generan condiciones de disparidad, inequidad y asimetría, especialmente en las personas vulnerables, las mujeres y los menores de edad.

Durante la revisión de todos los documentos, leyes, resoluciones y protocolos de atención en salud sexual y reproductiva en Colombia, para establecer la existencia de una política pública que facilite el acceso a los servicios de salud de la población mujer migrante que actualmente habita el territorio colombiano, no se evidenció una herramienta o política orientada a esta

población que actualmente anidan en grandes grupos dentro del país y en especial en los departamentos fronterizos.

Desafortunadamente la normativa existente no contempla la atención de las necesidades primordiales de esta población como son acceso a los servicios de salud y educación, sino que además, dependen de la disponibilidad y voluntad de las IPS y organizaciones nacionales e internacionales dedicadas a la atención de las emergencias humanitarias, que brindan los servicios iniciales pero no pueden garantizar mejores coberturas, seguimiento y continuidad de los programas por falta de apoyo de los entes gubernamentales, escasa disposición de recursos o inadecuada canalización de los mismos y también por la ausencia de una política integral que sirva como mapa de ruta para la atención de la población migrante.

En conclusión se puede afirmar que existen tendencias, políticas y directrices desde el contexto internacional, nacional y local por el abordaje de estrategias integrales y de calidad que oriente los servicios de salud sexual y reproductiva en las poblaciones migrantes irregulares, quienes tienen como barrera principal el acceso a los servicios de salud, este fenómeno es de interés desde la maestría de salud pública, por que percibe esta problemática como un tema de actualidad, interés y pertinencia para la población del Arauca, en el Departamento de Arauca en Colombia.

1.3 Justificación

Colombia presenta desde su historia un importante proceso migratorio, fenómeno enmarcado por las condiciones sociales, de violencia y conflicto interno armado, adicional las injusticia a las que se somete la población, genera grandes traumatismos a nivel socio-económico, ya que no se contaba con la experiencia para la recepción de grandes flujos poblacionales, y las instituciones territoriales no cuentan con el diseño técnico ni mucho menos metodológico lo suficientemente robusto para ampliar la atención de la población y garantizar el acceso a los servicios de salud, incluidos salud sexual y reproductiva, el acceso a anticonceptivos de larga duración, atención a sobrevivientes de violencia de género, atención para IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo), atención en salud materna y perinatal, como sucede desde el 2015 hasta la fecha (Jaramillo y Niño, 2020).

Uno de los departamentos fronterizos más impactados por el aumento de la población migrante dentro del territorio es Arauca, el 16 de abril del 2021 el director general de Migración Colombia, Juan Francisco Espinosa Palacios, declara que, “en las últimas semanas, el departamento de Arauca ha acogido a más de 5.800 personas, las cuales han llegado al país huyendo de los combates que se registran en Venezuela”. El jefe de la autoridad migratoria colombiana indicó que, de acuerdo con la caracterización realizada, en el municipio de Arauquita permanecen un poco más de 4 mil personas de nacionalidad venezolana, cerca de 1.300 colombianos retornados y un poco más de 400, que ostentan doble nacionalidad. Por lo que nuevamente le han tendido la mano a un pueblo que se ve obligado a huir, esta vez como consecuencia de la violencia, con albergues se acogieron a más de 200 mujeres gestantes y 1.800 familias, migración Colombia indicó que antes de la llegada de este grupo de cerca de 5 mil personas, en el departamento de Arauca se encontraban radicados más de 44 mil migrantes venezolanos, de los cuales el 57% estaría en condición irregular y que serían pieza clave en la implementación del Estatuto Temporal de Protección, con el cual se busca proteger al migrante venezolano y formular políticas públicas basadas en la realidad migratoria de la región (Estoy en la frontera, 2021).

Dentro de las grandes masas de migración, se evidencia que la población más vulnerable durante el proceso son los niños y las mujeres, al ser víctimas de diferentes tipos de violencia, sobre todo sexual, lo que conlleva a embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Esta situación la vive actualmente el departamento de Arauca a lo que se suma el hecho de que muchas mujeres se ocupan en la prostitución en los países de destino, debido a la falta de oportunidades laborales, esto profundiza aún más los problemas de los migrantes pues deja a la vista la vulnerabilidad de estas personas, haciendo que aumenten las violaciones y se vulneren aún más sus derechos, y al mismo tiempo, que el comercio sexual crezca como una opción de supervivencia. Este fenómeno aparentemente nuevo no ha sido tratado por los gobiernos de manera atenta, a pesar de que se sabe que los países cuentan con una cobertura universal de salud para su población esta no acoge en su totalidad todas las dimensiones del cuidado a la salud (Aliaga-Sáez et al., 2020).

Otro de los impactos generados a causa de la migración en Colombia, corresponde a todas las repercusiones demográficas, pues trae consigo un factor relevante como es el crecimiento de la población, pues hemos visto que la población que ha llegado en esta condición en su mayoría es joven con capacidad de procrear, lo que genera mayor demanda de bienes y servicios como es el acceso a la salud, la educación entre otros. Según datos recientemente obtenidos de la plataforma de migración Colombia, en enero de este año, Colombia contaba con 1.742.927 migrantes y refugiados, de los cuales 983.343 se encuentran en condiciones irregulares; de estos 44.851 ubicados en el departamento de Arauca (Migración Colombia, 2021).

Siendo Arauca un municipio aislado, de difícil acceso ya que no cuenta con la suficiente infraestructura para acceder fácilmente a él, donde la población estimada es de 294.206 habitantes, y los migrantes representa el 15% de los habitantes, la red de prestadores de servicios de salud se hace insuficiente para la alta demanda tanto de los residentes como de la población añadida, más cuando solo cuentan con 27 IPS habilitadas para la prestación de servicios de planificación familiar y tan solo 15 en todo el departamento para la atención del parto, y a las cuales no todas pueden acceder los migrantes irregulares por no encontrarse dentro del sistema de salud Colombiano, nos crea la necesidad de plantear estrategias que permitan el acceso de los migrantes a los servicios de planificación y de esta manera contribuir al control de los indicadores de la dinámica poblacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La atmósfera social recientemente planteada, nos ofrece oportunidades para plantear estrategias de atención a los venezolanos en el territorio colombiano, ya las condiciones actuales en las que vemos vivir el día a día a esta población tan vulnerable, nos hace reflexionar sobre el estado social de derecho que debe estar fundado en el respeto de la dignidad humana y en la solidaridad de las personas; ya que se encuentra regido bajo el principio de reciprocidad, donde los derechos sociales deben ser extendidos también a los residentes en el país, como lo consagra el artículo 100 de nuestra Constitución Nacional (Fernández-Niño & Orozco, 2018).

Durante los procesos migratorios, las mujeres venezolanas enfrentan necesidades en temas de salud sexual y salud reproductiva, como lo son: el acceso a los servicios de planificación familiar, accesos efectivos a los servicios salud materna, prevención del embarazo en la

adolescencia, atención afectiva e integral de la violencia sexual, información de la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres migrantes. Por lo que la investigación busca identificar las necesidades prioritarias en cuanto al acceso a servicios en salud reproductiva en situación de crisis, con el fin de desarrollar una estrategia de atención para garantizar que las mujeres migrante venezolanas que se encuentran en condiciones irregulares en el municipio de Arauca, accedan a los servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrecen por medio de las diferentes instituciones que brindan esta atención, se respeten sus derechos humanos, se les brinde información pertinente y actualizada para la toma de decisiones en cuanto al manejo de su propia salud sexual y reproductiva.

Para la Maestría en Salud Pública esta investigación tiene un interés en fortalecer desde la líneas de investigación, el abordaje del fenómeno, en cuanto los efectos de la migración en las poblaciones y propicia lineamientos que pueden ser tenidos en cuenta en el proceso enseñanza de la formación de los profesionales de la salud pública, como un eje orientador en este mismo sentido a proponer la evaluación de políticas en salud para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que transitan por este fenómeno de la Migración.

1.4 Pregunta Problema

Teniendo en cuenta los antecedentes, las necesidades de las poblaciones migrantes irregulares venezolanas y el estado del arte evidenciado por la literatura, se plantea el siguiente problema: ¿Qué estrategia se pueden construir en la atención en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante irregular venezolana, en el municipio de Arauca?

1.5 Objetivo General

Diseñar una estrategia de atención en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante irregular venezolana en el municipio de Arauca basada en la Investigación Acción Participación (IAP).

1.6 Objetivos Específicos

- Caracterizar las condiciones sociodemográficas de la población participante del estudio.
- Comprender el proceso de atención en salud sexual y reproductiva que actualmente se les brinda a las mujeres migrantes irregulares venezolanas en las instituciones prestadoras que ofrecen el servicio en el municipio de Arauca
- Identificar las necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes venezolanas que asisten en el municipio de Arauca.
- Describir las estrategias de atención en salud sexual y reproductiva implementadas o planeadas en el municipio de Arauca para la atención de la mujer migrante irregular venezolana.
- Socializar con los participantes de la investigación la estrategia en salud sexual y reproductiva.

2. Marco Teórico

A continuación, se presenta un marco teórico centrado en tres componentes importantes para el desarrollo de la investigación, como lo son el impacto social o en salud pública del fenómeno de la migración a nivel global, regional y local, la Sexualidad, los Derechos Salud Sexual y Reproductiva (SSR) dentro del contexto migratorio, y la creación de políticas, planes, programas y estrategias para la atención en salud de la población, estos hallazgos fueron identificados basados en la evidencia científica en los últimos 5 años, reportados en bases de datos, que se acercan a la exploración del fenómeno central a investigar.

2.1 Impacto Social o En Salud Pública del Fenómeno de la Migración a Nivel Global, Regional y Local

Se inicia referenciando el concepto que se manejó durante esta investigación, la cual está basada en el fenómeno de la migración, que consiste en el movimiento de una o varias personas quienes cambian su lugar de residencia, traspasando los límites geográficos o administrativos definidos, si el límite definido es de carácter internacional es decir las fronteras entre países, se denomina migración internacional, como es el caso de los ciudadanos venezolanos que han llegado al territorio nacional cruzando las fronteras limítrofes existentes, entre las que se encuentra toda la zona norte y oriente del departamento de Arauca (Caribe, s. f.).

La gran mayoría de las personas que toman la decisión de migrar a otros países lo hacen por motivos relacionados con el trabajo, económicos, sociales, la familia o los estudios; en dichos procesos migratorios en su mayor parte, no son fuentes de problemas ni para los migrantes ni para los países que los acogen. Sin embargo, otras personas abandonan sus hogares y sus países a causa de razones externas en ocasiones devastadoras que les constriñe, a emprender camino hacia otros territorios, ejemplo de estas causas son los conflictos internos del país con considerables afectaciones económicas, persecuciones de índole político o desastres naturales que los llevan a perder de manera irremediable sus familias, sus pertenencias y la vida que hasta ese momento conocían. Según datos entregados a nivel mundial por la OIM para el año 2019, revelan que el número de migrantes internacionales (personas que residen en un país distinto al de nacimiento)

alcanzó casi los 272 millones en todo el mundo, de los cuales el 48% son mujeres; datos comparados frente a los 258 millones de migrantes que existían en todo el mundo para el año 2017; de estos 164 millones han migrado a causa de oportunidades laborales. Asimismo, se estima que hay 38 millones de niños migrantes, y tres de cada cuatro están en edad entre los 20 y 64 años, por lo cual son considerados en edad productiva o aptos para trabajar. Los continentes que en los que mayor población migrantes se ubica alrededor del mundo son: Asia que acoge alrededor de 31% de la población migrante internacional, Europa 30% del total de migrantes alrededor del mundo; las Américas 26% de esta población; África con un 10% del total; y Oceanía con el 3% es el continente que menos cuenta con población migrante (Organización Internacional para las Migraciones, 2019).

Para Colombia, por su parte el fenómeno de la migración se encuentra registrado en tres momentos significativos; el primero, se dio en la década de los años sesenta cuando hubo un movimiento importante de personas principalmente hacia Estados Unidos, este se dio especialmente por factores económicos pues existía la convicción de tener mayores posibilidades de empleo y mayores ingresos; también existieron las razones políticas relacionadas con las amenazas hacia la población de grupos armados al margen de la ley. Esta migración se caracterizó por que las personas migrantes contaban en su gran mayoría con un buen nivel educativo, aceptable nivel socioeconómico y buen manejo del idioma inglés, y como dato importante su mayor proporción se dio en las mujeres. El segundo movimiento se dio en la década de los años ochenta hacia el país de Venezuela, las causas de esta migración se debieron principalmente por la motivación a conseguir mejores oportunidades económicas en el vecino país, salieron huyendo del conflicto armado, la violencia y el narcotráfico que en momento aquejaba fuertemente a nuestro país. Y el tercer movimiento significativo registrado fue en los años noventa hacia España el cual comparte la motivación de la población de obtener mejoras económicas y el atractivo ofrecido por España de integrar laboralmente al colectivo inmigrante (Cancillería de Colombia, 2011)

Actualmente, en Colombia se vive un fuerte fenómeno migratorio en su enorme mayoría de la población del vecino país Venezuela generado a causa de lo que se considera la peor crisis en la historia reciente de esa nación, los factores económicos, políticos y sociales dentro de los que se encuentra los altos índices de violencia e inseguridad, han ocasionado que desde el año 2015

exista un aumento significativo de las solicitudes de asilo, refugiados e inmigrantes regulares los cuales se encuentra de conformidad con las leyes de nuestro país, y los que se encuentra de forma irregular en todo el territorio nacional, el cual está calculado en 1.7 millones de personas, la mayoría de ellos concentrados en ocho (8) de los (treinta y dos) 32 departamentos de Colombia. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OIM), de la población migrante que hasta el momento ha llegado al territorio nacional, el 76% corresponde a personas de nacionalidad venezolana, mientras que el otro 24% corresponde a colombianos retornados al país. Los departamentos que más población acogida tienen son la Guajira, Norte de Santander, Arauca, Vichada y el departamento de Cundinamarca con un gran número de personas en la ciudad de Bogotá (OIM, 2019).

En consecuencia, de este inusual fenómeno vemos dos grandes panoramas que impactan tanto en el país de origen como en el receptor. En el país de origen podemos ver efectos negativos a nivel económico como son la disminución del mercado laboral ya que ha perdido gran capital humano de población económicamente activa, a nivel social las desintegraciones familiares lo que genera grandes problemas psicosociales en la población que debe asumir la pérdida de unos de sus integrantes. Por otro lado, también existen efectos positivos que logran contribuir al desarrollo económico del país de origen como son el aumento de las remesas que aportan al sustento de la familia y puede ser el origen de otras oportunidades de emprendimiento. La otra realidad está dada en el impacto que se ocasiona en el país receptor el cual a nivel económico damnifica en cuanto al aumento de las tasas de desempleo, aumento del empleo informal que no garantiza condiciones adecuadas a los trabajadores y desmejora las que ya existen; las familias aumentan su nivel de endeudamiento para cubrir los gastos del hogar, y a nivel social se generan fuertes movimientos de rechazo hacia los inmigrantes (xenofobia), discriminación y explotación de la mano de obra de los inmigrantes en especial los que se encuentran en condición de irregulares es decir que no cuentan con la debida documentación exigida en nuestro país para acceder a los servicios acá ofrecidos, aumentando las barreras de acceso a servicios públicos como la salud y la educación para los residentes del país receptor, pues las instituciones sobrepasan su capacidad instalada al tratar de dar cobertura a los migrantes que lo solicitan (Prado, 2008).

El impacto fiscal de este fenómeno migratorio en Colombia ha generado grandes retos y esfuerzos económicos pues se estima que se requiere entre 0.26% y 0.41% del producto interno bruto (PIB), para lograr sostener el acceso a servicios tanto de la población retornada como de la población migrante a un nivel similar al de la población local. Para lograr la atención que hasta el momento se brinda a los migrantes, ha sido necesario hacer inversiones en infraestructura para ampliar la capacidad instalada tanto en salud, como en educación y saneamiento básico. A nivel político, el impacto generado ha demandado articulación y coordinación entre los diferentes niveles del gobierno y las entidades tanto públicas como privadas que se han visto en la necesidad de acudir a cooperantes internacionales que ayuden a soportar los altos niveles de demanda de servicios públicos insatisfechos en su país de origen. La orientación de la política migratoria tuvo que ser ajustada hacia la regularización de migrantes en el territorio, los planes y programas de atención orientados a servir a la población vulnerable migrante cuando desde sus inicios se orientaban a la atención de la población nacional. Se han tenido que desarrollar políticas, instrumentos y mecanismos para cubrir las necesidades derivadas de la inmigración. A nivel social se viene aumentando el número de población vulnerable que sumada a la que ya existía a nivel local genera un aumento en la sensación de inseguridad. Estos impactos tanto económicos como sociales tan negativos requieren intervención urgente para evitar daños irreparables y mayores costos a mediano plazo (World Bank Group, 2018)

Uno de los sectores más afectados por el contexto migratorio en Colombia es el de la salud pues la demanda, según datos del sistema de información para extranjeros de migración Colombia pasó de 125 casos en el 2014 a 25.000 en el 2017 hasta donde fue cuantificado, con el agravante de que este aumento se viene presentando en áreas caracterizadas por el déficit de prestadores de servicios de salud. La mayoría de esta población no se encuentra asegurada por su misma condición de irregularidad con la que ingresaron al Colombia, lo que ocasiona un incremento en los costos por provisión de atención de urgencias a inmigrantes, una mayor demanda de servicios de consulta externa y apoyo diagnósticos, el tratamiento de patologías de alto costo y de interés en salud pública. El otro sector que se ha visto altamente afectado es el de la educación por el alto número de menores de edad que han ingresado al territorio, y que sumado a los problemas preexistentes en el sistema educativo, como la falta de infraestructura, escasez de alimentos, la falta de recursos y poca flexibilidad del sistema para cubrir la alta demanda, ocasionan deterioro en la calidad del

servicio tanto para los locales como para los migrantes; también se ha visto impactó desde el saneamiento básico y acceso a la vivienda pues se ha generado mayor demanda en materia de albergues temporales y viviendas para toma en arriendo, que al no ser suficientes se refleja en la invasión de los espacios públicos, fuentes de agua y acceso a servicios de saneamiento básico y manejo de desechos sólidos exacerbando los problemas de contaminación (World Bank Group, 2018).

Ahora bien, como se había mencionado anteriormente existen ocho departamentos con la mayor concentración de población migrante en el país, entre los que se encuentra el departamento de Arauca el cual limita hacia el norte con el río Arauca que lo separa de Venezuela y por el este el límite si es directamente con la República Venezolana, esta cercanía entre los dos países desde siempre ha generado una gran movilidad tanto de afuera hacia adentro del territorio y viceversa. Esta movilidad se ha dado tradicionalmente a causas de viajes, estudio, trabajos temporales, y no ha sido considerada migración por la tendencia pendular que se mantenía, sin embargo a causa de todo el contexto que ha traído consigo la crisis del vecino país esta tendencia ha cambiado y ha ocasionado la migración forzada de una número importante de personas desde Venezuela hacia tierras Colombianas siendo el departamento de Arauca una de las grandes puertas de entrada hacia nuestro territorio. Este departamento históricamente afectado en su ámbito socioeconómico por el conflicto armado, la violencia, el narcotráfico entre otras situaciones desequilibrantes a nivel socio-económico, se encuentra atravesando una grave crisis donde predomina el desabastecimiento y la falta de oportunidades para la población local, esto sin mencionar la falta de acceso a los servicios públicos, el aumento de la inseguridad donde se evidencia aumento en las cifras de homicidios, convirtiéndose en uno de los indicadores centinela de la seguridad ciudadana más elevado, ya que los casos por año han llegado números inmanejables por las autoridades colombianas. (Fundación ideas para la paz FIP. 2014, junio)

Es por esto que al Departamento han llegado a hacer presencia hasta 23 organizaciones humanitarias que incluyen agencias de las Naciones Unidas del tipo no gubernamental ONG, nacionales e internacionales cuyos proyectos son coordinados por la agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR) y se encuentran dirigidos a proteger la población y a robustecer la respuesta en temas como seguridad alimentaria, salud pública, educación en emergencias y alojamiento. En

total, entre 2018 y 2019 se han destinado 2,2 millones de dólares de cooperación internacional para estos proyectos, los cuales también han favorecido a los Araucanos en condición de vulnerabilidad (Semana, 2018).

2.2 Sexualidad, Derechos Salud Sexual y Reproductiva (SSR) dentro del contexto migratorio

Definiendo el concepto de sexualidad, que en términos del Ministerio de Salud y Protección Social se precisa como una dimensión prioritaria para las acciones en salud pública, dado su reconocimiento como una condición esencialmente humana que compromete al individuo a lo largo de todos los momentos del ciclo vital, lo que permite sustraerla de la mirada exclusivamente biológica o médica, para también abordarla desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos. Esta condición trae ligados los derechos sexuales y reproductivos, los cuales ostentan una condición de inalienable, irrenunciable e irrevocable del ser humano, corresponden a la garantía de que cada individuo pueda vivir libre de coerción, discriminación y violencia (Profamilia, s.f.).

Los derechos sexuales y reproductivos están ligados a la condición humana, y su propósito es ser los garantes de que todas las personas vivan libres de todo tipo de acto discriminatorio, riesgos, amenazas y violencia sexual y reproducción no consentida. Por un lado, los derechos sexuales están encaminados a asegurar el libre desarrollo del ejercicio, para que este sea satisfactorio, saludable e informado, se fundamenta en el disfrute y el erotismo libre de todo tipo de violencia, culpa, vergüenza, temores infundados y prejuicios que limiten la expresión de estos derechos. (Profamilia, s.f.) Los derechos sexuales se encuentran comprendidos así:

- Derecho a fortalecer la autonomía y la autoestima en el ejercicio de la sexualidad.
- Derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera.
- Derecho a elegir las parejas sexuales.
- Derecho a vivir la sexualidad sin ningún tipo de violencia.
- Derecho a tener relaciones sexuales consensuadas.
- Derecho a decidir libre y autónomamente cuándo y con quién se inicia la vida sexual.

- Derecho a decidir sobre la unión con otras personas.
- Derecho a vivir y expresar libremente la orientación sexual e identidad de género.
- Derecho a la protección y prevención de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados.
- Derecho a recibir información y al acceso a servicios de salud de calidad sobre todas las dimensiones de la sexualidad, sin ningún tipo de discriminación.

En este sentido, los derechos reproductivos están basados en la facultad que tienen todo ser humano de elegir libremente y sin ninguna discriminación la posibilidad de procrear o no, de controlar su fecundidad y la posibilidad de conformar una familia. Es así como los derechos reproductivos están así estimados (UNFPA, 2017):

- Derecho a tomar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia.
- Derecho a decidir sobre el número de hijas o hijos que se desean y el espacio de tiempo entre un embarazo y otro.
- Derecho a decidir libremente si se desea o no tener hijas o hijos.
- Derecho a decidir sobre el tipo de familia que se quiere formar
- Derecho a ejercer la maternidad con un trato equitativo en la familia, espacios de educación y trabajo.
- Derecho a una educación integral para la sexualidad a lo largo de la vida.
- Derecho a acceder a métodos de anticoncepción modernos, incluida la anticoncepción de emergencia.
- Derecho a acceder a los beneficios de los avances científicos en la salud sexual y reproductiva
- Derecho al acceso a los servicios integrales de salud y atención médica para garantizar la maternidad segura.

La forma como el estado organiza y garantiza el cumplimiento de estos derechos es mediante la creación de políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas; en cumplimiento de sus obligaciones siendo responsable de

respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y los que de este se deriven (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.a; UNFPA, 2017).

La normatividad actual vigente, en especial la Ley 1438 de 2011 por medio del cual se realizaron reformas al sistema general de seguridad social en salud, en su título II capítulo 1 establece la formulación del plan decenal de salud pública el cual a través de procesos de participación social y estrategias de atención primaria en salud confluyen las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población dimensionando la importancia y priorización de la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos mediante dos componentes, el primero basado en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, y el segundo la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos las cuales llevan a la realización de acciones coordinadas intersectoriales y comunitarias que permitan garantizar el más alto nivel de la SSR a través de la prevención, atención humanizada y de calidad desde los enfoques de género, derecho y diferencial, que admiten el derecho a la educación, al trabajo en condiciones dignas con igualdad de oportunidades en especial para jóvenes, mujeres, población LGBTI, población víctima del conflicto armado y en zonas rurales (Profamilia, s.f.a).

La vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de algunos grupos poblacionales como lo son la población migrante en Colombia, se ha convertido en un tema de alta preocupación para el estado, ya que las entidades que actúan dentro del sistema tanto como administradoras de los recursos, como las que actúan en el campo de la prestación de servicios, las entidades cooperantes y las comunidades científicas que han creado las rutas de atención para los programas de promoción y mantenimiento de la salud, no han logrado hasta el momento el alcance necesario para el cubrimiento de todas las necesidades identificadas en los migrantes en cuanto a la salud sexual y reproductiva, en especial la que se encuentra en condiciones irregulares dentro del territorio nacional. Durante estos altos flujos migratorios se incrementa las desigualdades, el acceso oportuno a los servicios de salud, se aumenta el riesgo de enfermedades transmisibles, se evidencia violencia basada en género.

Es por esto que entidades como Profamilia, siendo unas de las más representativas en Colombia en cuanto al soporte para la garantía de los DSSR, ha realizado múltiples estudios de los

procesos de salud de la población migrante, entre los cuales se encuentra el estudio de desigualdades, necesidades y expectativas en salud de la población migrante venezolana concentrada en las zonas del país con mayor flujo migratorio, donde se demuestran las necesidades en salud y la poca cobertura que el gobierno nacional puede brindar en cuanto a la atención se refiere, ya que del total de los migrantes venezolanos que se encuentran en condiciones regulares, tan solo el 21,94% cuentan con algún tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de estos el 66,4% están afiliados al régimen contributivo y el 33,9% al régimen subsidiado; quedando un 78.6% del total de migrantes en el territorio colombiano fuera de la cobertura del sistema y con necesidades bastante sentidas en cuanto al tratamiento de enfermedades de interés en salud pública por su alta capacidad de propagación como lo son VIH, la sífilis gestacional, el elevado número de casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materno perinatal; la afectación colectiva que puede llegar a ocasionar estos eventos tanto a nivel físico como emocional, los altos números de personas con enfermedades mentales, los altos índices de violencia de género (USAID y Profamilia, 2020).

Bajo la luz de la evaluación realizada para la identificación de la población migrante venezolana en Colombia, se han destacado algunas categorías evaluadas en cuanto al acceso a servicios de salud específicos, estando en primer lugar los relacionados a la salud sexual y reproductiva, señalando como necesidades: La anticoncepción con métodos modernos reversibles, de larga duración y de emergencia en todos los niveles (urgencias, consulta externa y acciones extramurales). La adherencia y acceso a servicios costo-efectivos. La información y educación sexual integral. Esto bajo el contexto de que la población joven se encuentra en condiciones irregulares y sin redes de apoyo entre los cuales se encuentra un gran número de trabajadoras sexuales, víctimas de violencia sexual y personas bajo explotación sexual.

La atención y el acceso a los servicios de salud, es una de las más grandes expectativas que tiene esta población. Adicionalmente señalan la importancia de recibir un trato digno ya que les es negado en varias ocasiones, la posibilidad de acceder a servicios de calidad y con buena atención (USAID y Profamilia, 2020).

En respuesta a este tema identificado, entidades como UNFPA (Fondo Población de las Naciones Unidas), y en colaboración con el Ministerio de Salud y Protección Social, crearon la guía para la implementación de los paquetes iniciales mínimos de servicios PIMS para la salud sexual y reproductiva en crisis humanitaria, la cual contribuye para que tanto administradores como prestadores del SGSSS cuenten con una herramienta que permita la protección de los derechos sexuales y reproductivos y la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva bajo el contexto de la crisis humanitaria, apoyados de esta estrategia se busca disminuir el impacto sobre la morbilidad y la mortalidad materna, neonatal y de la primera infantil, esta se encuentra centralizada en:

- Aumentar servicios de planificación familiar
- Prevención de enfermedades de transmisión sexual
- Educación integral de la sexualidad
- Servicios seguros para la atención del aborto y el pos aborto
- Prevención del embarazo en la adolescencia
- Información sobre la oferta de servicios a inmigrantes
- Acceso a los medicamentos retrovirales
- Información a víctimas de abuso sexual
- Prevención de la violencia sexual
- Atención del VIH-SIDA.

Pero para lograr la exitosa implementación de esta estrategia se debe generar un engranaje entre todos los actores instituciones que intervienen en su desarrollo y cumplir con unas acciones que de no lograrse pueden llevar a un intento fallido en esta implementación. (USAID y Profamilia, 2020).

Actualmente los servicios de salud sexual y reproductiva para la población migrante irregular en Colombia están ofertados por las organizaciones no gubernamentales (ONG) e instituciones presentadoras de servicios de salud de tipo publico donde se ofertan algunos servicios como en planificación familiar (Anticonceptivos de emergencia; condones femeninos,

inyectables; anticonceptivos orales; Dispositivos intrauterinos (DIUS); implantes subdérmicos, condones femeninos), atención del parto y atención básica de emergencias obstétricas, consulta medicina general, educación en prevención de embarazos no deseados(USAID y Profamilia, 2020).

Desde la salud pública es todo un reto reconocer como se articulan las políticas que soportan las acciones colectivas e individuales para el manejo de la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes, para garantizar el bienestar y desarrollo humano, desde un contexto orientado a la atención dentro de un modelo de salud como lo es el colombiano.

2.3 Creación De Políticas, Planes, Programas Y Estrategias Para La Atención En Salud De La Población

2.3.1 Políticas

Colombia, se ha venido avanzando en la creación de procesos integrales que permiten reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población, las cuales se describen bajo el contexto del enfoque intercultural que existen en las poblaciones del territorio colombiano. Según el ministerio de salud y protección social, la creación de estas políticas corresponde a “un escenario nacional con un perfil epidemiológico en donde existe un alto impacto de las enfermedades crónicas y en el marco de la garantía del derecho a la salud que establece la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se propone como objetivo de la Política PAÍS, generar mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud hacia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f, p, 1.).

La política pública corresponde a una mirada dada desde los determinantes sociales en los cuales se encuentran incluidos las causas primarias de la enfermedad y los factores protectores. Se define como un proceso de planeación el cual puntualiza una visión de largo plazo que deberá sobrepasar los periodos de administración de los gobiernos, y a su vez orientar la acción para lograr

objetivos prioritarios, fruto de un proceso de concertación intersectorial, co-creación y evaluación en el que participa la administración nacional, regional y local, la ciudadanía, la sociedad civil, los gremios, la academia, etc. De igual manera, se puede entender como una forma en la que el estado atiende las necesidades de la sociedad, donde ésta se relaciona con la toma de decisiones, y que a su vez se traduce en una estructura de normas, instituciones, bienes públicos, o servicios, considerándose así un proyecto colectivo que favorece la cooperación entre diferentes sectores de la sociedad, por ende, exige un trabajo intersectorial por parte de las entidades del gobierno y de estas con la ciudadanía, con el fin de establecer de manera conjunta la manera de abordar las necesidades más importantes de la comunidad, así como sus alternativas de solución (Secretaría Distrital De Gobierno, 2018).

Ahora bien, en su elaboración es importante utilizar una serie de herramientas de planificación estratégica y de gestión de procesos que permitan llevar a cabo las acciones en forma coordinada y hacer un seguimiento que dé cuenta de los avances logrados y así poder medir el efecto de la intervención. En este aspecto, es necesario mencionar que deben estar direccionados hacia el manejo de temas específicos, en este caso los relacionados con salud sexual y reproductiva, ya que son la forma de enviar la atención o el interés de la población hacia un asunto de mayor comprensión en sus situaciones y necesidades sociales, las cuales permiten al estado dar respuesta específica hacia las necesidades de la población; estas políticas deben conllevar un abordaje de enfoques como una oportunidad de fortalecimiento de la gestión pública para que las decisiones tengan una mirada integral y sistemática de la realidad (Comisión Intersectorial Poblacional Del Distrito Capital, 2013).

En términos generales, para la realización de una política existen múltiples teorías para explicar los principios, fundamentos y métodos del conocimiento que dieron lugar a su desarrollo. Estas diversidades teóricas han intentado explicar apropiadamente los procesos de cambios en las políticas, lo que es una tarea ardua si tenemos en cuenta la complejidad del fenómeno que se manifiesta por la pluralidad de fuentes por el cambio provenientes del entorno, la multidimensionalidad de las variables, el número de participantes y la interrelación de los factores que inciden en el proceso. Es por esto que dichas teorías deberán permitir ordenar y establecer dimensiones que permitan realizar el adecuado análisis de la compleja realidad. Estas teorías están

basadas en múltiples estrategias, que explican e interpretan los fenómenos que se están analizando durante el desarrollo de la política. Por esto y frente a esta gran diversidad nos vemos avocados a mencionar los enfoques que tienen un nivel preponderante para estructurar la evolución de las políticas públicas (Durán, 2017).

Institucionalismo y Nuevo Institucionalismo

Como principal fuente de estudio se encuentran las instituciones en cuanto a la efectividad de su forma de funcionar y su repercusión en la regulación sobre la conducta de los ciudadanos. En este enfoque se otorga importancia en los procedimientos, las reglas y las organizaciones formales del sistema político (Atkinson y Coleman, 1989).

Grupos y redes: “Parten de la premisa de que los gobiernos requieren de la incorporación de los grupos en la formulación de nuevas políticas y como actores relevantes en términos del conocimiento, experto que posean la posibilidad de apoyar en la efectiva legitimación de las políticas y su contribución a una futura implementación, razón por la cual estos grupos se encuentran siempre presentes en el proceso político, en la medida que ayudan en la formulación de la misma y en la determinación de la agenda, así como en su intento por influir en las decisiones que adopta el ejecutivo o el congreso. Estos grupos plantean las deficiencias que tienen los gobiernos y considera como son los resultados de la política y el cambio” (Atkinson y Coleman, 1989, p, 10).

Enfoques basados en factores exógenos

“Corresponden a las vistas de análisis fundadas en el valor explicativo de factores estructurales, económicos y sociales en la formulación e implementación de las políticas públicas teniendo como elemento clave los eventos externos y su influencia en la economía. El desarrollo de la agenda se incorpora en determinados temas que emergen de los factores sociales o económicos dentro de una sociedad específica. Desde esta perspectiva, el proceso de formulación de las políticas está determinado fundamentalmente por fuerzas del entorno o demográficas” (Atkinson y Coleman, 1989, p, 12).

La influencia del conductismo y el enfoque basado en actores racionales

“Permitió la incorporación de instrumentos científicos que derivaron en la preferencia de dos enfoques como son la teoría de sistemas y la teoría de la elección racional. Se traslada al análisis de las conductas el concepto de racionalidad y de esta forma el proceso de toma de decisiones se explica en la medida que las personas actúan y eligen de acuerdo a sus metas, por lo tanto, la conducta tiene una intencionalidad definida. Las perspectivas basadas en la acción racional fundan su eje de análisis en la acción individual de actores racionales que tienden a maximizar los beneficios del sujeto o equilibrar sus preferencias esperando que sea mayor la retribución futura. El modelo asume que los individuos tienen suficiente información sobre cómo adoptar decisiones de la misma manera que lo hacen los partidos, las élites y los gobiernos. Las personas serán capaces de seleccionar la información para adoptar un curso de acción racional y decidir en base a los costos y beneficios asociados a cada una de las opciones”. (Atkinson y Coleman, 1989, p, 12).

Enfoques basados en las Ideas

“Las ideas son elementos fundamentales en el proceso político porque son las que dan sentido al mundo y dan cuenta de su evolución. No sólo los gobernantes quieren adoptar las mejores medidas. Es necesario que se relacione con los intereses políticos dominantes, y que se ajuste a la situación económica de ese momento, y adicionalmente que administrativamente sea evaluada como factible de adoptar. De esta forma una idea se logra constituir en una política en la medida que cuente con una viabilidad económica, política y administrativa”. (Durán, 2017, p, 17).

Tipos de políticas públicas

Lowi, utilizó la naturaleza de coerción que existe entre el estado y el sujeto, para clasificar cuatro tipos de políticas. Hace uso del cruce que existe entre los dos parámetros para distinguirlas de la siguiente manera: políticas distributivas, redistributivas, constitutivas y reglamentarias, las cuales describiremos más ampliamente a continuación (Aguilar, 1992, p, 17).

Políticas distributivas

Son políticas con intención pacíficas, su principal característica se encuentra en no rivalizar, y pueden ser manejadas mediante recursos publico divisibles. Es por esto que mediante la aplicación de este tipo de políticas se tiene lugar a acuerdos particulares con apoyo recíproco entre los representantes que son opuestos entre sí. Con esta se conceden permisos especiales de manera clara a casos individuales. Estos casos generalmente deben cumplir cierto número de condiciones y son beneficiados así por un privilegio o una excepción a la regla un ejemplo de este tipo de política es un permiso de construcción o una renta inmobiliaria (Aguilar, 1992).

Política redistributiva

Dentro de la clasificación de los tipos de políticas, estas es la más conflictiva, ya que con ellas se manejan temas altamente sensibles debido haciendo uso del poder publico se dan acceso a ventajas ya no otorgadas a casos o sujetos designados. Es especialmente utilizada en casos de relaciones de propiedad, poder o prestigio social. Los tramites realizados haciendo uso de estas políticas son bástate difíciles de manejar debido a la naturaleza de los mismos conflictos que se pretende dirimir debido a las connotaciones de los grupos que intervienen los cuales entrena en conflicto con los demás actores. El desenlace de estos conflictos afecta a grandes sectores de la población en puntos muy sensibles de la sociedad. Un claro ejemplo de estas políticas son las que reglamenta en el pago de la seguridad social, donde es l estado quien ordena como se debe acceder a estos servicios (Aguilar, 1992).

Política constitutiva o constituyente

Es la más abstracta de todas, ya que hace referencia a las normas o las reglas definidas acerca del poder, ejemplos típicos de ésta son la reforma de la Constitución de un país, la introducción de reformas institucionales o administrativas o la creación de organismos públicos de alto estatus (por ejemplo, un Ministerio). Todas ellas no afectan la vida diaria de los ciudadanos, pero para la autoridad pública, representan una importante manera de intervenir en los asuntos en cuestión (Aguilar, 1992).

Políticas reglamentarias

Establece las normas que interfieren en el comportamiento de la ciudadanía en general, ya que es el estado quien regula mediante actos jurídicos determinados campos de acción, en este tipo de políticas se reglamenta y/o se prohíben y se sancionan actos a la ciudadanía en general. Es aquí donde la libertad individual se limita a los intereses de la comunidad en general. Es una política de naturaleza belicosa ya que no se favorecen de igual manera a las partes involucradas denominados los beneficiados y los afectados (Aguilar, 1992).

En términos de políticas públicas específicamente en el tema de salud sexual y reproductiva vale recalcar lo que la organización mundial de la salud hace desde el enfoque estratégico, dando la iniciativa de hacer realidad los objetivos de desarrollo del milenio responsables de los programas relacionados con la salud sexual y reproductiva buscando dar solución a ciertas dificultades como lo son:

- Fortalecer el acceso a los servicios de planificación familiar y en general los de salud sexual y reproductiva haciéndolos de mejor calidad para los usuarios.
- Mejorar los sistemas de referencia de pacientes y aumentar la proporción de partos atendidos por profesionales de la salud.
- Reducir el número de abortos ilegales existentes y mejorar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo e los casos reglamentados.
- Suministrar información y el acceso a los servicios que den respuesta a las necesidades de los jóvenes.
- Incluir la prevención y el tratamiento de las infecciones sexuales, en particular la producidas por el VIH y el sida, en otros servicios de salud sexual y reproductiva.

Colombia tiene actualmente una política en salud sexual y reproductiva para toda su población con un enfoque de derecho, el cual destaca la necesidad de evitar todo tipo de discriminación; también se destaca el enfoque diferencial el cual presume la inclusión de todos de los ciudadanos por medio de acciones participativas incluyentes e igualitarias que se logran trabajando en el campo de la promoción y mantenimiento de la salud en todos los niveles de atención; con lo cual se buscan cambios en el sistema para que se habitúen a las situaciones

cambiantes para el desarrollo de estrategias que logren impactar en el fortalecimiento de la gestión del sector salud, generando alianzas en los sectores interesados, movilización social, gestión en la comunicación de los derechos sexuales y reproductivos, y gestión del conocimiento (Profamilia, s.f.a).

2.3.2 Planes Para La Atención Para Las Mujeres En Salud Sexual Y Reproductiva

Los planes en salud corresponden a los instrumentos de gestión para promover el desarrollo social en un territorio, cuyo objetivo es determinar las condiciones sanitarias de una población, de esta forma, se promueven acciones para el acceso universal a los programas para la atención en salud de la población. Los planes en salud contribuyen a determinar la mejor manera de inversión de los recursos asignados para la atención en la población, adicionalmente son la guía para la ejecución de los programas del país para reducir las enfermedades y sus consecuencias en la salud de la población y mejorar algunas de las condiciones de vida de las personas (Arbona, 1957).

Los planes en salud son instrumentos derivados de la dirección territorial, la clasificación está encaminada a generar acciones de intervención tanto comunitaria como colectiva en alguna de las siguientes líneas de operación:

Promoción de salud

Se refiere a las actividades dirigidas hacia el colectivo de la población, las cuales buscan impactar positivamente en la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo de las capacidades de cada uno de los individuos que hace parte de una comunidad, para incentivar la exigibilidad de los derechos, el autocuidado de la salud y la promoción de generar entornos saludables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Gestión del riesgo

Dirigida a generar actividades para la intervención de grupos específicos de la población expuestos a riesgos o sufrir daños, con el fin de evitar la aparición de eventos o complicaciones derivadas de la condición detectada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Gestión de la salud pública

Recopila todas las acciones y estrategias encaminadas a la promoción de la salud y gestión del riesgo para que estas se ejecuten de una manera eficiente y efectiva. Su desarrollo se encuentra bajo la dirección de las entidades territoriales y se orienta a la implementación de las políticas, planes y estrategias de forma articulada con todos los actores involucrados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Con referencia a los indicadores de salud pública para Arauca para el año 2021 según el Análisis de Situación de Salud (ASIS), tasa global de fecundidad es de 3.27 por encima de la media nacional que se encuentra 2.29, de igual manera se comporta la tasa de reproducción neta por mujer que es de 1.51 por encima de la media nacional que es 1.09. Para el 2020 se atendieron 12298 personas migrantes en el Departamento, con un total de 34130 atenciones que corresponden al 2.8% del total de las atenciones del país a población migrante. (Análisis de Situación de Salud (ASIS), s. f.). Dentro de las causas de mortalidad por sub grupos específicos tenemos las infecciosas ubicando tercer lugar VIH-SIDA 5fallecimientos por cada 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad por causas externas en mujeres ubica en el segundo lugar agresiones y homicidios 8.19 por cada 100000 mujeres la cual ha aumento a comparación con los años anteriores. La razón de mortalidad materna El indicador se ubicó en 44 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos durante el 2019, reconociéndose que algunos de los determinantes sociales de la salud que aporta a esta situación en Arauca, corresponden a la falta de acciones de demanda inducida, un alto porcentaje de embarazos no deseados e inicio tardío de los controles prenatales, falta de acciones de seguimiento por parte las aseguradoras, el bajo nivel educativo, las creencias culturales y entorno social, entre otros. (Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca. 2021)

A nivel mundial, la Organización de las naciones unidas ONU mediante la creación del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas UNFPA, ha apoyado a más de 150 países miembros de la ONU en la implementación de planes de atención en salud sexual y reproductiva de mujeres y jóvenes, así como para la salud de mujeres en estado de embarazo y en especial con complicaciones potencialmente mortales, acceso fiable a los anticonceptivos modernos, la formación y capacitación de trabajadores de la salud para garantizar la adecuada atención en temas relacionados a Salud Sexual y Reproductiva,

planes de prevención en violencia de género, prevención de embarazos en adolescentes. Su finalidad es lograr el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos para todos y apoyar el acceso a la amplia gama de servicios en temas relacionados a SSR (UNFPA, s.f.)

Dentro de los planes implementados a nivel de Sur América, destacaremos los más relevantes entre ellos el de Ecuador, Venezuela, Paraguay y Colombia, los cuales han abarcado los factores más importantes según el estudio de su población, con el fin de garantizar mayor accesibilidad de la población a la amplia gama de servicios que incluyen la atención en salud sexual y reproductiva (Flórez Carmen Elisa, 2008, febrero).

En cuanto a planes específicos para la atención en salud sexual y reproductiva en Latinoamérica, encontramos el Plan nacional de salud sexual y reproductiva 2017-2021 de Ecuador el cual “articula los esfuerzos de todos los subsistemas del Sistema Nacional de Salud (SNS), para la planificación y asignación de recursos que permita brindar una atención de calidad desde el marco de los Derechos Humanos. Los lineamientos estratégicos del antes citado Plan parten de una profunda reflexión de las condiciones y necesidades específicas de la población ecuatoriana, del marco legal y de los acuerdos internacionales, garantizando la igualdad de derechos y oportunidades para mujeres y hombres diversos por su edad, su sexo, su género, su orientación sexual, su situación socio-económica, su procedencia geográfica, respondiendo de esta manera a la responsabilidad de lograr salud y vida digna para todas y todos” (UNFPA Ecuador, 2017, p. 13).

Este plan ecuatoriano, parte del análisis realizado a la problemática identificada en el país en cuanto a SSR, dentro de este análisis se han identificado causas estructurales, las relacionadas con los determinantes sociales y el diseño de lineamientos estratégicos, que permitan abordar de manera integral los aspectos en SSR identificados y enmarcarlos dentro del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e intercultural (MAIS-FCI). Esta implementación busca el fortalecimiento de los programas puestos en marcha para garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en los centros de atención del territorio, para lo cual en colaboración con UNFPA, entidad que realizará la asistencia técnica para el fortalecimiento de las estrategias de planificación familiar, y de información, educación y comunicación, pretende generar impacto

en la reducción de la tasa de mortalidad materna, así como en la tasa de fecundidad la cual según análisis realizado es alta en especial en zonas rurales y en adolescentes (UNFPA Ecuador, 2017).

Por otra parte, Venezuela cuenta con el Plan Nacional Para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres, mediante el cual se pretende “garantizar los derechos humanos fundamentales de todas las mujeres, sin ninguna discriminación, basado en el principio de acción afirmativa contemplado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Contempla acciones específicas para aquellas mujeres que, por diversas razones, siguen estando vulneradas y excluidas socialmente de las políticas públicas que rigen la materia, fomentando el acceso a los servicios de atención y prevención en salud, educación y justicia, considerando sus especificidades y necesidades, y desarrollando las acciones necesarias para alcanzar el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos” (Instituto Nacional de la Mujer, 2014, p. 9).

La realización de este plan está encaminado hacia el diseño de programas de formación, orientación, protección de los derechos de las mujeres y prevención de todo tipo de discriminación por condiciones de género, ya que bajo el análisis situacional de la población generado, las mujeres venezolanas continúan siendo víctimas de discriminación para el acceso a servicios como la educación, para el acceso a trabajo digno, y su participación dentro del gobierno es baja, esto debido a su condición y manteniendo una brecha importante con respecto a los hombres. Dentro del territorio nacional el acceso a los servicios específicos de salud sexual y reproductiva aún no alcanza una cobertura total de la población, y se presta especial atención en el grupo de adolescentes que además de carecen de educación en temas de sexualidad y determinantes socioculturales de género. Este país recibe el apoyo de UNFPA en cuanto a la asistencia técnica para la implementación de programas encaminados a la promoción de atención en salud sexual y reproductiva, fortalecimiento de los servicios de planificación familiar, reducción de la mortalidad materna y control de la natalidad (Instituto Nacional de la Mujer, 2014).

Otro de los países de Sudamérica que le ha apostado al acceso de la población a los servicios de salud sexual y reproductiva es Paraguay, que mediante el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva busca “Mejorar la salud sexual y reproductiva de la población de Paraguay,

por medio del desarrollo de políticas públicas, justas, equitativa e integradoras, con enfoque de género, derechos e interculturalidad” (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2014).

Este plan de salud sexual y reproductiva de Paraguay se encuentra dividido en siete líneas de acción:

La primera enfocada hacia la maternidad segura y salud neonatal, cuyo objetivo es la disminución de la morbilidad y la mortalidad materna perinatal. Esta comprende desde la etapa pre-concepcional y de salud sexual, la atención prenatal oportuna y adecuada, la atención del parto por personal calificado y ambiente habilitado, la resolución de emergencias obstétricas, salud neonatal, la elaboración e implementación de la educación integral basada en derechos y en la evidencia científica adecuada a los diferentes grupos etarios, entornos culturales, incluso para niñas, niños, jóvenes y personas adultas y por último en esta línea de acción, se incluye la vigilancia epidemiológica de la salud de morbilidad severa y mortalidad materna y neonatal.

La segunda línea de intervención planteada se encuentra dirigida hacia la planificación familiar, su objetivo está encaminado a garantizar que toda la población en edad fértil pueda ejercer su derecho a la planificación libre de la procreación, con acceso veraz y oportuno hacia la información completa y la provisión gratuita de los métodos de anticoncepción. Sus líneas de acción comprenden la información veraz y actualizada, servicios adecuados y eficaces de planificación familiar y la gratuidad de estos para la población, la disponibilidad permanente de los insumos de salud sexual y reproductiva, incluyendo medicamentos, equipamiento y suministros esenciales para la maternidad segura y la salud neonatal.

La tercera línea corresponde a la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, su objetivo dirigido a lograr la disminución de las ITS por medio de prevención, información, detección y tratamiento adecuado y oportuno; esto mediante la garantía del acceso a la población hacia la información y prevención de enfermedades, acceso a servicios de atención y tratamientos de calidad, sin discriminación ni estigmas en todas las instituciones que se encuentre en el territorio ofertando estos servicios (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2014).

La cuarta línea de acción, prevención, detección y tratamiento del cáncer de mama y genital en hombres y mujeres, mediante servicios de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno y eficaz. La quinta, corresponde a la atención integral del climaterio y enfermedades disfuncionales que afectan la salud sexual y reproductiva. La sexta, la prevención y atención a personas en situación de violencia intrafamiliar, violencia sexual y violencia basada en género. La séptima y última línea de acción de este plan se basa en la gestión eficiente del plan, monitoreo y evaluación del mismo, que permita la toma de decisiones en todos los niveles de atención que permita conocer de manera oportuna y adecuada los avances, las brechas y las dificultades de la implementación del plan (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2014).

En Colombia, se encuentra el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, el cual mediante el desarrollo de sus 8 dimensiones prioritarias y las 2 transversales que lo componen, busca la reducción de las inequidades en salud mediante el cumplimiento de los siguientes objetivos: Primero avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; segundo, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; tercero, mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

Para la atención específica en Salud Sexual y Reproductiva, el plan cuenta con la dimensión número 4 que corresponde a Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, y se define a sí misma como el “Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades” (MinSalud, s.f.b, p. 2). Su objetivo está encaminado a promover, desarrollar y generar medios y acciones tendientes a garantizar las condiciones ligadas a los determinantes sociales de la salud, para el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos tanto de cada individuo como de la comunidad dentro del marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando la reducción de las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral y oportuna a las personas mediante 2

componentes: Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género y, prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos (MinSalud, s.f.b).

2.3.3 Programas De Atención en Salud Sexual y Reproductiva

Los programas corresponden a la creación de una secuencia de pasos lógicos, coherentes, organizados e integrados, dirigidos a alcanzar unos objetivos concretos previamente definidos para mejorar el estado de la salud de la población. En cuanto a la creación de programas en salud, esto corresponde a los instrumentos desarrollados por las entidades, y sus objetivos generalmente van encaminados hacia la promoción de hábitos saludables, la prevención de la enfermedad, el tratamiento de patologías específicas y la recuperación de las habilidades y capacidades que se han visto afectadas por las condiciones patológicas de cada individuo (Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud, 2018).

En el marco de la salud sexual y reproductiva, la Organización Mundial de la Salud OMS mediante el enfoque dado por los objetivos del desarrollo del milenio, busca en conjunto con los encargados de las tomas de decisiones en salud sexual y reproductiva, la creación de programas encaminados a mejorar condiciones de acceso a los servicios de planificación familiar y en general de salud sexual y reproductiva, también para aumentar la proporción de partos atendidos por personal calificado y en un ámbito habilitado con un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia para el envío de los pacientes, la reducción de los casos de aborto voluntarios y el fortalecimiento de los servicios de atención para los abortos existentes, espacios de atención y proporción de información adecuada y veraz que respondan a las necesidades de los jóvenes y la integración de la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y del aparato reproductor.

Mediante el enfoque estratégicos para el fortalecimiento de programas de salud sexual y reproductiva propuesto por la OMS, se combinan conceptos y prácticas de la salud pública y de las ciencias sociales y administrativas para poner en desarrollo dichos programas mediante un proceso de aplicación gradual que establezcan vínculos entre las fases de evaluación, prueba y

ampliación de la información recolectada, con un proceso participativo en el que se tiene en cuenta la preocupaciones de todas los participantes y las partes interesadas, haciendo énfasis en la mejora al acceso de los servicios de una forma equitativa, centrados en la atención de los usuarios para responder a las necesidades de las comunidades bajo estándares de calidad y oportunidad (OMS, 2007).

La puesta en marcha del enfoque estratégico creado por la OMS, se podrá evidenciar en diferentes países de Sur América que lo han desarrollado, iniciando con Chile que mediante el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes que hace parte de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, se convierte en uno de los primeros países en desarrollar un plan de acción nacional en salud sexual y reproductiva que incluye la población migrante teniendo en cuenta un importante número de esta población ha generado grandes cambios en la pirámide poblacional del país, por lo que se hace imperativo la creación de este programa con un abordaje desde un enfoque de género, de derechos humanos, de desarrollo poblacional, de curso de vida, de determinantes sociales y de interculturalidad; mediante el establecimiento de programas específicos en salud sexual y salud reproductiva en la red de prestadores públicos en salud de manera transversal y de trabajo a nivel intersectorial tanto en las instituciones públicas y privadas enfocados en los problemas principales del área (Ministerio de Salud, gobierno de Chile, 2018).

México cuenta con el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, la cual está pensada en contribuir al cumplimiento de la meta 5 de los objetivos de desarrollo del milenio se enfoca en lograr el acceso universal a la salud reproductiva, mediante acciones que permitan la reducción de la fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años teniendo en cuenta que la nación cuenta con una tasa de fecundidad alta en esta porción de la población. El programa se alinea con la meta nacional del Plan Nacional de Desarrollo “México Incluyente” que busca como objetivo asegurar el acceso a los servicios de salud mediante acciones de protección, promoción y prevención en un eje prioritario para el mantenimiento de la salud, favoreciendo el acceso universal a la información y orientación en SSR, reducción de embarazos no deseados e ITS en adolescentes, e incidiendo en los determinantes que reprimen el pleno ejercicio de la

sexualidad y la salud reproductiva. El plan se encuentra organizado en sus 3 objetivos de los cuales se desprenden de cada uno estrategias para su cumplimiento:

Objetivo 1. Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes. Las estrategias encaminadas a su cumplimiento se enmarcan en impulsar acciones de información, educación, y comunicación sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos con enfoque intercultural. Así como diseñar estrategias de intervención focalizadas en la población adolescente de las áreas rurales y las comunidades indígenas. (Programa Sectorial de Salud, 2013).

Objetivo 2. Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población, sus estrategias se focalizan en promocionar el acceso efectivo a los servicios en SSR, mejorar la calidad de estos servicios, e implementar sistemas de evaluación y monitoreo en materia de SSR en adolescentes. (Programa Sectorial de Salud, 2013).

Objetivo 3. Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente. El cual se basa en la participación y vinculación de los distintos actores intersectoriales para erradicar la violencia sexual en contra de los adolescentes, y el fomento de la cultura de respeto hacia los derechos sexuales y los derechos reproductivos. (Programa Sectorial de Salud, 2013).

Este plan también cuenta con una estrategia transversal enfocada en la perspectiva de género para contribuir al avance de la igualdad de las oportunidades entre hombres y mujeres, para satisfacer las necesidades de la población de acuerdo a su edad, sexo y preferencias sexuales (Programa Sectorial de Salud, 2013).

Argentina cuenta con la Ley 25.673 por medio de la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable bajo el ámbito del Ministerio de Salud, cuyos objetivos se enmarcan en alcanzar para la población el acceso a los servicios de salud sexual y procreación responsable para que puedan contar con toma de decisiones libres de coacción y violencia, la disminución de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, la prevención de embarazos no deseados, la promoción de la salud sexual de los adolescentes, prevención o detección temprana

de ETS, acceso a toda la población hacia los medios de información, comunicación y educación y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la procreación y la sexualidad (Ley Nacional 25.673, 2002).

Colombia también cuenta con la implementación de un programa para la atención en salud sexual y reproductiva llamado Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, en un proceso en el cual se busca que la población entre los 10 y 29 años cuente con espacios de salud para la atención integral y diferencial de la población, su característica principal es que parte de las necesidades identificadas de los jóvenes y las estrategias desarrolladas se encaminan a satisfacerlas. Este programa propone 3 modalidades diferentes de atención adaptadas a las condiciones diferenciales de cada territorio y las instituciones que allí existan y que se encuentren dentro del marco del sistema general de seguridad social en salud. Estas condiciones son:

Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes: “Propuesta para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con infraestructura básica, en la que lo esencial es que exista al menos un profesional formado en capacidades de atención integral para adolescentes y jóvenes dentro de su consulta diaria. Es necesario contar con una red de servicios bien definida para todos los niveles de complejidad”. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f, p. 1)

Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes: “Se caracteriza por la existencia de ambientes o lugares exclusivos para la atención de adolescentes y jóvenes, con horarios diferenciados y adaptados a sus necesidades. Generalmente coexisten con otros servicios de salud, pero están debidamente señalizadas y cuentan con personal capacitado para la atención”. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f, p. 1)

Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes: “Se trata de una IPS especializada en adolescentes y jóvenes. Generalmente independiente de otros servicios y que cuenta con especialistas asignados y con horarios de atención continuos y adaptados a las necesidades de la población que atiende. También cuenta con espacios de participación juvenil distintos a la prestación de servicios –espacios recreativos, culturales, artísticos- que permiten el

desarrollo de la acción social de adolescentes y jóvenes en distintos aspectos de su vida y su entorno” (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f, p. 1).

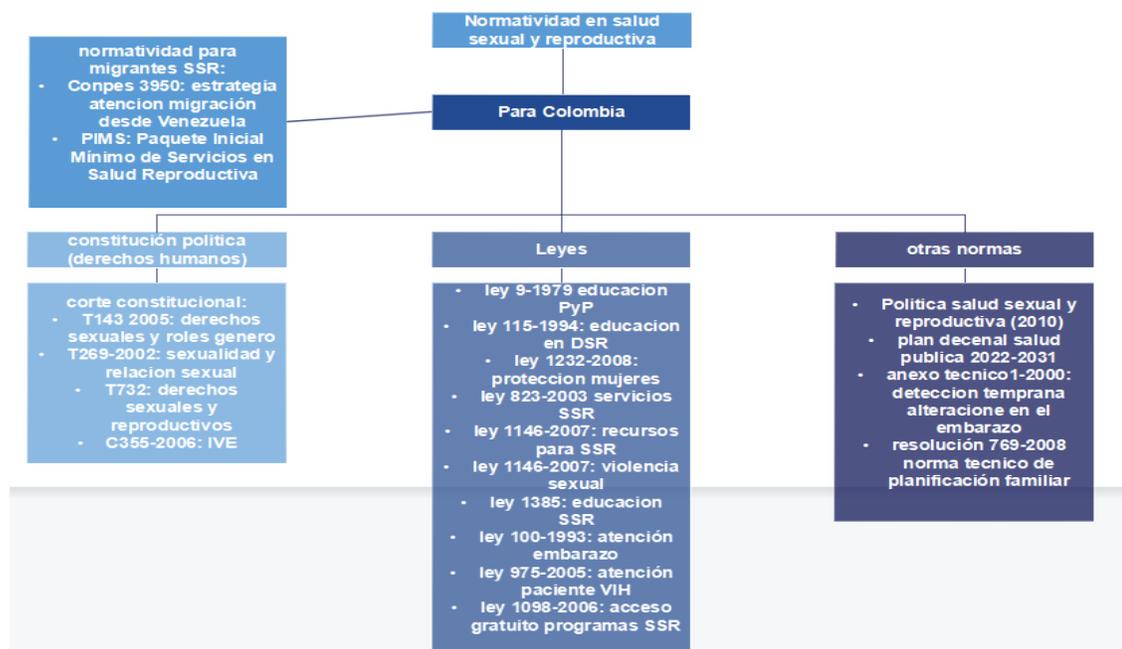
Este programa de atención se encuentra acorde a lo estipulado en la Política de Atención Integral país y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), responde a las líneas operativas de promoción de la salud, gestión de la salud pública y gestión del riesgo en el cuidado y autocuidado en una etapa de la vida en la que se define el ser humano en la mayoría de sus aspectos. Está acorde con lo descrito en el Plan Decenal de Salud Pública, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, los cuales mantienen los enfoques de derecho y equidad de género (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Estrategias Para La Atención En Salud Sexual Y Reproductiva: Iniciamos con la definición de estrategia, que corresponde a un método dispuesto para la toma de decisiones frente a un determinado escenario. En el ámbito de la salud corresponde a las acciones limitadas en la realidad de la población y en el tiempo, plasmado en objetivos concretos que nos lleva a que cada uno de estos lleve a un resultado esperado desencadenado de una serie de tareas (Monografías Plus, s.f.).

A continuación, relacionamos la normativa más relevante relacionado con la salud sexual y reproductiva en Colombia y la existente para población migrante irregular: (UNFPA, Organización para excelencia salud, ministerio de salud. 2013, diciembre) (UNFPA. s. f.).

Figura 1.

Normatividad Colombiana en salud sexual y reproductiva



Nota: Elaboración propia - 2022

En el ámbito de las migraciones, la Agencia de la ONU para los Refugiados ACNUR, ha contribuido en diferentes países para la creación de estrategias encaminadas a la atención en salud pública de la población migrante, refugiada y repatriada en todo el mundo, mediante el liderazgo de la acción internacional encaminada a proteger este tipo de población en su mayoría en condiciones de vulnerabilidad por las condiciones en las que generalmente han tenido que dejar su país de origen. Esta organización que actúa en el fortalecimiento del manejo de las crisis humanitarias generadas a causa de los fenómenos migratorios desarrolla también como parte importante del manejo de las crisis estrategias encaminadas hacia la salud sexual y reproductiva, los cuales son considerados como esenciales en la población migrante.

Estas estrategias incluyen una amplia gama de cuidado materno perinatal, acceso a los anticonceptivos y prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual dentro de las que juega un papel preponderante el VIH-SIDA entre otras. Estas estrategias juegan dentro de un componente importante para la población migrante ya que el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva les genera una red de apoyo que les permitirá en el futuro beneficiarse del impacto positivo que tienen estos servicios sobre la vida familiar y la comunidad, siempre y cuando se respeten los antecedentes culturales y religiosos, y que los servicios que se brinden sean de calidad

y apegados a las normas internacionales en materia de derechos humanos (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, s. f.)

Por su parte el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas UNFPA, realizó un estudio en 4 países de América latina, en el cual se demostrará el impacto que tiene la atención en salud sexual y reproductiva mediante las estrategias de promoción y prevención sobre la reducción de la pobreza, con el fin de buscar las estrategias más efectivas para la orientación de la cooperación internacional relevante para los esfuerzos nacionales en la reducción de la pobreza. Este estudio está enfocado en la población joven que es reconocida como el potencial de desarrollo estratégico en los países en temas políticos económicos y sociales (UNFPA, 2005).

La literatura nos reporta que, para Latinoamérica, se han tenido estrategias exitosas (ver tabla 2), se centran en la atención a la mujer en salud sexual y reproductiva con los temas, mundo tiene literatura estrategias que abordan la atención en salud sexual y reproductiva para población regular se plantean con una serie de actividades donde predomina la metodología lúdico-educativa con cartillas, videos y redes sociales.

Tabla 2.

Evidencias de estrategias o lineamientos en salud sexual y reproductiva.

País	Nombre de la estrategia	Metodología	Resultados
Brasil	Proyecto “elos II: sostenibilidad da rede de protagonismo juvenil e educadores da educação sexual e saúde reprodutiva (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. 2005)	Capacitación en salud sexual y reproductiva de profesionales. Pre-encuentro Nacional de Adolescentes. Publicación del libro ELOS, Realización de la III Muestra de Arte y Educación	Reducción de la tasa de mortalidad materna y la tasa nacional de fecundidad, una expansión masiva del uso de los métodos anticonceptivos.
Jamaica	Jamaica adolescent reproductive health pilot programme (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. 2005)	Servicios amigables, accesibles, sensibles al género para conducir a esta población a una vida saludable y productiva	Red de apoyo de jóvenes con competitividades en derecho y responsabilidad.

Nicaragua	Derechos y salud sexual y reproductiva para adolescentes. un enfoque para tres países (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. 2005)	Diseño, ejecución y evaluación de un plan de capacitación para incrementar los niveles de información sobre promoción y ejercicio de derechos, sexualidad, reproducción y desarrollo humano, promoviendo la toma de decisiones responsables	Promoción y ejercicio de derechos, así como la provisión de servicios integrados de salud sexual y reproductiva.
Paraguay	Educación sexual en adolescentes y jóvenes varones y mujeres del área rural (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. 2005)	Programas educativos.	Formación integral y la preparación para futuras responsabilidades familiares y comunitarias.
México	Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) (Gobierno de México.2020)	Se crea una página web dirigida a la población adolescente, cuyo propósito es el de brindar información confiable y basada en la experiencia y la práctica que les sirva para el apoyo de una sexualidad saludable, la prevención del embarazo, así como de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Como segunda estrategia se encuentra el curso virtual de “Salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo en adolescentes”, adicionalmente cuentan con servicios amigables y un curso formación para docentes y profesionales de la salud como apoyo para hacer un abordaje adecuado los adolescentes en temas de planificación familiar.	Ha tenido una buena acogida por los adolescentes ya que pueden consultar dudas relacionados en salud sexual y reproductiva ya sea virtualmente o través de los servicios amigables, los que toman el curso son certificados, conservando la privacidad de las personas que solicitan los servicios

Nota: Elaboración propia – 2022

La estrategia ELOS II que se lleva a cabo en Brasil ha sido exitosa ya que permite llegar a área local aportando a los jóvenes conocimientos políticas salud sexual y reproductiva, cuenta ya con un reconocimiento comunitario y a nivel escolar, esta estrategia ha tenido buena acogida por

los adolescentes ya que parte de un lenguaje que es claro y utiliza dinámicas de canto, bailes etc; lo que hace que esta población participe de las actividades que normalmente se realizan en los centros educativos. (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. 2005)

La estrategia de Jamaica no logró tanta acogida entre los adolescentes por no verse la continuidad de la educación de los pares de adolescentes líderes y una poca articulación con los servicios de salud. La estrategia de Nicaragua tiene dificultades para su desarrollo ya que este país se encuentra profundamente fragmentado en lo social y lo político dicha estrategia requiere de la integración de los diferentes sectores para creación de ámbitos propios para los adolescentes en temas relación en salud sexual y reproductiva. La estrategia de Paraguay ha sido exitosa ya que permite llegar a zonas rurales y urbanas con articulación de los servicios de salud y centros educativos reflejando un impacto positivo en sus indicadores de salud sexual y reproductiva. (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. 2005)

La estrategia México es holística para prevención de embarazo en adolescentes con una trayectoria de más de 7 años cada día con más fuerza y acogida para los adolescentes, se evalúa de manera anual y realizan planes mejora acorde para el año continuo. Genera espacios amigables tanto presenciales como virtuales que permiten a la comunidad resolver las dudas que se generan en torno a la salud sexual y reproductiva por medio de cursos académicos que generan un certificado de asistencia. Se resalta el manejo de la confidencialidad de los datos de los asistentes. (Gobierno de México.2020)

2.3.4 Enfoques para la Construcción de Políticas, Planes, Programas y Estrategias en Salud Sexual y Reproductiva

El enfoque dado a las políticas se entiende como la forma de enviar la atención para lograr un mayor cuidado de las situaciones y necesidades sociales para que el gobierno pueda dar respuesta pertinente a la necesidad identificada. Para la construcción de las políticas, planes, programas y estrategias, se analizan las realidades, situaciones y necesidades de las personas, para

diseñarlas y encaminarse hacia ese objetivo hasta su implementación. A continuación, se relacionan algunos de los enfoques existentes aplicables a las políticas públicas existentes en nuestro país.

Enfoque de Derechos

Este enfoque, se centra garantizar desde el punto de vista legal legales la libertad y la dignidad de todos los seres humanos, sin distinción en ámbitos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, tanto bajo el contexto del público como de lo privado, busca fortificar las capacidades de los garantes de los derechos de respetar y proteger. El abordaje de este enfoque está en desarrollar desde una perspectiva holística teniendo en cuenta las relaciones de las personas y los sistemas de poder (Comisión Intersectorial Poblacional Del Distrito Capital, 2013).

El enfoque de derechos en salud sexual y reproductiva, produce una disposición en las políticas y en los programas de salud, teniendo como novedad como la salud sexual y reproductiva hace parte integral del desarrollo humano y estos a su vez se vinculan con el medio ambiente y el desarrollo de su población. Se contemplan actividades de promoción de la salud sexual, bajo el marco de un estilo de vida saludable, procesos educativos que faciliten el desarrollo biológico, social y psicológico, de tal forma que se asegure el ejercicio de los derechos reproductivos en pro de mejorar los procesos de vida, favorecer la equidad entre hombres y mujeres respetando las diferencias étnicas y culturales (Profamilia, s.f.a).

Enfoque de Género

Género, es la connotación social que se ha asignado a hombres y mujeres en relación as u sexo, rol dentro de la sociedad, identidad y derechos en base a las defenecerías. Este enfoque, identifica a partir de diferencias biológicas tanto de hombres como de mujeres como se estructuran estructuradas las relaciones inequitativas de poder dentro de la familia, el trabajo y de las mismas políticas públicas, que han incidido en los contextos sociales, políticos y económicos.

La perspectiva de género, identifica cómo a partir de las diferencias entre hombres y mujeres, se pueden constituir relaciones equitativas y justas del manejo del poder en todos los ámbitos donde se desarrolla el ser humano, sin que persistan los actos de discriminación y

desigualdad que surgen a raíz de su identidad sexual, su origen étnico o social (Comisión Intersectorial Poblacional Del Distrito Capital, 2013).

Enfoque Intercultural

Este hace referencia al contacto e intercambio de culturas en términos de igualdad, el cual fomenta la coexistencia entre diversidades culturales, religiosas, las cuales deben vivir con base en el respeto hacia sus diferentes visiones.

En términos de salud la construcción de las políticas, deben ser atendidas desde las diferencias de saberes y prácticas en la atención en salud que surgen con el cambio de los sistemas de atención médica de la población que asiste en un territorio que no es el habitual, que generen el reconocimiento, el respeto, la valoración hacia su particularidad, en el plano de igualdad, equilibrio y armonía.

De acuerdo con lo anterior, el enfoque intercultural es uno de los trazadores de las políticas en salud y educación, a través del cual se activan procesos de reconocimiento, diálogo, interacción y complementariedad entre individuos de diferentes sistemas culturales, respetando el trabajo de cada una de ellas, y generando condiciones para la interacción creativa y constructiva entre las diferentes culturas, teniendo como finalidad que las comunidades puedan beneficiarse de desiguales atenciones en salud que aporten a la calidad y pertinencia en salud.

Este enfoque se desarrolla, con una importante participación a través del personal de salud y su interacción con los agentes en salud que aportan a la atención integral de los diversos grupos sociales. Las actuaciones con enfoque intercultural del talento humano en salud propia de los pueblos indígenas por ejemplo o con arraigos culturales diferentes a los del común del pueblo, permiten disponer de servicios afines a las características y necesidades de la población (Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, 2017).

Enfoque Territorial

La migración es un determinante estructural que tiene un impacto diferencial en la salud y a lo largo de la vida de las personas, ya que mediante los flujos migratorios se incrementan los

actos de desigualdad en cuanto al acceso de los servicios básicos como lo es el de la salud. Las personas se ven expuestas a numerosos riesgos como el de contraer enfermedades transmisibles y a múltiples formas de violencia, en especial hacia las mujeres y las niñas, así como hacia personas con alguna discapacidad, con orientación sexual diversa, u origen étnico como indígenas o afros. Por lo tanto, la salud y el bienestar hacen parte de los derechos humanos de los migrantes y representan un asunto moral y de equidad que debe ponerse en el centro de las agendas de la respuesta humanitaria, haciendo especial énfasis en generar acciones encaminadas al mantenimiento de la dignidad humana, la prevención de la enfermedad, la reducción de la morbilidad y mortalidad a causa del proceso migratorio, así como el impacto diferencial en los resultados de salud entre población migrante y refugiada y entre la comunidad de acogida; al interior de diferentes resultados de salud trazadores.

El sistema de salud colombiano, se ha propuesto asegurar la atención en salud básica la población migrante, sin embargo, las múltiples dificultades que actualmente se presentan se deben a la complejidad del sistema de salud colombiano, la falta de apropiación de la normatividad existente para la atención de esta población en su gran mayoría en condiciones de vulnerabilidad (Comisión Intersectorial Poblacional Del Distrito Capital, 2013).

Enfoque de Salud Pública

Mediante el enfoque de promoción de la salud, se fomentan cambios en el entorno de las poblaciones encaminados a los estilos de vida saludables, mediante el uso de un método multidisciplinario de prevenir la enfermedad a través de un "sistema completo" en lugares o contextos sociales en los que las personas participan en actividades diarias, donde los factores ambientales, organizacionales y personales interactúan para afectar salud y el bienestar (Profamilia, s.f.a).

“Se contemplan como fortalecer la vigilancia sanitaria, la gestión de la información, y el monitoreo esta línea de acción se enfoca en asegurarse que los sistemas nacionales de vigilancia sanitaria integren consideraciones ya sea para las poblaciones de acogida y las migrantes. Busca asegurarse que se genere información y datos desagregados a nivel regional y de país (nacional y subnacional), y que estén disponibles registros adecuados, estandarizados y comparables sobre la

salud de los migrantes con el fin de apoyar a los tomadores de decisiones y formuladores de políticas para desarrollar políticas, planes e intervenciones basados en evidencias. Esto sobre todo apoyará la capacidad de adaptación de los sistemas de salud de los países de destino y guiará las intervenciones de salud para satisfacer las necesidades específicas de salud de los migrantes”. (OMS, 2007).

3. Marco Metodológico

A continuación, se presenta el marco metodológico que oriento la investigación, acorde al fenómeno a explorar, partiendo del tipo de investigación, las etapas de la Investigación acción participación, criterios de rigor, población objeto, criterios de selección y consideraciones éticas.

3.1 Tipo De Investigación

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo definido por Sampieri como “una forma de comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto”. (Hernández Sampieri Roberto. 2014) Para el desarrollo de esta propuesta de investigación se tendrá en cuenta las condiciones sociales y culturales de la población objeto, la cual corresponde a el grupo de mujeres migrantes venezolanas que se encuentran en condiciones irregulares en el municipio de Arauca, buscando acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Se realizó la caracterización de esta población que permite reconocer el contexto de los participantes y por medio de la aplicación de la metodología de Investigación Acción Participación (IAP), y se identificaron las necesidades más sentidas en este grupo poblacional relacionadas con Salud Sexual y Reproductiva, creando en conjunto una estrategia que ofrezca alternativas para la atención de estas mujeres desde sus propias realidades, desde las realidades de quienes planean las políticas y atienden a las personas en los servicios de salud.

La naturaleza del fenómeno basado desde el contexto, las necesidades y la generación de una estrategia basada en las políticas, planes y organizaciones internacionales y nacionales en la atención a las mujeres migrantes venezolanas se hace necesario, organizar la información y permitir en el proceso de participación de las personas, implicó retomar la perspectiva de Orlando Falls Borda quien define: la Investigación Acción Participación (IAP) como una metodología que surge del debate en épocas donde la sociología se encontraba en auge, la cual se convierte de inmediato en una acción educativa ya que esta no solo procede de quien la imparte en este caso los investigadores, sino que también de quien la recibe haciendo referencia a los actores sociales, convirtiéndose así en un proceso de retroalimentación bidireccional, recíproco y basado en la realidad por las que transitan las mujeres migrantes. Según lo indicado por Orlando Falls Borda, “Una de las características propias de este método, que lo diferencia de todos los demás, es la forma colectiva en que se produce el conocimiento, y su colectivización”(Calderón y López, 2000, p.), es por esto que esta nueva forma de investigar se convierte en una vivencia que transforma las relaciones entre los investigadores y los grupos investigados, donde se prioriza la producción constante de conocimientos partiendo del diálogo entre quienes construyen la realidad, la cual se entiende como una propiedad de quienes participan en la construcción del conocimiento social (Calderón y López, 2000).

En ese sentido, tanto la labor investigativa como la labor pedagógica de construcción de conocimiento reconocen a los sujetos que hacen los procesos sociales y los reúne en la búsqueda y consolidación de propuestas transformativas de su compartida realidad. Esto hace que la metodología aplicada (IAP), se convierta en la pedagogía de la transformación ya que no sólo transforma a los sujetos tanto del grupo investigador como el de los actores sociales, sino que también genera cambios en sus realidades (Calderón y López, 2000).

La participación social que se propone al grupo de mujeres migrantes venezolanas en condiciones irregulares que se encuentran en el municipio de Arauca, surge de un trabajo colectivo realizado con las comunidades, y no solamente de los intereses del grupo investigador. Por lo cual el diseño de la estrategia, permitirá desde la voz de los diferentes actores sociales, tener ideas compartidas que podrán ser desarrolladas mediante acciones, y permitirán generar un nuevo conocimiento que dé solución a la problemática identificada.

Esta investigación se fundamentó en los pasos y fases planteadas en el método de Orlando Falls Borda, profesor de sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona cuya especialidad es en métodos y técnicas de investigación social, las cuales se describen a continuación:

3.2 Etapas de Investigación Acción Participación

La investigación acción participación requiere de una serie de pasos para tener un rigor metodológico, para esta investigación se llevó a cabo las fases propuestas por Orlando Falls Borda, que cuenta con una fase pre investigativa, fase diagnóstica, fase programación, fase de conclusiones y propuestas y por último fase de puesta en práctica.(Martí, 2001) Dichas fases se describen a continuación.

3.2.1. Primera Etapa: Pre-Investigación. Síntomas, Demanda Y Elaboración Del Proyecto

Teniendo en cuenta como se presentan las fases mencionadas por el autor Joel Martí, durante la investigación basada en IAP se presentarán las etapas mediante dos cuadros, el primero de ellos sintetiza la estructura y principales procesos a desarrollar durante la investigación IAP en cada una de sus fases; y la segunda muestra un cronograma orientativo para el desarrollo de la investigación (Martí, 2001). Es de anotar que en este estudio una de las investigadoras ha trabajado con las comunidades en la región de Arauca, y esto permite tener un acercamiento propio a las necesidades y al fenómeno a estudiar.

Durante la aplicación de la metodología, se logró distinguir los procesos de cada una de las fases, ya que en primer lugar se realizó la delimitación de los objetivos a desarrollar, los cuales responden a la detección, determinación y caracterización de la problemática, llamados síntomas. A esta etapa de concreción le siguen otras de "apertura" a todos los puntos de vista existentes en torno a la problemática y objetivos definidos. Esto se trata de la elaboración de un diagnóstico y la recolección de propuestas que surgieron de las acciones participativas de los grupos investigados, las cuales servirán de base para los debates que surjan alrededor, y son el crecimiento

de la negociación entre los sectores sociales implicados. Esta negociación es la que da lugar a una última etapa denominada de "cierre", en la que las propuestas se concretaron en la creación de líneas de actuación y permitirán que los sectores implicados asuman desde su rol un papel protagónico en el desarrollo del proceso (ver figura 1).

Figura 2.

Etapas y fases de una Investigación Acción Participativa (IAP).

Etapas de pre-investigación: Síntomas, demanda y elaboración del proyecto.

0. Detección de unos síntomas y realización de una demanda (desde alguna institución, generalmente administración local) de intervención.

1. 1. Planteamiento de la investigación (negociación y delimitación de la demanda, elaboración del proyecto).

Primera etapa. Diagnóstico.

Conocimiento contextual del territorio y acercamiento a la problemática a partir de la documentación existente y de entrevistas a representantes institucionales y asociativos.

2. Recogida de información.

3. Constitución de la Comisión de Seguimiento.

4. Constitución del Grupo de IAP.

5. Introducción de elementos analizadores.

6. Inicio del trabajo de campo (entrevistas individuales a representantes institucionales y asociativos).

7. Entrega y discusión del primer informe.

Segunda etapa. Programación.

Proceso de apertura a todos los conocimientos y puntos de vista existentes, utilizando métodos cualitativos y participativos

8. Trabajo de campo (entrevistas grupales a la base social).

9. Análisis de textos y discursos.

10. Entrega y discusión del segundo informe.

11. Realización de talleres.

Tercera etapa. Conclusiones y propuestas.

Negociación y elaboración de propuestas concretas.

12. Construcción del Programa de Acción Integral (PAI).

13. Elaboración y entrega del informe final.

Etapas post-investigación: Puesta en práctica del PAI y evaluación. Nuevos síntomas

Cuadro tomado y elaborado por T. Alberich "Ejemplos de fases y técnicas en la IAP". (Martí, 2001)

3.2.2 Segunda Etapa: Diagnóstica

Recolección de la información

Para realizar la recolección de la información tendrán en cuenta diferentes técnicas utilizadas para el desarrollo de metodología, las cuales consisten en:

Observación: se capta de forma sistemática y a través de la vista el fenómeno, para ello los investigadores estudiaran y revisaran los pasos reportados por la teoría del IAP.

Recopilación documental: recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios.

Entrevista: diálogo entre entrevistador-entrevistado sobre un tema previamente determinado.

Encuesta: información que se extrae de una muestra acerca de un tema en particular.

Observación

Consiste en el proceso que se llevó a cabo mediante la indagación, reconocimiento de lugares, aspectos y personas que rodean la situación problema detectada y establecer la verdadera realidad del fenómeno.

Mediante la información recolectada bajo esta técnica, se obtuvo sustento para el desarrollo de la estrategia de atención en salud sexual y reproductiva que favorezca a las mujeres migrantes venezolanas. Desde la exploración que se realizó en el terreno, se tendrán en cuenta los diferentes puntos de vista y el conocimiento exploratorio adquirido tanto por el grupo investigador mediante el conocimiento y las experiencias competitivas, como por los profesionales que se encuentran en el terreno tanto desde el ámbito administrativo como el de los expertos en la atención en salud sexual y reproductiva de los migrantes del municipio de Arauca. También se contó con la perspectiva y conocimientos adquiridos desde las vivencias de un grupo de mujeres que se han visto enfrentadas a esta situación en el territorio que hace parte del contexto de la investigación (Consultores Basti, 2020).

Recopilación documental y bibliográfica

La técnica, consistió en averiguar y consultar la bibliografía referente al tema, también se hace uso de otros materiales que surgen de otros conocimientos y/o fuentes de informaciones las cuales son de gran utilidad para el propósito del estudio. Se partió de la toma de fuentes secundarias de datos, que fueron obtenidos indirectamente a través de documentos que recopilan testimonios de hechos históricos y pasados.

Dentro de las fuentes documentales encontradas, se destacan las bibliográficas, hemerográfica, escrita, estudios realizados, estadísticas, infografías, normatividad, fuentes de audio gráfico, video gráfica, entre otras. (Consultores, Basti 2020) Para ello los investigadores contaron con notas de campo, observacionales y descriptivas que se consignaron en un diario de campo. Ver Anexo diario de campo.

La entrevista

La recopilación de la información mediante esta técnica fue llevada a cabo mediante un contacto directo con las personas, a través de una conversación interpersonal, preparada bajo una dinámica de preguntas y respuestas, donde se dialogó sobre el tema relacionado con la problemática de investigación. La interacción verbal es inmediata se realizó de manera personal, y en otras ocasiones haciendo uso de las plataformas digitales existentes como Google Meet, programa con el que cuenta la Fundación Universitaria Juan N Corpas, el cual ofrece herramientas accesible y de fácil manejo para los participantes, permitiendo la interacción por medio de las diferentes funciones con las que cuenta. Para el desarrollo de esta técnica se tendrán como participantes a los entrevistadores en este caso el grupo investigador que se ha capacitado previamente tanto en el uso de las herramientas, como en la aplicación de los instrumentos diseñados tanto de manera personal como digital, y por otra parte a los entrevistados participantes dentro de la investigación designados como el grupo investigado. (Consultores Basti, 2020). El grupo investigador construyó y validó el guion de 13 preguntas que permiten dar cumplimiento a los objetivos trazados a tres grupos: personal de salud administrativo, personal de salud que atiende en los servicios y las mujeres migrantes irregulares del municipio de Arauca. Ver Anexo guion de preguntas entrevista.

La encuesta

Es una técnica que se lleva a cabo mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra determinada de personas que para el caso corresponde al grupo investigado, esta contribuye a la recolección de opiniones y ayuda a determinar comportamientos dentro del grupo. Esta información se convierte en un pilar fundamental en la toma de decisiones las cuales finalmente se verán reflejadas en los resultados de la investigación.

Las encuestas diseñadas para el desarrollo de la investigación están basadas en los diferencias que caracterizan a cada uno de los grupos seleccionados para el proceso, cada una de ellas se enfoca en la recolección de la información desde la perspectiva de cada uno de estos actores, los cuales, como se indicó anteriormente se encuentran directamente involucrados dentro del proceso de atención que actualmente se brinda a las mujeres migrantes venezolanas en condiciones irregulares en el municipio de Arauca, en el cual fue identificada la problemática aquí tratada. (Consultores Basti, 2020). Es importante resaltar que esta encuesta nos da respuesta al objetivo específico de caracterización socio demográfica de la población de estudio, para los participantes de grupo administrativo y operativo se realizó con formulario google forms con 11 preguntas con respuesta selección múltiple y unas abierta; se realizó previo a la entrevista semiestructurada. La encuesta para grupo de mujeres migrantes se realizó de manera escrita y cuenta con el mismo número de preguntas.

Constitución de la comisión de seguimiento

En este punto se reúnen todas las entidades que podrían llegar a estar interesadas e involucradas en el proceso, con el fin de debatir los resultados obtenidos en cada una de las etapas. Para la conformación de este grupo se han convocado diferentes entidades del municipio de Arauca, a las cuales les interesa encontrar alternativas de solución que contribuyan a mitigar la problemática actual, en cuanto a la atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes irregulares venezolanas que se encuentran en el territorio se contó con tres grupos de participantes, en el primer grupo administrativo participaron 4 funcionarios, segundo grupo asistencial participo 5 funcionarios y tercer grupo mujeres migrantes irregulares participaron 15 mujeres para total de 19 participantes en el estudio de investigación.

Composición

El equipo investigador está compuesto por un grupo de profesionales de la salud que han identificado mediante las vivencias obtenidas bajo el desarrollo de la labor profesional una problemática en cuanto al acceso a los servicios en salud sexual y reproductiva para esta población que se encuentra en condiciones vulnerables, el director de la investigación de igual manera con conocimiento y experticia en el tema, profesionales expertos en la atención en salud sexual y reproductiva del territorio, este grupo se conforma por funcionarios de la secretaría de salud municipal los cuales se ven enfrentados a diario a los retos que ocasiona tratar de brindar la mayor cobertura posible en cuanto a la prestación de servicios de salud a una población desprotegida socialmente. También se han involucrado profesionales que laboran en las diferentes ONG (Organización No Gubernamental) tanto desde la dirección de los proceso administrativos como desde el enfoque asistencial, ya que finalmente son ellos quienes a diario tratan de cubrir la demanda de estos servicios y en su desarrollo han identificado componentes dentro de esta problemática, y finalmente se cuenta con un grupo de mujeres migrantes irregulares líderes dentro de sus asentamientos y que actualmente su lugar de residencia se encuentra actualmente en el municipio de Arauca.

Objetivos generales de la Comisión de Seguimiento

Lo que se pretende con la conformación de este grupo de personas que participan en la investigación, es que mediante la recolección de la información en cada una de sus etapas se logre realizar el seguimiento a los avances y al enfoque de la investigación, la supervisión de las actividades propuestas y la reorientación de la investigación o de alguno de sus componentes en caso de ser necesario.

Otro de los objetivos es debatir con el grupo investigado los diferentes puntos de vista de los representantes de cada subgrupo conformado, para llegar a un consenso de la propuesta de estrategia de atención en salud sexual y reproductiva para la atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes irregulares del municipio de Arauca.

Proceso

Para el desarrollo de esta fase de la técnica seleccionada dentro de la investigación, se realizaron 8 reuniones de forma en las cuales se constituyeron los grupos y se presentó el proyecto, sus avances y resultados durante cada una de las fases. Uno de los investigadores del equipo ejercerá el papel de secretario, y recogió las intervenciones de los debates y tomó nota de cualquier aspecto relevante que se pueda llegar a presentar, estas sesiones fueron grabadas con previa autorización de los participantes ya que serán soporte del desarrollo del proceso.

Constitución del Grupo de Investigación Acción Participación (GIAP)

El Grupo de Investigación Acción Participativa (GIAP), es un grupo formado tanto por el equipo investigador los cuales cuentan con formación profesional en salud, equipo de profesionales multidisciplinario que se desempeñan en el terreno para este caso en el municipio de Arauca y están directamente involucrados en la atención de la población migrante bien sea desde el ámbito administrativo o asistencial, y un grupo de mujeres que hace parte de la comunidad de migrantes irregulares venezolanas del municipio, quienes tienen por objetivo participar de forma activa en el día a día del proceso.

Tabla 3. Grupo de investigación iinvestigación Acción Participación

GRUPO	NOMBRE	ENTIDAD REPRESENTA
Grupo Administrativo	GF1P1	ONG
Grupo Administrativo	GF1P2	ONG
Grupo Administrativo	GF1P3	ENTIDAD PUBLICA
Grupo Administrativo	GF1P4	ENTIDAD PUBLICA
Grupo Operativo	GF2P1	ONG
Grupo Operativo	GF2P2	ONG
Grupo Operativo	GF2P3	ONG
Grupo Operativo	GF2P4	ENTIDAD PUBLICA
Grupo Operativo	GF2P5	ENTIDAD PUBLICA
Grupo mujeres migrantes	GF3P1	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P2	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P3	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P4	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P5	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P6	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P7	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P8	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P9	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P10	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P11	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P12	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P13	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P14	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo mujeres migrantes	GF3P15	COMUNIDAD 20 ABRIL
Grupo investigador	EM1	COMUNIDAD EDUCATIVA
Grupo investigador	EM1	COMUNIDAD EDUCATIVA
Grupo investigador	EM1	COMUNIDAD EDUCATIVA
Grupo investigador	DM1	COMUNIDAD EDUCATIVA

Nota: Elaboración propia - 2022

Composición

El grupo investigado tiene el compromiso de colaborar activamente a lo largo del proceso. Se compone de tres investigadoras, el asesor del proyecto y la comunidad compuesta por mujeres migrantes irregulares venezolanas, 2 personas representantes del ente gubernamental, 2 personas ONG cargos administrativos, 5 personas área asistencia. La captación de este grupo se realizó al inicio de la primera reunión de la comisión de seguimiento y deben cumplir con los criterios de inclusión propuestos para dicha investigación.

Objetivo

Se constituye un grupo de trabajo que asumió con una alta corresponsabilidad y protagonismo a lo largo del proceso, tanto por lo que se refiere al diseño de la investigación, como al análisis de los materiales de campo y a la capacidad para elaborar propuestas y generar procesos dentro de la comunidad. Para el diseño de la investigación se realizó un seguimiento periódico y generará la discusión crítica consecuente del proceso investigador, adicionalmente, se proporcionarán conocimientos contextuales sobre el territorio e información básica de la comunidad mediante un mapeo de la situación. Otro de los objetivos de este GIAP, es proporcionar contactos dentro de la misma base social de la comunidad.

En cuanto al análisis de los materiales de campo se realizó la contextualización y lectura crítica de los discursos, a partir del conocimiento cotidiano que como comunidad de mujeres migrantes venezolanas poseen. En cuanto a generación de procesos en la comunidad se generarán procesos de autoformación y se discutió y elaboró propuestas y consensos realizados.

Se transformó el grupo más allá del proceso de investigación, para que estos se convirtieron en replicadores y dinamizadores dentro de sus asentamientos en el desarrollo de la estrategia propuesta.

Introducción de elementos analizadores

Esta fase de la etapa consiste en la construcción de elementos analizadores que surgen del proceso de investigación, y de la aplicación de la metodología de la IAP. Para el caso, los investigadores introdujeron los acontecimientos que causan impacto en la población de mujeres

migrantes irregulares venezolanas del municipio de Arauca haciendo uso de una herramienta denominada “Diario de Campó”, en el cual se registraron los datos más relevantes en cuanto a las situaciones especiales relacionadas con el entorno y el comportamiento de los participantes, permitió a los investigadores realizar notas referentes a la aplicación del proceso y el comportamiento del grupo investigado para generando reflexiones que aportaron en el análisis y entendimiento de los datos. Este momento es fundamental para la intervención y la creación de acciones que permitieron generar reacciones en la población intervenida, se realizó un “mapeo social” como instrumento fundamental en la IAP que tiene bases en la teoría de redes sociales (Lozares, 1996).

Objetivos

Realizar difusión, movilización, implicación y participación de la comunidad, promoviendo la acción/reflexión. Se realizará la captación de nuevas asociaciones e instituciones para la participación en la investigación y particularmente, en la Comisión de Seguimiento. Paralelamente, el impacto social y las reacciones que se generen serán también un elemento susceptible de análisis.

Proceso

Los investigadores, ya han realizado la propia constitución de la Comisión de Seguimiento y la realización del trabajo de campo donde intervendrán la realidad social.

Inicio del Trabajo de campo

Esta corresponde a la primera fase del trabajo de campo, donde se realizaron entrevistas 5 (2 de afinamiento y 1 a cada grupo focal) semiestructuradas a expertos en salud sexual y reproductiva del municipio de Arauca, para obtener información sobre el territorio y la problemática tratada, lo cual permitió identificar necesidades básicas de la población investigada, conocer las percepciones de los participantes acerca de las relaciones que se establecen entre el poder local, los grupos organizados y la base social. También se identificó los discursos, propuestas y estrategias de la minoría dirigente.

En la selección de las personas a entrevistar, se realizó una muestra en la que queden representados los diferentes posicionamientos que den cuenta de los diferentes intereses existentes en torno a la problemática. Esta herramienta es fundamental para identificar previamente estos posicionamientos, pues se convierte en un mapa social (sociograma o mapa comunitario) en el que se dibujan las asociaciones e instituciones conocidas, en relación a las posiciones y objetivos. La muestra, se enriquece a lo largo de la investigación, según se va completando el mapa social desde la información recogida en la Comisión de Seguimiento, el GIAP y las entrevistas.

Los investigadores, realizaron un guion de preguntas previa que contenga los objetivos perseguidos y los temas y subtemas que han de cubrirse en la entrevista. Se realizarán entrevista semi estructurada preguntas orientativas de tipo abiertas, que sirvió de ayuda durante la conversación, se tiene que tener presente en todo momento los objetivos y los temas que deben aparecer, por lo que el éxito de la entrevista dependerá menos de las preguntas mismas que de la capacidad de concentración y conducción en el momento de realizarla (Quivy, 2005).

La entrevista se realizó de a dos personas, con el fin de facilitar el entorno de empatía que requiere una conversación de este tipo; una se centrará en el seguimiento del guion y la formulación de las preguntas y la otra persona jugará el rol de observador participante, quien se entrenará en tomar notas de campo, se analizó y registró lo que observó de comportamientos de los entrevistados, es importante resaltar que se grabara la entrevista contando con el previo consentimiento de los participantes, con el fin de evitar pérdida de la información relevante.

Entrega y discusión del Primer Informe

Los investigadores realizaron un informe provisional de autodiagnóstico, para su discusión en la Comisión de Seguimiento, la discusión de este primer informe obedecerá fundamentalmente a dos objetivos: es un punto de llegada para la información exploratoria recogida hasta ese momento; y la propia discusión que abrió a más información, se enriquecerá, matizando o discutiendo las conclusiones extraídas; se recogieron nuevos posicionamientos sobre los temas tratados; perfilando el mapa social y rediseñando el trabajo de campo. Este informe incluirá, finalidades de la investigación, base epistemológica/ideológica y objetivos últimos de la investigación, los objetivos generales y específicos, la justificación de cómo y por qué se ha

concretado o reorientado la demanda inicial hacia los objetivos actuales. El autodiagnóstico, a partir de la documentación y datos que se recogerán, el mapa social y una primera lectura de las entrevistas que se realizaron.

3.2.3 Tercera Etapa: Programación

Trabajo de campo

Una vez, que los investigadores presenten el diagnóstico y hayan revisado su orientación si es el caso hacerlo, se debe continuar con el proceso del trabajo de campo. En esta etapa se realizaron nuevas entrevistas a los representantes institucionales y asociativos a partir de la información obtenida del enriquecimiento del mapa social; se realizaron grupos de discusión u otros tipos de entrevistas grupales a los representantes de la comunidad, centrándolos en este punto de la investigación en el diseño de grupos de discusión.

Dentro de los objetivos, está el conocer los diferentes discursos que han producido desde las distintas posiciones sociales entorno a coincidencias e imágenes asociadas a personas, grupos e instituciones, y posibles relaciones que se establezcan entre los mismos; se reconocerán las diferencias en cuanto a los puntos de vista generados en entorno a la problemática abordada. Se generaron espacios para realizar procesos de autorreflexión y movilización, que se realizaron con dos talleres que se realizaron con los participantes.

Se realizó una aproximación cualitativa, que se generará a partir del conocimiento que imparte la comunidad, en los cuales se tendrán en cuenta los diferentes perfiles sociales dentro de la muestra, con el fin de configurar grupos de discusión relativamente homogéneos respecto a estas características bajo la hipótesis de que, al compartir determinadas posiciones sociales, reprodujo los discursos similares. El número de participantes por grupo es de número de mujeres migrantes venezolanas.

Análisis de textos y discursos

Mediante la aplicó en esta etapa del proceso investigativo, y una vez terminado el trabajo de campo, se organizó un proceso con toda la información recolectada. Este análisis constará de dos niveles o momentos: el primero mediante el cual se prepararán los datos es decir se realizó la

transcripción durante las primeras 24 horas y organización de todos los materiales producidos, y el segundo consta del tratamiento de su contenido, proceso en el que convergen retroalimentándose elementos analíticos, por una parte, e interpretativo por otra. Se desarrollaron las bases metodológicas para el análisis de textos y discursos. Proceso que se apoyó bajo el programa de Atlas ti, versión disponible de la FUJNC.

Para la transcripción, los investigadores hicieron uso de las diferentes herramientas tecnológicas que actualmente se han dispuesto para llevar a cabo este proceso, se utilizó NCH software para las transcripciones de las entrevistas, las cuales apoyan la organización, el análisis y la interpretación de los datos recolectados mediante una investigación cualitativa, donde se realizaron categorías, sub categorías y códigos que orientaron al cumplimiento de objetivos. Es importante resaltar que codificación de los datos se hizo de manera emergente en vivo.

Entrega y discusión del segundo informe

Se tratará de unas primeras conclusiones para su debate y discusión en el GIAP, en la Comisión de Seguimiento y en talleres participativos, así como en el caso del primer informe, si no es posible su presentación por escrito se redactó un guion o un resumen que sirve de base para la discusión. Este informe recogió, además de la definición de la problemática y la contextualización realizada en la primera etapa, las conclusiones extraídas del análisis de la información producida. Estas entregas de informes sirven de mitigar los errores de la investigación cualitativa que se pueden dar desde la investigación, el investigador y la metodología.

Realización de talleres

Se retornarán y se discutirán en la Comisión de Seguimiento las conclusiones obtenidas en esta fase del proceso, aquí se promovió la participación de población investigada que ha resultado involucrada finalmente durante el proceso de la investigación, donde se discute y elabora propuestas concretas que integren desde ejes comunes las distintas estrategias de intervención a realizar. Para conseguir este objetivo, se hizo uso de diferentes técnicas participativas que transformen los grupos en conjuntos de acción que puedan actuar como núcleos animadores de las relaciones a potenciar, se utilizaron con ellos técnica Juego, arte y trabajo, que busca permitir una construcción colectiva de saberes y aprendizajes que permitieron la realización de la estrategia.

Dependiendo de cada proceso concreto, unas técnicas serán más apropiadas que otras, o bien la integración de algunas de ellas. Para este ejercicio se hizo una planeación de los dos talleres, que ponen en juego los diversos pensamientos y el producto insumo para la estrategia que pretende esta investigación construir.

3.2.4 Cuarta Etapa: Conclusiones Y Propuesta

Construcción del Programa de Acción Integral (PAI)

El trabajo que se realizó a lo largo de la investigación y particularmente en los talleres se concretó, en esta fase, en un Programa de Acción Integral (PAI), cuyo objetivo es integrar todos los ámbitos y conjuntos de acción, articulando desde espacios comunes las diferentes políticas propuestas.

3.3 Técnicas De Recolección De Información

Las técnicas e Instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos o información de la investigación fueron implementadas:

3.3.1 Entrevista Semiestructurada

Se realizará una entrevista semiestructura para los tres grupos (mujeres migrantes irregulares cuya residencia actual se encuentra en el municipio de Arauca (Ver anexo 3), el personal administrativo de la región quienes tienen acceso a los procesos de toma de decisiones tendientes a garantizar la atención de la población y el personal asistencial que se desempeñan y cuentan con la experiencia de la atención en salud sexual y reproductiva (Ver anexos 1 y 2). Se hará uso de un guion de preguntas semiestructuradas abiertas las cuales se desarrollaron teniendo en cuenta los objetivos planteados para la investigación. La técnica de aplicación de la entrevista se hizo de manera presencial y plataforma virtual (Google meet) con las que actualmente se cuentan por parte de los investigadores, quienes se acogieron a la disponibilidad de tiempo de los grupos investigados.

El guion realizado para el personal administrativo y asistencial, cuentan con una primera parte de donde se obtuvo datos personales y sociodemográficos, y continua con la aplicación de

13 preguntas abiertas y semiestructuradas distribuidas en los tres momentos de la entrevista (apertura, desarrollo y cierre), cuyo objetivo es para dar respuesta a los objetivos de investigación relacionados con la caracterización de la población y los procesos asistenciales desde la perspectiva de los profesionales según su ámbito de desempeño.

El guion realizado para el grupo de mujeres migrantes irregulares, cuenta con una primera parte de donde se obtienen datos personales, sociodemográficos, y continuara con la formulación de 13 preguntas abiertas y semiestructuradas las cuales se distribuyen en los tres momentos de la entrevista (apertura, desarrollo y cierre), cuyo objetivo es para dar respuesta a los objetivos de investigación relacionados con la caracterización de la población y el desarrollo de los procesos asistenciales desde la perspectiva de los usuarios.

Los tres guiones de entrevista cuentan con un proceso de validación o afinamiento del instrumento, mediante el cual se validaron cada una de las preguntas planteadas con tres pares de expertos en salud sexual reproductiva, para el caso de las preguntas que serán aplicadas a los profesionales, en total esta prueba se realiza con 3 participantes que no intervendrán más adelante en el proceso de investigación estas expertas. Para el caso guion de preguntas de la entrevista que aplicaron al grupo de mujeres migrantes venezolanas, la prueba se realizó con 2 participantes cuyas condiciones se asemejan a las del grupo investigado, estas participantes no tendrán más participación durante el desarrollo de la investigación. Una vez se realiza la aplicación de las preguntas, son tabulados los resultados obtenidos y son generados los cambios respectivos en cada uno de los formularios acorde a los resultados.

En la prueba de afinamiento se realizó encuesta y guion entrevista del grupo focal a tres funcionarios del área administrativa y asistencial que tiene experiencia en la atención de la mujer migrante con el fin de validar claridad en las preguntas formuladas para la población objeto del estudio, las tres funcionarias evaluaron el guion de entrevista, cuentan una experiencia laboral en salud sexual y reproductiva de 6 a 30 años con nivel educativo profesional y 2 con maestría. La entrevista focal cuenta con 13 preguntas de las cuales se evidencio a nivel suficiencia 100% que es adecuada, nivel de claridad 94.9 tienen un alto nivel, una funcionaria evaluó dos preguntas como de bajo nivel que equivale 5.1% y justifica su respuesta: "al identificar estrategias en salud sexual es un panorama muy amplio y debe considerarse temas específicos "no solo considerarse a la mujer

migrante venezolana en la pregunta, contemplar la opción de toda mujer migrante". El nivel de coherencia 97.4 calificado como alto nivel una funcionaria evaluó una pregunta como de bajo nivel que equivale 2.6% y justifica su respuesta: "considero que para evaluar cuál es la prioridad en la atención en salud sexual y reproductiva de la mujer migrante se deben dar opciones de respuestas de los temas puntuales esto dentro de la pregunta secundaria". Dentro de la evaluación de nivel de relevancia la calificación esta sobre 100% como alto nivel que es adecuado. Las tres funcionarias consideraron que las preguntas son esenciales para dinámica tratada.

La prueba de afinamiento del instrumento de guion de preguntas para la mujer migrante se realizó encuestas y guion focal a dos mujeres migrantes venezolanas de viven actualmente en la ciudad de Bogotá con el fin de validar claridad en las preguntas formuladas para la población objeto del estudio, evidenciando dentro de las preguntas de datos sociodemográficos que para ellas no es claro estrato sociodemográfico ya que en Venezuela está diseñado el nivel socioeconómico y está dado por clase baja, media y alta, una de ellas indicaba que no entienden el termino de permiso especial permanencia; con referencia a la pregunta de formación académica fue entendible para las dos; para las preguntas del guion focal solo para una mujer considera que hay palabras como red de apoyo y estrategia no suficientemente claras por cuestión de definición, como resultado 83.3 de las preguntas son comprensibles por lo cual se realizará respectivas preguntas secundarias para las preguntas poco o nada comprensibles que equivale 16.7% para mujeres que no identifiquen los términos.

Para la prueba de afinidad se tomó formato desarrollado por el Profesor Oscar Javier Vergara Escobar, el cual ha sido implementado en estudios anteriores (Ver formato Anexos)

3.3.2 Observación Participante

La observación a través de los sentidos es el método más antiguo usado por los investigadores para describir y comprender la naturaleza y el ser humano. La observación pretende describir, explicar, y comprender, descubrir patrones. Es un instrumento que viene dado al ser humano, que utiliza la información que captan nuestros sentidos, y permite el aprendizaje. (Ramos, 2018).

Durante la recolección de la información los investigadores observaron y registraron los diferentes comportamientos o sentimientos de los sujetos observados. Se utilizó un diario de campo formato desarrollado por el Profesor Oscar Javier Vergara Escobar, el cual ha sido implementado en estudios anteriores. (ver Anexo).

3.3.3 Grupos focales

Los grupos focales son una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador. El propósito principal del grupo focal es hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes; esto no sería fácil de lograr con otros métodos (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2011).

Para este estudio los grupos focales se seleccionaron de la siguiente manera: un grupo de mujeres migrantes irregulares venezolanas conformados por 15 mujeres, las cuales serán divididas en subgrupos iguales para la aplicación de las entrevistas; otro grupo focal está conformado por 4 funcionarios del área administrativa y 5 del área asistencial para un total de 19 participantes, quienes se dividieron según su ámbito de desempeño para efectos de la aplicación del cuestionario y guion de preguntas. La duración de cada sesión fue un promedio de dos horas. El moderador es un integrante del grupo investigador en compañía del docente de la Fundación Universitaria Juan N Corpas de la maestría en Salud Pública; antes de cada reunión se llevará a cabo una lista de chequeo para tener un orden y adecuado manejo de la sesión. Para el proceso de inmersión en el campo se planeo y se llevó a cabo para mitigar riesgo del estudio apoyado de una lista de chequeo que permite organizar el que como, cuando y donde se hará la entrevista. (ver anexo)

3.3.4 Talleres participativos

Los talleres participativos son una herramienta colaborativa muy utilizada para promover el aprendizaje colectivo e individual a la vez que generan información valiosa y espacios de trabajo que potencia la participación de las personas en condiciones equitativas en la mayoría de los proyectos de desarrollo comunitario. (Identidad y desarrollo, 2019).

Para el desarrollo de la estrategia salud sexual y reproductiva para mujer migrante venezolana irregular se fomentó entre los participantes de esta investigación un proceso de participación activa que requiere de su creatividad, visión crítica, para que la estrategia nazca de ellos y sus capacidades. Se desarrollaron talleres para los grupos focales administrativo y asistenciales utilizando la herramienta DOFA para análisis de problema de investigación, posterior al taller se envió vía correo electrónico resultados la matriz para concretar datos registrados en la herramienta.

Para el grupo focal asistencial y de mujeres migrante se utiliza herramienta de árbol de problemas para realizar análisis del problema de investigación.

Se realizó protocolo de técnicas de investigación donde se describen los talleres de manera detallada y organización de los mismo el cual se dejó como anexo.

3.4 Técnicas De Análisis De La Información

El análisis cualitativo es un proceso dinámico y creativo que se alimenta, fundamentalmente, de la experiencia directa de los investigadores en los escenarios estudiados. (Huberman, s.f.). Para el desarrollo de esta investigación y el análisis de los resultados obtenidos, se tiene en cuenta el enfoque de análisis progresivo en investigación cualitativa de Taylor – Bogdan que se describen en la siguiente figura:

Tabla 4.

Enfoque de análisis progresivo en investigación cualitativa de Taylor – Bogdan

FASE	ACCIÓN
Descubrimiento (buscar temas examinado los datos de todos los modos posibles)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lea repetidamente los datos 2. Siga la pista de los temas interpretaciones e ideas 3. Busque los temas emergentes 4. Elabore tipologías 5. Desarrolle conceptos y proposiciones teóricas 6. Lea el material bibliográfico 7. Desarrolle una guía de la historia

Codificación (Reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones, y proposiciones)

1. Desarrolle categorías de codificación
2. Codifique todos los datos
3. Separe los datos perteneciente a cada categoría

Relativización de los datos (interpretarlos en el contexto en el que se fueron recogidos)

4. Vea que datos han sobrado
5. Refine su análisis
1. Datos solicitados y no solicitados
2. Influencia del observador sobre el escenario
3. Datos directos e indirectos
4. Fuentes
5. Nuestros propios supuestos

Fuente: El análisis en investigación cualitativa (Huberman, s.f.)

Para esta investigación se transcribieron los datos obtenidos de las herramientas ya descritas como: la entrevista semiestructurada, los grupos focales, el diario de campo; DOFA, árbol de problemas y se crearon para la organización de la información apoyado en el programa Atlas Ti, versión disponible por la FUJNC.

Criterios de rigurosidad de la IAP

El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos. Noreña *et al.*, (2012) propone dentro de los criterios de rigurosidad de las investigaciones cualitativas descritos en la siguiente figura:

Tabla 5

Criterios de rigurosidad de la IAP

Criterios	Característica del criterio	Procedimientos
Credibilidad Valor de la verdad/ autenticidad	Aproximación de los resultados de una investigación frente al fenómeno observado	Los resultados son reconocidos “verdaderos” por los participantes Observación continua y prolongada del fenómeno Triangulación

Transferibilidad Aplicabilidad	Los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables sino transferibles	Descripción detallada del contexto y de los participantes Muestreo teórico - Recogida exhaustiva de datos
Consistencia Dependencia/replicabilidad	La complejidad de la investigación cualitativa dificulta la estabilidad de los datos. Tampoco es posible la replicabilidad exacta del estudio	Triangulación Empleo de evaluador externo Descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos
Confirmabilidad o reflexividad Neutralidad/ objetividad	Los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes.	Reflexividad del investigador Transcripciones textuales de las entrevistas Contrastación de los resultados con la literatura existente Revisión de hallazgos por otros investigadores Identificación y descripción de limitaciones y alcances del investigador
Relevancia	Permite evaluar el logro de los objetivos planteados y saber si se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno de estudio	Configuración de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales Comprensión amplia del fenómeno Correspondencia entre la justificación y los resultados obtenidos
Adecuación teórico-epistemológica	Correspondencia adecuada del problema por investigar y la teoría existente	Contrastación de la pregunta con los métodos - Ajustes de diseño

Fuente: Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa (Noreña, et al., 2012)

Para el desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: Los análisis y observaciones realizadas para este estudio contaran con la participación de todos los investigadores y del asesor docente experto en investigación cualitativa y apoyado de los referentes teóricos se lesionados para este estudio; se realizará una descripción detallada de los participantes del grupo investigado, se hizo una recolección exhaustiva de los datos mediante las técnicas de

observación participante, entrevistas semiestructuradas, grupos focales ya descritas, se contó con un evaluador externo (docentes evaluadores investigadores), la transcripción de las entrevistas se hará de manera textual y se utilizó un software NCH que hace que la grabación pase de una manera lenta para evitar pérdida de la información adicional para el análisis de los datos se utilizara atlas ti donde se inició el proceso de categorización y de subcategorización y posterior se realizó la triangulación de los datos de los tres grupos focales. Se realizo la discusión teniendo en cuenta la teoría relaciona con el fenómeno del estudio.

Universo.

Se ha definido el universo como un conjunto de personas cosas o fenómenos que se encuentran sujetos a las condiciones del fenómeno investigado y que cumplen con las características y los criterios de inclusión definidos (Carrasco, 2013). Para el caso un grupo de mujeres líderes dentro de sus asentamientos, cuya particularidad es ser migrantes venezolanas en condiciones irregulares que actualmente residen en el municipio de Arauca, que en algún momento han buscado acceso a los servicios en salud sexual y reproductiva.

Para los actores en el contexto.

Se incluirán también un grupo de profesionales que se desempeñan en el área de la salud del municipio tanto desde el ámbito administrativo como desde el asistencial que deseen participar en este estudio, siendo una muestra intencional.

Población de estudio.

La población de estudio es un conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formarán el referente para la elección de la muestra que cumple con una serie de criterios predeterminados (Jesús Arias, 2016). La población, se determinara por un muestreo de conveniencia para la población administrativa ya que se ha logrado contactar a dos personas que trabajan con entes gubernamentales en salud del municipio de Arauca, dos personas que trabajan con diferentes ONG cuya presencia esta en este municipio y se desempeñan en el área administrativo y cinco personas que trabajan desde el ámbito asistencial en servicios de salud sexual y reproductiva lo que nos da un total de nueve funcionarios que cumplen con el criterio de inclusión. La población de mujer migrante irregular venezolanas que residen en el municipio de

Arauca, el muestreo será en bola de nieve en el que las mujeres captadas, cuentan con estatus de líderes dentro de sus comunidades, y serán las encargadas de recomendar a otras mujeres migrantes que cumplieron los criterios de inclusión que sean partícipes de la investigación.

Criterios inclusión.

- Mujeres migrantes venezolanas en condiciones irregulares, mayores de 18 años, residentes actualmente en el municipio de Arauca o que permanecieron allí por más de un año, que recibieron los servicios de salud sexual y reproductiva en el territorio.
- Personal de la salud, ser trabajador del área asistencial y desempeñarse en programas de salud sexual y reproductiva en el municipio de Arauca, que hayan tenido contacto u atención en atender a mujeres migrantes irregulares venezolanas, en el último año.
- Personal administrativo, pertenecer al personal estratégico, administrativo o táctico del municipio de Arauca, y contar con más de un año de experiencia en labores relacionadas con salud sexual y reproductiva.

Criterios exclusión.

- Mujeres migrantes regulares, irregulares que estén de paso por el municipio de Arauca o que residan hace menos de un año y menores de edad.
- Personal administrativo o asistencial de otras áreas no relacionadas con la atención en servicios de salud sexual y reproductiva.

Plan de análisis.

Para los resultados que son producto de las entrevistas semiestructuradas a los grupos focales, se realizó transcripción en Word donde se depositó los discursos de cada uno de los participantes y se analizó con los diarios de campo, matriz DOFA, árbol de problemas con el programa Atlas Ti, el cual busca organizar la información según frecuencia de las palabras, en códigos, categorías, subcategorías y temas que dan respuesta a la pregunta de investigación. Además, se pretende que estas categorías sean analizadas a la luz de la teoría planteada por el autor Falls Borda, quien ilustra de manera clara el análisis de los discursos que son reflexivos entorno a un problema que permite ser solucionado desde las voces de las comunidades o colectivos directa o indirectamente implicados. Este análisis da respuesta a los objetivos de investigación, el

cumplimiento del objetivo de caracterización sociodemográfica se realizara el análisis estadístico en primer lugar transcripción de las respuestas a una tabla Excel por categorías de respuesta y posterior presentación datos a través de gráficas Excel y análisis de las mismas de los participantes del estudio. Esta información será resguardada en un computador de los investigadores y se guardará por 5 años terminada la investigación.

Presentación de resultados

Los resultados se presentarán a través del informe académico subsecuente, donde se evidencie el desarrollo metodológico de la investigación y se observen los resultados a través de matrices, diagramas y tablas que permitan comprender el fenómeno a investigar desde el paradigma pos positivista.

Con un lenguaje sencillo se socializaron los resultados en primera instancia a los participantes, siendo ellos los actores y protagonistas de este estudio, siendo los investigadores un instrumento para hacer consciente el problema, la planeación de la solución y la puesta en marcha de una estrategia que permita dar respuesta a una pregunta de investigación, posteriormente se realizo la evaluación que permite comprender el impacto en las mujeres participantes.

Producto de esta investigación los resultados se socializarán en un evento académico nacional e internacional y se sustentaran en la FUJNC, posteriormente se generará un artículos académicos productos derivados de los resultados de esta investigación. Se espera la estrategia socializar también con las autoridades de salud del municipio, como un insumo para las políticas de salud pública, en las tomas de decisiones basadas en la realidad y las evidencias científicas que se generaran de este estudio.

3.5 Consideraciones Éticas

Para el desarrollo de esta investigación se tendrán en cuenta las consideraciones éticas establecidas en las normas internacionales como son la Declaración de Helsinki, Reporte Belmont, Resolución 008430 de octubre 4 de 1993, mediante las cuales se considera que esta investigación se desarrollara sin presentar riesgo para la población que hará parte del objeto de investigación,

esto de acuerdo con el artículo 10 de la resolución de 008430 de 1993, y en cumplimiento con el artículo 6 de la presente resolución este estudio desarrollara bajo los siguientes parámetro Para conservar la confidencialidad de cada los participantes se tuvo en cuenta los siguientes parámetros éticos para estudios con seres humanos que incluyeron:

- Se contará con el consentimiento informado (Ver anexo) por escrito de cada sujeto participe de la investigación en un documento que alberga los aspectos normativos para la redacción del consentimiento informado para investigación recomendados, o de su representante legal según las excepciones dispuestas en la resolución 00843/93.
- Los participantes recibieran información acerca de los objetivos del estudio.
- Se explicará a los participantes la designación a los grupos focales y la aplicación de la técnica de la entrevista, en los reportes de la investigación, publicaciones, siempre se conservará la confidencialidad de los participantes.
- La participación será voluntaria, y podría retirarse en el momento que deseen los participantes.
- Los datos obtenidos serán utilizados únicamente en términos de la investigación, y harán parte de la información reservada del proceso asignando a cada grupo focal un río de Colombia, para conservar su confidencialidad y respeto por los participantes.
- La información se asegurará por un investigador principal y que resguardará estos datos y consignará y preservará solo en un computador, para evitar la manipulación o divulgación.
- Se contó con la validación de las preguntas orientadoras para el guion de preguntas.
- El riesgo de los participantes se consideró mínimo y de ser identificado lo contrario el estudio de forma inmediata hubiese sido suspendido.
- Una vez finalizado el estudio se presentarán los resultados de la investigación a los participantes, así como a las instancias administrativas y de gobernanza de Arauca.
- En las publicaciones y eventos de socialización no se mencionan los nombres de los participantes y solo se incluirá el nombre de la Institución si esta lo avala.

- Por parte del investigador la veracidad, confiabilidad y validez de la información recolectada, con fines propios de la investigación.
- Se emplea técnicas y métodos de investigación validados, la manipulación de la información se manejó discretamente y confidencial en cada participante y serán conservados los documentos e información solo por el investigador hasta cinco años después de terminado el estudio.
- Se ajusta y explican brevemente los principios éticos de la investigación, de acuerdo a la normatividad anteriormente mencionada.

Los principios bioéticos que presiden la investigación deben aplicarse durante todo el desarrollo de la investigación, bajo las premisas de respeto a los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia por lo que se diligenciará consentimiento informado para la participación en esta investigación.

No sería justificable plantear un trabajo que no aportara un beneficio a las personas, ni un avance relevante en el conocimiento, más aún, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de las personas participantes de la investigación. Es por esto que tanto la investigación como los instrumentos y formatos desarrollados para bajo la metodología de investigación seleccionada, son sometidos al estudio y consideraciones del Comité de ética de investigación de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, en su sesión 16 marzo de 2022. Se encargaron de la revisión de la presente investigación, la cual involucran la participación de humanos, con el fin de asegurar que su integridad, derechos y bienestar sean protegidos según lo aquí descrito.

4. Resultados

A continuación, se presentan los resultados a la luz del cumplimiento de los objetivos trazados en esta investigación, donde se caracteriza a los tres grupos focales constituidos por los administrativos, operativos y las mujeres migrantes que participaron en este estudio. La segunda parte, corresponde al análisis de la información que emerge de los discursos, del análisis de los diarios de campo, de los talleres de participación y las entrevistas. Arrojó el estudio una categoría central: Atención en Salud Sexual y reproductiva en Mujeres Migrantes y tres categorías:

condiciones de la población, características de la atención en salud sexual y reproductiva y organismos de respuesta para la salud sexual y reproductiva, con 9 subcategorías, las cuales permitieron describir la construcción de una estrategia de atención en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante irregular venezolana en el municipio de Arauca, basada en la IAP.

4.1 Objetivo Específico 1: Caracterizar Las Condiciones Sociodemográficas De La Población Participante Del Estudio:

A Continuación, se presenta la caracterización de los tres grupos focales, que corresponden a el *personal administrativo* (Grupo focal 1) que trabaja en la Secretaría Municipal de Salud de Arauca y algunas organizaciones no gubernamentales como Organización Internacional de las Migraciones OIM, Médicos sin fronteras y Americares y los profesionales que atienden directamente a las mujeres irregulares migrantes (Grupo focal 2).

Del personal administrativo los profesionales de la salud participantes fueron 10 personas que corresponde a 90% (n=9) enfermeras/os y 10 % (n=1) psicólogos, el 50% (n=5), corresponden a la formación de pregrado y el otro 50% (n = 5) con formación de posgrados con especialización en áreas de la salud; las edades oscilaron en un rango de mínimo de 28 a 47 años, con un promedio de 36 años de edad.

Se deduce que los profesionales que toman decisiones en el estamento gubernamental y quienes atienden a las mujeres irregulares migrantes son en su mayoría mujeres profesionales de enfermería, que se han formado en el pregrado y que la mitad han recibido formación posgradual y cuentan con un promedio de años de experiencia en la atención a estas poblaciones de 7,2 años.

En cuanto a la caracterización de las participantes del grupo de mujeres irregulares migrantes (Grupo focal 3), con residencia actual en el municipio de Arauca en el asentamiento humano del sector 20 de abril del barrio el Recreo. El cual se ubica en las inmediaciones del puente internacional Jose Antonio Páez, cruce limítrofe sobre el río Arauca que comunica a las poblaciones de El Amparo (Apure) en Venezuela, y Arauca en Colombia, este asentamiento, cuenta con 1.854 personas representado en 300 familias de las cuales el 50.2% de la población son

mujeres y de ellas el 66.5% se encuentran en edad productiva y reproductiva entre los 18 y 39 años de edad.

Las causas por las cuales han salido de su país de origen corresponden a que por las situaciones de orden público que se presentan al interior del territorio venezolano, se han convertido en víctimas del conflicto armado, político y económicos, lo que les generó olas de desplazamientos masivos, hacia nuestro territorio en busca de mejores oportunidades y de la satisfacción de necesidades básicas que no lograron satisfacer en su país.

Es así, que llegan a esta zona del municipio de Arauca donde encontraron varios la forma de crear refugios para ellos habitables, al encontrarse en medio de una zona que de alguna manera les provee recursos naturales como lo son el agua dulce no potable, frutos de los diferentes árboles que se encuentran allí ubicados, la posibilidad de pescar entre otras, y posibilidades de obtener fuentes de energía. También se encuentran en cercanías al asentamiento estructuras como carreteras, puentes, calles que les abren la posibilidad de moverse dentro del territorio sin mayor dificultad. Sus fuentes de ingresos económicos están dadas del empleo informal como única opción de trabajo, debido a la falta de documentación como el PTP (Permiso Temporal de Permanencia), o los documentos correspondientes a la ciudadanía colombiana.

Dentro del *grupo de mujeres participantes* en total fueron 15 personas, se encontró que la edad mínima es de 22 y la máxima de 38 años, con un promedio de 29 años de edad, que corresponde a la edad de adultez, el 100% de las participantes cumplen más y el 100% no cuentan con Permiso Temporal de Permanencia de un año viviendo en el municipio de Arauca, el 100 % son mujeres venezolanas de nacimiento, el 6.6% (n= 1) de ellas cuentan con una carrera universitaria terminada, pero por falta de documentación no es posible acceder a un empleo formal en Colombia. El 13% (n=2) cuentan con educación secundaria completa, el 26.6% (n=5) con secundaria incompleta, y el 46.6% (n=7) con estudios de primaria incompleta, dentro de los servicios más utilizados en los últimos seis meses están: la toma de citología el 87% (n=13), servicios de planificación familiar 60% (n= 9), controles prenatales 20% (n=3). En cuanto a lo conformación familiar las participantes el 66,6% (N =10) conviven con esposo e hijos en un lugar,

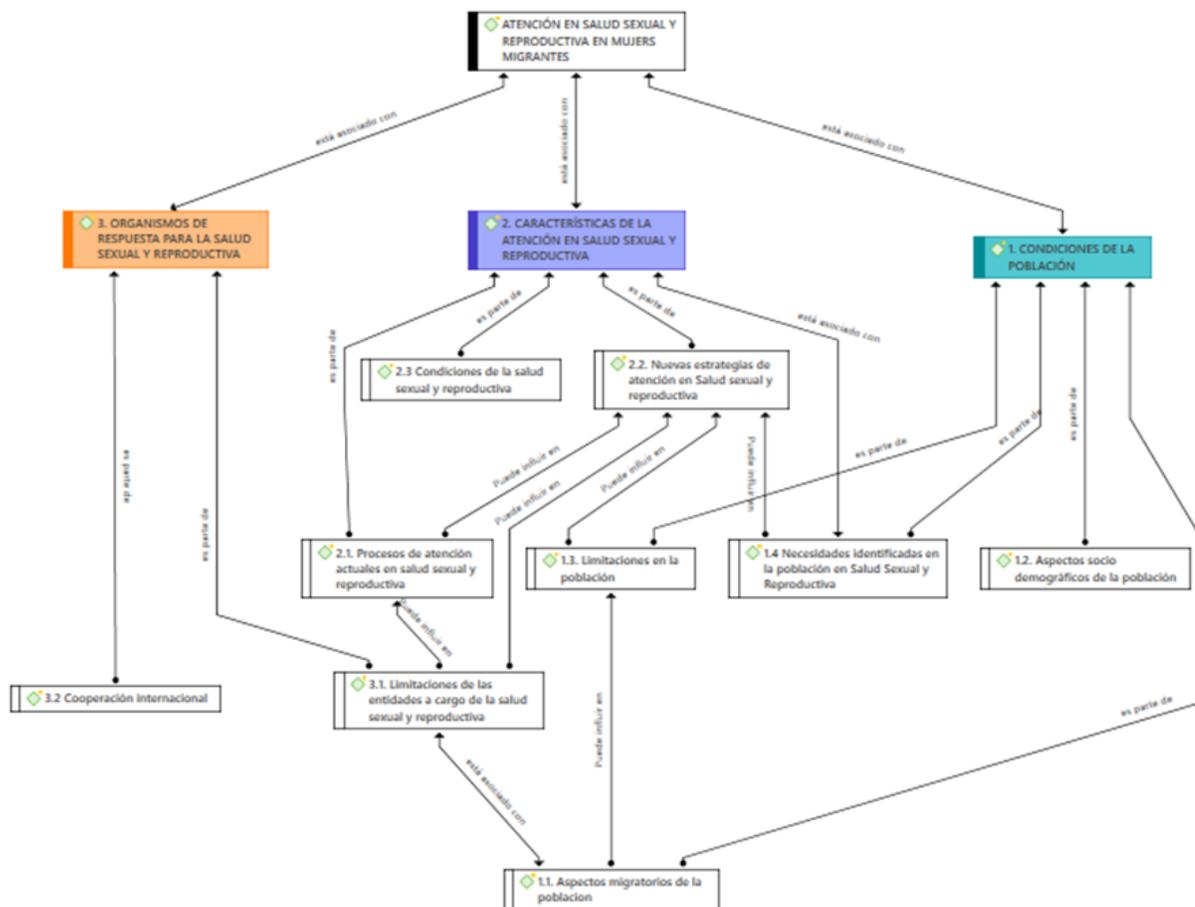
el 20% (n =3) conviven solo con hijos sin compañero, el 6% (n =1) vive sola. y el 6% (n=1), convive con madre y hermano.

Se infiere que en las personas migrantes irregulares venezolanas son mujeres adultas en promedio de edad de 29 años, en su mayoría con formación básica primaria, que requieren de los servicios de salud para el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

4.2 Objetivo Específico 2: Comprender El Proceso De Atención En Salud Sexual Y Reproductiva Que Actualmente Se Les Brinda A Las Mujeres Migrantes Irregulares Venezolanas En Las Instituciones Prestadoras Que Ofrecen El Servicio En El Municipio De Arauca:

A continuación, se presenta la categoría central denominada: Atención en Salud Sexual y Reproductiva de mujeres migrantes, que corresponde a tres subcategorías la primera corresponde *condiciones de la población, características de la atención en salud sexual y reproductiva y organismos de respuesta para la salud sexual y reproductiva* como se muestran en (red de Códigos y subcódigos del diagnóstico participativo ver figura 4).

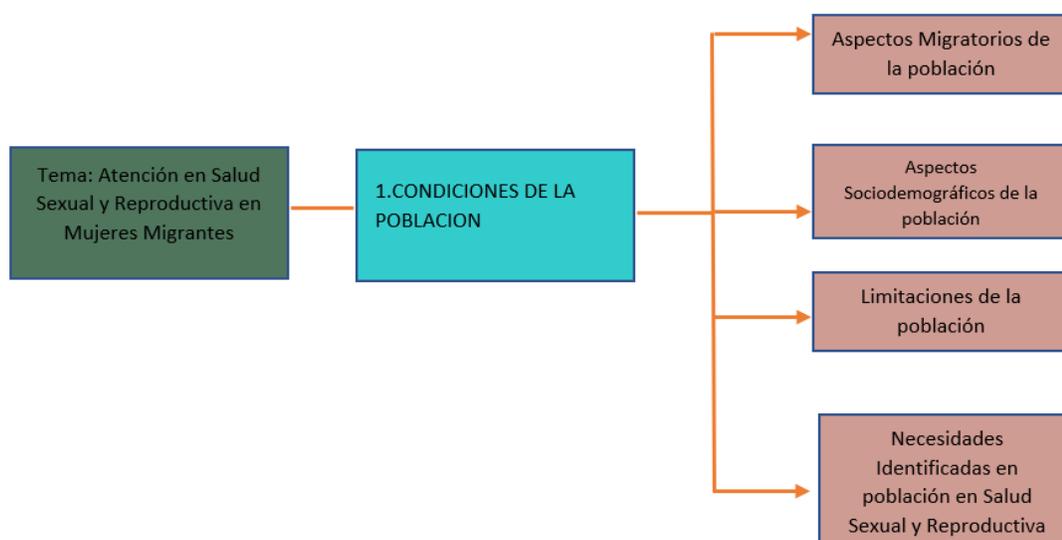
Figura 4. Red de códigos y subcódigos del diagnóstico participativo



Las Condiciones De La Población Migrante

Esta categoría habla de los códigos que tienen relación con los aspectos migratorios, aspectos sociodemográficos de la población y las limitaciones que influyen de forma negativa en la atención en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, como que existen lineamientos políticos para la atención, sin embargo la administración de los recursos están sujetos a las políticas, a los gobiernos y a las administraciones de los recursos para que la población sea atendida de manera oportuna y de calidad que den respuesta no a un entidad financiadora, sino a las necesidades reales y sentidas de las mujeres irregulares migrantes venezolanas.

Figura 4.1: Categoría Condiciones de la población



- **Aspectos Migratorios De La Población**

“Yo ahí quisiera, aprovechando que, se habla de la atemporalidad de los proyectos que pueden tener un impacto fuerte, porque finalmente la población viene de tener una respuesta continúa durante 6 meses, etc. a luego pues otra vez quedar, quedar sin respuesta y es la situación del origen de los fondos y de las donaciones, ósea finalmente muchos de estos, de estos fondos vienen de recursos del gobierno de Estados Unidos y recordemos que durante todo el gobierno Trump y aún ahora no se ha quitado todo el problema de la Global en los fondos vienen limitados para salud sexual y reproductiva porque es uno de los, de los, de las condiciones de estos fondos, entonces también los donantes, las organizaciones, hay veces se ven muy limitadas frente a qué programas ponen, entonces hubo un tiempo largo, casi que todo el inicio de la emergencia migratoria, en la que las organizaciones tenían que meter todos estos programas, más como algo educativo, algo medio escondido para poder dar una respuesta, porque estos fondos venían condicionados, eso aun con el cambio de gobierno, con Joe Biden no ha cambiado del todo, ósea, por eso es algo que le están criticando a Joe Biden frente a bueno, le faltó a América Latina”

ADM.MSFA.GF1:

Desde la voz de los profesionales quienes atienden a las mujeres irregulares migrantes, se infiere que existen definitivamente condicionales de estamentos internacionales que apoyan la atención de las personas, pero que se desarticula los programas y planes con los que cuenta la Secretaría de Salud Municipal, situación que se evidencia en el segundo grupo focal:

“Pues en el municipio de Arauca como tal, pues el municipio no cuenta con recursos para dar respuesta a la atención de los derechos sexuales y reproductivos de la población migrante, desde la Secretaría de Salud no se encuentra directamente, como un programa, sino que se apoya de los programas de las organizaciones como Americares, como OIM, bueno de las organizaciones, s de que non centro del territorio, pero como, como tal la Secretaria de Salud no tiene ni recurso, ni es líder de pronto de algún programa donde ofrezca todo el conocimiento de derechos sexuales y reproductivos para la población migrante, entonces cuando de pronto se direcciona un caso o que requiera de alguna atención si ella llega a estar dentro de la Secretaría de Salud se direcciona o se hace como el enlace de cuál es la organización que puede prestar estos servicios, donde ella pueda contar con citología, donde ella pueda contar con métodos de planificación de corto, de corta duración o que sea de larga duración, por lo general también tenemos Profamilia, pero pues todo eso lo contratan las organizaciones no gubernamentales que se encuentran dentro del territorio que hacen atención a población migrante” PRO.ENSSM.GF2.

El impacto de la migración desencadena en primer lugar, el aumento de diversas problemáticas tanto económicas como sociales, que incluyen la deficiencia de recursos para atender las necesidades de salud de los migrantes, ya que las instituciones prestadoras de salud del estado pueden llegar a sobrepasar su capacidad instalada al tratar de dar cobertura a los migrantes. Lo anterior se relaciona estrechamente con lo mencionado por una de las usuarias, quien comenta:

“Es que tenemos barreras, es que tenemos barreras y empezando por qué se nos dice si no hay una debida y una atención oportuna en salud sexual y reproductiva para las colombianas, ¿qué será para ustedes que son migrantes? (...) a las migrantes se les hace mucho más difícil por su estatus irregular, no es fácil para una migrante acceder a los servicios para una salud sexual y reproductiva adecuada” USUM.GF3.

Es allí donde se identifica el segundo elemento relacionado con la migración, la discriminación percibida en los contextos de atención en salud. Tanto usuarias como profesionales y administrativos reconocen el elemento de xenofobia como una condición preocupante, así lo expresa esta usuaria al decir: *“nosotros, como inmigrantes a veces somos discriminadas, a veces no tenemos un permiso o no tenemos un salvoconducto, para uno ir hacia el médico, tener ese*

privilegio de ser atendido como es porque es veneco” (USUM.GF3), relacionándose de forma estrecha con lo planteado por Prado (2008) y Profamilia (s.f.a), quienes mencionan que a nivel social pueden generarse movimientos de rechazo hacia los migrantes, e incluso escenarios de discriminación y explotación, lo que disminuye sin lugar a dudas, las posibilidades de acceso a la salud como derecho. También concuerdan con que esta situación puede verse exacerbada si la condición migratoria de las personas es irregular.

Al tener en cuenta que la migración venezolana ha incrementado cada vez más, y muchos de los migrantes ya no se encuentran en estado transitorio o pendular, muchas organizaciones, tanto estatales, como regionales e incluso internacionales han anudado esfuerzos con la intención de responder ante las demandas. Sin embargo, también es posible observar según los relatos, que las posibilidades de atención muchas veces no logran cubrir las necesidades completas de la población.

- **Aspectos Sociodemográficos De La Población**

“...a mí en el hospital, no me querían recibir, me recibieron cuando me vieron casi desmayada del dolor, me tuvieron todo un día acostada en una camilla, y no me hicieron absolutamente nada, nada, me dieron de alta a las 12 de la noche a mi sola en el hospital y me tocó quedarme sentada en el piso hasta que se hicieran las 5 de la mañana, para irme otra vez para mi casa, de ahí me tocó trabajar más de 3 meses, reuniendo el dinero, hasta tener 5 millones e irme a Venezuela y hacerme la cirugía en Venezuela Porque aquí no me dieron respuesta No tuve respuesta después de la cirugía, yo tenía que tener un reposo mínimo de 3 meses, por la situación tan difícil en Venezuela, a mí me tocó venirme, al mes de operada, pues estaba muy reciente, otra vez me agravé por haber viajado tantas horas, con una cirugía tan reciente, volví al hospital y fue el mismo trato y la enfermera que me recibió me dijo que si yo no tenía como pagar, que necesitaban una ecografía de emergencia, para ver qué está pasando por dentro, porque yo tenía tanto dolor y estaba tan inflamada, que me fuera a Venezuela que qué hacía aquí, si no tenía dinero, que me fuera para Venezuela y el médico me dijo, ay mami yo no puedo hacer más, porque si usted no tiene EPS en el hospital no se puede hacer nada, no se te puede hacer la ecografía, no se te puede hacer absolutamente nada absolutamente nada” USUM.GF3

“Si usted está en el hospital y si no tiene usted para comprar el medicamento, yo demoré sin plata todo un día y una noche tirada en esa cama y ni un medicamento me pusieron porque yo no tenía un peso” USUM.GF3

Otro de los elementos a considerar de la población que puede influir en el acceso a la salud son los aspectos sociodemográficos. Las participantes de la investigación han descrito de forma muy personal, los retos que han tenido que vivir los últimos años frente a su migración y el acceso a los derechos relacionados con su salud sexual y reproductiva. Muchas de las participantes mencionan como una de las principales dificultades es la situación económica, las deficiencias frente a esta dimensión impiden la satisfacción de necesidades básicas. Dando paso a su vez, a situaciones complejas laborales, donde muchas mujeres han de recurrir al trabajo sexual para mantener su estadía en el país, lo cual ha sido resaltado por participantes de los grupos focales de los profesionales operativos.

“...muchas de ellas tienen que vender sus cuerpos, entonces, eso es un riesgo muy grande para ellas, también para sus familias, y más si no pueden acceder a centros de salud, a exámenes y eso” PRO.ENONG.GF2.

En tercer lugar, se encuentran las condiciones de desplazamiento, las cuales también influyen en las posibilidades de acceder a estos servicios. Uno de los administrativos refuerza esta idea al decir:

“... ellas están viviendo en áreas muy retiradas de los puntos que ofrecen este tipo de servicios, no tienen los medios económicos para acercarse a estos lugares, a estas instituciones de salud, otras viven en áreas en veredas muy alejadas, entonces también se les complica el acceso al servicio y otras están radicadas en Venezuela y solamente asisten al territorio colombiano para poder pues asistir a estos controles” PRO.ENONG.GF2.

Lo anterior se encuentra estrechamente ligado a las situaciones que narran las participantes para acceder a los servicios al referir:

“Por un blíster, porque ni siquiera una caja, un blíster. Cada cierto tiempo hay que estar buscando también ese blíster, echarse una caminata de aquí que vivimos tan lejos hasta el materno” USUM.GF3.

“Eso pedir una cita, y uno tiene que sacarla e ir al materno, eso por allá tan lejos, ese es otro problema también, ir al materno por un sobrecito de pastillas, uno irse por allá tan lejos, uy no Dios mío”. USUM.GF3

En cuarto lugar, se encuentra uno de los elementos más sensibles y complejos que también hacen parte de los derechos sexuales y reproductivos en contextos de crisis humanitarias. lo cual es manifestado por algunas de las participantes al reportar que:

“... nosotras muchas veces somos víctimas de violencia basada en género, esto es totalmente un factor bien importante y secundario a que son víctimas de estos abusos porque no tenemos un empoderamiento y eso no puede continuar así” (USUM.GF3).

Es así, como contemplar estos cuatro elementos es fundamental a la hora de crear nuevas estrategias que permitan responder a estas condiciones de la población. Sin la contemplación y acción hacia estas, cualquier programa podría fracasar.

- **Limitaciones De La Población**

“Si nosotros no exigimos ese derecho de saber, nosotras no nos estamos queriendo como mujeres, ¿por qué? Si nosotros no lo hacemos nosotros vamos a quedar con esa duda para siempre y no vamos a saber lo que necesitamos saber” (USUM.GF3).

Otro de los elementos por considerar frente a la población, son sus propias limitaciones o características que pueden llegar a dificultar los procesos de atención y el reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos. Tanto usuarios como profesionales y administrativos han identificado cuestiones cruciales a considerar por parte de la comunidad. Una de las principales es el desconocimiento de información, lo cual se resalta por parte de los profesionales administrativos al referir que:

“Ellas tienen digamos que cositas muy arraigadas, como por ejemplo que una niña de 18 años te diga que ya va por su segundo embarazo y te diga, ‘no, es que es mi objetivo o para eso

está la mujer, para que tenga bebés’, a los 18 años no podemos esperar que ella se vaya a adherir a un programa o a los métodos anticonceptivos, con ese concepto, con esa concepción y si tiene su pareja migrante de igual manera es muy, es muy complejo” (ADM.ONGA.GF1).

La asistencia y adherencia se menciona constantemente en el discurso de los profesionales y administrativos. Muchos de ellos refieren una asistencia baja como dificultad en la implementación de procesos longevos, condición que puede disminuir el impacto de la prevención y la acción hacia problemáticas asociadas, situación que se relaciona estrechamente con lo planteado por Yáñez et al. (2018) y también es descrita por tal como dice la administrativa:

... el tema de que ellas sean juiciosas y se adhieran a los programas de seguimiento del embarazo o el control de embarazo, pues es un poco complejo, muchas veces tenemos que hasta obligar a los pacientes para realmente hacerlos comprender para darles la importancia que accedan y permanezcan en esos servicios tan importantes” (ADM.ONGA.GF1).

También, se encuentra la actitud y la motivación como elementos que intervienen en la atención. Algunos profesionales refieren como algunos migrantes pueden llegar con actitudes irrespetuosas, esta situación más allá de la casuística, pueden ser un elemento involuntario derivado de la poca motivación y sensación de bienvenida en la prestación de estos servicios. Una profesional describe lo siguiente:

“Lo que yo he podido percibir también es que ellas tienen mucha apatía. Los migrantes no ven los intereses en planificar, o en preguntar por la citología, por ejemplo, a algunas maternas que se les pregunta ‘¿Ya hicieron los exámenes?’ algunas dicen que no tienen interés en hacerse los exámenes tampoco. Entonces yo creo que también ellas tienen mucha apatía también” (PRO.ENONG.GF2).

Incluso, algunas participantes también hacen referencia a este elemento al decir:

“Nosotras siempre exigimos ante mis necesidades, pero se convierte luego en exigir ‘que es que me tienen que dar, me tienen que dar’ pero no es participar y no empoderarse de lo que me puede interesar en la salud y ayudar en lo colectivo, porque muchas asisten en la experiencia que tenemos, siempre asisten las mismas 10, 15 personas” (USUM.GF3).

Es así como se conecta esta participación con el empoderamiento y difusión como cuarto elemento en las limitaciones de la población migrante. En este caso, fueron solamente las usuarias quienes hicieron referencia a esta cuestión. Por ejemplo:

“A nosotros nos hace falta información, para nosotros dar esa información a nuestros hijos, a nuestros vecinos y no solamente a nuestros vecinos, sino a cualquier parte del mundo y formar como usted dice, una estrategia como se puede elaborar plantillas para que esa información solamente lo tengan las personas, no solamente que lo guarde o que lo voten, no, que lo lean y que lo dupliquen a sus hijos, que le hablen claro, que sean pero tener conocimiento también para poder darle esa información a otra persona, preparando bien nosotros (...) a las mujeres muchas veces nos hace falta ese empoderamiento” (USUM.GF3)

Este empoderamiento también ha de volverse un objetivo claro de cualquier tipo de programa ya que representa un pilar fundamental en la atención y en el trabajo comunitario. Es así como estos elementos identificados han de tenerse en cuenta para la creación de estrategias comunitarias, de esta forma, se dirige la atención a superar no solo las barreras estructurales e institucionales, sino también a barreras individuales de la comunidad que pueden entorpecer estos procesos de atención y prevención.

- **Necesidades Identificadas En La Población En Salud Sexual Y Reproductiva**

“se encuentran con mucha necesidad pues al acceso a estos métodos anticonceptivos de estas atenciones pues esenciales que deberían de tener, no se tienen” ADM.HTA.GF1.

Desde la mirada de los profesionales administrativos, se retoman las necesidades básicas con relación al acceso a métodos anticonceptivos y protección contra las ITS, control y seguimiento a aspectos gineco obstétricos, entre otros. Y si bien este sea el principal objetivo de cualquier programa de SSR, todavía hay camino por recorrer. Según Profamilia (2018), estas categorías siguen siendo la principal preocupación debido al difícil acceso en escenarios de irregularidad y las múltiples consecuencias negativas que puede ocasionar deficiencias en esta área

Una de las consecuencias de la falta de atención en salud básica es el desarrollo de enfermedades más complejas que pueden ser prevenidas, tales como el SIDA y la sífilis ya sea

gestacional o congénita. Desarrollar esta perspectiva preventiva también involucra una atención continua, ya que muchas veces los procesos pueden detenerse o postergarse, ya sea por causa de la misma población o de las instituciones. Al respecto, una usuaria menciona:

“Necesitamos que la atención en nosotras las mujeres sea más continua, que nosotros no pasemos más de un año para poder obtener nuevamente una citología, sobre todo si tenemos alguna enfermedad, como un quiste, un tumor en nuestra matriz, que no pasemos tantos meses sin hacer un chequeo ¿Por qué? Porque eso nos ayuda a mantenernos sanas, a seguir viviendo, pero si nosotras nos hacemos un chequeo y nos aparece una anomalía dentro de nuestro organismo vaginal en este caso y nos vuelven a hacer un chequeo durante 6 meses, pues yo creo que no tendríamos mucha probabilidad de atacar la enfermedad a tiempo, que es el tema acá, que todos los que necesitamos, para la salud sexual y reproductiva tiene que ser a tiempo, porque ya a destiempo, ya no nos haría, no nos haría falta, la falta que nos hace ahorita es que nos llegue a tiempo la información, la salud, el aprovechamiento de cada cosa que vayamos a hacer con respecto a la salud sexual y reproductiva” (USUM.GF3).

Lo anterior es reforzado por un profesional del área administrativa, al resaltar que: *“Una gran mayoría de población migrante que llega a nuestro territorio se desinteresa muchísimo por las acciones en promoción y prevención, a ellos en muchas ocasiones hay que llegarles la casa a rogarles que participen de las actividades que promueve el municipio, en articulación pues con el hospital local para que accedan a estos métodos anticonceptivos y pueden no tener una cultura de autocuidado o de prevención del embarazo o prevención del embarazo no deseado”* ADM.PSTA.GF1

Si bien todos los elementos de esta investigación cobran una enorme relevancia en el diagnóstico participativo hacia la creación de herramientas y estrategias de SSR para la población migrante, esta subcategoría se construye como uno de los pilares imperativos de este diseño. Estos aspectos y falencias alrededor de la atención de SSR identificadas por las voces de los participantes permitirá ubicarse en contexto, con la intención de hacer prevención y atención de forma mucho más participativa y consciente.

“Nosotros como migrantes tenemos que reflexionar y tenemos que trabajar desde nosotros, desde la comunidad, en que vamos a hacer y estar pendientes de que debemos hacer nosotros. Ahorita ya no es una emergencia, entonces ya nos toca como empezar a trabajar nosotros y despertar nosotros también como migrantes y educarnos” (USUM.GF3).

En esta misma línea, otro aspecto vital es la educación desde la prevención, los participantes mencionan la educación como parte fundamental para el desarrollo del cumplimiento de los DSSR. En primer lugar, como podría pensarse, para la comunidad; es decir, generar espacios de indagación y pensamiento crítico podría favorecer escenarios de empoderamiento tanto individual como comunitario. En segundo lugar, la formación de líderes comunitarios que puedan fomentar la confianza desde un rol de par y puedan retrasmir la información. Y desde otra mirada, también refieren que es necesario educar continuamente al personal para mejorar los conocimientos de los equipos de trabajo, incrementar los niveles de confianza y bienestar de la población y así, evitar la deserción de tratamientos y posibles acciones realizadas con dolo.

Frente a este punto acerca de la educación, también es vital considerar la difusión de las rutas y escenarios de atención, ya que como mencionan algunas usuarias, el desconocimiento de estas situaciones puede llevar a la vulneración de derechos y también al desinterés de las problemáticas que pueden generarse. Así lo expresa una participante:

Sin lugar a duda, bajo cualquiera de las dos razones, las nuevas estrategias han de tener como objetivo incrementar la participación de esta población en programas preventivos, que logren una adherencia completa y continua de las mujeres migrantes y sus familias. Como lo reporta esta profesional al decir: *“Y hablando en términos de la población que nosotros atentemos y la población que migró y con bajos recursos (...), el hecho de que ellas se adhieran a los programas de control prenatal son complejos”* ADM.ONGA.GF1.

Lo anterior es reforzado por parte de una de las participantes del grupo focal 3 al indicar que:

“Nosotros como migrantes tenemos que reflexionar y tenemos que trabajar desde nosotros, desde la comunidad, en que vamos a hacer y estar pendientes de que debemos hacer nosotros.

Ahorita ya no es una emergencia, entonces ya nos toca como empezar a trabajar nosotros y despertar nosotros también como migrantes y educarnos” (USUM.GF3).

Cabe resaltar que estas perspectivas sólo son posibles en tanto se generan articulaciones entre los diferentes organismos, ya que las demandas pueden llegar a ser tan altas (Semana, 2018), que es posible que ninguna organización por sí misma pueda cubrir todas las necesidades, por tema de recursos, desplazamiento veredal y demás. Por ello, es vital que también estén en constante contacto para referir y redirigir según sea el caso. Elemento clave mencionado por una de los profesionales del grupo administrativo:

“no se tienen las herramientas para poder llegar a cada uno de esos lugares, (...) es difícil acceder a canalizarlas y llevarlas para que se puedan atender a través de nuestro hospital, entonces es como esa articulación que se hace con cooperación internacional para de la mano con ellos que tienen los recursos” ADM.PSTA.GF1.

Otras de las necesidades identificadas se relacionan con encontrar soluciones para personas en condición de irregularidad ya que no pueden ser atendidas sin permisos de permanencia, muchos casos ni siquiera en condiciones de emergencia. Por otro lado, también se relacionan con la prevención y tratamiento a violencia de género y sus diferentes niveles, la creación de estrategias con enfoque diferencial que permita como menciona una participante:

“... es una lucha que se está teniendo. ¿Por qué? Porque vemos mucha discriminación, vemos que las mujeres, simple y llanamente por el hecho de ser mujer son muy discriminadas y no se está cumpliendo a cabalidad este derecho, por lo menos hay un grupo, aquí en Arauca hay un grupo de mujeres, que ya en sí, se les está violentando, vulnerando sus derechos, porque no tienen la debida atención en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos. Pero hay un grupo de mujeres que están siendo más vulneradas que otras, que son las mujeres desplazadas, las reincorporadas del conflicto armado, las mujeres pertenecientes a la comunidad LGTBI, las mujeres afro y las mujeres migrantes venezolanas que se consiguen ahorita en el territorio” USUM.GF3.

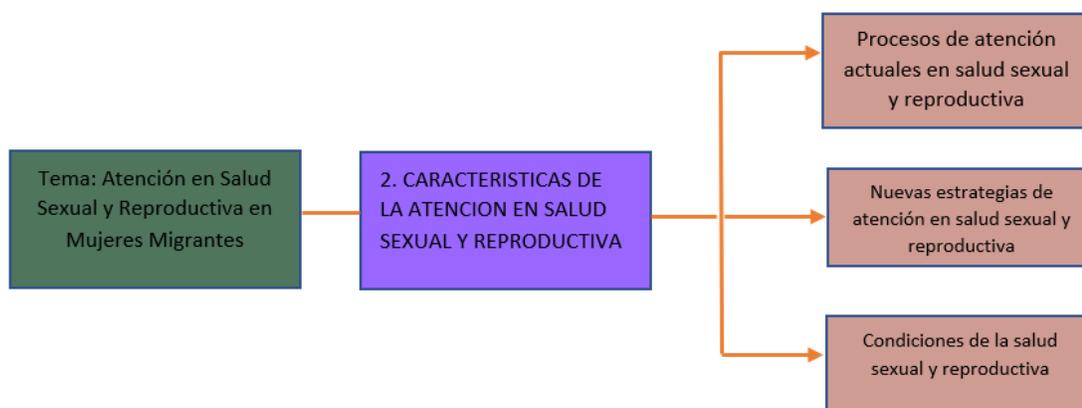
En general, estas necesidades identificadas son claves para el diseño, aplicación y evaluación de estrategias. En conjunto, son la evidencia desde la participación y voces reales de los actores involucrados. Esto permitirá como lo propone la Organización Mundial de la Salud, adaptar los sistemas de salud a las necesidades específicas de cada población. Las fórmulas y decisiones de los organismos responsables podrían centrar su atención y recursos en lo más relevante y necesario para la población.

4.3 Para la presentación de los objetivos específicos 2 y 3: identificar las necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes venezolanas que asisten en el municipio de Arauca y describir las estrategias de atención en salud sexual y reproductiva implementadas o planeadas en el municipio de Arauca para la atención de la mujer migrante irregular venezolana:

Características De La Atención En Salud Sexual Y Reproductiva

Esta categoría se relaciona con los elementos que intervienen en el proceso de atención en Salud Sexual y Reproductiva que actualmente se llevan a cabo en el Municipio de Arauca, como desde estos procesos se identifican la posibilidad de generar nuevas acciones teniendo en cuenta la definición, los componentes y sus posibilidades hallados en los discursos de los participantes.

Figura 4.2: Categoría características de la atención en salud sexual y reproductiva.



● **Procesos Y Condiciones De La Atención Actuales En Salud Sexual Y Reproductiva**

“Más que una estrategia (la atención en SSR) pues es una respuesta específica a necesidades y es la asesoría en planificación familiar y entrega y dispensación de métodos anticonceptivos, el control de acuerdo al tipo de método que se haya elegido, pero, hasta ahí. En educación se da durante la asesoría, pero por ejemplo grupos focales con jóvenes y este tipo de cosas no se realiza, más allá de las actividades de promoción que, que se hacen en asentamientos y demás” (ADM.MSFA.GF1).

En primer lugar, la mayoría de los participantes definió esta atención como un derecho fundamental que ha de responder desde una mirada integral y diferencial, las diferentes dimensiones sexuales y reproductivas de las personas. También hacen énfasis en los aspectos biológicos tales como el conocimiento de la anatomía humana, y la prevención de embarazos no planeados y de ITS. Definiciones en coherencia con los estamentos y organizaciones que trabajan en el departamento, los cuales definen la atención desde la condición humana como garantes de que todas las personas vivan libres de todo tipo de acto discriminatorio, riesgos, amenazas y violencia sexual y reproducción no consentida, así como el libre desarrollo del ejercicio, para que este sea satisfactorio, saludable e informado.

Esta percepción también nace bajo los procesos de atención existentes, muchos de los participantes mencionan como características de estos, la educación y distribución de métodos de planificación y de barrera; ciertos espacios de atención gestacional y gineco obstétricas. No obstante, hay una percepción casi generalizada por parte de los participantes de que los derechos no se están garantizando por diversas razones como la escasez de recursos tanto económicos como humanos, la dificultad en conseguir las citas y la poca profundización en la atención cuando se asiste a estas citas.

Desde otra mirada, algunos participantes sí refieren ciertos escenarios educativos y de participación comunitaria, sin embargo, mencionan su estrecha relación con organizaciones internacionales y su temor de dejar de recibir esta atención en cuanto pase el estado de emergencia

o la presencia de las ONGS disminuya. Esta situación esta mediada por el acceso cerrado a la atención en caso de ser inmigrante irregular, condición que también deriva a escenarios de discriminación y desigualdad complejas, esta percepción varia a lo largo de las usuarias, pero algunas de ellas refieren que incluso las entidades prestadoras de salud de la nación las discriminan, por ejemplo:

“... en algunos puntos como Americares y la Cruz Roja nos atienden bien, en cambio, si accedemos al hospital, muchas veces nos discriminan por ser venezolanas, nos discriminan mucho” USUM.GF3.

“a mí me parece que el programa Americares es una institución que nos está brindando muchas herramientas para así podernos nosotros evitar un poco más y tener conocimiento de cosas que no teníamos, que no sabíamos, para así podérselas brindar a las niñas adolescentes, para así que ellos tengan sabido sobre nuestras orientaciones, si no se las dan en su casa, puede ser una vecina que no permita, que no esté muy de acuerdo con lo que está viendo o con lo que está pasando con la criatura, entonces que la vecina pueda agarrarla y orientarla sobre tener o no tener relaciones o cómo debe protegerse si quiere tener una relación activa, una sexualidad activa, como protegerse para evitar un embarazo” USUM.GF3.

Lo anterior se relaciona con el hecho de que la atención en salud sexual y reproductiva se supeditada a los programas que ofrezcan los cooperantes internacionales y a los recursos que de allí provengan. Así se describen en los discursos del personal operativo:

“...desde la Secretaría de Salud no se encuentra directamente, como un programa, sino que se apoya de los programas de las organizaciones como Americares, como OIM, bueno de las organizaciones.... pero como, como tal la Secretaría de Salud no tiene ni recurso” PRO.ENSSM.GF2

Lo anterior contradice las políticas en SSR que presenta Colombia bajo un enfoque de derecho, el cual apunta a la atención diferencia y que evite cualquier tipo de discriminación (Profamilia, s.f.). Situación que ha de ser considerada de forma profunda en la creación de nuevas estrategias.

- **Nuevas Estrategias De Atención En Salud Sexual Y Reproductiva**

“...pienso que la asesoría y la educación van de la mano para podamos tener más pobladores migrantes que estén bien asesorados y capacitados para que nos ayuden con los que posiblemente van a llegar, entonces pienso que es la estrategia, educación y enseguida se puede llegar a buscar una compaginación de articulación de recursos con el fin de ... en pro de ayudarlos a ellos mismos” ADM.HTA.GF1

“...entre las prioridades pienso que tendrían tres básicas: Educación, apoyo de redes e importante también aumento de asesorías, teniendo personas que estén educadas, que están bien asesoradas” ADM.PSTA.GF1

Toda estrategia de atención de SSR debe apuntar a la educación y empoderamiento comunitario. Esta educación media la prevención, y de esta forma, promueve escenarios de promoción y protección de la salud y no la atención de enfermedades y condiciones evitables. En segundo lugar, es imperativo ampliar la mirada médica de la atención hacia la psicosocial e interdisciplinar. Esto permitirá el reconocimiento multidimensional del usuario, así como las capacidades de transformación que tienen las mismas personas, lo cual se refuerza desde el discurso del personal operativo:

“...bueno yo diría que la mejor estrategia sería educando porque ya cuando ellas conocen cuando ellas se abren como a conocer dan la oportunidad de que les hablen del tema” PRO.ENSSM2.GF2

Este empoderamiento también es un llamado a las organizaciones presentes en el territorio, tanto las ESEs como los organismos internacionales deben apuntar a la creación de estrategias educativas. Esto permitirá un mayor control en la identificación de necesidades, la distribución de recursos, creación de rutas claras y difundidas y, la evaluación del impacto de las estrategias ante la población.

Como resultado, este diagnóstico pretende visibilizar las voces de los actores relevantes de la población araucana, de las mujeres migrantes en estado irregular y resaltar elementos esenciales que pueden apuntar a nuevas estrategias contextualizadas de alto impacto. La salud sexual y reproductiva de estas mujeres ha de ser una preocupación central y básica en la atención. Un plan de atención participativa permitirá la inclusión de poblaciones discriminadas y en estado de

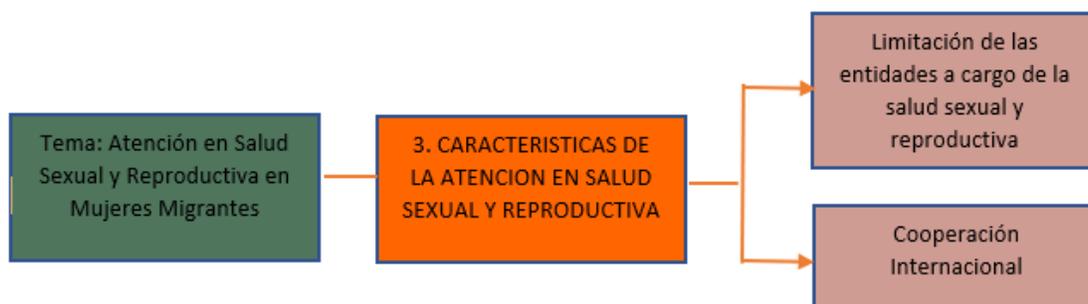
vulnerabilidad, acción imperativa en la actualidad en pro del bienestar de la población migrante y el municipio.

Se concluye que la educación en salud es el pilar fundamental del desarrollo humano, es la garantía de una comunidad empoderada. El hablar de derechos sexuales y reproductivos implica la participación de todos los sectores y todos los niveles donde se construyen redes de apoyo fuertes y se establecen comunidades justas. Es así, como la educación permite construir acciones individuales, familiares y comunitarias para garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

- **Organismos De Respuesta Para La Salud Sexual Y Reproductiva**

Esta última categoría, se relaciona con las características de las organizaciones encargadas de la atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes irregulares venezolanas del municipio de Arauca, que influyen negativamente en los procesos de intervención a la población migrante y la relación entre estas instituciones.

Figura 4.3: Categoría organismos de respuesta para la salud sexual y reproductiva



- **Limitaciones De Las Entidades A Cargo De La Salud Sexual Y Reproductiva**

“... nos ponen la carga de la población migrante que es bastante grande y que muchas veces ese recurso ni siquiera alcanza para nosotros mismos, el ente territorial básicamente está

desprotegido por el Estado, porque le asignan cero recursos para la atención de la población migrante” ADM.PSTA.GF1.

La primera barrera identificada desde la mirada institucional y que fue mencionada constantemente por los profesionales operativos y administrativos, es la baja asignación de recursos, ya sean económicos y/o humanos en la atención estatal y entes territoriales. Muchos de ellos incluso sugieren una desprotección desde el Estado ya que se requieren muestras de la atención masiva a migrantes pero la concesión económica es mínima.

Es así como se desglosan otras problemáticas asociadas, como lo es el desabastecimiento de recursos de planificación o salud reproductiva. Elementos necesarios para la consecución y garantía de derechos para las migrantes, que también se relacionan estrechamente con elementos preventivos y de reconocimiento. Así, lo indica una administrativa al decir:

“Desde que empezó toda la respuesta de emergencia sanitaria, se han presentado bastantes desabastecimientos de inyectables a nivel nacional, en el que no lo pueden conseguir ni las ni las ESES, ni organizaciones, ni nada. Hubo desabastecimiento en implantes subdérmicos, teniendo en cuenta que el único operador es Profamilia el que tiene el Yael. Entonces las organizaciones de hecho tienen, Médicos sin Fronteras tuvo que hacer compras internacionales por el desabastecimiento que había en el país” ADM.MSFA.GF1.

Otro de los elementos que indica Calderón y colaboradores (2021), es el desconocimiento de las rutas o elementos en la prestación de servicios, e incluso de sus derechos por sí mismos situación que genera una alta vulneración en la atención, así lo menciona una profesional al decir: *“ellas no tienen el conocimiento del acceso y si lo tienen, no tienen el conocimiento a fondo de qué es el método, de sus efectos secundarios, de cuanta efectividad tiene cada método, y eso con todo” PRO.ENONG.GF2.*

Esta limitación no solo es observada en la población sino también de los profesionales de atención, como fue mencionado anteriormente. Esta situación puede llegar a ser muy preocupante ya que puede impactar directamente con la ausencia de servicios. Tal como indica una administrativa al decir:

“nosotros no podemos hablar de algo que no sabemos cierto, si el medico no está capacitado para dar un consulta de planificación familiar y él es el que tiene acceso a esta familia,

a esta persona, a esta mujer o a este hombre pues muy difícil va a poder convencerlo o va a poder darle las herramientas para que esta persona elija, entonces si el equipo de salud no tiene las herramientas, no existe una enfermera que está entrenada pero existe un médico y él no sabe muy bien de planificación familiar pues no va a poder ofertar digamos este servicio como debería ser y esa persona muy probablemente, existe dentro del margen de probabilidades no va querer volver a un lugar donde no me explican bien donde no me solucionaron dudas” ADM.ONGA.GF1.

Finalmente, nos encontramos con la (des)humanización en la atención, como posible limitación fundamental de los programas e instituciones prestadoras. Así lo identificaron también Calderón y colaboradores (2021), debido a que algunos prestadores de servicio también participan en formas de violencia, se genera desconfianza por parte de la población y ocasiona múltiples dificultades e incluso negación del acceso a los servicios. Así lo reporta una profesional, quien indica que:

“Las diferentes instituciones carecen de eso que estabas hablando hace rato, de ese sentido de pertenencia a la institución de ese sentido de que se puede hacer bien, y de la humanización del servicio. Y creo que debemos primero pues trabajar en ello, en humanizar un poco más los servicios de salud, tanto en lo educativo como en lo asistencial” ADM.PSTA.GF1.

En conjunto, estas limitaciones han de ser tenidas en cuenta de forma muy consciente. Cualquier estrategia, ya sea actual o futura, ha de tratar de responder a estas necesidades ya que pueden poner en riesgo las iniciativas y su aplicación.

- **Cooperación Internacional**

“... entonces es como esa articulación que se hace con cooperación internacional, de la mano con ellos que tienen los recursos, porque para los municipios, los recursos que están destinados a la población venezolana, llega desde los organismos de cooperación internacional ya nosotros como municipio pues nos asignan cero pesos y si nos ponen a dar un número de indicadores y a entregar información a los diferentes (...) y pues nos toca responder con lo que tenemos y por eso nosotros siempre pues buscamos que Cooperación Internacional se articule al municipio” ADM.PSTA.GF1

Las propuestas llevadas a cabo por las organizaciones internacionales no solo se presentan en forma de asistencialismo o acceso a servicios médicos. Un elemento clave es la educación y formación comunitaria a la que apuntan algunas ONG, situación de especial interés como se mencionó anteriormente. Tal es el caso mencionado por una usuaria:

“... entonces el trabajo que hago es con las organizaciones de cooperación internacional y todo lo que he aprendido en el ámbito de salud, lo he hecho con ellos, porque ellos son los que nos han brindado esa mano amiga, nos han dado esas herramientas, nos han capacitado, nos han escuchado, que es lo más importante, nos han escuchado, nos han brindado las herramientas, nos han capacitado y aquí la mujer migrante que esté irregular” (USUM.GF3).

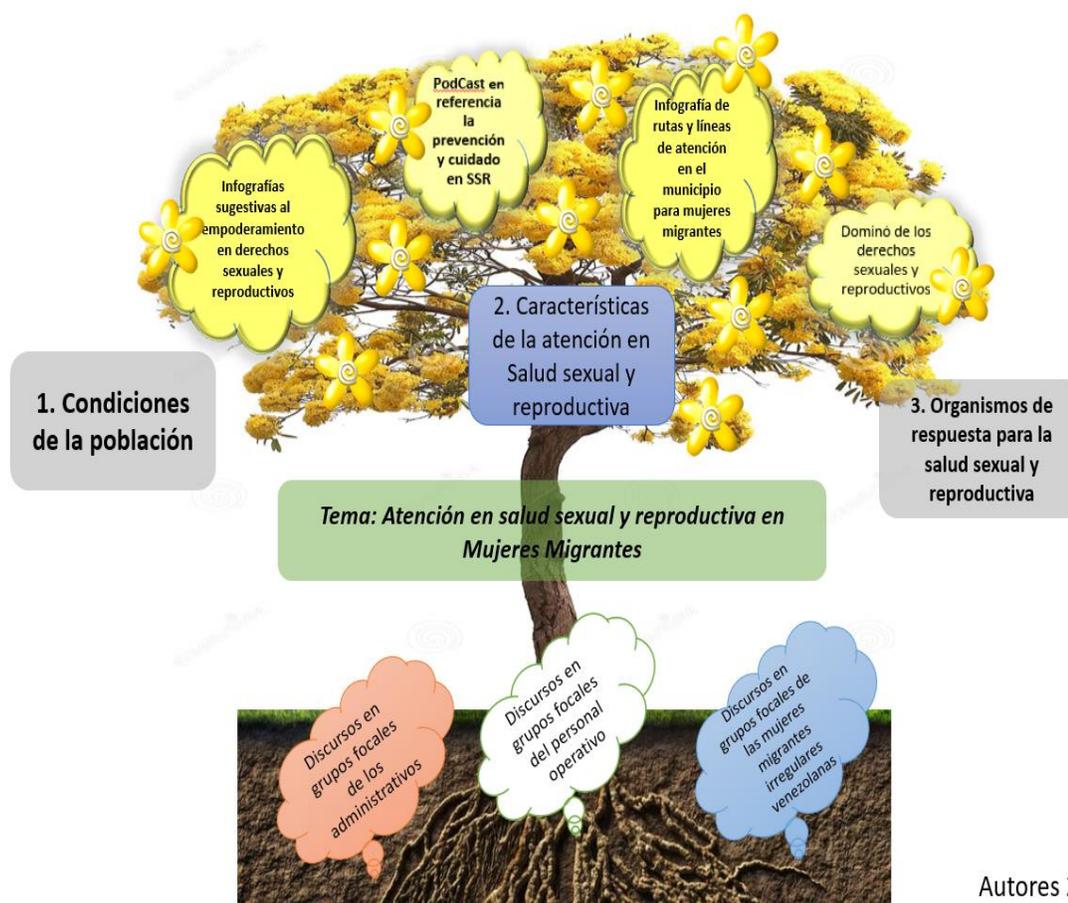
Las Organizaciones internacionales como la ACNUR, la OIM, y ONG, así como la Cruz Roja, Médicos sin Fronteras y AmeriCares se posicionan como figuras representativas del cuidado a migrantes. El World Bank Group (2018), identificó como el impacto de la migración y su crecimiento exponencial ha implicado la articulación y coordinación entre los diferentes niveles del gobierno y cooperantes internacionales debido a la alta demanda y los recursos disponibles. De esa forma, la articulación se hace imperante para la consecución de resultados.

En la misma línea es esencial que este tipo de acceso para la mujer migrante no dependa solo de la atención asistencialista brindada por las entidades cooperantes, por el contrario, también deben apuntar al empoderamiento de la comunidad desde la difusión y democratización del conocimiento. Esto permitirá la definición de roles como replicadoras de la información y sirvan de guía para el resto de la comunidad que desconozca acerca de los derechos en SSR. Facilitando de esta forma, el acceso a los servicios de SSR en el municipio de Arauca mediante la ruta creada para la atención de la población migrante.

Para dar cumplimiento al objetivo general presentado por el grupo investigador el cual se definió como: Diseñar colectivamente una estrategia de atención en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante irregular venezolana en el municipio de Arauca basada en la investigación Acción Participativa. Presentando una propuesta de estrategia denominada “Florece con el araguaney amarillo” llevándose a cabo los pasos planteados por Falls Borda y el autor Ronald Feo, que permitió en cada etapa desarrollar los siguientes resultados que se presentan a partir de la

metáfora del árbol amarillo, símbolo e icono de las mujeres irregulares migrantes venezolanas, producto del análisis de los discursos de los tres grupos focales y sus participaciones importantes para el desarrollo de esta estrategia así como se observa en la imagen 1. Metáfora de la estrategia del Árbol Amarillo para las mujeres migrantes.

Imagen 1: Metáfora de la estrategia del Árbol Amarillo para las mujeres migrantes.



A partir del diagnóstico participativo, se continuó con el proceso de creación de estrategias enfocadas en la atención a necesidades específicas de la comunidad. Se iniciaron los talleres con el recurso gráfico de un árbol de problemas, con este, se pretendió identificar las causas de los problemas y posibles soluciones desde las experiencias y expectativas de las 15 usuarias que participaron en la actividad.



Imagen 2: Grupo focal No.3, Estrategia Salud Sexual y reproductiva, Municipio de Arauca, Maestría en Salud Pública Juan N Corpas

Esta iniciativa dio como resultado la creación de la estrategia ‘Florece con el Araguaney Amarillo’, el simbolismo asociado a uno de los árboles típicos de Venezuela fue propuesto por las mismas usuarias, la estrategia, permite que la población de mujeres migrantes irregulares venezolanas que residen en el municipio de Arauca se identifiquen culturalmente con su país al llevar el nombre del árbol representativo de Venezuela. Esto contribuye a que tengan mayor sentido de pertenencia con la estrategia planteada, ya que les genera credibilidad y seguridad, así los puntos clave para lograr su impacto.



Imagen 3: Lideresa comunitaria, Estrategia Salud Sexual y reproductiva, Municipio de Arauca, Maestría en Salud Pública Juan N Corpas

Tres elementos recogieron en su mayoría, las conclusiones del diagnóstico y las causas de las problemáticas, el acceso a los servicios integrales de Salud Sexual y Reproductiva, la disposición de información sobre el acceso a los servicios, instituciones que permitan garantizar los derechos sexuales y reproductivos y los procesos de educación integral en el municipio de Arauca donde cada mujer migrante irregular venezolana tenga la libertad de decidir sobre un embarazo deseado, y cada nacimiento sea sin riesgos con la existencia de la garantía de una atención de una maternidad segura, y cada mujer alcance su pleno desarrollo sexual sin lugar a ser discriminada, y pueda fortalecer su proyecto de vida.

Por medio de estos se pretende alcanzar resultados a corto, mediano y largo plazo que impacten la vida de las usuarias, su familia y comunidad. También con la intención de tener en cuenta la accesibilidad a los recursos y estrategias, se plantearon como medios de difusión el juego, arte y trabajo.

Las participantes en compañía de las investigadoras crearon en primer lugar, una ruta clara, concisa y gráfica de los espacios de acceso tanto públicos como internacionales a los que pueden acceder las migrantes en condición irregular. Los recursos expuestos no solo describen

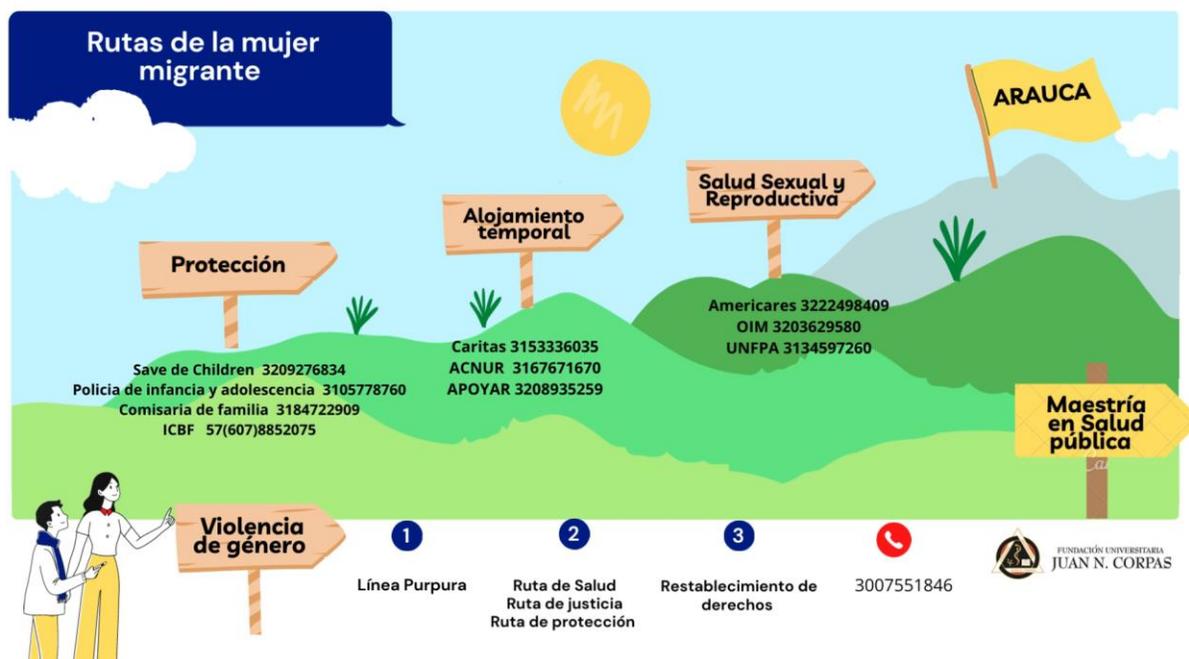
espacios asociados a la SSR, también se reconocen espacios de servicios integrales como servicios de atención psicosocial, asesorías jurídicas, restablecimiento y garantía de derechos, alojamiento temporal y seguridad alimentaria.



Imagen 4: Grupo focal 3, Estrategia Salud Sexual y reproductiva, Municipio de Arauca, Maestría en Salud Pública Juan N Corpas

Se realiza la construcción de una pieza visual con la información obtenida, una infografía que pretende articular los esfuerzos de cada organismo y a su vez, que pueda ser socializada, transmitida y difundida de forma sencilla por las mismas usuarias, donde se fortalezca el conocimiento sobre los servicios e instituciones a las que pueden acceder sin barreras.

Imagen 5: Infografía de Rutas de Atención a Mujeres Migrantes, Maestría en Salud Pública Juan N Corpas



En segundo lugar, se creó un juego lúdico representado en un dominó, con el objetivo de fortalecer el reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos, y aportar información que se refuerce y se socialice este conocimiento a nivel comunitario mediante espacios de juego y aprendizaje; el contenido se encuentra en 28 piezas visuales con información sobre Derechos Sexuales y Reproductivos los cuales han sido contemplados en diferentes sentencias de la Corte Constitucional en Colombia, reglamentaciones y acuerdos nacionales e internacionales. Este juego según las indicaciones de las usuarias impactaría no solo al público adulto sino también al infantil y juvenil.



Imagen 6: Dominó en Derechos Sexuales y Reproductivos, Maestría en Salud Pública Juan N Corpas

En tercer lugar, se crearon dos podcasts alusivos a la información mencionada anteriormente, y centrándose en el autocuidado y las alternativas asociadas al mantenimiento y preservación de los derechos sexuales y reproductivos. Lo anterior permitirá impactar los procesos educativos de diferentes poblaciones de una manera lúdica y accesible hacia el dominio de recursos y empoderamiento.

- **Contenido De Los Podcast**

Número 01, Cuida a quien quieres y cuídate, el preservativo es un acto de amor, si eres migrante irregular venezolano, acude a los servicios de Salud del Municipio de Arauca e infórmate sobre como acceder a la entrega de preservativos.

Número 02, Los derechos sexuales y reproductivos son también derechos humanos, decide oportunamente si quieres o no tener hijos, cuando y cuantos, Infórmate sobre las alternativas que tienes en el municipio de Arauca, acude oportunamente a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Adicionalmente, se diseñan tres piezas visuales informativos acerca de los derechos sexuales y reproductivos, mediante los cuales se busca el fortalecimiento del conocimiento adquirido mediante las ayudas lúdicas y auditivas ya mencionadas, esta creación se encuentra bajo un enfoque de inclusión al haber evidenciado que dentro de la comunidad conviven personas con limitaciones visuales.



Imagen 7: Infografías en Derechos Sexuales y Reproductivos, Maestría en Salud Pública Juan N Corpas

Es importante resaltar que cada una de las herramientas fue pensada con un enfoque de género no binario, también pretende la inclusión de la diversidad sexual como elemento clave de la atención diferencial. Asimismo, impacta a poblaciones con baja escolaridad y deficiencias visuales o auditivas. Este tipo de enfoque apunta a la democratización del conocimiento y los recursos, así como el reconocimiento de una mayoría de condiciones que dificultan el acceso a este tipo de servicios.

Finalmente, estos recursos de arte, juego y trabajo fueron socializados con las lideresas sociales de la comunidad. Se espera que estos instrumentos sean replicados por parte de las lideresas, de forma digital y presencial hacia diferentes grupos de migrantes irregulares que necesiten el acceso a la información y a estos servicios, y a su vez, permitan fortalecer los procesos

de reconocimiento y exigencia de derechos sexuales y reproductivos. Finalmente, se espera que estos grupos migrantes también sean parte de la replicación de conocimiento. Lo anterior permitirá crear, un efecto de bola de nieve en la difusión de información y en la garantía del acceso a la salud sexual y reproductiva y, por tanto, en el bienestar de las mujeres migrantes en condición irregular del municipio de Arauca.

5. Discusión

A lo largo de esta investigación se han desglosado diferentes elementos sociales, económicos y culturales, concernientes a la salud y demás elementos que han de ser tenidos en cuenta a la hora de crear estrategias integrales de Salud Sexual y Reproductiva, haciendo énfasis en poblaciones de mujeres migrantes irregulares venezolanas. Sin embargo, es necesario situar este planteamiento más allá de la literatura y dar paso a la indagación de las reflexiones propuestas en contexto frente a actores interesados en el diseño de este tipo de estudio.

A continuación, se encuentran contrastes y aciertos entre las evidencias científicas, y los resultados obtenidos mediante el desarrollo de la investigación, las cuales permiten pensar y reflexionar frente al fenómeno de migración en el contexto Colombo-venezolano.

En primer lugar, se discuten elementos alrededor de las condiciones de la población, cuáles y cómo son los aspectos migratorios y sociodemográficos que influyen en estas condiciones, las limitaciones y necesidades identificadas en la población frente a la atención en Salud Sexual y Reproductiva.

Para este estudio sobresalen mujeres en edades adultas, con educación básica media, empleos irregulares, quienes son cabezas de familia, han llegado al territorio del municipio de Arauca con necesidades básicas en salud, especialmente en Salud Sexual y Reproductiva, las cuales se encuentran limitadas en cuanto al acceso por el estado migratorio con el que ellas conviven. La migración es un determinante estructural de la salud de las personas y puede tener consecuencias a lo largo de la vida, existen barreras, necesidades y demanda insatisfecha dentro de la respuesta humanitaria, adicional las limitaciones o características culturales que pueden llegar

a dificultar los procesos de atención y el reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos tal como se identificó en los grupos focales al referenciar cuestiones cruciales que fueron puestas a consideración por parte de la comunidad de mujeres especialmente al narrar las situaciones de discriminación a las que se han visto sometidas al pretender acceder a los servicios de salud por su misma condición.

Esto contrastado con la literatura coincide con lo indicado por Naciones Unidas (2020), donde se indica que los migrantes que toman la decisión de salir hacia otros países lo hacen por motivos relacionados con el trabajo, factores económicos, sociales, la familia o los estudios. Según datos entregados a nivel mundial por la OIM para el año 2019, revelan que el número de migrantes internacionales (personas que residen en un país distinto al de nacimiento) alcanzó casi los 272 millones en todo el mundo, de los cuales el 48% son mujeres; datos comparados frente a los 258 millones de migrantes que existían en todo el mundo para el año 2017; de estos 164 millones han migrado a causa de oportunidades laborales. (Nations, 2020)

Según el artículo relacionado con la Política en salud sexual y reproductiva en mujeres, un alto porcentaje de migrantes cruzan o permanecen sin documentación en regla. Los ciclos migratorios que producen que generan grandes movimientos de masas humanas, propician la creación de situaciones de vulneración de los derechos sexuales y reproductivos los cuales se encuentran íntimamente ligados a los derechos humanos, a causa de los espacios creados durante el viaje y la estadía enmarcada dentro de las condiciones de hacinamiento y falta de privacidad que encuentran en el lugar de destino. Es aquí donde se evidencian más aún las prácticas de comercio sexual a las que se ven obligadas las mujeres para obtener recursos que les permita la supervivencia. Prácticas que son altamente riesgosas ya que acceden a ellas sin contar con protección, y esto sumado a las dificultades a las que se enfrentan para el acceso a los servicios de salud, al desconocimiento, al juego de la baja autoestima que trae consigo estas prácticas, traen consigo nefastas consecuencias ante el mantenimiento de la integridad de la mujer. (Caballero et al., 2021)

Es así, que se crea la necesidad de diseñar estrategias de atención en salud sexual y reproductiva que permita mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para las

mujeres migrantes y se propicien los espacios para el restablecimiento de los derechos que le han sido vulnerados, permitiéndoles crear nuevos lazos de confianza en las redes de apoyo existentes y fortalecer su autoestima llevándolas a un empoderamiento para hacer valer sus derechos. Sin embargo, para llegar a hacer realidad estas nuevas estrategias de atención, es indispensable entender cuáles son las características de la atención actual en salud sexual y reproductiva para las mujeres migrantes irregulares en el municipio de Arauca.

En la actualidad, son los organismos de respuesta humanitaria internacional, los encargados de brindar esta atención, ya que las instituciones estatales se encuentran limitadas desde su creación para brindar atención a personas que se encuentran fuera del sistema de salud. Esta situación ha sido claramente descrita por los participantes de la investigación quienes mediante los grupos focales han manifestado abiertamente como desde los entes gubernamentales no se cuentan con lineamientos, ni recursos para brindar el apoyo a las instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales también se limitan los recursos para la atención de la población migrante conllevando la negación del servicio a una parte importante de esta población. Lo anterior, se refuerza con las narrativas de las usuarias quienes mencionan como una de las principales dificultades para acceder a los servicios de salud y en especial los relacionados con la atención sexual y reproductiva, impidiéndoles por ende la garantía para el disfrute de los derechos que les asisten.

Se resalta la actitud y la motivación como elemento que interviene en la atención. Algunos profesionales refieren que las migrantes pueden llegar con actitudes irrespetuosas, esta situación más allá de la casuística, pueden ser un elemento involuntario derivado de la poca motivación y sensación de bienvenida en la prestación de estos servicios.

En contraste con la literatura basada en el artículo “Narrativas sobre mujeres migrantes venezolanas en un diario en línea de la frontera colombiana” se identifica que la xenofobia es la manera más común de discriminación a la que las mujeres migrantes se ven sometidas en los servicios de salud, convirtiéndose en el común denominador de las experiencias de las atenciones en los servicios de salud de las mujeres migrantes. Seguido de la discriminación

a las que se ven sometidas a causa de la falta de los recursos económicos que les impide hacer el pago de las atenciones que requieren (Rubio et al., 2021)

Otro de los factores influyentes en los procesos de atención en salud sexual y reproductiva actuales, están relacionados con el desconocimiento por parte de las mujeres en cuanto a sexualidad se refiere, es así que el autor Calderón et al., (2021), reconoce la falta de conocimiento de los derechos y deberes frente a la salud sexual y reproductiva como una de las principales barreras en los procesos de atención y las relaciona con la construcción de creencias populares arraigadas y difíciles de desvirtuar. De tal manera que se afecta la asistencia los programas de salud creados para la población, situación manifestada en los discursos de los profesionales indicando que la baja asistencia es una dificultad en la implementación de procesos longevos, condición que puede disminuir el impacto de la prevención y la acción hacia problemáticas asociadas, situación que se relaciona estrechamente con lo planteado por Yáñez et al. (2018).

Esta situación se relaciona con lo manifestado en el artículo “Política en salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes venezolanas en Colombia”, donde se menciona el informe de Profamilia (2020) y se hace referencia a los problemas para acceder a servicios de Salud Sexual y Reproductiva para las mujeres migrantes venezolanas que se encuentran dentro del territorio colombiano, dificultades estrechamente relacionadas con la falta de aseguramiento, y los limitados mecanismos de financiación para la creación de programas de atención. También se hace referencia a lo ligado que se encuentra el hecho del desconocimiento de sus derechos en cuanto a la universalidad de la atención, generando que continúen con trámites innecesarios para hacerlos efectivos aun teniendo regularizado su estatus migratorio, hasta barreras injustas por la interpretación subjetiva y ambigua de las urgencias y gastos de bolsillo para cubrir fotocopias de documentos o usar los servicios de urgencias, lo cual ha sido manifestado por las usuarias dentro de sus narrativas vivenciales. (Caballero et al., 2021)

Una de las consecuencias de la falta de atención en salud básica es el desarrollo de enfermedades más complejas que pueden ser prevenidas, tales como el SIDA y la sífilis ya sea gestacional o congénita. Desarrollar esta perspectiva preventiva también involucra una atención continua, ya que muchas veces los procesos pueden detenerse o postergarse, ya sea por causa de

la misma población o de las instituciones. Cabe resaltar que para lograr el desarrollo de estas perspectivas, es indispensable lograr el engranaje de todos los actores que intervienen en los procesos de atención, esto teniendo en cuenta que la demanda de servicios es tan alta que sobrepasa la capacidad instalada de las instituciones, tanto en recursos económicos, como de infraestructura y cobertura. Esta articulación debe ser capaz de sostener un sistema funcional de referencia y contrarreferencia para lograr dar respuesta efectiva según sea el caso. (Semana, 2018)

Sin embargo y pese a los grandes esfuerzos realizados por diferentes organismos para lograr dar respuesta a las necesidades en salud sexual y reproductiva en especial de las mujeres migrantes venezolanas, estas se encuentran limitadas al soporte económico proveniente del extranjero, elemento que puede influir negativamente en los proyectos e intervenciones generadas hacia la población, ya que afectan de forma significativa la continuidad de los mismos dentro de los territorios, lo cual fue manifestado de la misma manera por los profesionales encargados de la atención en salud sexual y reproductiva y por las mismas integrantes del grupo focal de mujeres migrantes irregulares venezolanas al indicar que estas entidades están prontas a retirarse del territorio, pero que esta población continuará allí de manera indefinida, ahora a expensas de conseguir recursos económicos que les permita sufragar el gasto de las atenciones. Calderón y colaboradores (2021), han identificado como una de las barreras más importantes en la atención en salud sexual y reproductiva a migrantes, las posibles limitaciones desde una mirada institucional. Entre estas, se encuentran los costos de atención, la deshumanización en la atención y el desconocimiento y posible desinformación acerca de la disponibilidad de los servicios, la suma de factores para la atención integral en salud sexual y reproductiva.

El autor (Almiñana, 2015), identifica que la falta de acción de prevención y la respuesta oportuna a situaciones de vulnerabilidad son un factor determinante de resquebrajamiento de los derechos sexuales y reproductivos, es por esto que se debe asegurar el acceso a servicios como anticoncepción, elección informada y detallada de los métodos anticonceptivos, donde los profesionales tengan la capacidad de brindar respuesta a estas necesidades, donde la prevención y atención de las violencias de género, en particular violencia sexual contra mujeres cis, transexuales y niñas, la atención prenatal y del parto, tamizaje de Infecciones de transmisión sexual (ITS), detección temprana de cánceres de mama y cervicouterino, acceso a la interrupción voluntaria del

embarazo en condiciones seguras y todas aquellas necesidades para hacer uso de su derecho a una vida sexual satisfactoria libre de riesgo, coacción o violencia. (Almiñana, 2015)

Basados en el artículo de “Política en salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes venezolanas en Colombia”, se refuerza la idea de que la prestación continua de los servicios de salud, es esencial para alcanzar el bienestar de las mujeres y de su entorno familiar, pues el hecho de lograr una reducción en los embarazos no deseados de las adolescentes y de las mujeres en general, no solo contribuyen a la construcción de proyectos de vida futuristas bajo los ejes de la formación, autoconocimiento y toma de decisiones que les permite el empoderamiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

En conclusión, la necesidad más urgente es la falta de educación en derechos sexuales y reproductivos. Por lo cual la creación de cualquier tipo de estrategias, aún tiene que estar encaminadas a suplir estas falencias de educación y el fortalecimiento del conocimiento de derechos. Esto, a largo plazo, impacta el acceso y adherencia a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva por parte de la población. Los métodos anticonceptivos, la salud pre, peri y posnatal, la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual son elementos esenciales para reconocer por parte de las usuarias.

Por lo anterior, el desarrollo de este tipo de espacios es fundamental para generar campos de acceso a la salud sin discriminación. Este tipo de población ha sido violentada de forma primaria y secundaria en el momento en que se ha impedido la garantización de sus derechos. Situación que se ve incluso, en el diseño de estrategias que no tienen en cuenta las necesidades en las voces de los usuarios y sus familias. Por esto, procesos que involucren la participación de la comunidad desde el diagnóstico de necesidades pasando por el diseño hasta la aplicación y difusión de estrategias es la ruta humana y digna de la atención en salud.

En la misma línea es esencial que este tipo de acceso para la mujer migrante no dependa solo de la atención asistencial brindada por las entidades cooperantes, por el contrario, también deben apuntar al empoderamiento de la comunidad desde la difusión y democratización del conocimiento. Esto permite la definición de roles como replicadoras de la información y sirven

de guía para el resto de la comunidad que desconozca acerca de los derechos en SSR. Facilitando de esta forma, el acceso a los servicios de SSR en el municipio de Arauca mediante la ruta creada para la atención de la población migrante.

En cuarto lugar, se concluye que la educación en salud es el pilar fundamental del desarrollo humano, es la garantía de una comunidad empoderada. El hablar de derechos sexuales y reproductivos implica la participación de todos los sectores y todos los niveles donde se construyen redes de apoyo fuertes y se establecen comunidades justas. Es así, como la educación permite construir acciones individuales, familiares y comunitarias para garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

El diseño y aplicación de estas estrategias en salud sexual y reproductiva busca educar a la comunidad en la lucha de sus derechos sexuales hacia el reconocimiento del respeto y defensa de los derechos humanos. En las comunidades, empoderar líderes comunitarios en el ámbito del cuidado de la salud sexual y reproductiva es el componente fundamental para crear sociedades libres, justas y solidarias. A su vez, fortalecer el ámbito comunitario en educación integral sobre sexualidad hará que cada gestación sea deseada, cada nacimiento sea sin riesgos y cada persona logre potencializar su proyecto de vida. Por tanto, es tarea de todos garantizar la educación comunitaria hacia el desarrollo de un país basado en la justicia social.

Para finalizar, es necesario reconocer que aún queda un camino bastante largo por recorrer, se espera que esta iniciativa sea tan solo una parte de las múltiples estrategias creadas que reconozcan en voces propias de la comunidad, las necesidades apremiantes, así como las capacidades de la comunidad para transformarlas. Se espera que, así como el árbol Araguaney Amarillo, la población migrante irregular pueda florecer y alcanzar nuevos espacios de acceso a la garantía de su salud sexual y reproductiva y, por tanto, su bienestar.

6. Glosario De Abreviaturas

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

BHA: Oficina de Asistencia Humanitaria

PRM: Población de Refugiados y Migrantes.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
OMS: Organización Mundial de la Salud
OIM: Organización Internacional para las Migraciones
CEDAW: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
FIP: Fundación ideas para la paz
ONG: Organización No Gubernamental
ACNUR: La Agencia de la ONU para los Refugiados
VIH: virus de la inmunodeficiencia humana
DSDR: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
PIMS: Paquete Inicial Mínimo de Servicios en Salud Reproductiva
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
EPS: Entidades Promotoras de Salud
IPS: Institución Prestadora de Servicios
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
PEP: Permiso Especial de Permanencia
SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social
SSSR: Salud Sexual y Salud Reproductiva
VBG: Violencia Basada en Género
UAESA: Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca
ASIS: Análisis de Situación en Salud
DIU: Dispositivo Intrauterino
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
PBS: Plan de Beneficios en Salud
PDSP: El Plan Decenal de Salud Pública
IVE: Interrupción voluntaria del embarazo
CONPES: Departamento Nacional de Planeación
PYP: Promoción y Prevención
IAP: Investigación Acción Participativa

7. Referencias bibliográficas

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (s.f.) *Salud sexual y reproductiva*. Consultado el 20 de noviembre de 2021. <https://www.acnur.org/salud-reproductiva.html>

- Aliaga-Sáez, F. A. y Flórez de Andrade, A. (2020). *Dimensiones de la migración en Colombia*. Ediciones USTA. <https://doi.org/10.15332/li.lib.2020.00232>
- Almiñana, M. D. (2015). Universalidad del derecho a la salud e igualdad material: Desigualdades económicas y sociales y desigualdades en salud. *Universitas: Revista de filosofía, derecho y política*, 22, 3-31.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5271032>
- Álvarez de flores, R. (2007). Evolución histórica de las migraciones en Venezuela. *Breve recuento. Aldea Mundo*, 11(22),89-93. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54302209>
- Arbona, G. (1957, septiembre). *Metodos Para La Formulacion De Planes Nacionales De Salud Publica* [conferencia]. IX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana. Guatemala.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14963/v42n1p6.pdf>
- Arias-Gómez, J., Villasis-Keever, M.A., y Miranda, N. M. G. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 3(2), 201-206.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755023011>
- Atkinson, M. M., & Coleman, W. D. (1989). Strong States and Weak States: Sectoral Policy Networks in Advanced Capitalist Economies. *British Journal of Political Science*, 19(1), 47-67. <https://doi.org/10.1017/S0007123400005317>
- Caballero, A., Molina, L., & Sierra, B. (2021). Política en salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes venezolanas en Colombia Policy on sexual and reproductive health in Ven.
- Calderón, J. y López, C. D. (2000). Orlando Fals Borda y la investigación acción participativa: aportes en el proceso de formación para la transformación”. En P., Imen, P. Frisch., N. Stoppani. (Dir). *I encuentro hacia una pedagogía emancipatoria en nuestra América*. Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini
- Calderón, J. M., Murad, R., Acevedo, G. N., Forero, L. J., y Rivillas, J. C. (2021). Necesidades en salud sexual y salud reproductiva: perspectivas de la población migrante venezolana en cuatro ciudades fronterizas. *Manzana Discordia*, 16(1), e20310735.
<https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v16i1.10735>

Cancillería de Colombia. (2011, 11 de agosto). *Antecedentes históricos y causas de la migración*.

<https://www.cancilleria.gov.co/colombia/migracion/historia>

Cancillería de Colombia. (s.f.). *Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos*.

Consultado el 11 de enero de 2022.

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZN0KKqKfDesJ:https://www.cancilleria.gov.co/estatuto-temporal-proteccion-migrantes-venezolanos+&cd=13&hl=es&ct=clnk&gl=co>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (s.f.). *Migración*. Naciones Unidas.

Consultado el 14 de noviembre de 2021. <https://www.cepal.org/es/temas/migracion>

Comisión Intersectorial Poblacional Del Distrito Capital. (2013). Lineamientos distritales para la aplicación de enfoques.

http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/lineamientos_distritales_para_la_aplicacion_de_enfoques_.pdf

Comité de ética para la investigación científica. (s.f.). Guía para la elaboración de las consideraciones éticas en la investigación de los seres humanos. Consultado el 22 de noviembre de 2021.

<https://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/Ciul/documentos/COMITE/ModConsEticas.pdf>

Congreso de Argentina. (2002, 22 de noviembre). *Ley Nacional 25.673 Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Boletín Oficial 22/11/2002.

https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4mpxfp6jkJ:https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25673_decretos_declaracion_de_repudio.pdf+&cd=11&hl=es&ct=clnk&gl=co

Consultores, B. (2020, marzo 2). *Técnicas de recolección de datos para realizar un trabajo de investigación*. Online Tesis. <https://online-tesis.com/tecnicas-de-recoleccion-de-datos-para-realizar-un-trabajo-de-investigacion/>

del Prado, D. S. N. (2008). Causas Y Efectos De La Migración Internacional. *PERSPECTIVAS*,

22, 161-180. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425942158006>

- Durán, A. L. (2017). *Principales enfoques del análisis de políticas públicas que tienen una variable explicativa predominante*. Serie creación documento de trabajo n°25) Facultad de Derecho y Gobierno. Centro de Investigación en Educación Superior CIES – USS. <https://usscl.blob.core.windows.net/upload/2018/03/Documento-de-trabajo-n%C2%B0-25.pdf>
- Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud (2018, 21 de marzo). *Programas de salud concepto, fases y ejemplos*. Universidad Internacional de Valencia. <https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/programas-de-salud-concepto-fases-y-ejemplos>
- Escobar, J., y Bonilla-Jiménez, I. (2011.). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67. [http://sacopsi.com/articulos/Grupo%20focal%20\(2\).pdf](http://sacopsi.com/articulos/Grupo%20focal%20(2).pdf)
- Estoy en la frontera (2021, 31 de enero). *Este es el panorama migratorio de Arauca*. <http://arauca.estoyenlafrontera.com/frontera/este-es-el-panorama-migratorio-de-arauca>
- Fernández-Niño, J. A., & Orozco, K. L. (2018). Migración venezolana en Colombia: Retos en Salud Pública. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 50(1), 5-6. <https://www.redalyc.org/journal/3438/343854990001/>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2005). *Cuatro Estrategias de Promoción de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en Contextos de Pobreza*. UNFPA. <https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/cuatro-estrategias-de-promoci%C3%B3n-de-salud-sexual-y-reproductiva-de-adolescentes-en>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017, 25 de abril). *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos* [infografía]. UNFPA Colombia. <https://colombia.unfpa.org/es/publications/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-infograf%C3%ADa>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (s.f.). *Acerca del UNFPA*. Consultado el 20 de noviembre de 2021. <https://www.unfpa.org/es/acerca-del-unfpa>

- Fondo de Población de las Naciones Unidas Ecuador. (2017). *Plan nacional de salud sexual y salud reproductiva 2017-2021*. <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Fries, M, L. (2019). *Las mujeres migrantes en las legislaciones de América Latina Análisis del repositorio de normativas sobre migración internacional del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe*. (Serie Asuntos de Género 157). Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
<https://repository.iom.int/handle/20.500.11788/2227>
- Huberman. (s.f.). El análisis en investigación cualitativa. Consultado el 19 de noviembre de 2021. http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/pdf/cualitativa/analisis.pdf
- Identidad y desarrollo. (2019, 10 de julio). *Talleres participativos*. Identidad y desarrollo, el valor de ser. <https://identidadydesarrollo.com/talleres-participativos/>
- Instituto Nacional de la Mujer (2014). *1er Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres 2014-2019*. Gobierno Bolivariano de Venezuela. <https://venezuela.unfpa.org/es/publications/1er-plan-nacional-para-la-protecci%C3%B3n-de-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de>
- Jaramillo, F., & Niño, C. (2020). Respuestas a la migración venezolana en Bogotá: Una aproximación subnacional al fenómeno. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 23(1), 403-429. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/sociojuridicos/a.8449>
- Loayza-Alarico, M. J. (2019). Migración y los efectos en la salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 10-11. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2334>
- Lozares, C. (1996). La teoría de las redes sociales. *Papers*, 48, 103-126.
<https://doi.org/10.5565/rev/papers/v48n0.1814>
- Martí, O. J. (2001). La investigación acción participativa. estructura y fases. En Martí, O. J., Montañés, S. M., Rodríguez-Villasante, T. (Coords.). *La investigación social participativa* (pp. 79-123). El Viejo Topo.

Migración Colombia. (2021, 3 de marzo). *Distribución de Venezolanos en Colombia - Corte 31 de Enero de 2021* [infografía]. Ministerio de Relaciones Exteriores.

<https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-enero-de-2021>

Ministerio de Salud, gobierno de Chile. (2018). *Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2018*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/Pol%C3%ADtica-Nacional-Salud-Sexual-y-Salud-Reproductiva_2018.pdf

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2014). *Plan nacional de salud sexual y reproductiva Paraguay 2014 2018*.

<https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/plan-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva-paraguay-2014-2018>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, 16 de febrero). *Ley Estatutaria 1551. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Orientaciones para la construcción del Plan de Acción en Salud – PAS. Dirección de Promoción y Prevención Dirección de Epidemiología y Demografía*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/orientaciones-pas.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 2 de agosto). *Resolución 3280*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 28 de noviembre). *Análisis de Situación de Salud*. MinSalud.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 27 de septiembre). *Resolución 0002626*.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.a). *Derechos sexuales y derechos reproductivos*. (s. f.). Consultado el 14 de noviembre de 2021.
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/derechos-sexuales-y-reproductivos-.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.b). *Dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Consultado el 20 de noviembre de 2021.
<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/Dimension-Sexualidad-y-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.c.). *Marco político de la salud y derechos sexuales y reproductivos*. (s. f.). Consultado el 1 de diciembre de 2020.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Marco-politico-de-la-salud-y-derechos-sexuales-y-reproductivos.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.d.). *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ)*. Consultado el 20 de noviembre de 2021, de
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes-SSAAJ.aspx>
- Monografías Plus. (s.f.). *Estrategias Sanitarias Nacionales—Inmunizaciones*. Consultado el 20 de noviembre de 2021. <https://www.monografias.com/docs/Estrategias-Sanitarias-Nacionales-Inmunizaciones-PKN53CGPJGDNZ>
- Naciones Unidas. (2014). *Los derechos de la mujer son derechos humanos*. ONU.
https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-2_SP.pdf
- Naciones Unidas. (s.f.a.). *Derecho Internacional*. Consultado el 10 de enero de 2022.
<https://www.ohchr.org/es/instruments-and-mechanisms/international-human-rights-law>
- Naciones Unidas. (2020). *Desafíos Globales: Migración*. Consultado el 10 de noviembre de 2021. <https://www.un.org/es/global-issues/migration>

Naciones Unidas ODS. (s. f.). *Objetivo 3*. Consultado el 12 de noviembre de 2021.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Navarrete, B. (2012). *Manual de Atención a Personas Migrantes: Estrategias de Atención en Situaciones de Violencia y Salud*. Iniciativa Kino para la frontera.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SDeueEsqjeYJ:imumi.org/documentos/manual_atencion_migrantes.pdf+&cd=11&hl=es&ct=clnk&gl=co

Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., y Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.

<http://jposgrado.org/icuali/Criterios%20de%20rigor%20en%20la%20Inv%20cualitativa.pdf>

ONU Mujeres (2015). *Informe anual 2014–2015*. <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/6/annual-report-2014-2015>

ONU Mujeres. (2018). *La CEDAW convención sobre los derechos de las mujeres*. Organización de Naciones Unidas.

<https://colombia.unwomen.org/es/biblioteca/publicaciones/2019/03/brochure-cedaw>

ONU mujeres (s. f.). *Mujeres refugiadas y migrantes*. Consultado el 10 de enero de 2022.

<https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-refugees-and-migrants>

ONU Refugiados y migrantes. (2017, diciembre 4). *Pacto sobre migración*.

<https://refugeesmigrants.un.org/es/pacto-sobre-migraci%C3%B3n>

Organización Internacional para las migraciones. (2019). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf

Organización Internacional de Migración. (s.f.). *Lineamientos para la atención y protección de mujeres en contexto de migración | HUB Regional de Conocimiento sobre Migraciones*.

Consultado el 10 de enero de 2022, de

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:NpbDQWS8qL8J:https://kmhub.iom.int/es/lineamientos-para-la-atencion-y-proteccion-de-mujeres-en-contexto-de-migracion+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>

- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/69885>
- Portafolio. (s. f.). *Migración venezolana puede ayudar al crecimiento económico colombiano*.
Portafolio.co. Consultado el 14 de noviembre de 2021
<https://www.portafolio.co/economia/los-efectos-de-la-migracion-venezolana-para-la-de-colombia-523005>
- Profamilia. (s.f.a). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos*.
Consultado el 11 de mayo de 2021.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>
- Profamilia. (s.f.b). *Evaluación de las necesidades insatisfechas SSR y Migrantes Venezolanos Digital*. Consultado el 10 de noviembre de 2021. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/LIBRO-Evaluacion-de-las-necesidades-insatisfechas-SSR-y-Migrantes-Venezolanos-Digital.pdf>
- Programa Sectorial de Salud. (2013). *Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. Gobierno de México.
http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes_2013_2018.pdf.
- Quivy, R. (2005). *Manual de investigación en ciencias sociales*. Limusa
- Ramos, S. M. (2018, 26 de junio). La Observación Participante: Fases, ventajas y desventajas [blog]. Psico-Educación Comunitaria. <http://saulmirandaramos.blogspot.com/2018/06/la-observacion-participante-fases.html>
- Rubiano, S. W. (2020). *Análisis Documental: los derechos sexuales y reproductivos de las migrantes venezolanas en Colombia un área de oportunidad social* [tesis de pregrado, Universidad Santo Tomás]. Repositorio Institucional USTA.
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/32332/2020wendyrubiano.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

- Rubio, G. A. E., Mojica-Acevedo, E. C., & Niño-Vega, N. C. (2021). Narrativas sobre mujeres migrantes venezolanas en un diario en línea de la frontera colombiana. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 27(1), 95-109. <https://doi.org/10.5209/esmp.71471>
- Secretaría Distrital De Gobierno. (2018). *Procedimiento para la formulación, implementación y seguimiento de política pública*.
<http://www.gobiernobogota.gov.co/transparencia/planeacion/participacion-ciudadana/procedimiento-la-formulacion-implementacion-y>
- Semana. (2018, noviembre 24). *Migrantes en Arauca: Un llamado de emergencia*. *Semana.com*
<https://www.semana.com/nacion/articulo/migrantes-en-arauca-un-llamado-de-emergencia/592243/>
- USAID y Profamilia . (2020). *Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. Como manejar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria*. <https://www.profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/04/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-manejar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>
- Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios. (2017). *Lineamientos Incorporación Del Enfoque Intercultural En Los Procesos De Formación Del Talento Humano En Salud, Para la Cuidad*. Ministerio de Salud y Protección Social.
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:r8bqEAdsU3QJ:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%25C3%25ADgenas.pdf+&cd=8&hl=es&ct=clnk&gl=co>
- Aguilar, V. L. (1992). *La Hechura de las Políticas*. Miguel Ángel Porrúa Librero-Editor
- World Bank Group. (2018). *Migración desde Venezuela a Colombia: Impactos y Estrategia de Respuesta en el Corto y Mediano Plazo*. World Bank. <https://doi.org/10.1596/30651>
- Yáñez, C. A., de la Fuente, F. L., Toffoleto, M. C., y Masalan, A. M. (2018). Necesidades de salud de migrantes en países receptores desde un enfoque biopsicosocial. *Medisur*, 16(6), 930-939. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v16n6/ms16616.pdf>

8. Anexos

8.1 Anexo 1. Formato de diario de campo

Titulo: Investigación:			
Logo	Objetivo de la investigación :		
	FECHA:	HORA DE INICIACIÓN:	HORA DE FINALIZACIÓN:
	NUMERO DE ENTREVISTA:	LUGAR: Aplicación Meet	
	CÓDIGO PARTICIPANTE: P1E1		
DESCRIPCIÓN			
NOTAS DE CONTEXTO	NOTAS DE REFLEXIÓN	NOTAS DE METODOLOGÍA O PROCEDIMENTALES	OBSERVACIONES

8.2 Anexo 2. Lista de chequeo-Grupos focales colocar

Lista de chequeo

	Si	No	Observaciones
Planear el objetivo de estudio			
Identificar y seleccionar los participantes			
Analizar la información sobre los participantes			
Seleccionar al moderador			
Diseñar las preguntas			
Desarrollar y validar una estrategia de taller a través de las técnicas de dinámica grupal			
Reservar y preparar el sitio donde se va a realizar las sesiones			
Invitar, a los participantes, de forma escrita o verbal			
Verificar la asistencia y compromiso por otros medios tales como llamadas telefónicas o confirmaciones indirectas -terceros-			
Organizar el sitio y la logística de la reunión -número y tipo de asientos, equipos, refrigerios, etc. -			
Confirmación la invitación a los participantes			
Organizar los materiales didácticos que se van a utilizar en la sesión, si es el caso			
Desarrollo de la sesión: inducción, conducción, y discusión grupal.			
Clausura de la sesión: presentación de las conclusiones y acuerdos; entrega de un certificado			
Proceso de validación de las relatorías, acuerdos y resultados por parte del equipo investigador			
Informe final.			

8.3 Anexo 3. Guiones para encuestas

8.3.1 Encuesta funcionarios Estratégico (administrativo)

Esta entrevista hace parte del trabajo de grado de la maestría en salud pública de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, cuyo objetivo general de la investigación es Construir

una estrategia de atención en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante irregular venezolana mediante un proceso de investigación acción para el municipio de Arauca. Este instrumento va dirigido a todo funcionario que trabaje en instituciones relacionadas con la atención en salud sexual y reproductiva de la mujer migrante, las opiniones y comentarios aquí trabajados de manera conjunta, no serán utilizados aisladamente, evitando difundir aspectos propios de cada organización, los datos que de esta aplicación se obtengan serán utilizadas para fines netamente investigativos y académicos. A continuación, agradecemos diligenciar cada uno de los siguientes espacios complemente y responder las preguntas de manera sincera.

Fecha:	• Técnico / Tecnólogo
Nombre:	• Profesional Universitario
Fecha de nacimiento:	• Posgrado
Número telefónico:	3. ¿Cuál es su profesión?
Correo electrónico:	• Médico
1. ¿Cuál es su estrato sociodemográfico	• Enfermero
• Estrato 1	• Administración, finanzas, economía y afines
• Estrato 2	• Ciencias políticas y derecho
• Estrato 3	• Otra ¿Cuál?
• Estrato 4	4. Cuántos años de experiencia tiene laborando en salud sexual y reproductiva:
• Estrato mayor 5	• 0-2 años
2. ¿Cuál es su formación académica?	• 3-6 años
• Primaria completa	• 7-9 años
• Primaria incompleta	• Mas 10 años
• Secundaria incompleta	5. Nombre de la entidad para la cual labora actualmente:
• Secundaria completa	

- 6 a 10 años
 - Mas 11 años
6. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando para esta entidad?
- 0 a 5 años
7. ¿Qué cargo desempeña dentro de la entidad para que labora?

8.3.2 Encuesta funcionarios Nivel Táctico (Asistencial)

Esta encuesta hace parte del trabajo de grado de la maestría en salud pública de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, cuyo objetivo general de la investigación es Construir una estrategia de atención en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante irregular venezolana mediante un proceso de investigación acción para el municipio de Arauca. Este instrumento va dirigido a todo funcionario que trabaje en instituciones relacionadas con la atención en salud sexual y reproductiva de la mujer migrante, las opiniones y comentarios aquí trabajados de manera conjunta, no serán utilizados aisladamente, evitando difundir aspectos propios de cada organización, los datos que de esta aplicación se obtengan serán utilizadas para fines netamente investigativos y académicos.

A continuación, agradecemos diligenciar cada uno de los siguientes espacios complementemente y responder las preguntas de manera sincera.

Fecha:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Número telefónico:

Correo electrónico:

- Estrato 1
- Estrato 2
- Estrato 3
- Estrato 4
- Estrato mayor 5

1.Cuál es su estrato sociodemográfico

1. ¿Cuál es su formación académica?

- Primaria completa
 - Primaria incompleta
 - Secundaria incompleta
 - Secundaria completa
 - Técnico / Tecnólogo
 - Profesional Universitario
 - Posgrado
2. ¿Cuál es su profesión?
- Medico
 - Enfermero
 - Administración, finanzas, economía y afines
3. Cuántos años de experiencia tiene laborando en salud sexual y reproductiva:
- 0-2 años
 - 3-6 años
 - 7-9 años
 - Mas 10 años
4. Nombre de la entidad para la cual labora actualmente:
5. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando para esta entidad?
- 0 a 5 años
 - 6 a 10 años
 - Mas 11 años
6. ¿Qué cargo desempeña dentro de la entidad para que labora?
- Ciencias políticas y derecho
 - Otra ¿Cuál?

8.3.3 Encuesta población migrante venezolana

Esta encuesta hace parte del trabajo de grado de la maestría en salud pública de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, cuyo objetivo general de la investigación es Construir una estrategia de atención en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante irregular venezolana mediante un proceso de investigación acción para el municipio de Arauca. Este instrumento va dirigido a toda mujer en condición de migrante relacionado con la atención en salud

sexual y reproductiva, las opiniones y comentarios aquí trabajados de manera conjunta, no serán utilizados aisladamente, evitando difundir aspectos propios de cada una, los datos que de esta aplicación se obtengan serán utilizadas para fines netamente investigativos y académicos.

A continuación, agradecemos diligenciar cada uno de los siguientes espacios complementemente y responder las preguntas de manera sincera.

- | | |
|--|--|
| <p>1. Fecha:</p> <p>2. Nombre:</p> <p>3. Fecha de nacimiento:</p> <p>4. Número telefónico:</p> <p>5. Correo electrónico:</p> <p>6. ¿En qué municipio de Arauca vive usted?</p> <p>7. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en Colombia-Arauca?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor a 6 meses • 7-12 meses • Más de 12 meses <p>8. ¿Cuál es su País de procedencia?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Venezuela • Colombia • Otro | <p>9. ¿Cuenta usted con PEP (permiso especial de permanencia)? o ¿Cuenta usted con papeles legales para permanecer en Colombia?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO <p>8. ¿Cuál es su formación académica?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaria completa • Primaria incompleta • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Técnico / Tecnólogo • Profesional Universitario • Posgrado <p>10. Nombre tres servicios de salud utilizados por usted durante los últimos seis meses</p> |
|--|--|
-

11. Valoración familiograma, eco
mapa (formato adaptado Fundación
universitaria Juan N. Corpas)

8.4 Anexo 4. Guiones para grupos focales

8.4.1 Grupos focales para funcionarios administrativos

Objetivo específico	Pregunta orientadora	Pregunta secundaria
Describir las estrategias de atención en salud sexual y reproductiva implementadas o planeadas en el municipio de Arauca para la atención de la mujer migrante venezolana.	<p>¿Cómo usted percibe la salud sexual y reproductiva de la mujer migrante venezolana?</p> <p>¿Describame desde su experiencia que es una estrategia?</p> <p>¿Qué estrategias conoce actualmente en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante en Arauca?</p>	<p>¿Desde su experiencia ve efectivo utilizar estrategias para el abordaje de la salud sex reproductiva de la mujer migrante venezolana?</p> <p>¿Por favor me puede ampliar cuales son esas estrategias en salud sexual y reproductiva las mujeres migrantes venezolanas?</p> <p>¿ han contemplado la organización estratégica enfocadas a la atención salud sexual reproductiva de la mujer migrante venezolana?</p>
Comprender el proceso de atención en salud sexual y reproductiva que actualmente se les brinda a las mujeres migrantes venezolanas en las instituciones prestadoras que ofrecen el servicio en el municipio de Arauca	<p>¿Desde las políticas públicas como proyecta articular las rutas de atención en salud sexual y reproductiva de la mujer migrante venezolana en Arauca?</p> <p>¿Con cuales organizaciones gubernamentales y no gubernamentales desde su oficina se articulan para la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer migrante?</p>	<p>¿Podría ampliarme la información de las rutas de atención que conoce?</p> <p>Han contemplado la creación de rutas de atención en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante venezolana</p> <p>¿Con organizaciones gubernamentales cuáles?</p> <p>¿Con organizaciones no gubernamentales cuáles?</p> <p>¿hay alguna experiencia exitosa que demuestre efectivamente la atención de la mujer migrante?</p>
Identificar las necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes venezolanas en el municipio de Arauca	<p>¿Cómo ustedes identifican las necesidades de la mujer migrante?</p> <p>¿Cómo ustedes hacen un seguimiento y evaluación a las estas necesidades de la mujer migrante?</p> <p>¿Describa usted que barreras percibe en la atención en la salud sexual y reproductiva de la mujer migrante venezolana?</p> <p>¿Describa usted cuales percibe como factores facilitadores en la atención en salud sexual y reproductiva de la mujer migrante venezolana?</p>	<p>¿ han contemplado como puede ser esa evaluación estratégica para atención en salud sexual reproductiva de la mujer migrante venezolana?</p>
Crear una estrategia de atención en salud sexual y reproductiva con la participación de la mujer migrante venezolana y conjunto con las organizaciones dedicadas a la atención de migrantes como los son las ONG e entidades gubernamentales	<p>¿Cómo desde su institución puede contribuir con estrategias para la atención de la mujer migrante venezolana en salud sexual y reproductiva?</p> <p>Dentro de las prioridades en salud sexual y reproductiva ¿cuál considera usted que debe abordarse de manera prioritaria con la mujer migrante venezolana?</p> <p>Usted considera que se nos escapa algo que nos puede ayudar con el desarrollo de una estrategia en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante venezolana.</p> <p>¿Cómo se sintió durante esta entrevista?</p>	<p>A continuación, voy a nombrar algunas prioridades en salud sexual y reproductiva favor me indica cual considera usted requiere intervenir de manera prioritaria con las mujeres migrantes venezolanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derechos sexuales y reproductivos • Planificación familiar • Embarazo en la adolescencia • Infecciones de transmisión sexual • VIH • Violencia contra la mujer • posibilidad de acceder a la atención de salud sexual • embarazos no deseados y aborto <p>Desea agregar algo más a esta entrevista</p>

8.4.2 Grupos focales para profesionales

Objetivo específico	Pregunta orientadora	Pregunta secundaria
Describir las estrategias de atención en salud sexual y reproductiva implementadas o planeadas en el municipio de Arauca para la atención de la mujer migrante venezolana.	¿Describame que medidas adopta usted para el cuidado de su salud sexual y reproductiva?	
Comprender el proceso de atención en salud sexual y reproductiva que actualmente se les brinda a las mujeres migrantes venezolanas en las instituciones prestadoras que ofrecen el servicio en el municipio de Arauca	<p>¿Me podría describir como accedió a los servicios de salud sexual y reproductiva en Arauca- Colombia?</p> <p>¿cuénteme que sabe usted referente a los servicios ofertados en salud sexual y reproductiva en Arauca- Colombia?</p> <p>¿Me puede describir que redes de apoyo conoce para la atención de la mujer migrante?</p>	<p>¿Qué trasmites hizo para acceder al servicio?</p> <p>¿Qué instituciones le han brindado atención a usted o alguna mujer venezolana migrante dentro de territorio colombiano?</p>
Identificar las necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes venezolanas que asisten en el municipio de Arauca	<p>Describa usted como ha encontrado los servicios de salud sexual y reproductiva en Arauca- Colombia</p> <p>¿Qué facilidades ha encontrado usted para la atención?</p> <p>¿Qué dificultades ha encontrado usted para la atención?</p> <p>¿Cómo percibe la atención de los profesionales de la salud de los servicios de salud sexual y reproductiva?</p> <p>¿Cuáles son las principales causas que la motivaron a usted para recibir la atención en salud sexual y reproductiva en Colombia?</p> <p>¿Qué extraña usted de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva ofertados en Venezuela?</p>	<p>Me podría ampliar la información</p> <p>¿En algún momento las mujeres que conviven a su alrededor le han manifestado facilidades para la atención en salud sexual y reproductiva?</p> <p>¿En algún momento las mujeres que conviven a su alrededor le han manifestado alguna barrera para atención en salud sexual y reproductiva?</p> <p>¿Cómo siente la atención de los profesionales de la salud de los servicios de salud sexual y reproductiva?</p> <p>cuénteme porque tiene esa percepción</p>
Crear una estrategia atención en salud sexual y reproductiva con la participación de la mujer migrante venezolana y conjunto con las organizaciones dedicadas a la atención de migrantes como los son las ONG e entidades gubernamentales	<p>¿Cómo le gustaría a usted que se construyera una estrategia en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante venezolana?</p> <p>¿Qué cree usted que se debe intervenir de manera prioritaria en la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes venezolanas?</p>	<p>¿Cómo le gustaría a usted que se construyera servicio de atención en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante venezolana?</p>

8.4.3 Grupos focales para usuarias

Objetivo específico	Pregunta orientadora	Pregunta secundaria
Describir las estrategias de atención en salud sexual y reproductiva implementadas o planeadas en el municipio de Arauca para la atención de la mujer migrante venezolana.	¿Describame que medidas adopta usted para el cuidado de su salud sexual y reproductiva?	
Comprender el proceso de atención en salud sexual y reproductiva que actualmente se les brinda a las mujeres migrantes venezolanas en las instituciones prestadoras que ofrecen el servicio en el municipio de Arauca	<p>¿Me podría describir como accedió a los servicios de salud sexual y reproductiva en Arauca -Colombia?</p> <p>¿cuénteme que sabe usted referente a los servicios ofertados en salud sexual y reproductiva en Arauca- Colombia?</p> <p>¿Me puede describir que redes de apoyo conoce para la atención de la mujer migrante?</p>	<p>¿Qué traspases hizo para acceder al servicio?</p> <p>¿Qué instituciones le han brindado atención a usted o alguna mujer venezolana migrante dentro de territorio colombiano?</p>
Identificar las necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes venezolanas que asisten en el municipio de Arauca	<p>Describa usted como ha encontrado los servicios de salud sexual y reproductiva en Arauca- Colombia</p> <p>¿Qué facilidades ha encontrado usted para la atención?</p> <p>¿Qué dificultades ha encontrado usted para la atención?</p> <p>¿Cómo percibe la atención de los profesionales de la salud de los servicios de salud sexual y reproductiva?</p> <p>¿Cuáles son las principales causas que la motivaron a usted para recibir la atención en salud sexual y reproductiva en Colombia?</p> <p>¿Qué extraña usted de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva ofertados en Venezuela?</p>	<p>Me podría ampliar la información</p> <p>¿En algún momento las mujeres que conviven a su alrededor le han manifestado facilidades para la atención en salud sexual y reproductiva?</p> <p>¿En algún momento las mujeres que conviven a su alrededor le han manifestado alguna barrera para atención en salud sexual y reproductiva?</p> <p>¿Cómo siente la atención de los profesionales de la salud de los servicios de salud sexual y reproductiva?</p> <p>cuénteme porque tiene esa percepción</p>
Crear una estrategia atención en salud sexual y reproductiva con la participación de la mujer migrante venezolana y conjunto con las organizaciones dedicadas a la atención de migrantes como los son las ONG e entidades gubernamentales	<p>¿Cómo le gustaría a usted que se construyera una estrategia en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante venezolana?</p> <p>¿Qué cree usted que se debe intervenir de manera prioritaria en la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes venezolanas?</p>	<p>¿Cómo le gustaría a usted que se construyera servicio de atención en salud sexual y reproductiva para la mujer migrante venezolana?</p>