

Necesidades en salud sexual y reproductiva en migrantes de origen venezolano en el municipio de Cali (Colombia)

Nicolás Ortiz-Ruiz,¹ Constanza Díaz-Grajales,¹ Yamileth López-Paz,¹ Diana Carolina Zamudio-Espinosa¹ y Laura Espinosa-Mosquera¹

Forma de citar

Ortiz-Ruiz N, Díaz-Grajales C, López-Paz Y, Zamudio-Espinosa DC, Espinosa-Mosquera L. Necesidades en salud sexual y reproductiva en migrantes de origen venezolano en el municipio de Cali (Colombia). Rev Panam Salud Publica. 2023;47:e4. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.4>

RESUMEN

Objetivo. Este estudio busca comprender las necesidades asociadas con la salud sexual y reproductiva (SSR) de migrantes de origen venezolano asentados de forma temporal o permanente en Santiago de Cali, Colombia.

Método. Se realizó un estudio cualitativo con migrantes de origen venezolano de entre 15 y 60 años. Los participantes se seleccionaron mediante la técnica de bola de nieve, y la recopilación de la información se inició con personas referenciadas por las organizaciones de personas migrantes y luego con recorridos en zonas de alta concentración de personas migrantes de origen venezolano. Se realizaron entrevistas en profundidad y análisis de contenido temático.

Resultados. Participaron 48 personas migrantes, de las cuales 70,8% no tenía regularizada su condición migratoria y se hallaban en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica. Las personas participantes contaban con pocos recursos económicos, tenían falta de oportunidades de trabajo, precariedad de capital humano y niveles variables de capital social, sumado a una integración social débil que limitaba su apropiación como titulares de derechos. El estatus migratorio se constituye en una barrera para el acceso a los servicios de salud y otros servicios sociales. Sobresalen las necesidades de información sobre derechos de salud sexual y reproductiva, un mayor riesgo entre jóvenes de 15 y 29 años y en la comunidad LGBTIQ+, debido a la mayor vulnerabilidad y la exposición a espacios inseguros para su autocuidado, aseo personal e intimidad, necesidades de atención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, apoyo psicosocial por violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conflictos familiares y procesos de transición de género.

Conclusiones. Las necesidades en temas de salud sexual y reproductiva de las personas migrantes de origen venezolano están determinadas por sus condiciones de vida y trayectorias migratorias.

Palabras clave

Migrantes; salud sexual y reproductiva; vulnerabilidad social; Venezuela; Colombia.

La salud en general y la salud sexual y reproductiva (SSR) en particular se ven afectadas en poblaciones migrantes (1). Las necesidades en estos ámbitos aumentan conforme se complejiza y agudiza la crisis migratoria. En el mundo, alrededor de 26 millones de mujeres en edad reproductiva viven en situaciones

de crisis humanitaria, por lo que la SSR se convierte en un aspecto clave al cual es necesario dar respuestas (2).

El caso de la migración venezolana, en términos de la cantidad de personas que salen del país, ocupa los primeros lugares junto con Siria, con más de 6 millones de migrantes (3).

¹ Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, Universidad del Valle, Colombia. ✉ Nicolás Ortiz-Ruiz, nicolas.ortiz@correounivalle.edu.co

Colombia es el país que recibe la mayor cantidad de personas migrantes provenientes de Venezuela, con 1 742 927 de personas en 2021, la mayoría pertenecientes a los grupos etarios de 18 a 29 años (37%), seguido del grupo de 30 a 39 años (22%) y la población menor de 17 años (15%) (4).

En el departamento del Valle del Cauca se registraron aproximadamente 89 258 personas de origen venezolano en 2021, 66% (58 551 personas) localizado en Cali (4), ciudad donde se focalizó este estudio. Según las autoridades, sumado al desempleo y la precariedad que vive gran parte de esta población, hay un aumento de desnutrición, violencia intrafamiliar e infecciones de transmisión sexual (ITS) (5).

Si bien se identifican antecedentes en el acceso a servicios de salud (6, 7), estos son limitados por la temporalidad de los proyectos de las agencias de cooperación internacional y las restricciones de acceso para las personas migrantes informales en Colombia solo a urgencias vitales, atención a menores de 14 años y mujeres embarazadas. Por esto, es pertinente aproximarse a las necesidades de salud expresadas por las personas de origen venezolano que viven en Cali. En esta ciudad no se cuenta con albergues o centros adecuados para esta población, pese a ser un polo de asentamiento temporal y permanente, así como un lugar de tránsito para quienes se dirigen al sur del continente o buscan retornar a su país.

Con base en la problemática en aumento y los riesgos para las personas migrantes, este artículo pretende comprender las necesidades asociadas con la SSR de la población migrante asentada de forma temporal o permanente en Santiago de Cali, a partir de sus propias voces. Para ello, se presentan las necesidades expresadas junto con el contexto en que tienen lugar y donde se producen que, en este estudio, se denominan “trayectorias migratorias”, ya que en ese tránsito experimentan contingencias que las exponen a riesgos diversos y las obliga a tomar decisiones en un contexto de vulneración de derechos, lo cual genera nuevas necesidades debido a las circunstancias cambiantes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se exploraron las trayectorias migratorias y las necesidades en SSR de personas migrantes de origen venezolano en el municipio de Cali en 2021. Se buscó profundizar y comprender los fenómenos señalados a partir de las voces de las personas.

Las categorías que orientaron la recopilación de la información fueron: condiciones de vida en Venezuela, motivaciones de su salida, recorrido entre Venezuela y Colombia, llegada y nueva realidad. Con base en estas categorías se exploraron las experiencias más significativas de las personas participantes de su vida en Venezuela hasta su llegada a Colombia. En dichos tránsitos, se preguntó además por las necesidades en SSR, en tanto vacíos o carencias, así como capacidades o recursos que deben ser fortalecidos y por las prácticas en SSR, generadoras de daño y con efectos positivos.

Las trayectorias migratorias se refieren al tránsito que realizan las personas migrantes desde su lugar de origen hasta su destino, que puede estar previamente establecido, ser intermedio antes de llegar a uno de mayor permanencia, así como retornos temporales o definitivos a Venezuela. Incluyen la toma de la decisión de emigrar, el viaje, el asentamiento y la inserción en la sociedad de acogida (8).

Como criterios de inclusión se consideraron: ser persona migrante de origen venezolano (regularizada o no); hombres y mujeres de entre 15 y 60 años con vivienda temporal o permanente en Cali, con capacidad oral y cognitiva. Se tuvo en cuenta que las personas menores de 18 años (de 15 a 17 años) podían hacer juicios valorativos y razonamientos argumentados (9). Para las personas menores, se exigió hacer expresa su voluntad libre de participar, acompañado del aval y la presencia de un acudiente en la primera parte de la entrevista, si así lo quería.

Se establecieron cuotas de participantes por cada uno de los siguientes rangos de edad: 15-17 años, 18-29 años, 30-49 años y 50-60 años. En cada rango se entrevistaron hombres y mujeres. La selección de participantes se realizó aplicando la técnica de bola de nieve (10). En un principio, se contactó a la Secretaría Municipal de Salud Pública de Cali y organizaciones de cooperación para llegar a la población; luego se identificaron líderes y lideresas de organizaciones de migrantes y posibles participantes.

La recopilación de la información se realizó en los meses de mayo a julio de 2021. Se inició con personas referenciadas por las organizaciones de migrantes, luego a través de recorridos en zonas de alta concentración de población migrante venezolana. Se estableció la comunicación con la presentación del proyecto y la invitación a participar. Luego se leía y firmaba el consentimiento o asentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad de la información mediante la limitación de su manejo de manera exclusiva al equipo de investigación y con resguardo de los archivos. La técnica de recopilación de información fue la entrevista en profundidad. Se usó una guía de entrevista, ajustada después de aplicar una prueba piloto. Cada entrevista tuvo una duración promedio de una hora.

Una vez grabadas y transcritas las entrevistas, se realizó un análisis de contenido temático, con detección de contenido explícito y latente, descripción de las experiencias y sus significados en los contextos de las personas participantes. Se identificaron las unidades de registro mediante el *software* Atlas-ti®, correspondientes a fragmentos de texto en los que se comunica una idea relacionada con los contenidos de interés, se ubicaron en unidades de contextos más amplios para su comprensión (11-13).

Se siguieron dos momentos: el primero bajo una “lógica singular” para avanzar hacia una “lógica transversal”. El paso de lo singular a lo transversal partió de la descripción de las categorías por participante, pasando a la agrupación de cada categoría por grupos de edad y género (hombres, mujeres y población diversa). Por último, se establecieron relaciones entre categorías que permitieran comprender las experiencias y los relatos en el contexto de las trayectorias migratorias (14).

En el análisis, conocer las trayectorias migratorias nos aproxima a los determinantes sociales de la salud y de las necesidades y prácticas en SSR y, con ello, a las condiciones de vulnerabilidad de los migrantes. Desde esta perspectiva, el contexto es constituyente de los fenómenos de salud no es externo; por tanto, su análisis permite, además de identificar las necesidades y prácticas en SSR, tener claridad sobre los factores contextuales que las moldean y condicionan.

Se determinaron niveles de vulnerabilidad con base en los relatos. Los investigadores definieron niveles bajo, medio o alto, según la exposición a riesgos sociales y para su salud, el acceso a recursos económicos, las condiciones de vivienda, la

inserción en redes sociales y de apoyo, la satisfacción de necesidades de salud SSR y la relación entre prácticas en SSR de riesgo y protectoras.

Se realizó un estudio cualitativo aprobado por los comités de ética de la Universidad del Valle (aprobación 006-021) y de la Organización Panamericana de la Salud (PAHOERC) (aprobación 0201.02).

Los resultados se validaron con organizaciones cooperantes e instituciones del sector salud. Si bien se privilegiaron los relatos y la respuesta a los objetivos previstos, se establecieron discusiones con otros estudios.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de las personas participantes

Participaron 48 hombres, mujeres y personas con identidades sexuales diversas asentadas o en tránsito en la ciudad de Cali. En el cuadro 1 se presentan los datos sociodemográficos.

Antes de emigrar, cuatro de cada diez personas entrevistadas eran estudiantes, seguidos, en menor proporción, de ocupaciones como cargos administrativos, oficios de la construcción, empleo doméstico y amas de casa. Al momento de la entrevista, hubo un predominio de amas de casa y de ventas informales. Otras formas menos frecuentes de percibir ingresos económicos fueron: operarios, reciclaje, trabajo sexual o cámara web, mendicidad, limpiavidrios y estilistas. Respecto a las personas con las que conviven, predominan los hijos (25%), seguidos de hermanos (19%), padres (16%), pareja (15%) y otros familiares (9%).

Condiciones de vida y necesidades en salud reproductiva y sexual

Las trayectorias migratorias se produjeron con niveles de vulnerabilidad bajos, medios o altos, aun cuando todos los participantes tenían algún grado de vulnerabilidad. Las condiciones de vida en Venezuela, las motivaciones de migración, así como los recorridos y la integración en Colombia estuvieron marcadas principalmente por la escasez de recursos económicos, la falta de oportunidades de trabajo, bajos niveles educativos, niveles variables de capital social (redes de apoyo social y familiar), el género, el estatus migratorio irregular y las insuficientes condiciones socioeconómicas, culturales e institucionales de Colombia y de Cali para integrarlos.

“Cuando salgo a pedir siento el rechazo. Me dicen: ‘Veneco, perro HP, vaya a trabajar’. A mí me gusta trabajar para no pedir, pero últimamente he estado pidiendo porque estoy sin trabajo”. (Hombre entrevistado).

Sobre las condiciones en que vivían, muchas personas expresaron que la precariedad, la escasez permanente y la incertidumbre sobre el futuro inmediato las obligaba a concentrarse en lo útil y necesario para la sobrevivencia, opacando y casi eliminando toda posibilidad de placer. Esto incluía el placer en torno a las relaciones sexuales, afectivas, el cuidado corporal y emocional, así como las actividades de ocio que generan satisfacciones físicas y psicológicas. Asimismo, algunas prácticas de cuidado de sus hijos que estaban en Colombia o en Venezuela.

CUADRO 1. Caracterización sociodemográfica de las personas migrantes de origen venezolano participantes en el estudio, Cali, 2021

Categorías y variables	Porcentaje (%)
Edad (años)	
14-26	56,3
27-59	41,7
60 y más	2,1
Género	
Femenino	47,9
Masculino	35,4
LGTBIQ+	16,7
Estado civil	
Casado(a)	10,4
Unión libre	29,2
Soltero(a)	54,2
Viudo(a)	4
No responde	2
Condición migratoria	
Regular	29,2
No regular	70,8
Vinculación con la seguridad social	
Contributiva	4,2
Subsidiada	12,5
Ninguna	83,3
Nivel de escolaridad	
Primario incompleto	6
Primario completo	8
Bachillerato incompleto	13
Bachillerato completo	21
Profesional incompleto	13
Técnico, tecnólogo y profesional	10
Tiempo de vivir en Cali (meses)	
<6	25
6-12	19
13-24	21
25-36	29
Acceso a ayudas y subsidios ^a	
Sí	60
No	38
No responde	12
Tipo de ayuda ^b	
Económica	43
Mercados	40
Otras	17

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio.
^a En general, por única vez.
^b Vinculadas a los apoyos estatales o de organizaciones no gubernamentales y agencias de cooperación durante la pandemia de COVID-19.
LGTBIQ+: colectivo lésbico, gay, bisexual, trans, intersexual, queer, incluyendo a través del + cualquier otra identidad que se quede en el medio de todas ellas o en ninguna parte.

“Al comienzo aquí en Cali me iba a los semáforos. Algunas veces debía hasta 100 mil pesos de arriendo, porque si pagaba arriendo no comía y si comía no pagaba arriendo, entonces prefería comer porque estaba embarazada”. (Mujer entrevistada).

Este desplazamiento de la sexualidad y del cuidado de los hijos como necesidad humana se vio más afectado en la medida

que empeoraba la situación económica, de vivienda, de alimentación y era más notoria en personas directamente responsables de su sobrevivencia o de la de otros. Sin embargo, en situaciones de extrema necesidad, el sexo, no ligado al placer, se convirtió en una estrategia de sobrevivencia (trabajo sexual), pese a los riesgos físicos y emocionales que conlleva (ITS y violencia).

“Una vez me treparon en un carro, un hombre solo y borracho. Yo me monto y vamos a atenderlo y bueno chévere y cuando vamos entrando a su apartamento salen como cinco tipos de cada habitación y me hicieron desastres, me pegaron”. (Mujer trans entrevistada).

El estatus migratorio (formalizado o no) se constituyó en una barrera para el acceso a los servicios de salud y otros servicios sociales, así como para la afiliación al sistema de salud. Además, el amplio desconocimiento de los procedimientos para la formalización y afiliación los aleja todavía más de la institucionalidad, profundizando las condiciones de marginalidad. Se observó, con excepción de algunas mujeres que establecieron vínculos con organizaciones de migrantes, desconocimiento de los servicios de urgencias y de atención a menores y madres a los que tienen derecho, al igual que de los servicios de salud que ofrecen las agencias de cooperación internacional.

“Una vez me dio gripe y no podía respirar, me faltaba la respiración y me tuvieron que llevar como a las 4 de la mañana y no me atendieron porque no tenía papeles”. (Mujer entrevistada).

En las personas migrantes con situación no regularizada se observó, además, desconexión con la institucionalidad colombiana, una débil integración social (establecimiento de vínculos estables con población local) y una falta de conciencia y apropiación de su condición de titulares de derechos que perciben no tener por ser migrantes.

Se encontró, también en una alta proporción, desconocimiento casi absoluto de los derechos sexuales y reproductivos, más aún, les eran ajenas las palabras. Asimismo, se detectó un escaso conocimiento de los métodos de planificación familiar, de las ITS y de los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). En este sentido, se evidenció la necesidad del acceso a la información y el conocimiento y a espacios de educación en SSR en servicios de salud, instituciones educativas, otros espacios institucionales y comunitarios.

“Sobre el aborto no sé mucho. Nos hablaban de eso en Venezuela, pero no me acuerdo. Aquí no he escuchado nada porque en el colegio son puras cosas virtuales, solo mandan tareas y no hablan de eso”. (Joven entrevistado).

En general, salvo algunas excepciones, quedó en evidencia la necesidad de apoyos sociales y afectivos para enfrentar situaciones adversas propias de sus trayectorias migratorias, pero también para afrontar situaciones de sus historias personales pasadas y presentes, sobre todo las asociadas a experiencias de violencia. Esto visibiliza necesidades articuladas alrededor de la SSR y la salud mental relacionadas con la estabilidad emocional, la autoestima, las prácticas de autocuidado, los vínculos afectivos y de cuidado de otros.

Otras necesidades referidas por casi la mayoría de las personas entrevistadas se relacionan con el hecho de no tener tiempo,

ánimo, dinero y espacios para realizar regularmente actividades recreativas, deportivas, de ocio y de descanso. Esto se asocia también con la salud mental, ya que no contar con estas oportunidades afecta a estas personas en el aspecto emocional y físico, con aumento del estrés y la imposibilidad de experimentar situaciones placenteras e inclusive, compartir actividades y espacios de crianza con sus hijos y sus familias relacionadas con la reproducción, entendiendo este concepto más allá de la procreación.

“Últimamente he estado decaído porque estoy solo, me hace falta mi familia. He estado muy deprimido. Pienso en la salud, las cosas y la comida de mi hija en Venezuela. Eso me preocupa. Todas las noches lloro”. (Hombre entrevistado).

Frente al cuidado personal, principalmente las mujeres señalaban la necesidad de acceder a productos de aseo y de estética (jabón, champú, productos de aseo menstrual, cosméticos, cremas), así como a servicios de salud y cuidado personal. Muchas consideraban que esta necesidad emerge con mayor intensidad por las circunstancias físicas y emocionales experimentadas a lo largo del proceso migratorio. Algunas llaman la atención sobre la impotencia de no poder adquirirlos o acceder a ciertos servicios y comentan que pasaron de vivir su escasez en Venezuela a no poder acceder a ellos en Colombia, porque su situación económica y social se los impide.

“Me gustaría tener el cabello arreglado, echarme una pinturita, pero no me alcanza la plata”. (Joven entrevistada).

Grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad social

El grupo de personas de entre 15 y 29 años representan el grupo de mayor vulnerabilidad social y mayores riesgos respecto a su SSR. Muchas de estas personas jóvenes mantienen escasa o casi nula comunicación con sus familia o redes en Venezuela y sus actividades de sobrevivencia están en el campo de la informalidad, sobre todo en labores que realizan a diario sin ninguna estabilidad y que dependen de lo que puedan hacer: pedir dinero en la calle, vender dulces y cuidar carros, entre otras actividades. Se encuentran en situaciones de habitabilidad en calle, viven en carpas improvisadas o alquilan, cuando pueden, habitaciones en hoteles.

“Fui a una farmacia porque me sentía mal y me dijeron ‘Te voy a aplicar un medicamento, pero mañana me lo pagas’. Le debo como \$30 000”. (Hombre entrevistado).

Estas circunstancias los expone a espacios inseguros para su autocuidado, aseo personal e intimidad. Tienen que asearse en lugares públicos como el río, con los riesgos que conlleva para su salud y su seguridad personal. De la misma manera, el establecimiento de relaciones afectivas con pares se ve limitado debido a que los lugares donde viven y las actividades cotidianas que realizan no lo permiten (se encuentran aislados). En particular, las mujeres expresan la necesidad de atención médica, ginecológica y, para algunas, de control prenatal, atención del parto y posparto. También reclaman atención y apoyo psicosocial debido a experiencias pasadas y presentes de diversas formas de violencia.

“Me he sentido triste, porque allá tenía mis cosas, mis amigos, conocía la ciudad, el barrio y aquí solamente conozco el terminal y mi casa, donde mantengo”. (Joven entrevistado).

Dentro de este grupo, la población LGBTIQ+ tiene necesidades adicionales como la atención y tratamiento de ITS y atención y apoyo psicosocial por violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conflictos familiares y procesos de transición de género. Esto se relaciona con trabajo sexual que algunos se ven obligados a realizar.

“En el mundo de la prostitución los hombres piden tener relaciones sin condón”. (Mujer trans entrevistada).

DISCUSIÓN

Colombia es una alternativa para quienes deciden migrar desde Venezuela debido a la vecindad y a los vínculos entre personas de ambos países; sin embargo, algunas personas migrantes eligen este destino sin tener ningún contacto ni lugar predeterminado para vivir y alojarse. Estudios señalaron que, con frecuencia, las personas de origen venezolano emigran hacia países en los que no tienen vínculos y que no se encuentran necesariamente entre sus preferencias, pero les resultan más asequibles (7, 15).

Las personas en condiciones de mayor vulnerabilidad económica, ante la imposibilidad de acceder a los viajes o la documentación necesaria por restricciones impuestas por las instituciones de competencia o altos costos, se desplazan hacia nuevos destinos en condición irregular, sobre todo por rutas y en medios de transporte no autorizados o de alto riesgo (16). Esto ocurrió en los casos estudiados de personas con mayores niveles de vulnerabilidad social.

Al déficit económico de partida y durante el recorrido, se suma el género y la diversidad sexual como condiciones que aumentan los riesgos. En coincidencia con otros estudios, las mujeres cisgénero, las mujeres trans y, en menor medida, los hombres homosexuales, enfrentaron prejuicios y estereotipos, falta de acceso a servicios de salud, así como trata de personas, violencia física, sexual y muerte (16-18).

Estas situaciones experimentadas desde el país de origen y a lo largo de las trayectorias migratorias ponen en riesgo la dignidad humana, incluida la dignidad física, la integridad sexual, psíquica y moral, el principio de perspectiva de género que considera riesgos específicos y efectos diferenciados que enfrentan las mujeres, hombres, niños y adolescentes de ambos sexos y personas LGTBIQ+ en el contexto de la movilidad humana (19). La mayoría de las personas migrantes no reciben atención por su condición migratoria irregular (20), excepto la atención del parto en las embarazadas que, después del nacimiento del bebé siguen sin protección.

Se destaca la falta de atención en SSR, sobre todo para poblaciones con necesidades no atendidas o reconocidas como la comunidad LGBTIQ+, así como quienes hacen trabajo sexual y tienen ITS como VIH. De igual manera a lo hallado en otros estudios, no reciben atención en el sistema de salud a pesar de tener ese tipo de enfermedades (18).

A lo largo de las trayectorias migratorias se evidencia un debilitamiento de las redes de apoyo familiares, al igual que la emergencia de vínculos nuevos (21, 22). Si bien las redes de

apoyo son valoradas como una necesidad, son insuficientes y en algunos casos conllevan sobrecargas, crisis interpersonales e individuales y hacen más complejo el proceso migratorio (21). Los migrantes enfrentan tensiones con la población local debido a la competencia por recursos y oportunidades, ya escasas, desatando conflictos y limitaciones para su integración social (23, 24).

Muchas personas migrantes constituyen un grupo segregado debido a que no habitan legalmente los territorios, no cuentan con condiciones dignas de equipamiento y servicios públicos en sus entornos y viviendas que provean oportunidades para la protección personal, el disfrute del espacio público e interacción social. Con frecuencia son desplazadas y experimentan exclusión (25) y exposición a escenarios inseguros con altos niveles de violencia, venta de sustancias psicoactivas y posibles situaciones de abuso sexual y prostitución.

La integración económica débil y precaria de las personas migrantes en los países de destino es también un eje central alrededor del cual se satisfacen o producen necesidades. Se origina de las circunstancias económicas que ya vivían en su país y se continúa con una posición de desventaja para afrontar un nuevo escenario en búsqueda de bienestar (26-28).

Esta situación de base, sumada a las restricciones del nuevo contexto, se asocia con las situaciones antes mencionadas, además con restricciones para comprar productos de la canasta familiar. Esto también limita las oportunidades para acceder al trabajo formal lo cual las obliga, en muchos casos, a realizar trabajos informales mal remunerados o de mayor riesgo, como el trabajo sexual (16, 29).

Una limitación de este estudio tiene que ver con las restricciones para llegar a un mayor número de personas y de contextos y así captar con mayor riqueza la heterogeneidad.

Conclusiones

Las necesidades en sexualidad y SSR de las personas migrantes de origen venezolano están influenciadas por sus condiciones de vida y vulnerabilidad social, antes y durante sus trayectorias migratorias. Se detectaron necesidades relacionadas con el conocimiento y la comprensión sobre los derechos sexuales y reproductivos. Los apoyos sociales, económicos y afectivos necesarios para enfrentar las profundas carencias, las diversas inseguridades y el aislamiento que experimentan los más vulnerables. Se recomienda la provisión adecuada, oportuna y continua de servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención de necesidades que, atiendan la diversidad sexual, cultural y de los ciclos de vida de esta población.

Se sugieren estudios futuros que profundicen sobre la efectividad de las respuestas para personas migrantes que acceden a los servicios sociales y de salud, así como las alternativas a las que optan para resolver sus necesidades quienes se encuentran en condiciones de exclusión o en los márgenes sociales, económicos e institucionales.

Agradecimientos. A las personas migrantes que participaron en el estudio. A los grupos de trabajo en salud sexual y reproductiva, salud mental, enfermedades transmisibles y poblaciones vulnerables de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali; a la Organización Internacional de Migraciones (sede Cali); a la organización Médicos del Mundo (sede Sur

Occidente) y a la organización Alianzas Solidarias que trabaja con población migrante.

Contribución de los autores. NOR contribuyó con el diseño de la investigación, la codirección de la investigación, la recopilación de la información, el análisis de los datos, la interpretación y la discusión y la redacción del primer borrador del artículo y de los siguientes borradores. CDG, contribuyó con el diseño de la investigación, la dirección de la investigación, el análisis de los datos, la interpretación, la discusión de los resultados y la redacción de los borradores del artículo, excepto el primero, lectura de revisión final. YLP, DCZE y LEM contribuyeron con el diseño de la investigación, la recolección de la información, el análisis de los datos, la interpretación, la discusión y la redacción de los borradores del artículo, excepto el primero. Todos los autores han leído y aprobado el manuscrito inicial sometido. Todos los coautores leyeron y aprobaron la actual versión de este manuscrito resultado de la revisión antes de enviarlo de nuevo a la revista.

Financiamiento. Este trabajo ha sido financiado por el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana del Programa

de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, y por el Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales de UNICEF, PNUD, Banco Mundial y OMS, ambos programas copatrocinados por la OMS. Este trabajo también recibió apoyo de Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la OMS, el Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) de la Organización Panamericana de la Salud y el Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Brasil). Los patrocinadores no participaron de ninguna manera en el diseño del estudio, la recopilación y el análisis de los datos, la decisión de publicar este trabajo ni la preparación del manuscrito.

Conflicto de intereses. Ninguno declarado por los autores.

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

REFERENCIAS

- Casey SE, Chynoweth SK, Cornier N, Gallagher MC, Wheeler EE. Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-methods case studies. *Conflict and health*. 2015;9(1):1752-505.
- Singh NS, Aryasinghe S, Smith J, Khosla R, Say L, Blanchet K. A long way to go: a systematic review to assess the utilisation of sexual and reproductive health services during humanitarian crises. *BMJ Glob Health*. 2018;3(2):e000682.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Situación de Venezuela. Ginebra: ACNUR; 2022. Disponible en: <https://www.acnur.org/situacion-en-venezuela.html>
- Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia. Distribución de venezolanos en Colombia: corte 31 de enero de 2021. Bogotá: Portal de Migración de Colombia; 2021. Disponible en: <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-enero-de-2021>
- Alcaldía de Santiago de Cali. Sesión 5: Migración y salud pública; 2020. Disponible en: <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/148246/sesion-5-migracion-y-salud/>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - Perfil demográfico, educativo y laboral de la población migrante de Venezuela en Colombia, 2014-2021. Bogotá: DANE; 2022.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Extranjeros en Colombia: aproximación migratoria a sus trayectorias en Colombia 2005-2016. Bogotá: DANE; 2018.
- Profamilia, Federación Internacional de Planificación Familiar. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar. Bogotá, D.C.; 2019.
- Bustamante BJP, Díaz RG. Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano. *Revista Colombiana de Bioética*. 2013;8(1):144-65.
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Zill DG, Serway RA, Jewett JW, et al. Metodología de la investigación. 6° ed. Ciudad de México: McGrawHill; 2014.
- Herrera CD. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Revista General de Información y Documentación*. 2018;28(1):119.
- Aigner M. Análisis de contenido: una introducción. En: *La sociología en sus escenarios*. 1999;(3):1-52.
- Minayo MCdS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & saúde coletiva*. 2012;17(3):621-6.
- Willig C. *Introducing qualitative research in psychology*. Reino Unido: McGrawHill education; 2013.
- Mazuera-Arias R, Albornoz-Arias N, Morffe Peraza MÁ, Ramírez-Martínez C, Carreño-Paredes M-T. Informe sobre la movilidad humana venezolana II. Realidades y perspectivas de quienes emigran. Caracas: Servicio Jesuita a Refugiados Venezuela; 2019.
- Pineda E, Ávila K. Aproximaciones a la migración colombo-venezolana: desigualdad, prejuicio y vulnerabilidad. *Revista Misión Jurídica*. 2019;12:16.
- Caballero Guzmán A, Gonzales Sierra BL, Salazar Molina LV. Política en salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes venezolanas en Colombia. *Revista Estudios Culturales*. 2021;14(27):39-50.
- Bula Beleño AA, Cuello Santana VF. Sujetos en tránsito y sexualidades fronterizas. *Derechos de migrantes venezolanos LGBT en el Caribe colombiano*. Trabajo Social. 2019;21(2):169-95.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de Estados Americanos. Principios interamericanos sobre los derechos humanos de todas las personas migrantes, refugiadas, apátridas y víctimas de la trata de personas. Washington D.C.: CIDH; 2019.
- Larenas-Rosa D, Valdés BC. Salud de migrantes internacionales en situación irregular: una revisión narrativa de iniciativas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2019;36:487-96.
- Urzúa M A, Heredia B O, Caqueo-Úrizar A. Mental health and stress by acculturation in immigrants from South America in northern Chile. *Rev Med Chile*. 2016;144(5):563-70.
- Sesti Becker AP, Martins Borges L. Dimensões psicossociais da imigração no contexto familiar. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. 2022;35(88):126-44.
- Banco Mundial. Migración desde Venezuela a Colombia: impactos y estrategia de respuesta en el corto y mediano plazo. Washington D.C.: Banco Mundial; 2018.
- Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios. América Latina y el Caribe, Panorama Humanitario Mensual. Nueva York: OCHA; 2018.
- Sierra Ávila LC, Ruiz Sabido RE. El hábitat humano: nociones teóricas, sistema y complejidad. *Península*. 2021;16(1):9-27.
- Organización de Estados Americanos. Informe del Grupo de Trabajo de la OEA para abordar la crisis de migrantes y refugiados

- venezolanosenlaregión.DistritodeColumbia:OEA;2019.Disponible en: <https://reliefweb.int/attachments/75a4c672-761b-3022-ab39-1638d42977e3/OEA-informe-migrantes-venezolanos-espanol.pdf>
27. Portocarrero Corzo A. Cécile Blouin (Cood). Después de la llegada: realidades de la migración venezolana. *Revista de Sociología*. 2020;12-18;0(31).
28. Aruj RS. Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. *Papeles de población*. 2008;14:95-116.
29. Ruiz MC. Sexualidad, migraciones y fronteras en contextos de integración sur-sur. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. 2022(26):18-37.
-
- Manuscrito recibido el 6 de junio del 2022. Aceptado, tras revisión, para su publicación, el 21 de setiembre del 2022.

Sexual and reproductive health needs of Venezuelan migrants in the municipality of Cali, Colombia

ABSTRACT

Objective. This study seeks to understand the needs associated with the sexual and reproductive health of migrants of Venezuelan origin settled temporarily or permanently in Santiago de Cali, Colombia.

Methods. A qualitative study was conducted with Venezuelan migrants between 15 and 60 years old. Participants were selected using the snowball technique. Information was initially gathered from people identified by migrant organizations, followed by information gathering in areas with high concentrations of migrants of Venezuelan origin. In-depth interviews were held, and thematic content was analyzed.

Results. Of the 48 migrants who participated, 70.8% did not have legal migratory status and were living in conditions of socioeconomic vulnerability. The participants had scarce economic resources, a lack of job opportunities, precarious human capital, and varying levels of social capital, coupled with weak social integration that limited their awareness and appropriation of their rights. Immigration status constituted an access barrier to health services and other social services. There was a particular need for information on sexual and reproductive health rights, with increased risk among young people 15 to 29 years old and members of the LGBTIQ+ community, due to their greater vulnerability and exposure to unsafe spaces for self-care, personal hygiene, and privacy, in addition to their greater need for health care, treatment of sexually transmitted infections, psychosocial support for violence, substance abuse, family conflicts, and gender transition processes.

Conclusions. The sexual and reproductive health needs of Venezuelan migrants are determined by their living conditions and migratory experiences.

Keywords

Transients and migrants; sexual and reproductive health; social vulnerability; Venezuela; Colombia.

Necessidades de saúde sexual e reprodutiva de migrantes de origem venezuelana no município de Cali (Colômbia)

RESUMO

Objetivo. Compreender as necessidades associadas à saúde sexual e reprodutiva (SSR) dos migrantes de origem venezuelana estabelecidos temporária ou permanentemente em Santiago de Cali, Colômbia.

Método. Foi realizado um estudo qualitativo com migrantes de origem venezuelana entre 15 e 60 anos. Os participantes foram selecionados pela técnica de bola de neve. A coleta de informações começou com pessoas encaminhadas por organizações de migrantes e, posteriormente, percorrendo áreas com alta concentração de migrantes de origem venezuelana. Foram realizadas entrevistas em profundidade e análise de conteúdo temático.

Resultados. Participaram 48 migrantes, dos quais 70,8% não tinham sua situação migratória regularizada e se encontravam em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Os participantes tinham poucos recursos econômicos, falta de oportunidades de trabalho, capital humano precário e níveis variáveis de capital social, somados a uma fraca integração social que limitava a efetivação dos direitos dos quais são titulares. O status migratório é uma barreira ao acesso aos serviços de saúde e outros serviços sociais. Destacam-se as necessidades de informação sobre direitos à saúde sexual e reprodutiva, maior risco entre jovens de 15 a 29 anos e na comunidade LGBTQ+ – devido à maior vulnerabilidade e exposição a espaços inseguros para autocuidado, higiene pessoal e privacidade –, necessidade de cuidados e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, apoio psicossocial em casos de violência, consumo de substâncias psicoativas, conflitos familiares e processos de transição de gênero.

Conclusões. As necessidades em matéria de saúde sexual e reprodutiva dos migrantes de origem venezuelana são determinadas por suas condições de vida e trajetórias migratórias.

Palavras-chave Migrantes; saúde sexual e reprodutiva; vulnerabilidade social; Venezuela; Colômbia.
