

Necesidades en salud sexual y salud reproductiva: perspectivas de la población migrante venezolana en cuatro ciudades fronterizas*¹

Sexual and reproductive health needs: perspectives of Venezuelan migrant population at four border cities

Mariana Calderón Jaramillo

Profamilia, Bogotá, D.C., Colombia.

mariana.calderon@profamilia.org.co | <https://orcid.org/0000-0002-2722-6590>

Rocío Murad

Profamilia, Bogotá, D.C., Colombia

rmurad@profamilia.org.co | <https://orcid.org/0000-0001-7642-7156>

Natalia Acevedo Guerrero

Universidad de Pittsburg, Pittsburg, Estados Unidos.

acevedog.natalia@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-3861-2948>

Luz Janeth Forero

Transmilenio, Bogotá D.C., Colombia.

ljforerom@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0002-9379-836X>

Juan Carlos Rivillas

Profamilia, Bogotá, D.C., Colombia

juan.rivillas@profamilia.org.co | <https://orcid.org/0000-0002-0961-3079>

* Este artículo es resultado de la 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.

¹ A las personas migrantes venezolanas que a pesar de las situaciones difíciles que estaban enfrentando, compartieron sus historias. También a los prestadores de servicios de salud, las agencias internacionales y funcionarios de diferentes sectores del gobierno en Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar, por facilitar el proceso de recolección de información. A Kathryn Roberts, Olivia O'Connell, Susana, Lindsay McCormack (International Planned Parenthood Federation - IPPF) por su apoyo técnico y sus comentarios a toda la investigación.



Recibido: 9 de noviembre de 2020. **Aprobado:** 23 de marzo de 2021.

DOI: 10.25100/lamanzanadeladiscordia.v16i1.10735

Artículo de investigación

¿Cómo citar este artículo? / *How to quote this article?*

Calderón, Mariana, Murad, Rocío, Acevedo, Natalia, Forero, Luz Janeth, y Rivillas, Juan Carlos. (2021). Necesidades en salud sexual y salud reproductiva: perspectivas de la población migrante venezolana en cuatro ciudades fronterizas. *La Manzana de la Discordia*, 16(1), e20310735. <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v16i1.10735>

Resumen

Durante los procesos migratorios, las personas enfrentan necesidades en salud sexual y salud reproductiva. Esta investigación buscó entender estas necesidades desde la identificación del grado de implementación del Paquete Inicial Mínimo (PIMS) de servicios en salud reproductiva en situaciones de crisis en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. Se realizaron grupos focales a hombres y mujeres entre los 14 y los 49 años que fueran población migrante venezolana en Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar con el fin de identificar sus percepciones respecto a sus necesidades en salud sexual y reproductiva. Es así como se identificaron necesidades en anticoncepción, acceso al aborto seguro y prevención de infecciones de transmisión sexual; adicionalmente, las mujeres señalaron necesidades relacionadas con la lactancia, el cuidado menstrual y la atención del parto. Se evidenció que existen barreras de acceso a estos servicios generadas por los costos de la atención, la desinformación, y la discriminación. También se identificaron violencias y xenofobia por parte del personal prestador 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.

Palabras clave: Salud, Migrantes, Sistemas de salud, Derechos sexuales y reproductivos, Poblaciones vulnerables.

Abstract

During migratory processes, people face needs in sexual and reproductive health. This research sought to understand these needs through the identification of the degree of implementation of the Minimum Initial Services Package (MISP) for reproductive health in crisis, in four cities of Colombia-Venezuela border. Focus groups with Venezuelan migrant men and women from 14 to 49 were held in Arauca, Cúcuta, Riohacha and Valledupar in order to identify their perceptions regarding their sexual and reproductive health needs. Needs in contraception, access to safe abortion and prevention of sexually transmitted infections were identified; additionally, women indicated needs related to breastfeeding, menstrual care and childbirth care. It was evidenced that there are access barriers to these services generated by the costs of care, misinformation, and discrimination. Violence and xenophobia by health service personnel were also identified. To guarantee sexual and reproductive rights of migrants Venezuelans in Colombia is an urgent task.

Key words: Health, Migrants, Health Systems, Reproductive Rights, Vulnerable population.

Introducción

Desde el 2012, Colombia se ha convertido en un país receptor de población migrante, un fenómeno nuevo en un país que históricamente se ha caracterizado por expulsar población como resultado del conflicto armado y la crisis económica. Este fenómeno ha venido en incremento desde el 2016, al punto que para diciembre del 2020, el país contaba con alrededor de 1,7 millones de población migrante venezolana (Migración Colombia, 2021). A pesar de ello, para el 2018 se conocía muy poco de las necesidades en salud de la población migrante de origen venezolano (Migración Colombia, 2018; Ortega *et al.*, 2018) y en el país se empezaron a adelantar diferentes investigaciones sobre este tema.

En este contexto, la Dirección de Investigaciones de Profamilia adelantó la primera evaluación de necesidades en salud sexual y salud reproductiva en cuatro ciudades de la frontera colombo- venezolana (2019), con el fin de conocer con más detalle cuáles eran las principales problemáticas que la población migrante estaba enfrentando en esta materia, así como conocer mejor los vacíos en la respuesta humanitaria para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Dicha investigación se realizó mediante una metodología mixta en la cual se combinaron métodos cuantitativos, orientados hacia la evaluación de los servicios disponibles en salud sexual y salud reproductiva dentro de las organizaciones que estaban dando respuesta a este fenómeno migratorio; con métodos cualitativos mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a líderes de programas orientados a la salud sexual y la salud reproductiva de la población migrante, y grupos focales con hombres y mujeres migrantes de diferentes edades.

Los resultados de esta investigación permitieron conocer mejor el carácter urgente de las necesidades en salud sexual y salud reproductiva, así como explorar vacíos en la respuesta a este flujo migratorio respecto a la salud sexual y salud reproductiva. El presente artículo busca profundizar en el análisis cualitativo de las experiencias de la población migrante frente a temas como el uso de métodos anticonceptivos, el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, acceso al aborto seguro, prevención y atención de infecciones de transmisión sexual y de las violencias basadas en género.

El análisis se concentra en dos temas principales: las necesidades en salud sexual y salud reproductiva en escenarios frágiles o de crisis; y la identificación de necesidades urgentes de acuerdo con el Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS) en salud sexual y salud reproductiva en crisis.

A. La salud sexual y la salud reproductiva en la migración de origen venezolana

Durante las crisis y los fenómenos migratorios, las personas enfrentan dificultades para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, salud, seguridad, empleo y educación. Adicionalmente, en contextos migratorios como el éxodo venezolano, los lugares o países expulsores presentan fenómenos económicos que se traducen en el desabastecimiento de medicamentos y otros insumos médicos, y en la falta de disponibilidad de servicios de salud.

Alrededor del mundo se han documentado los efectos que las crisis humanitarias pueden tener sobre la salud sexual y la salud reproductiva de las personas. Algunas investigaciones han hecho referencia a estas necesidades y a las desigualdades que suponen. En Europa se ha abordado con un énfasis específico en la violencia sexual a la que están expuestas las mujeres refugiadas (Grotti, Malakasis, Quagliariello y Sahraoui, 2018; Keygnaert y Guieu, 2015; Robbers y Morgan, 2017); por su parte, en Estados Unidos se ha llamado la atención sobre la falta de cobertura universal en el acceso a estos servicios por parte de la población migrante irregular (Hasstedt, Desai y Ansari-Thomas, 2018; Tapales, Douglas-Hall y Whitehead, 2018); y en Canadá se ha indicado la vulnerabilidad percibida en materia de infecciones de transmisión sexual (Ochoa y Sampalis, 2014).

Finalmente, en América Latina se ha identificado los efectos que tiene la migración sobre la salud sexual y la salud reproductiva, debido a las diferentes barreras que enfrenta la población migrante para acceder a los servicios que requiere y las vulnerabilidades que suponen (Martínez-Pizarro y Reboiras-Finardi, 2010; Mora, 2004). A pesar de esta evidencia, desde el 2016, la población migrante venezolana que estaba llegando a Colombia presentaba importantes necesidades en salud sexual y salud reproductiva, las cuales estaban relacionadas con el contexto de Venezuela, caracterizado por desigualdades en el acceso a métodos anticonceptivos y la imposibilidad de muchas mujeres para acceder al aborto seguro, dadas las leyes restrictivas del vecino país (PLAFAM y SRI, 2016).

Para entonces, se contaba con poca información estadística sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres venezolanas, pero diferentes organizaciones habían llamado la atención sobre los efectos negativos que estaba teniendo la emergencia humanitaria sobre la garantía de sus derechos (AVESA, CEPAZ, FREYA, y Mujeres en Línea, 2017). Adicionalmente, para este momento se estaba evidenciando una escasez de insumos y medicamentos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva (Albaladejo, 2018). De esta manera, la población migrante venezolana estaba dejando un país con numerosos

problemas en materia de salud sexual y salud reproductiva, y llegando a otro en el que la respuesta humanitaria aún estaba en proceso de consolidación.

Lo anterior es el resultado de los efectos de algunos determinantes sociales de las desigualdades en salud que funcionan de manera estructural, tales como: falta de financiación y apoyo del gobierno para las respuestas, problemas de gobernanza y falta de articulación intersectorial. Estos elementos se traducen en dificultades por parte de las instituciones para abordar, de manera segura y efectiva la migración en el marco de esta crisis humanitaria. A su vez, estos elementos profundizan otros problemas como la falta de acceso a información de calidad, discriminación y xenofobia contra la población migrante venezolana.

Las consecuencias de estos determinantes sobre la salud sexual y salud reproductiva de la población migrante pueden variar según los contextos socioeconómicos en el lugar de origen y de destino, y el estatus migratorio de las personas; sin embargo, es sabido que las áreas geográficas de recepción de la población migrante se caracterizan por situaciones de subdesarrollo histórico, pobreza y profundas desigualdades sociales (Martínez-Pizarro y Reboiras-Finardi, 2010). Dado que, las necesidades en salud sexual y salud reproductiva ponen en riesgo la vida de las que se reflejan en el incremento de: la violencia sexual, los embarazos no deseados, los abortos inseguros, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. En respuesta a estas afectaciones, desde hace algunos años se diseñó el Paquete Inicial Mínimo de Servicios en Salud Reproductiva para escenarios de crisis humanitaria (IAWG, 2017a).

B. Qué es el Paquete Inicial Mínimo de Servicios en Salud Reproductiva

Es sabido que durante las crisis humanitarias las personas enfrentan escenarios que afectan de manera negativa sus derechos humanos. Para evitar estas afectaciones, se han diseñado diferentes instrumentos de trabajo que buscan garantizar la dignidad de las personas mediante la respuesta humanitaria (The Sphere Project, 2018). Esta respuesta debe concentrarse en aspectos críticos que reduzcan la morbilidad y la mortalidad, permitan resolver de manera inmediata las necesidades más urgentes de la población, y garanticen la superación de la crisis o la emergencia.

El hecho de que muchas necesidades en salud sexual y salud reproductiva tengan efectos negativos sobre la vida de las personas, ha generado la necesidad de que la respuesta sea organizada y permita mitigar los efectos negativos de esta. Para ello, el grupo de trabajo interagencial (Inter-Agency-Working Group) sobre salud reproductiva en contextos de crisis

creó el Paquete Inicial Mínimo de Servicios, que identifica acciones estratégicas para garantizar la vida y los derechos de las personas en contextos de crisis (IAWG, 2017b; Lisam, 2014; Onyango, Hixson y McNally, 2013). En sus diferentes versiones, este paquete ha definido una serie de acciones en salud sexual y salud reproductiva que permiten salvar vidas en contextos de crisis, gracias al trabajo interagencial.

En la versión del 2017, dicho paquete se encontraba orientado por cinco objetivos que hacían referencia a: i) identificar la agencia que debe liderar la respuesta humanitaria en materia de salud sexual y salud reproductiva; ii) prevenir la violencia sexual y atender de manera integral a las sobrevivientes; iii) prevenir la transmisión de VIH y otras infecciones de transmisión sexual; iv) prevenir el exceso de mortalidad y morbilidad materna y del recién nacido; y v) planear servicios integrales de salud reproductiva articulados a la atención en salud (IAWG, 2017a).

La importancia del PIMS radica en su capacidad para articular acciones estratégicas que, en escenarios de crisis humanitaria, salvan vidas. En este sentido, es común que durante las emergencias no todo el mundo conozca el PIMS, pero sí reconozca las acciones estratégicas que hacen parte de sus objetivos. Sin embargo, la implementación de este paquete garantiza una respuesta articulada y organizada frente a las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de las personas. La implementación de este paquete ha sido evaluada en diferentes contextos mediante la caja de herramientas desarrollada por el mismo Grupo de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en crisis (IAWG por sus siglas en inglés). Investigaciones en escenarios de crisis como Haití (Krause, Heller y Tanabe, 2011), Nepal (Myers *et al.*, 2018; Onyango *et al.*, 2013), Siria (Krause *et al.*, 2015), Bangladesh (Ahmed *et al.*, 2019), Turquía (Çöl *et al.*, 2020) y en Líbano (Nabulsi *et al.*, 2021) han señalado tanto la importancia de la implementación de este paquete, como los retos que implica garantizar la salud reproductiva en escenarios de crisis.

Sin embargo, para el momento en el que se adelantó esta investigación, la literatura sobre las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana que se encontraba en Colombia era todavía escasa. Por lo cual esta investigación buscó generar evidencia relevante sobre el tema, que orientara la toma de decisiones y los balances sobre la respuesta humanitaria en algunas de las ciudades fronterizas que para entonces estaban concentrando la mayoría de la población migrante de origen venezolano.

Metodología

A. Diseño del estudio

Estudio subnacional que combinó diferentes métodos cualitativos y fuentes de información de acuerdo con la Caja de herramientas del IAWG, que conjuga el uso de diferentes métodos cualitativos: i) revisión de literatura; ii) entrevistas con informantes clave en salud sexual y salud reproductiva, violencia basada en género (VBG) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); iii) evaluación a las instalaciones de salud que prestan servicios a la población migrante venezolana; y iv) grupos focales con población migrante. Como ya se mencionó, este artículo se concentra en el análisis de los grupos focales con población migrante.

B. Contexto del estudio

En el 2018, Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar eran algunas de las principales ciudades colombianas que estaban recibiendo proporciones masivas de población migrante venezolana. Según el reporte de Migración Colombia (2018), en noviembre del 2018 estos cuatro municipios concentraban entre un 3% y un 20% del total de la población migrante venezolana en el país. En el 2018, esta población era de alrededor de un millón y medio de migrantes y refugiados, de los cuales cerca del 93% se concentraba en 12 de los 33 departamentos del país, en muchas ocasiones en lugares fronterizos de los departamentos de Arauca, Cúcuta, Santander y Norte de Santander (Migración Colombia, 2018).

Además de que se trataba de ciudades fronterizas que se habían consolidado como puntos de paso de la ruta migratoria, los indicadores socioeconómicos de estas ciudades dan cuenta de importantes brechas sociales: niveles de pobreza multidimensional superiores al 40%, bajo logro educativo, rezago escolar, bajo nivel de acceso a servicios para la primera infancia, y altos índices de empleo informal y de dependencia económica. A su vez, estas ciudades estaban experimentando dificultades socioeconómicas antes de la llegada de los migrantes. Por ejemplo, Riohacha y Arauca no cuentan con servicios de acueducto y alcantarillado.

Adicionalmente, aunque la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2015 (Ministerio de salud y protección social, y Profamilia, 2017) no cuenta con información desagregada para cada uno de estos municipios en salud sexual y salud reproductiva, se sabe que los mismos se encuentran caracterizados por barreras en el acceso a estos servicios, particularmente en temas relacionados con aborto y atención de violencias basadas en género (Profamilia, 2019).

Recientemente, otra investigación identificó que, en Colombia, el 34% de las atenciones en materia de anticoncepción recibidas entre el 2018 y el 2019 en población migrante y refugiada venezolana estaban relacionadas con embarazos confirmados, lo cual puede ser indicativo de una demanda insatisfecha de anticonceptivos; que el 46% de las atenciones en salud materna hacían referencia a morbilidad materna extrema, una situación prevenible mediante el acceso a consultas prenatales; que el 39% de las atenciones por enfermedades transmisibles estaban relacionadas con VIH/SIDA; y, finalmente, que el 43% de las atenciones por violencia a esta población para el período analizado estuvieron relacionadas con casos de violencia sexual (Asociación Profamilia y Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA-USAID), 2020)

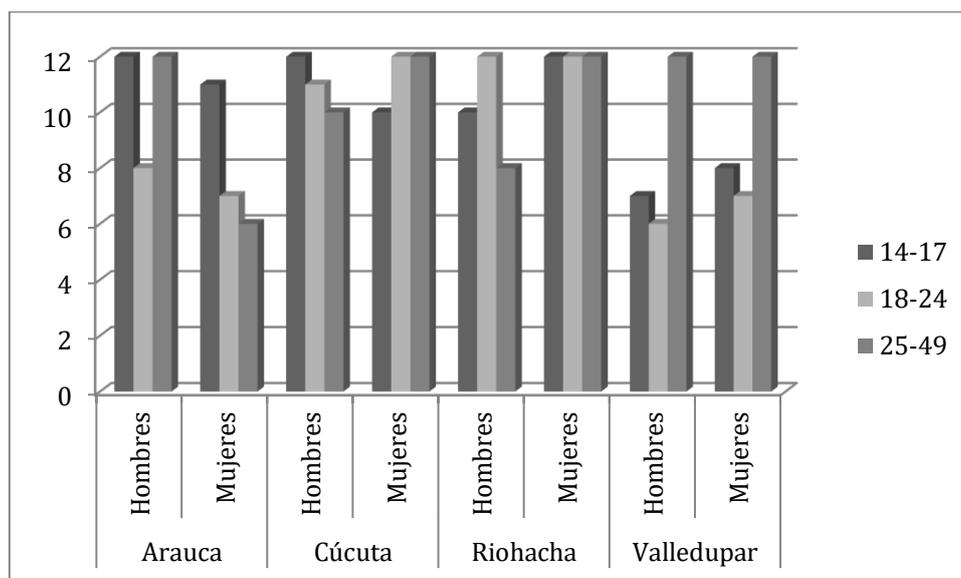
Recolección de datos

Los datos se recolectaron en cuatro ciudades: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar, cuya selección se realizó debido a su carácter fronterizo y la presencia de un número importante de migrantes. La recolección de datos se realizó entre el 6 y el 17 de noviembre del 2018. Mediante los grupos focales, se logró recolectar información sobre los servicios de salud sexual y salud reproductiva a los que estaban o no teniendo acceso la población migrante.

Los grupos focales de discusión fueron realizados por una entrevistadora y una observadora en cada una de las ciudades. En total, se realizaron 24 grupos focales con mujeres y hombres migrantes divididos en los siguientes grupos de edad: 14 a 17 años, 18 a 24 años, y 25 a 49 años; de esta manera se llevaron a cabo seis grupos focales en cada una de las ciudades. La Figura 1 muestra la distribución por municipio, edad y sexo de los participantes. El proceso de selección de las personas se realizó mediante el método bola de nieve en lugares con presencia de un volumen importante de migrantes. Las preguntas de los grupos focales giraron en torno a acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva, uso de métodos anticonceptivos, servicios materno-infantiles, prevención y tratamiento de ITS, aborto y servicios amigables para jóvenes².

² El proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de Profamilia (CEIP), otorgada el 1 de noviembre del 2018. Con el fin de garantizar la confidencialidad, mantener la anonimidad de los participantes de la investigación y de evitar las oportunidades de identificación, durante el análisis no se usan nombres personales ni de instituciones. Durante el trabajo de campo, se prestó especial atención a las relaciones de poder atravesadas por el género, la raza, la clase y la edad, así como sus efectos en las percepciones y las experiencias de las personas. Todas las personas aceptaron su participación en la investigación mediante la firma de un consentimiento informado. En el caso de los menores de edad, esta aceptación se dio mediante un asentimiento

Figura 1. Composición por sexo y edad de los participantes de los grupos focales



Fuente: elaborada por las autoras con base en la información recolectada mediante los grupos focales.

Análisis de datos

Los grupos focales fueron grabados, transcritos y posteriormente codificados mediante el software N-Vivo 10. El proceso de codificación se concentró en tres temas principales: a) las necesidades en salud sexual y salud reproductiva; b) las barreras en el acceso a los servicios de salud; y c) las diferentes violencias que estaban enfrentando por parte de los prestadores de servicios de salud, tales como el estigma y la xenofobia. El análisis se realizó con base en los planteamientos de la teoría fundamentada (Corbin y Strauss, 1990); en este sentido, aunque se definieron unos temas generales de codificación, este proceso estuvo abierto a las categorías emergentes.

¿Qué piensan las personas migrantes acerca de su salud sexual y su salud reproductiva?

Los grupos focales permitieron dar protagonismo a las voces de personas migrantes y refugiadas venezolanas respecto a su situación, sus nociones y sus prácticas en salud sexual y salud reproductiva. La realización de estos grupos fue fundamental para entender cómo su salud sexual y su salud reproductiva están siendo afectadas por el proceso migratorio, y los vacíos de la respuesta a esta materia. Adicionalmente, permitió identificar barreras de acceso a los servicios y las diferentes violencias que están experimentando esta población por parte del personal prestador de servicios. La Figura 2 presenta la densidad de la codificación de acuerdo con los tres grandes temas codificados para las cuatro ciudades analizadas.

Es importante señalar que las necesidades, barreras y violencias varían de una ciudad a otra, lo cual tiene que ver con la capacidad instalada para la atención de la salud sexual y la salud reproductiva con la que contaban los municipios antes de la intensificación de este flujo migratorio. Adicionalmente, estas barreras están relacionadas con la capacidad de respuesta a esta emergencia por parte del municipio y de las agencias de cooperación internacional que han hecho presencia en el territorio.

A. Necesidades en salud sexual y salud reproductiva

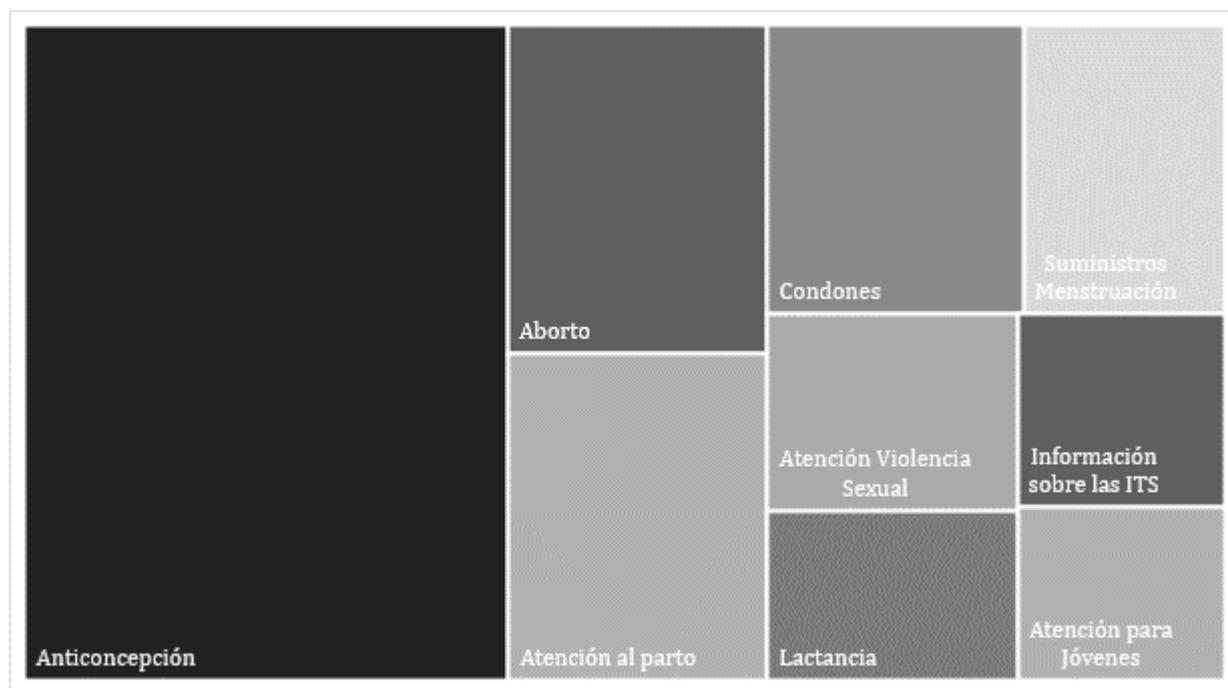
A lo largo de los grupos focales con hombres y mujeres, se identificó una falta de familiaridad con los conceptos básicos de salud sexual y salud reproductiva, así como con los servicios de salud relacionados con estos; sin embargo, se identificaron diferencias entre los hombres y las mujeres respecto a estas necesidades.

La Figura 2 presenta, de acuerdo con la densidad de la codificación, las principales señaladas por las mujeres las cuales están principalmente relacionadas con el acceso a métodos anticonceptivos, a abortos seguros y atención prenatal. Adicionalmente, llama la atención que entre las mujeres también se identificaron necesidades con servicios orientados hacia el cuidado menstrual, la violencia sexual y la lactancia, que son necesidades específicas de las mujeres y que a menudo son descuidadas en escenarios de emergencia humanitaria, a la vez que su atención trae repercusiones económicas sobre las mujeres:

Bueno, por lo menos yo, que yo trabajaba, yo compraba, yo mantenía mis cosas verdad, ahorita no tengo trabajo, yo estaba al pendiente, cosas así, ahorita me viene el periodo y no tengo toallas, ya se me acabaron y no tengo con qué comprar.

Participante de Grupo Focal de Mujeres entre los 14 y los 17 años, Riohacha.

Figura 2. Densidad de la codificación para las principales necesidades en salud sexual y salud reproductiva entre las mujeres



Fuente: elaborada por las autoras con base en la información de los grupos focales codificada mediante N-Vivo.

Por su parte, la Figura 3 presenta las principales necesidades en salud sexual y salud reproductiva señaladas por los hombres participantes de los grupos, aunque la mayoría de la codificación se concentra en la anticoncepción. Es de destacar, la importancia que le dan al acceso a preservativos, y sus preocupaciones relacionadas con la prevención e información sobre las ITS, la educación sexual integral y la atención para jóvenes. Estos elementos llamaban la atención sobre la conciencia de los efectos que a largo plazo podía tener la imposibilidad de satisfacer estas necesidades en salud sexual y salud reproductiva:

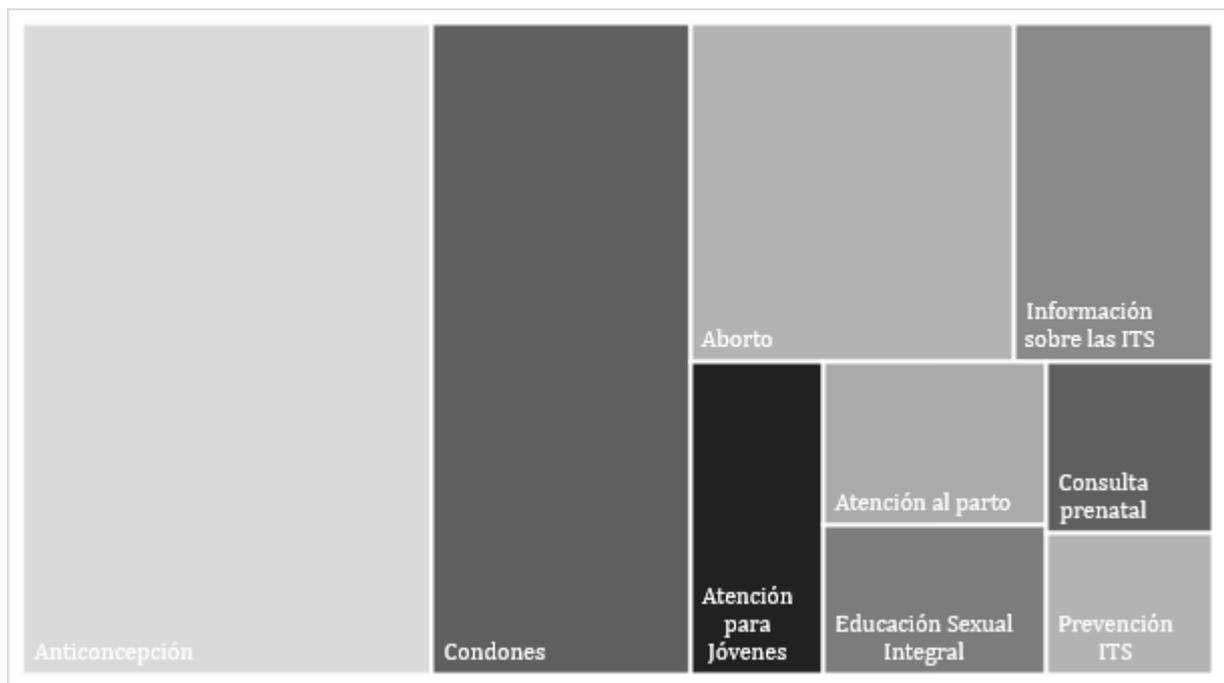
A veces los jóvenes empiezan, pues yo sé que uno es joven y uno empieza como que a querer vivir cosas nuevas y yo digo que también eso de los preservativos es una necesidad también para los muchachos. Porque aquí yo he visto también muchos muchachos de mi edad han tenido, ya tienen hijos, entonces, sí, entonces eso es un problema de que, ellos están muy jóvenes para hacer eso.

Participante de Grupo Focal de Hombres entre los 14 y los 17 años, Arauca.

Así, aunque tanto hombres como mujeres presentaban necesidades diferentes en materia de salud sexual y salud reproductiva, se evidenciaba, en primer lugar, la exposición de

las mujeres a una mayor vulnerabilidad debido al carácter específico de sus necesidades reproductivas; y, en segundo lugar, una preocupación importante sobre las consecuencias que a largo plazo podía tener esta situación sobre los proyectos de vida de las personas. El hecho de que entre las personas más jóvenes ya se manifestaran estas preocupaciones daban cuenta de la falta de oferta e información en los lugares de llegada.

Figura 3. Densidad de la codificación para las principales necesidades en salud sexual y salud reproductiva entre los hombres



Fuente: elaborada por las autoras con base en la información de los grupos focales codificada mediante N-Vivo.

Además de la poca oferta de servicios en salud sexual y salud reproductiva que reconocieron las y los participantes de los grupos focales, muchas de las necesidades en esta materia están relacionados no con la disponibilidad de los servicios, sino con las diferentes barreras enfrentadas por la población migrante y refugiada de origen venezolano en el acceso a los mismos.

B. Barreras en el acceso a los servicios de salud

Las barreras en el acceso a los servicios de salud se encuentran relacionadas con el funcionamiento de los sistemas de salud, así como la situación específica que genera la

migración en un país que históricamente no había sido receptor de población. Las personas migrantes que participaron en esta investigación señalaron que estaban enfrentando numerosas barreras en el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

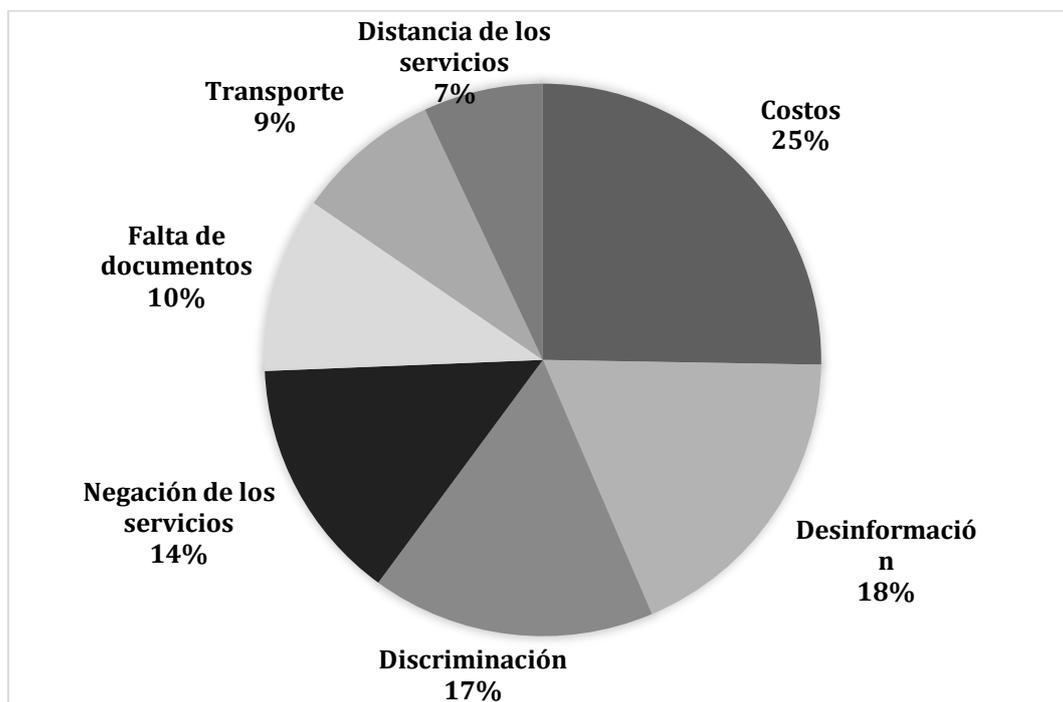
La Figura 4 identifica las principales barreras de acceso señaladas por las personas participantes, de acuerdo con la densidad de la codificación. En ellas se evidencia que la principal barrera tiene que ver con los costos de la atención, seguidos por la desinformación, la discriminación y la negación de los servicios por parte del personal prestador de servicios. Adicionalmente, se mencionan barreras que tienen que ver con la falta de documentos, particularmente entre la población que no ha regularizado la situación, las dificultades para pagar el transporte que lleva a los servicios, y la distancia de los servicios.

En general, las personas que participaron de los grupos focales señalaron que han enfrentado estas barreras sin importar el tipo de servicio de salud sexual y salud reproductiva que buscaran. Sin embargo, se pudieron identificar barreras más profundas en el acceso a servicios de salud materna y del recién nacido:

La vez pasada, esto, yo tengo una prima que está embarazada y la vez pasada vino, pero pasando el puente dónde está la costa de los cascos azules y le dijeron ella tiene cédula colombiana, pero ella es venezolana, pero le dijeron que no la podían atender porque no tenía carnet migratorio y la dejaron sentada ahí y nunca la pasaron.

Participante de Grupo Focal de Hombres entre los 18 y los 24 años, Cúcuta

Figura 4. Densidad de la codificación para las principales barreras de acceso a los servicios



Fuente: elaborada por las autoras con base en la información de los grupos focales codificada mediante N-Vivo.

Adicionalmente, en muchas ocasiones estaban relacionados con desinformación respecto a la disponibilidad de los servicios. Por ejemplo, se identificó que entre la población migrante había un profundo desconocimiento respecto a las causales en las cuales se encuentra despenalizado el aborto en Colombia:

Entrevistadora: ¿En sus países el aborto es legal?

Participante: No.

Participante: No.

Entrevistadora: ¿En Venezuela no es legal?

Participante: No.

Entrevistadora: ¿Y en Colombia?

P: Tampoco.

P: No sé.

P: Aquí yo creo que sí, aquí como que es legal, yo no sé si es aquí o es en Estados Unidos, yo no sé, yo había visto algo que no se si era aquí, que es legal el aborto.

Participante de Grupo Focal de Mujeres entre los 18 y los 24 años,
Valledupar.

Finalmente, muchas de estas barreras están relacionadas con formas de discriminación y violencia durante el primer contacto con los servicios, o durante el contacto con otras instituciones del estado y ONG, lo cual ha generado desconfianza entre esta población y los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

C. Violencia, estigma y exclusión social experimentada por las personas migrantes

En los escenarios de crisis aumentan las diferentes formas de violencia basada en género y de violencia sexual. Adicionalmente, la migración puede generar otras formas de exclusión social con importantes efectos en el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. En general, la discriminación es una de las formas en que se manifestó más fuertemente las barreras actitudinales que estaban imponiendo el personal prestador de servicios de salud a la población migrante. Sin embargo, se evidenciaron otras actitudes xenofóbicas que implicaban violencia contra la población migrante y que a menudo reforzaban estereotipos negativos sobre la salud sexual y la salud reproductiva de esta población.

Bueno aparte de eso, aquí los colombianos están diciendo de que las mujeres como tal estamos trayendo infecciones, enfermedades, de Venezuela hacia acá; que estamos con el VIH, con el SIDA que, con la gonorrea, que esto y que lo otro [...]

Participante de Grupo Focal de Mujeres entre los 25 y los 49 años, Riohacha

Como muestra esta cita, algunos comentarios por parte de los prestadores de servicios de salud han traído como consecuencia imaginarios negativos alrededor de la población migrante. Durante los grupos focales se pudo identificar que la mayoría de este tipo de comentarios estaban dirigidos hacia las mujeres venezolanas, quienes a menudo eran criticadas por la decisión de tener hijos, de hacerse un aborto, o por el hecho de que muchas habían tenido que recurrir al sexo por supervivencia.

Estos estereotipos, a su vez implican diferentes dificultades para acceder a servicios de salud sexual y salud reproductiva, con consecuencias en la garantía de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Adicionalmente, se ha identificado que “las mujeres migrantes están expuestas a riesgos mayores en cuanto a discriminación, explotación y violencia, ya sea durante

sus travesías o en los lugares de destino” (Palacios, 2016), y el hecho de que los prestadores de servicios de salud también participen de estas formas de violencia dificulta el acceso real de esta población a los servicios.

Reflexiones sobre la salud sexual y salud reproductiva en escenarios migratorios y de crisis humanitaria

La investigación en la cual se basan los resultados del presente artículo representó el primer ejercicio de evaluación del grado de implementación del PIMS en salud reproductiva en Colombia, en el marco de la crisis humanitaria generada por los flujos migratorios venezolanos.

De manera general, los hallazgos muestran que, a pesar de los esfuerzos del sistema de salud y de las agendas de coordinación interagencial para responder a las necesidades de la población migrante de origen venezolano, el PIMS aún no ha sido completamente implementado en Colombia. Un análisis más profundo de los resultados cualitativos de esta investigación permite identificar tres temas estratégicos relacionados con esta respuesta, como lo son las necesidades en salud sexual y salud reproductiva percibidas por esta población, las barreras y las formas de violencia que están experimentando en el acceso a estos servicios.

Además de la investigación que se ha adelantado sobre la implementación del PIMS en escenarios de crisis humanitaria, existen diferentes investigaciones que, mediante la revisión de literatura, han abordado los retos de garantizar la salud sexual y la salud reproductiva de poblaciones que se encuentran en escenarios de crisis (Amiri, El-Mowafi, Chahien, Yousef y Hassan Kobeissi, 2020; Beek, McFadden y Dawson, 2019; Singh *et al.*, 2018). En ellas se ha llamado la atención sobre las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, similares a las encontradas en esta investigación, la poca atención que se le ha prestado a las necesidades de la población más joven en escenarios de crisis, y, finalmente, la falta de articulación con actores comunitarios como las parteras, para hacer frente a estas necesidades.

En el caso latinoamericano, una investigación similar a la presentada en este artículo, realizada en Brasil (Bahamondes *et al.*, 2020) con población migrante de origen venezolano ubicado en la frontera, dio cuenta de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres migrantes, y sus efectos sobre la salud materna de esta población. Adicionalmente, otras investigaciones en Colombia sobre este fenómeno migratorio han mostrado dificultades en la atención de la salud materna (Fernández-Niño *et al.*, 2019), profundas desigualdades en el acceso a métodos anticonceptivos (Rivillas-García, Cifuentes-Avellaneda, Ariza-Abril,

Sánchez-Molano y Rivera-Montero, 2021) y falta de una atención integral a las víctimas de violencia sexual (Calderón-Jaramillo, Parra-Romero, Forero-Martínez, Royo y Rivillas-García, 2020).

Lo anterior, de acuerdo con los resultados de este artículo, da cuenta de la urgencia de las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de esta población, así como sus efectos a largo plazo sobre la salud de las personas. Sin embargo, es importante reconocer que las necesidades en salud de la población migrante no se restringen al campo de la salud sexual y la salud reproductiva (Abubakar *et al.*, 2018; International Organization for Migration, 2019) y que más allá de la respuesta inmediata durante la crisis o emergencia, es necesario planear servicios integrales que permitan garantizar el derecho a la salud de las personas, lo cual pasa por la información y el conocimiento sobre la disponibilidad de los servicios, así como la eliminación de barreras de acceso para esta población (Cabieses y Oyarte, 2020; Obach, Hasen, Cabieses, D'Angelo y Santander, 2020), que pasan por la generación de políticas que eliminen barreras y destinen recursos a su atención (Llosada Gistau, Vallverdú Duch, Miró Orpinell, Pijem Serra y Guarga Rojas, 2012; Ortega *et al.*, 2018; Ruiz-Azarola *et al.*, 2020).

Por otra parte, a nivel mundial existe un acuerdo respecto a las diferencias entre los enfoques de salud sexual y salud reproductiva orientados hacia el desarrollo, y aquellos relacionados con las respuestas a las crisis humanitarias. El PIMS en particular es un ejemplo importante del último enfoque, puesto que sus cinco objetivos están orientados hacia escenarios que se caracterizan por la necesidad urgente de salvar vidas y de planear servicios integrales hacia el futuro (Tran *et al.*, 2020). Sin embargo, el caso de las ciudades analizadas se encuentra atravesado por dos particularidades: en primer lugar, se trata de contextos en los que la crisis no supuso afectaciones a los servicios disponibles, como ocurre sobre todo en contextos de desastres naturales; y en segundo lugar, las barreras experimentadas por los migrantes en los servicios de salud, no están necesariamente relacionadas con una débil o inexistente capacidad instalada, sino con la falta de legislación clara respecto a la atención de esta población.

Al respecto, en Colombia se emitió en 2011 el Decreto 4.976 (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2011), por medio del cual se reglamenta el Fondo Especial para las Migraciones del Sistema Nacional de Migraciones, en el cual la vulnerabilidad se define como la amenaza o riesgo de afectación de los derechos fundamentales de un connacional, ya sea por razones de edad, raza, sexo, condición económica, características físicas, circunstancias culturales o políticas o debido a su condición de migrante. Así mismo, en el 2014 se emitió el Decreto 1.069 que reglamenta la Ley 985 de 2005 por medio de la cual se adoptan medidas contra la trata de

personas y normas para la atención y protección de las víctimas (Presidente de la República, 2014).

Por otro lado, el 23 de noviembre del 2018 el país adoptó el CONPES 3950 que definió las rutas de atención e integración de la población migrante, y destacó la necesidad de fortalecer las instituciones existentes para garantizar su atención. Dentro de esta política, las acciones y las estrategias propuestas buscan: i) atender las necesidades en salud, educación, de la primera infancia y empleo; ii) fortalecer las instituciones responsables de la atención en las fronteras y los puntos de paso, así como la identificación y el registro de los migrantes; y iii) atender las situaciones que afectan la coexistencia en aquellas áreas en que se concentra la población migrante (CONPES, 2018). Este documento menciona rápidamente las necesidades de salud sexual y salud reproductiva de la población migrante y que, como indica la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (Profamilia *et al.*, 2019), señala que estas deben abordarse desde un enfoque diferencial que pueda aplicarse a las crisis migratorias.

A pesar de que esta investigación permitió abordar las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades colombianas, se trata de una evaluación rápida y, dada la magnitud de la crisis, es necesario estudiar de manera más profunda los efectos de estas necesidades sobre la vida de las personas a corto y largo plazo. Estudiar las consecuencias de la migración supone una serie de dificultades metodológicas que deben superarse mediante el uso de diferentes herramientas y estrategias para la recolección de la información. Garantizar la implementación del PIMS en esta crisis humanitaria, así como los derechos sexuales y reproductivos de las personas, representa desafíos que deben enfrentar los diferentes niveles, tanto el nacional como el territorial, y los diferentes actores institucionales, pertenecientes a la comunidad internacional y miembros de la sociedad civil que están respondiendo a la crisis.

Referencias bibliográficas

- Abubakar, Ibrahim., Aldridge, Robert W., Devakumar, Delan., Orcutt, Miriam., Burns, Rachel., Barreto, Mauricio., Dhavan, Poonam,...Zhou, Suzanne. (2018). The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: The Health of a World on the Move. *The Lancet*, 392(10164):2606–2654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)
- Ahmed, Rushdia., Farnaz, Nadia., Aktar, Bachera., Hassan, Raafat., Bin Shafique, Sharid., Ray, Pushpita., Awal, Abdul,... Faiz Rashid, Sabina. (2019). Situation Analysis for Delivering Integrated Comprehensive Sexual and Reproductive Health Services in

- Humanitarian Crisis Condition for Rohingya Refugees in Cox's Bazar, Bangladesh: Protocol for a Mixed-Method Study. *BMJ Open*, 9(7):e028340: 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028340>
- Albaladejo, Angelika. (2018). Contraceptive Shortages Mean Venezuela's People Face a Sexual Health Emergency. *BMJ*, 360:k1197. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1197>
- Amiri, Mirwais, Ieman M., El-Mowafi, Chahien, Tala, Yousef, Hind y Kobeissi, Loulou Hassan. (2020). An Overview of the Sexual and Reproductive Health Status and Service Delivery among Syrian Refugees in Jordan, Nine Years since the Crisis: A Systematic Literature Review. *Reproductive Health*, 17(1):166: 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01005-7>
- Asociación Profamilia, y Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA-USAID). (2020). *Desigualdades En Salud de La Población Migrante y Refugiada Venezolana En Colombia. ¿Cómo Mejorar La Respuesta Local Dentro de La Emergencia Humanitaria?* Bogotá: Profamilia.
- AVESA, CEPAZ, FREYA, y Mujeres en Línea. (2017). *Mujeres Al Límite. El peso de la emergencia humanitaria en la vulneración de los Derechos Humanos de las mujeres en Venezuela.*
- Bahamondes, L., Laporte, M., Margatho, D., de Amorim, H. S. F., Brasil, C., Charles, C. M., Becerra, A., y Hidalgo, M. M. (2020). Maternal Health among Venezuelan Women Migrants at the Border of Brazil. *BMC Public Health*, 20(1):1771:1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09912-x>
- Beek, Kristen, McFadden, Alison, y Dawson, Angela. (2019). The Role and Scope of Practice of Midwives in Humanitarian Settings: A Systematic Review and Content Analysis. *Human Resources for Health*, 17(1):1-16. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0341-5>
- Cabienes, Baltica y Oyarte, Marcela. (2020). Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud. *Revista de Saude Publica*, 54:20. 1-13.
- Calderón-Jaramillo, Mariana, Parra-Romero, Diana, Forero-Martínez, Luz Janeth, Royo, Marta y Rivillas-García, Juan Carlos. (2020). Migrant Women and Sexual and Gender-Based Violence at the Colombia-Venezuela Border: A Qualitative Study. *Journal of Migration and Health*, 1–2:100003: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100003>
- Çöl, M., Bilgili Aykut, N., Usturalı Mut, A. N., Koçak, C., Uzun, S. U., Akın, A., Say, L., y Kobeissi, L. (2020). Sexual and Reproductive Health of Syrian Refugee Women in Turkey: A Scoping Review within the Framework of the MISP Objectives. *Reproductive Health*, 17(1):1-12. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00948-1>
- CONPES. (2018). *CONPES 3950 - Estrategia Para La Atención de La Migración Desde Venezuela.* Colombia.
- Corbin, J. y A. Strauss. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13:3–21.
- Fernández-Niño, Julián Alfredo, Rojas-Botero, Maylen Liseth, Bojorquez-Chapela, Ietza, Giraldo-Gartner, Vanesa, Sobczyk, Rita Aleksandra, Acosta-Reyes, Jorge, Flórez-García, Víctor y Rodríguez, David Alejandro. (2019). Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en El Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en salud pública. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(3):208–219. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019004>

- Grotti, Vanessa, Malakasis, Cynthia, Quagliariello, Chiara y Sahraoui, Nina. (2018). Shifting Vulnerabilities: Gender and Reproductive Care on the Migrant Trail to Europe. *Comparative Migration Studies*, 6(1):1-18. <https://doi.org/10.1186/s40878-018-0089-z>
- Hasstedt, Kinsey, Desai, Sheila y Ansari-Thomas, Zhora. (2018). Immigrant Women's Access to Sexual and Reproductive Health Coverage and Care in the United States. *Issue Brief (Commonwealth Fund)*, 2018(November):1-10.
- Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG). (2017a). *De servicios iniciales mínimos para salud sexual y salud reproductiva. ¿Qué es el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y por qué es importante?* Vol. 3.
- Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG). (2017b). Introduction: MISP Process Evaluation. (May).
- International Organization for Migration. (2019). *World Migration Report 2020*.
- Keygnaert, Ines y Guieu, Aurore. (2015). What the Eye Does Not See: A Critical Interpretive Synthesis of European Union Policies Addressing Sexual Violence in Vulnerable Migrants. *Reproductive Health Matters*, 23(46):45-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.11.002>
- Krause, Sandra, Heller, L. y Tanabe., M. (2011). *Priority Reproductive Health Activities in Haiti - An Inter-Agency MISP Assessment Conducted*. CARE, International Planned Parenthood Federation, Save the Children and Women's Refugee Commission.
- Krause, Sandra, Williams, Holly, A. Onyango, Monica, Sami, Samira, Doedens, Wilma, Giga, Noreen, Stone, Erin y Tomczyk, Barbara. (2015). Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Services Package. *Conflict and Health*, 9(1):S4: 1-10. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-S4>
- Lisam, Suchitra. (2014). Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health in Disasters. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 7(4):245-48. <https://doi.org/10.1111/jebm.12130>
- Llosada Gistau, Joan, Vallverdú Duch, Imma, Miró Orpinell, Mònica, Pijem Serra, Carolina y Guarga Rojas, Àlex. (2012). Acceso y Uso de Los Servicios Sanitarios Por Parte de Los Pacientes Inmigrantes: La Voz de Los Profesionales. *Atencion Primaria*, 44(2):82-88. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.014>
- Martínez-Pizarro, Jorge, y Reboiras-Finardi, Leandro. (2010). Migracion, Derechos Y Salud Sexual. *Papeles de Población*, (64):9-29.
- Migración Colombia. (2018). *Todo lo que quiere saber sobre la migración venezolana y no se lo han contado*. Bogotá.
- Migración Colombia. (2021). *Distribución Venezolanos En Colombia Corte a 31 de Diciembre*. Bogotá.
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2011). *Decreto 4976*. Colombia.
- Ministerio de salud y protección social, y Profamilia. (2017). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 - Tomo 1*. Bogotá.
- Mora, Luis. (2004). The Frontiers of Vulnerability: Gender, Migration and Sexual and Reproductive Rights. *The Frontiers of Vulnerability: Gender, Migration and Sexual And Reproductive Rights*. In: *Human Rights and Trafficking in Persons in the Americas*.

CEPAL/CELADE.

- Myers, Anna, Sami, Samira, Onyango, Monica Adhiambo, Karki, Hari, Anggraini, Rosilawati, y Krause, Sandra. (2018). Facilitators and Barriers in Implementing the Minimum Initial Services Package (MISP) for Reproductive Health in Nepal Post-Earthquake. *Conflict and Health*, 12(1):35:1-9. <https://doi.org/10.1186/s13031-018-0170-0>
- Nabulsi, Dana, Abou Saad, Maya, Ismail, Hussein, A. A. Doumit, Myrna, El-Jamil, Fatima, Kobeissi, Loulou y M. Fouad, Fouad. (2021). Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health for Women in a Displacement Setting: A Narrative Review on the Syrian Refugee Crisis in Lebanon. *Reproductive Health* 18(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01108-9>
- Obach, Alexandra, Hasen, Felipe, Cabieses, Báltica, D'Angelo, Cettina y Santander, Sylvia. (2020). Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44:1-7. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.175>
- Ochoa, Sandra Catalina, y Sampalis, John. (2014). Risk Perception and Vulnerability to STIs and HIV/AIDS among Immigrant Latin-American Women in Canada. *Culture, Health & Sexuality*, 16(4):412–25. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.884632>
- Onyango, Monica Adhiambo, Lynne Hixson, Bretta y McNally, Siobhan. (2013). Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health during Emergencies: Time for a New Paradigm?. *Global Public Health*, 8(3):342–56. <https://doi.org/10.1080/17441692.2013.765024>
- Ortega, Miguel Ángel, Fernández, Jacqueline, Roo Prato, Beatriz, Dávila Mendoza, Rocío, Montalvo Vázquez, Johanna, Da Costa Dias, María Cristina, De Angulo Losada, Andrea, Barrell, Alan Edward y Alarcón Lerín, Daniel Abidán. (2018). La salud de los migrantes y los servicios de salud en medicina familiar en Iberoamérica. *Revista Brasileira de medicina de família e comunidade*, 13(Suppl 1):84–112. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(1\)1858](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(1)1858)
- Palacios, Yennesit. (2016). Perspectiva de género en los fenómenos migratorios: estudio desde Europa y América Latina. *CES Derecho*, (2):145–62. Recuperado de <http://10.21615/cesder.7.2.10>
- PLAFAM y SRI. (2016). INFOME SOBRE VENEZUELA Ronda 26 Del Examen Periódico Universal.
- Presidente de la República. (2014). *Decreto 1069*. Colombia.
- Profamilia. (2019). *Evaluación de Las Necesidades Insatisfechas En Salud Sexual y Salud Reproductiva de La Población Migrante Venezolana En Cuatro Ciudades de La Frontera Colombo-Venezolana*. Bogotá: Profamilia.
- Rivillas-García, Juan Carlos, Cifuentes-Avellaneda, Ángela, Ariza-Abril, Johan Sebastián, Sánchez-Molano, Marcela y Rivera-Montero, Danny. (2021). Venezuelan Migrants and Access to Contraception in Colombia: A Mixed Research Approach towards Understanding Patterns of Inequality. *Journal of Migration and Health*, 3:100027: 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100027>
- Robbers, Gianna Maxi Leila, y Morgan, Alison. (2017). Programme Potential for the Prevention of and Response to Sexual Violence among Female Refugees: A Literature Review. *Reproductive Health Matters*, 25(51):69–89.

<https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1401893>

- Ruiz-Azarola, Ainhoa, Escudero Carretero, María, López-Fernández, Luis Andrés, Gil García, Eugenia, March Cerdà, Joan Carles, y López Jaramillo, Daniel. (2020). La Perspectiva de personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria en el contexto de políticas de austeridad en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 34(3):261–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.006>
- Singh, Neha S., Smith, James, Aryasinghe, Sarindi, Khosla, Rajat, Say, Lale y Blanchet, Karl. (2018). Evaluating the Effectiveness of Sexual and Reproductive Health Services during Humanitarian Crises: A Systematic Review. *PLOS ONE* 13(7):e0199300.
- Tapales, Athena, Douglas-Hall, Ayana y Whitehead, Hannah. (2018). The Sexual and Reproductive Health of Foreign-Born Women in the United States. *Contraception* 98(1):47–51. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.003>
- The Sphere Project. (2018). *Manual Esfera: Carta Humanitaria y Normas Mínimas Para La Respuesta Humanitaria*.
- Tran, Nguyen Toan, Greer, Alison, Kini, Brigitte, Abdi, Hassan, Rajeh, Kariman, Cortier, Hilde and Boboeva, Mohira. (2020). Integrating Sexual and Reproductive Health into Health System Strengthening in Humanitarian Settings: A Planning Workshop Toolkit to Transition from Minimum to Comprehensive Services in the Democratic Republic of Congo, Bangladesh, and Yemen. *Conflict and Health* 14(1):1-12. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00326-5>