



# Derechos sexuales y reproductivos en mujeres migrantes venezolanas en tiempos de COVID-19

DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN



# Derechos sexuales y reproductivos en mujeres migrantes venezolanas en tiempos de COVID-19

DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN



## **Autores**

Neida, Albornoz-Arias  
Rina, Mazuera-Arias  
Carolina, Ramírez-Martínez  
Myriam-Teresa, Carreño-Paredes  
Miguel Ángel, Morffe Peraza

## **Apoyo estadístico**

Jorge Isaac, García Navarro

## **Diagramación**

Abril Ávila

## **Recursos Visuales**

 flaticon

## **Fotos**

Mujeres migrantes venezolanas, municipio Puerto Santander, Departamento Norte de Santander Colombia.  
Por Karen Lorena Rojas Ramírez.

## **Agradecimiento**

Dra. Gudelia Rangel  
El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana

*El presente estudio está dirigido al gobierno nacional y entes territoriales para incorporar acciones de política pública dirigidas al acceso y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres migrantes, que requieren acceso a la salud incluida la salud sexual y reproductiva como elemento clave de desarrollo humano y del bienestar del grupo familiar, conforme a principios de dignidad humana e integridad.*



# Derechos sexuales y reproductivos en mujeres migrantes venezolanas en tiempos de COVID-19

DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN

**Depósito legal:** TA2021000036

**ISBN:** 978-980-7906-08-1

San Cristóbal, 25 de julio de 2021

## Afiliación institucional de los autores

**Neida Albornoz-Arias.** Facultad de Administración y Negocios. Universidad Simón Bolívar, Cúcuta, Colombia. Universidad Católica del Táchira, Venezuela. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7851-5985>  
Correo: [n.albornoz@unisimonbolivar.edu.co](mailto:n.albornoz@unisimonbolivar.edu.co); [albornoz@ucacat.edu.ve](mailto:albornoz@ucacat.edu.ve)

**Rina Mazuera-Arias.** Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Cúcuta, Colombia. Universidad Simón Bolívar, Cúcuta, Colombia. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF), investigadora asociada del OVM-UCAB, Venezuela. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9888-5833>  
Correo: [r.mazuera@unisimonbolivar.edu.co](mailto:r.mazuera@unisimonbolivar.edu.co); [mazueraarina@gmail.com](mailto:mazueraarina@gmail.com)

**Carolina Ramírez-Martínez.** Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Directora de la Maestría en Familias. Universidad Simón Bolívar, Cúcuta, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2627-159X>  
Correo: [c.ramirez@unisimonbolivar.edu.co](mailto:c.ramirez@unisimonbolivar.edu.co)

**Myriam-Teresa Carreño-Paredes.** Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Cúcuta, Colombia. Universidad Simón Bolívar. Cúcuta, Colombia. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7572-5618>  
Correo: [m.carreno@unisimonbolivar.edu.co](mailto:m.carreno@unisimonbolivar.edu.co)

**Miguel Ángel, Morffe Peraza.** Universidad Católica del Táchira, Venezuela. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9442-5242>  
Correo: [mmorffe@ucacat.edu.ve](mailto:mmorffe@ucacat.edu.ve); [miguelmorffe@gmail.com](mailto:miguelmorffe@gmail.com)

## Cita sugerida

Albornoz-Arias, N., Mazuera-Arias, R., Ramírez-Martínez, C., Carreño-Paredes, M.T. y Morffe Peraza, M.A. (2021). *Derechos sexuales y reproductivos en mujeres migrantes venezolanas en tiempos de COVID-19. Desafíos para su implementación*. San Cristóbal, Venezuela: Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera.

**El contenido y los puntos de vista son responsabilidad exclusiva de los autores y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de las entidades colaboradoras.**

**Derechos sexuales y reproductivos en mujeres migrantes venezolanas en tiempos de COVID-19. DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN.** Proyecto de investigación: Una mirada globalizante del impacto de la crisis migratoria venezolana. Proyecto: Realidades e interacciones de las familias transnacionales en la frontera Cúcuta - Colombia - Táchira -Venezuela. Grupo de investigación Altos Estudios de Frontera (ALEF). Universidad Simón Bolívar - sede Cúcuta.

## Introducción

Las migraciones internacionales en el ámbito mundial demuestran un incremento en los últimos veinte años. Mientras en el año 2000 los desplazamientos internacionales registraron 150 millones de personas, que representaba 2,8% de la población mundial, siendo 47,5% mujeres; en 2020 se ubicaron en 272 millones representando 3,5% de la población mundial, de los cuales 47,9% son mujeres (OIM, 2019, p. 11); manteniéndose en ambos años, igual proporción entre las mujeres y los hombres migrantes.

Las mujeres son protagonistas de movimientos poblacionales, envueltos en desigualdades sociales durante todo el proceso migratorio que generan violencia y discriminación (Asakura & Torres, 2013; Cacopardo, 2002). La migración femenina tiene motivos similares a los de los hombres: madres jefas de hogar, por independencia económica que les permita tomar decisiones, buscan oportunidades para mejorar su condición de vida y de su familia o huyen de situaciones de violencia en el país de origen. Comenzó a mediados del siglo XX y en los años 80 se convirtió en diáspora, pues la mujer dejó de ser migrante secundaria o sujeto pasivo que migraba por matrimonio o reunificación, y no le eran considerados sus derechos como migrante. Sin embargo, es persistente la violencia de género: acoso, violación, algunos casos de trata de personas, atropellos por parte de las autoridades, débil acceso a información sobre sus derechos entre otras maneras de violencia (Asakura y Torres, 2013; Bastia, 2008; Terrón-Caro & Monreal-Gimeno, 2014).

Actualmente, a pesar que la crisis sanitaria por la pandemia del COVID-19 ha llevado a los gobiernos a imponer diversas medidas, como cierres de fronteras y estrictas medidas de confinamiento afectándose la movilidad de los migrantes en el mundo, el caso de los migrantes venezolanos, evidencia continua emigración por vías informales e irregulares, incrementándose los riesgos durante el tránsito migratorio (OEA, 2020).

Según estadísticas de la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela, la cifra de venezolanos refugiados y migrantes en el mundo, reportados por los gobiernos de países receptores, asciende al 5 de junio de 2021 a 5.636.986 de los cuales 4.600.234 están en América Latina y el Caribe, cifras que podrían ser más altas debido a que algunos gobiernos no suman a los venezolanos sin estatus migratorio (R4V, 2021a). Las cifras anteriores no están discriminadas según sexo, sin embargo, según en el estudio de Bermúdez et al. (2018), de una muestra de 14.578 emigrantes venezolanos 44% eran mujeres y en el estudio de Mazuera et al. (2019), de una muestra de 12.957 emigrantes 36.2% fueron mujeres, datos que reflejan que la migración femenina venezolana, también representa una proporción importante de este fenómeno social.

La Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela también ha identificado las principales dificultades de esta población para acceder a servicios

de salud, encontrándose barreras de acceso a servicios sanitarios esenciales, de diagnóstico médico y tratamientos para el cáncer y las enfermedades no transmisibles que necesitan una atención más compleja, incluidas las dificultades en el acceso a la atención obstétrica de urgencia y la atención a los recién nacidos, partos seguros, atención de emergencia, gestión clínica de la violencia sexual, atención a sobrevivientes de violencia basada en género (VBG), así como salud mental y atención psicosocial (R4V, 2021b); siendo los más afectados quienes se encuentran con estatus migratorio irregular.

Durante la emergencia sanitaria por la COVID-19, algunos gobiernos han disminuido la atención médica primaria, afectándose aun más el acceso a programas como vacunaciones, tratamientos de la tuberculosis y/o el VIH/SIDA, la atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, entre otros (R4V, 2021b). Por todo lo anterior, se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿cómo es el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres inmigrantes venezolanas, durante la emergencia sanitaria por la COVID-19? Siendo el objetivo de este estudio, diagnosticar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres venezolanas inmigrantes, durante la pandemia por COVID-19.

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y las variables en estudio son sociodemográficas, sobre salud sexual y reproductiva, sobre fecundidad, acerca de episodios de violencia psicológica, física y sexual. El instrumento empleado fue un cuestionario, aplicado de modo on line. El presente estudio comprende los siguientes apartados: 1. Introducción; 2. Derechos sexuales y reproductivos; 3. Importancia de la doble protección para la regulación de la fertilidad y prevención de infecciones de transmisión sexual; 4. Metodología; 5. Resultados; 6. Propuestas de actuación.

## 1. Derechos sexuales y reproductivos

La vinculación entre los derechos sexuales y reproductivos y los derechos humanos quedó claramente establecida en las Conferencias de Naciones Unidas: Conferencia de Derechos Humanos de Viena (Naciones Unidas, 1993), Conferencia sobre Población y Desarrollo del Cairo (Naciones Unidas, 1994) y la Conferencia Internacional sobre la Mujer de Beijing (Naciones Unidas, 1995).

En la Conferencia de Derechos Humanos de Viena se establece: "18. Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales" (Naciones Unidas, 1993).

En la Conferencia sobre Población y Desarrollo del Cairo se consagra:

7.2 La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición, lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así

como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (Naciones Unidas, 1994, párrafo 7.2).

7.3 (...) Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva (Naciones Unidas, 1994, párrafo 7.3).

La Conferencia Internacional sobre la Mujer de Beijing, indica:

89. La mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El disfrute de ese derecho es esencial para su vida y su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada. La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social. La salud de la mujer incluye su bienestar emocional, social y físico; contribuyen a determinar su salud tanto factores biológicos como el contexto social, político y económico en que vive (Naciones Unidas, 1995, párrafo 89).

96. Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia (Naciones Unidas, 1995, párrafo 96).

La salud sexual y reproductiva no se limita a la ausencia de enfermedades, implica un bienestar físico, mental y social, por ende va más allá del uso de métodos anticonceptivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual, pues dentro del ejercicio de los derechos reproductivos y salud reproductiva que le corresponde tanto a mujeres como a hombres, se incluye el aborto, decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre los hijos, el uso de las técnicas de reproducción asistida (caso de infertilidad); "temas que abarcan aspectos de salud, desarrollo y derechos humanos" (Mazuera, 2013).

## 2. Importancia de la doble protección para la regulación de la fertilidad y prevención de enfermedades de transmisión sexual

En el campo de la salud reproductiva emerge el concepto de la doble protección, definiéndose la misma como el comportamiento durante el ejercicio sexual que busca la protección de dos riesgos importantes: el embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual. Para el caso de las mujeres un ejercicio sexual transversalizado por la doble protección implica una

percepción del riesgo ante los dos eventos anteriormente descritos (González, 1999).

En cuanto a los métodos para regular la fertilidad, la doble protección se asume como una recomendación de uso de métodos de barrera como el preservativo y un "método anticonceptivo moderno simultáneamente" (Ministerio de Salud, 2016).

Los anteriores conceptos dejan de lado las situaciones de riesgo derivadas de las diversas prácticas sexuales, las cuales no siempre implican un riesgo reproductivo. Es así como Berer (2006) considera que una de las mayores dificultades al definir la doble protección es considerar que esta solo se relaciona con el coito vaginal, cuando existen otros contactos en los encuentros sexuales, los cuales requieren minimizar riesgos para la práctica de una sexualidad segura.

De igual manera, el deseo de las mujeres de asumir el ejercicio sexual de forma preventiva en relación con los embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual es antiguo, pero la aparición de la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) durante el siglo XX hizo incrementar la doble protección como concepto y práctica segura (Di Giácomo, 1996).

Con relación a ese deseo por parte de las mujeres a obtener doble protección, varias investigaciones en Colombia concluyen todo lo contrario. Es así como estudios demográficos del año 1995 ya daban cuenta que un alto número de mujeres movilizaban sus esfuerzos hacia la prevención de un embarazo no planeado, pero pocas eran las cifras que indicaban su intranquilidad por el riesgo ante las enfermedades de transmisión sexual, al menos si se daba una preocupación en ellas, no era tan explícita. Al mismo tiempo, los programas y organizaciones de planificación familiar iniciaron sus planes centrando toda la prevención en el control de la fertilidad, olvidando la prevención ante el riesgo de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Profamilia, 2000) y por ende olvidando la doble protección como práctica segura inherente también a la salud sexual.

Informes más actuales como las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) 2000, confirman un desconocimiento por parte de las mujeres sobre las ITS (42% no tenían conocimiento sobre el tema), variando significativamente este aspecto en la ENDS, 2005 cuando se registra que "el 83 por ciento de las mujeres manifestó conocer ITS diferentes al VIH/SIDA" (Profamilia, 2005, p. 37). En cuanto a prácticas seguras, la encuesta demográfica no exploró en concreto sobre la doble protección, pero sí identificó el uso del preservativo como una práctica segura; de igual forma su uso tuvo "los porcentajes más bajos entre las mujeres de 40-49 años, las casadas o unidas, en el área rural y en la región Oriental" p. 36, región que corresponde a la zona de frontera colombo venezolana.

En ese mismo sentido, las encuestas del año 2010 y 2015 continuaron sin indagar en concreto la doble protección, pero sí emitieron conclusiones preocupantes a nivel de salud sexual segura. Como ejemplo de esas conclusiones se tiene que: durante el año 2015 aunque el conocimiento sobre ITS como el VIH, aumentó sustancialmente en relación con la ENDS 2010, la población adolescente tiene un menor conocimiento en cuanto a prácticas sexuales seguras, negociación del uso del condón y las mujeres de zonas rurales de niveles económicos más bajos tienen menos capacidad para ser auto determinantes ante una relación sexual de riesgo (Profamilia, 2015).

Las anteriores situaciones vividas por las mujeres en el contexto del territorio colombiano, son elementos importantes a la hora de abordar el entendimiento y comprensión de la doble protección como práctica segura en el momento de un ejercicio sexual dentro de un marco de derechos.

Ahora, en relación con los derechos reproductivos, el concepto de la doble protección pone de manifiesto la capacidad de la mujer de enmarcar su reproducción en comportamientos autónomos e independientes con respecto a su pareja y posibles estados no deseados (embarazos no planeados). Esto se reafirma en El Cairo, (1994) cuando relaciona los derechos reproductivos como los derechos que permiten a las mujeres “adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia” (Naciones Unidas, 1994, p. 37).

En cuanto a los derechos sexuales, la doble protección se relaciona con la capacidad de las mujeres de vivir plenamente y en forma segura su sexualidad. De igual modo, teniendo en cuenta que el estudio de los derechos humanos al ser transversalizados por el enfoque de derechos sexuales y reproductivos ha puesto mayor énfasis en los aspectos reproductivos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), conjuntamente con la Asociación Mundial de Sexología (WAS) ha llamado la atención del mundo científico y ha instado al estudio serio y académico de la función sexual.

Simultáneamente el Consejo de Educación e Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos (SIECUS) ha emitido un listado donde se identifican los comportamientos de los individuos sexualmente sanos; es así como se puede identificar un individuo sexualmente sano cuando tiene la capacidad de “reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás” cuando “afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital” y cuando “practica la toma de decisiones eficaz.” p. 12. Se puede afirmar entonces, que estas características son también características de las conductas asociadas a la doble protección que las mujeres pueden asumir como una forma de vivir su sexualidad sana y placenteramente (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

Ahora bien, existen unos aspectos que son importantes de tener en cuenta a la hora de comprender cómo algunas mujeres perciben los riesgos y otras no, en lo concerniente a su salud sexual y reproductiva; estos aspectos se relacionan con los conocimientos que las mismas tengan sobre los riesgos de sus vivencias sexuales, al igual que con normatividades sociales y comportamientos aceptados, alrededor de lo sexual y reproductivo por los colectivos donde estas viven. Adicionalmente, “las percepciones y significados” que las mujeres asignen a embarazos e infecciones de transmisión sexual también son aspectos que permiten entender sus comportamientos y actitudes ante los respectivos riesgos (González, 1999, p. 11). Esta comprensión también permite ver, cómo las mujeres consideran las condiciones seguras al vivir su sexualidad y su reproducción, un tema de derechos.

Por otra parte, la práctica de la doble protección y la forma equitativa del ejercicio sexual hace evidente la participación masculina, permitiendo satisfacer una de las necesidades de los varones, la cual es la participación en “las decisiones reproductivas” (Díaz y Gómez, 1995, p. 55). Lo anterior se confirma en Berer (2006) al expresar que la doble protección es sexualidad segura que involucra a las parejas heterosexuales, requiriendo “acuerdo e involucramiento de ambos miembros de la pareja” (Berer, 2006, p. 7).



Ubicando todo lo anterior en el contexto de la migración venezolana, la educación de la población femenina y masculina en el concepto de la doble protección llevaría a un inicio del reconocimiento por parte de la población de sus derechos sexuales y reproductivos, educación que se hace urgente teniendo en cuenta la "Falta de educación integral para la sexualidad" encontrada en investigaciones recientes en la extensa frontera colombo venezolana (Profamilia-IPPF, 2020, p. 39).

### 3. La violencia hacia la mujer en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

A pesar de la claridad jurídica en el establecimiento de los derechos sexuales y reproductivos, los tabúes culturales que emergen sobre la sexualidad y reproducción han incidido en crear imaginarios sociales que están lejanos de concebirlas como un derecho, como una función natural o como potestad subjetiva pero protegida por el estado y la sociedad a fin que se desarrollen independiente del género y el escenario cultural o geográfico en el cual se está desarrollando el sujeto (Heidari, 2015). Por ello acercarse al abordaje de la violencia ejercida hacia las mujeres en torno a los derechos sexuales y reproductivos, lleva directamente a la comprensión de violencias históricas en las cuales se ha cercenado su capacidad de decisión, disfrute y apropiación de su cuerpo, en su lugar se les ha tratado como un objeto de satisfacción masculina y estos derechos se han visto opacados a la luz de diversos estereotipos que han terminado por victimizar a las mujeres, clasificándolas, reprimiéndolas y violentándolas en nombre de normalidades instituidas por decisión de un sistema cultural jerarquizado en el cual las mujeres están en un subnivel.

Las particularidades de la migración femenina enmarcada en contextos de pobreza y privaciones económicas, hacen visibles las necesidades emergentes en las largas caminatas que asumen para transitar entre regiones y países en busca de oportunidades laborales, enfrentando situación de calle, paradas en albergues, estadías intermitentes en inquilinatos - según se lo permitan los recursos para pagar la noche-, largas trayectorias en buses y cambios de clima, lo que les impide acceso a toallas higiénicas y agua para un apropiado cuidado menstrual, medicamentos y descansos por cólicos menstruales, así como mayores infecciones urinarias por carencia de baños y acceso a duchas (de Potenziani & Potenziani, 1999), problemas por lactancia ya que enfrentan largas jornadas laborales, o situación de enfermedad femenina como inflamaciones, migrañas hormonales y menopausia a quienes presentan estos síntomas.

A esto se le añaden los estados de ánimo y las múltiples depresiones producto de asumir maternidades y cuidados a la distancia, culpa y especialmente negación de su propio bienestar buscando ahorrar recursos para emplearlos en remesas. Otros factores por destacar son las constantes presiones culturales xenófobas que enmarcan a la mujer migrante con estigmas de prostitución, separaciones y reconfiguraciones en sus relaciones de pareja, haciendo que este día a día invisibilice múltiples derechos como los sexuales y reproductivos, que sumados a otras situaciones de vulnerabilidad han llevado a las mujeres a ignorar las múltiples violencias que a diario se suman a la condición de ser mujer tales como el acoso sexual, la presión de tener o no hijos en su condición migratoria, no asumir una vida sexual libre, acceder a métodos de planificación modernos sin que afecten su salud por efectos secundarios (Fries, 2019).

Bajo un abordaje sistémico y de interseccionalidad se analizarán tres esferas de opresión cotidiano de desenvolvimiento de las mujeres migrantes. 1. El familiar: La presión para las

familias que han migrado de manera conjunta o ya se han reunificado, así como para las que se encuentran separadas, representa un reto, ya que sostener en armonía y equidad las relaciones conyugales en medio de estas tensiones migratorias y de pobreza, contribuyen a la opacidad de estos derechos sexuales, más bien hacen que erróneamente se justifique la violencia masculina al interior de las familias por consideración a los factores estresores que enfrentan los varones (Carvalho, 2018), naturalizando humillaciones, desvalorización y/ o burlas por condición de su apariencia física, vestuario y demás imaginarios enmarcados en estéticas femeninas de incondicionalidad, seducción, belleza, entrega y disposición que invaden y desterritorializan a la mujer de su cuerpo al igual que lo están de su país. En esta misma lógica de violencia familiar, se destacan las ausencias totales de los varones en el uso de métodos de planificación delegando en la mujer la responsabilidad absoluta de la planificación familiar y privándolas de la protección contra enfermedades, esto sin compartir recursos económicos para el acceso a los métodos. De una manera directa, la violencia sexual y física a través de golpes, acoso, acceso sin consentimiento, en momentos y de formas que no son aceptadas por las mujeres, que ponen en riesgo su salud o que les generan dolor, vergüenza y en general que no les permiten su realización personal, disfrute y Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo sexual (Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997).

No solo las familias ejercen esta violencia sexual y reproductiva contra las mujeres migrantes, sino que también 2. Los factores sociales y comunitarios de las poblaciones receptoras contribuyen con esta violencia, abuso y hostigamiento a las mujeres a través del acoso callejero el cual impacta en la percepción de seguridad, cohibiendo la libertad de movimiento y acceso de las mujeres a espacios públicos, incubando una violencia simbólica de dominación y posesión del cuerpo de la mujer que transita por lugares específicos, en horarios y con vestimentas que a juicio patriarcal no deben desarrollar. Así a la vista de la sociedad estos mal llamados piropos, se instauran en la voluntad de las mujeres para atemorizarlas, cohibirlas y violentarlas verbal y físicamente (Bastos, 2018).

Un tercer escenario de violencia que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes, es el espacio laboral, un espacio que lejos de ser una posibilidad de desarrollo personal de habilidades creadoras y de realización como lo propone la ONU (1979), ha venido representando una de las mayores formas de explotación por las condiciones en que se ejerce, especialmente para aquellos migrantes indocumentados y más si se trata de mujeres, ya que son intimidadas sexualmente, con acosos como frases insinuantes, tocamientos, acceso sexual como condicionamiento de permanencia laboral, uso de estrategias de minimización de sus capacidades laborales, aumento de jornadas y todo aquello que permita victimizar, acobardar y acceder bajo presión.

Desde la perspectiva teórica de la interseccionalidad, se analiza la violencia sexual no solo como aquella suma de violencias hacia las mujeres, sino las particularidades que se van creando en torno a cada revictimización, así pensar en la migración femenina implica la visibilización de una serie de situaciones que se han experimentado a lo largo del tiempo por las mujeres como la feminización de la pobreza, bajo nivel escolar, asignación a empleos en oficios mal remunerados, de jornadas laborales amplias, asignación de roles de cuidadoras que terminan dejándolas fuera de su propio cuidado, estigmas por separación de sus familias y su patria, condición racial históricamente segregada, entre otras. Es así como estas violencias entran en interseccionalidad con otras, presentándose simultaneidad entre la desigualdad de género,

de ciudadanía migrante, de pobreza, de condición étnica y en este análisis con situaciones de violencias sexuales y reproductivas lo cual exige según Onetto (2019) “analizar primero la naturaleza de la relación entre los perpetradores y las víctimas en un régimen de desigualdad, y luego estudiar la violencia en la intersección de múltiples desigualdades (p.9), lo que pone en contexto una real dimensión de las situaciones vividas por las mujeres migrantes que requiere una protección especial para el disfrute pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.

Desde un abordaje para el análisis de la violencia sexual y reproductiva en el grupo poblacional en edad juvenil, el cual representa un importante segmento de la población migrante, es necesario resaltar cuidado y acompañamiento para evitar violación de sus derechos, lo mismo que protección de sus libertades para no ser sancionados por embarazos, sino apoyados en su proyecto de vida y especialmente desde el acceso a la salud y salud mental a fin de brindarles herramientas para afrontar esta condición. En todos los casos, es importante eliminar toda forma de violencia sexual y reproductiva para garantizar la toma de decisiones seguras, libres, responsables, fomentadas desde su tranquilidad y acompañamiento social y estatal.

Una apuesta a la eliminación de violencias sexuales y reproductivas para las mujeres migrantes, implica la educación ciudadana para el respeto de la dignidad humana sin condición de sexo o nacionalidad con lo cual se contribuye a la eliminación de estereotipos, la difusión de información científica que eliminen los juicios y tabús que coartan las emociones y libres decisiones, que niegan acceso a servicios de salud, que fortalezcan la construcción del género femenino, libre de estéticas femeninas subordinadas (Taborda, s/f) que impiden a las propias mujeres y a su contexto disfrutar y otorgar al cuerpo de la mujer autonomía, integridad, seguridad y especialmente derecho a la privacidad, libre elección, placer y expresión ético, personal y libre de toda violencia (Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997).

La garantía de derechos sexuales y reproductivos a las mujeres migrantes ha de contemplar además heterogeneidad que favorezca el conocimiento de su cuerpo para la prevención de enfermedades que violenten sus vidas a través de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, sometimiento a dietas, cirugías y demás acciones que llevan a la mujer a poner en riesgo su vida por cumplir estándares de belleza que las hacen objetos de placer y las someten a voluntades externas. Conocer y promover el ejercicio de autonomía sobre el propio cuerpo, con educación y seguridad en salud, igualdad de género, libertad sexual, autonomía y fomento de la justicia sexual es dar un gran paso en la prevención de violencias a las mujeres migrantes.

## 4. Metodología

### 4.1 Objetivo y variables de estudio

Diagnosticar el ejercicio de los derechos sexuales reproductivos de las mujeres venezolanas inmigrantes, durante la pandemia por la COVID-19.

Se consideró el incremento de las vulnerabilidades de esta población debido a:

- Ser mujeres que emigraron después del 2018, consideradas por el ACNUR como venezolanos desplazados en el extranjero, personas que probablemente necesiten protección internacional, según los criterios recogidos en la Declaración de Cartagena

pero que no solicitan asilo; requiriendo protección contra retornos forzosos y el acceso a servicios básicos (ACNUR, 2020, p. 64).

- La vulnerabilidad social en términos de desigualdades sociales e inconvenientes en el acceso a los recursos y oportunidades, así como riesgos de explotación, abuso o violencia (Parella Rubio, 2005).

Las variables en estudio son sociodemográficas, sobre salud sexual y reproductiva, fecundidad, acerca de episodios de violencia psicológica, física y sexual. El instrumento aplicado estuvo conformado por 65 preguntas, validado por una experta en migración y salud.

Así mismo, antes del inicio del cuestionario, cada mujer leyó el respectivo consentimiento informado, mediante el cual aceptada o no, participar en el estudio. En caso de no querer hacerlo, automáticamente concluía la consulta. El presente documento se desarrolló desde un enfoque cuantitativo y descriptivo.

## 4.2 Antecedentes de la población objetivo y muestra

En el año 2019 fue publicado el Informe de Movilidad Humana II. Realidades y perspectivas que quienes emigran, siendo su objetivo caracterizar al venezolano que emigraba por la frontera Táchira (Venezuela) – Norte de Santander (Colombia). En esa oportunidad, se aplicó una encuesta estructurada, a la población objetivo (emigrantes venezolanos mayores de edad) durante el período de 8 de abril al 5 de mayo de 2019 (Mazuera-Arias et al., 2019).

En este estudio de 2019, se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico, mediante la técnica de muestreo consecutivo, que incluyó a todos los sujetos accesibles y disponibles en la dimensión espacial (oficina de registro de control migratorio en la oficina de Migración Colombia, ubicado en La Parada, municipio Villa del Rosario, Norte de Santander, Colombia). De este procedimiento, resultó un tamaño muestral de 12957 sujetos encuestados.

Para hacer realidad el estudio de 2019, unieron esfuerzos varias instituciones venezolanas como la Universidad Católica del Táchira (UCAT), Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Servicio Jesuita a Refugiados (SJR, Venezuela), Centro Gumilla, Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF) y por Colombia la Universidad Simón Bolívar, sede Cúcuta, contándose también con la colaboración de Migración Colombia.

Durante el período de levantamiento de esa información, se hizo la solicitud voluntaria a cada emigrante, del correo electrónico personal, información que quedó registrada en el instrumento de recolección de información primaria en 2019. En ese momento, se les informó que su decisión y respuesta era opcional, aclarándoles que el propósito era realizar futuros estudios sobre la inmigración venezolana en el exterior. En este proceso se obtuvieron 2495 correos de mujeres.

### 4.3 Población objetivo del presente estudio

La población objetivo estuvo representada por 2495 mujeres inmigrantes venezolanas, mayores de edad, que fueron contactadas a través del correo electrónico, solicitándole responder un cuestionario online. Se utilizó el formulario de Google forms.

### 4.4 Diseño muestral

El diseño del marco muestral fue de tipo no probabilístico y consideró la dimensión temporal, definida por el período en que fue aplicado el instrumento a las inmigrantes venezolanas por vía online. Se inició este proceso el 1° de abril hasta el 3 de junio de 2021. Durante este período, se enviaron cuatro recordatorios a los correos electrónicos de la población en estudio. De este procedimiento, resultó un tamaño muestral de 86 mujeres encuestadas.

Tabla 1. Distribución de la muestra por semanas según meses de estudio

	Semana 1		Semana 2		Semana 3		Semana 4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Abril	22	30.1%	26	35.6%	7	9.6%	18	24.7%	73	100.0%
Mayo	4	36.4%	2	18.2%	4	36.4%	1	9.1%	11	100.0%
Junio	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>32.6%</b>	<b>28</b>	<b>32.6%</b>	<b>11</b>	<b>12.8%</b>	<b>19</b>	<b>22.1%</b>	<b>86</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

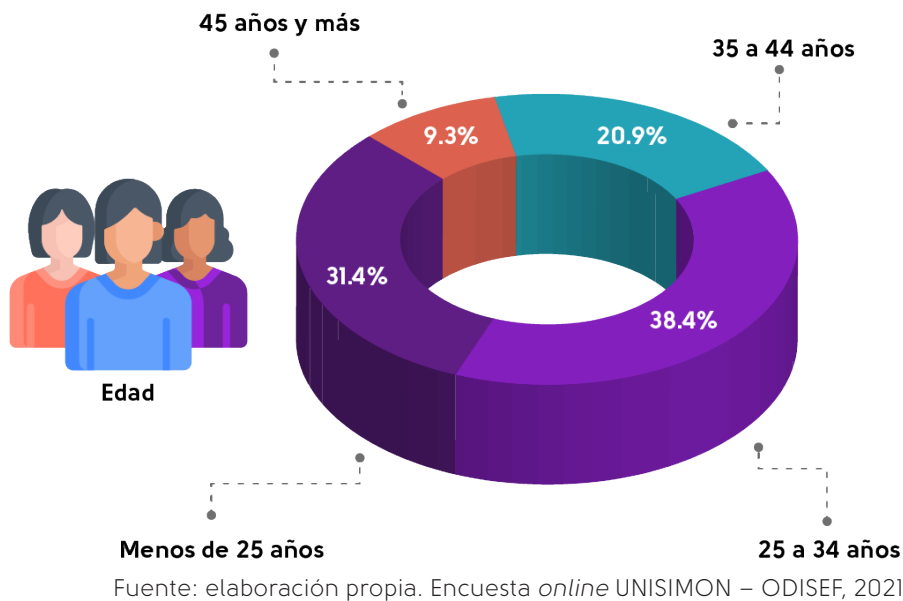
El criterio de selección de las encuestadas fue aplicar el instrumento on line a mujeres inmigrantes, mayores de edad, que emigraron en 2019. Para efectos de la tabulación de los datos, se realizó un análisis descriptivo bivariado de distribuciones porcentuales relativas de las variables en estudio de la población objetivo. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el paquete SPSS en su versión 24 (IBM SPSS, Chicago, IL, EE. UU.).

## 5. Resultados

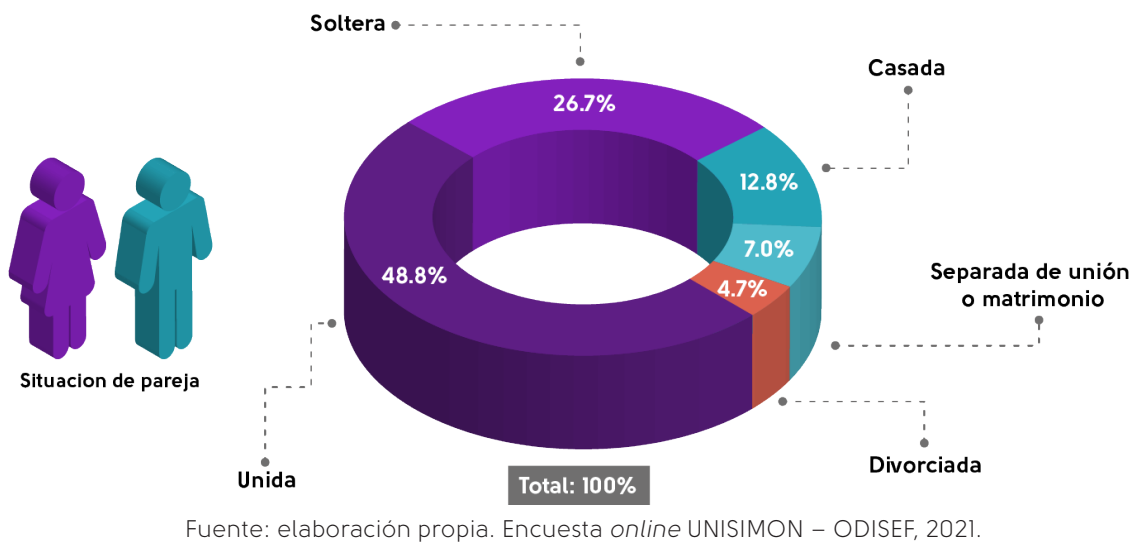
### 5.1 Variables sociodemográficas

#### Edad y situación de pareja

El mayor porcentaje son mujeres entre 25 a 34 años, siendo la edad promedio de toda la muestra 31 años.



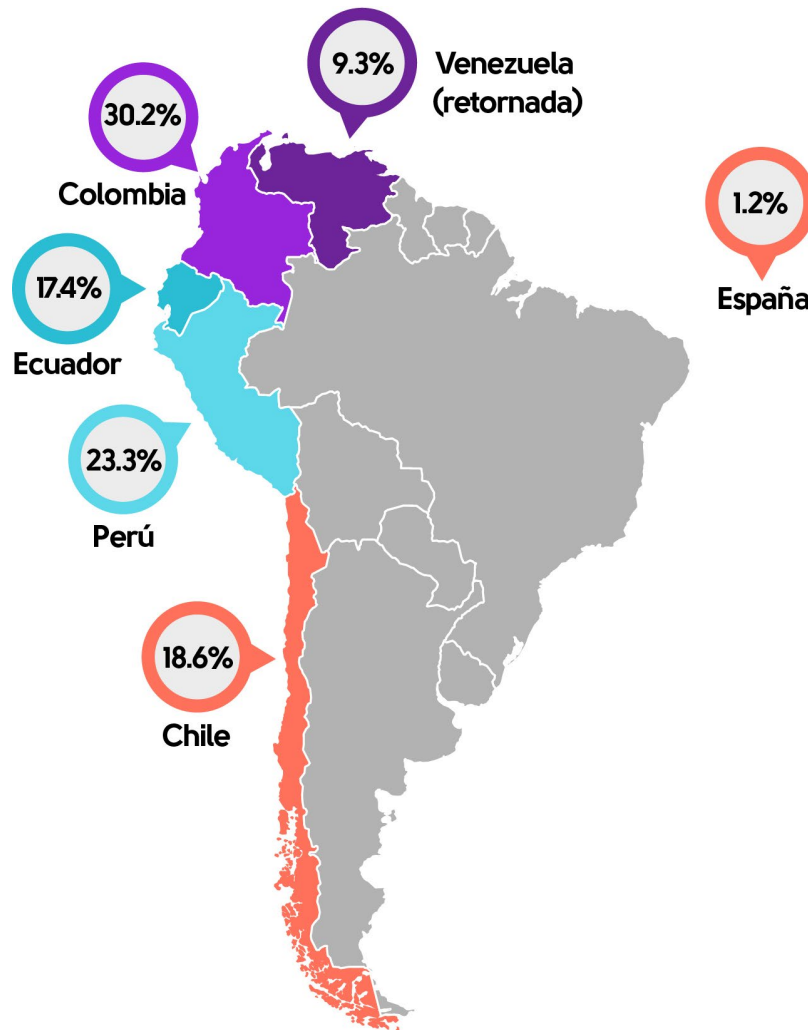
- El 61.6% de las mujeres se encuentran unidas y casadas.



Según grupos etarios:

- 35.7% de las mujeres que manifestaron situación de pareja "Unidas" son menores de 25 años y 45.2% se encuentran entre 25 y 34 años.
- 36.4% de las mujeres "casadas" están entre 35-34 años; 27.3% entre 35-44 años y 27.3% mayores de 45 años.

### País y zona donde se encuentra viviendo actualmente



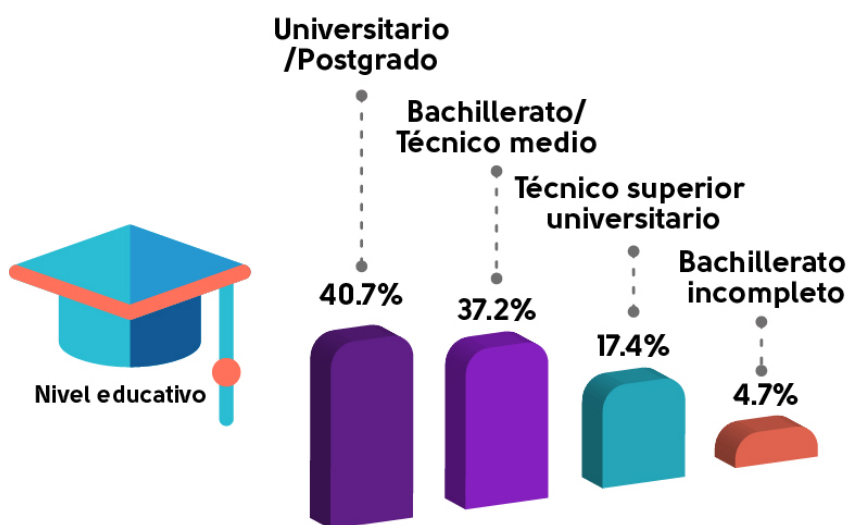
Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

Según grupos de edad:

- 40% de las mujeres que están en Perú son menores de 25 años y 35% están entre 25-34 años.
- 34.6% de las que están en Colombia son menores de 25 años y 42.3% se encuentran entre 25-34 años.
- 33.3% de las que están en Ecuador son menores de 25 años y 53.3% están entre 22-34 años.
- 25% de las que viven en Chile son menores de 25 años y 43.8% se encuentran entre 25-34 años.

Principalmente viven en zona urbana (69.8%), seguido por zona urbano-rural (17.4%) y zona rural (12.8%).

## Nivel educativo

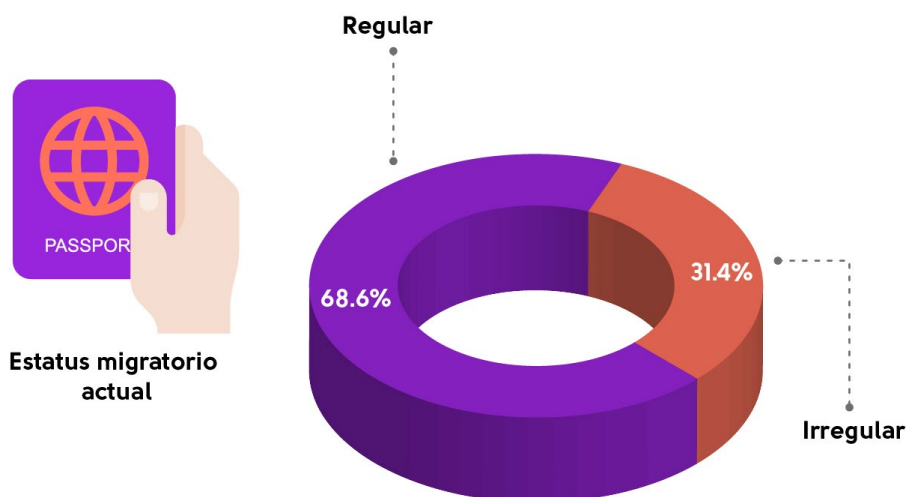


Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

## Estatus migratorio actual

Después de dos años de haber emigrado las 2/3 partes de las mujeres tienen un estatus migratorio regular, lo cual es favorable para el acceso y ejercicio de derechos.

El mayor número y porcentaje (12; 44.4%) de mujeres con estatus irregular se encuentran en Perú; seguido por Colombia (6; 22.2%).

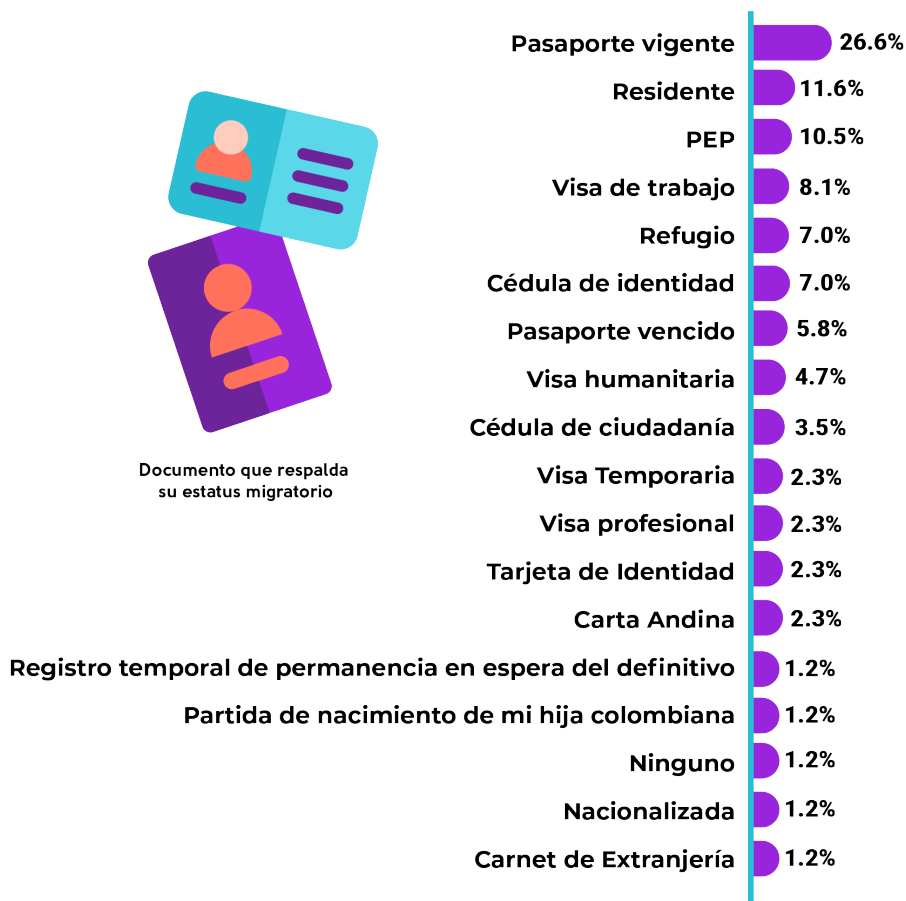


Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

Según las migrantes consultadas, el principal documento de identidad que respalda su estatus migratorio es el pasaporte vigente (26.7%) así como la cédula de identidad, el pasaporte vencido y la partida de nacimiento de hijo(a), sin embargo, la tenencia de estos no significa que se encuentra regular dentro del país de acogida, situación que podría indicar desconocimiento de los procesos de regularización.



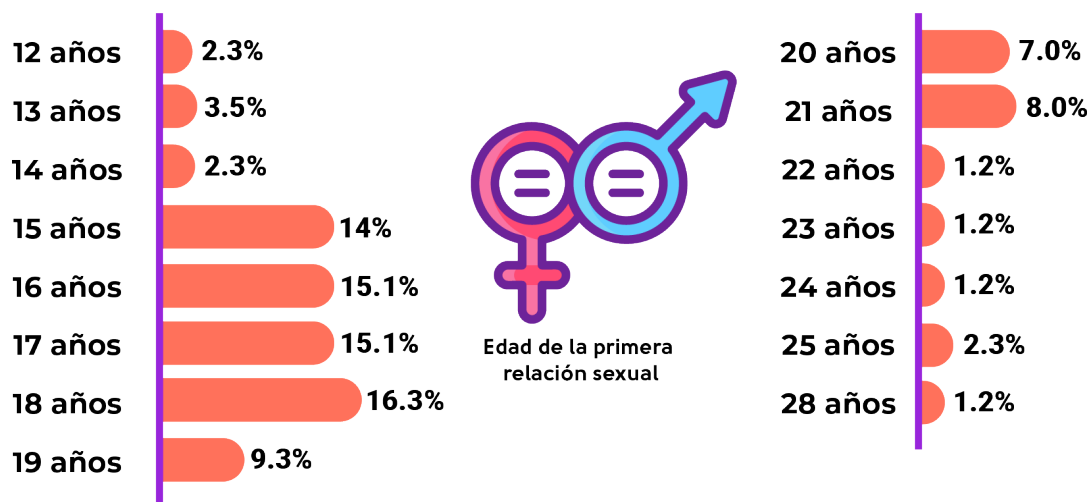
A través de diversos mecanismos, las migrantes han logrado regularizar su estancia como el actual Permiso Especial de Permanencia (PEP) en Colombia y otros como: refugio, residencia, visa humanitaria, temporal o profesional, Carta andina entre otros.



Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

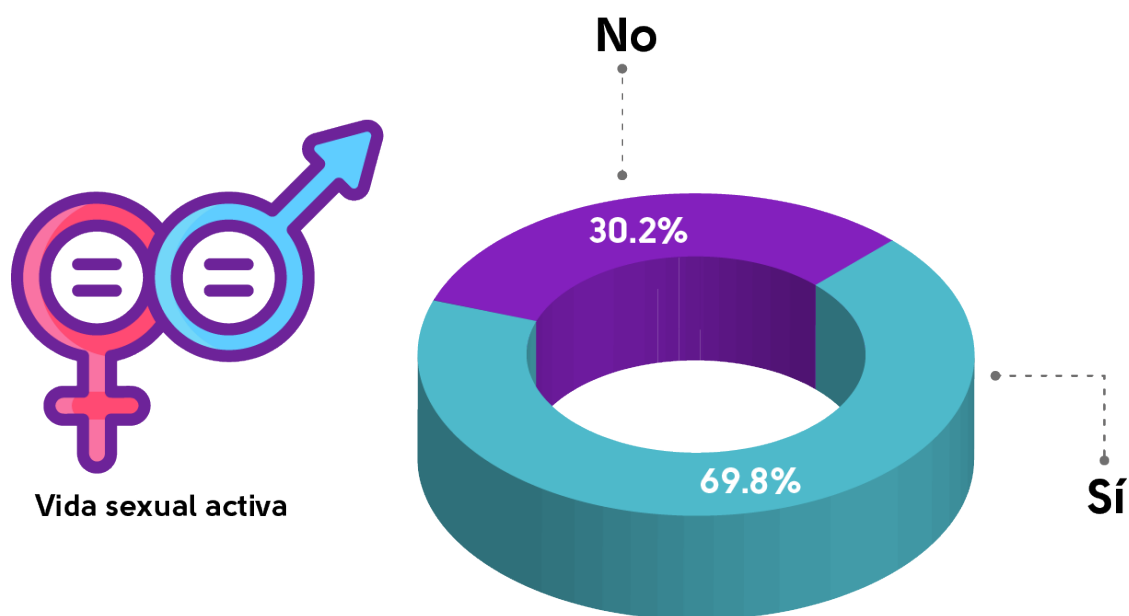
### Edad de la primera relación sexual

La edad promedio del inicio de las relaciones sexuales fue 18 años.



Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

## Vida sexual activa



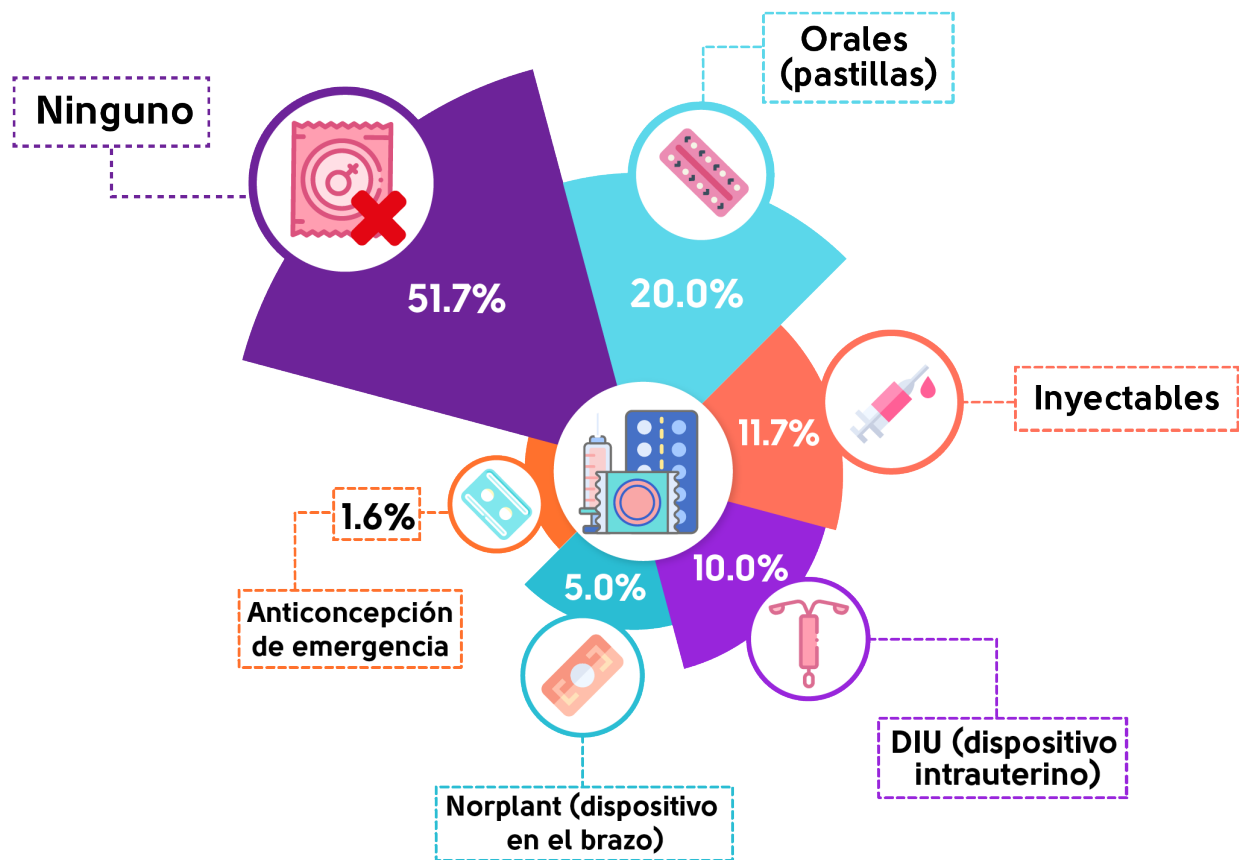
Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

Las mujeres que manifestaron tener una vida sexual activa:

- 70% tienen como situación de pareja unidas; 16.6% están casadas.
- 45% con nivel educativo: bachillerato completo o estudios técnicos y 33.3% universitario/ posgrado.
- 87% satisface su vida sexual con pareja estable; 6.2% con relaciones de pareja ocasionales con conocidos y 6.2% a través de la autosatisfacción.

## Uso de métodos anticonceptivos y prevención de enfermedades de transmisión sexual

Con relación a las mujeres que tienen vida sexual activa 51.7% no utiliza métodos anticonceptivos modernos, de las cuales 67.7% están unidas y 19.3% casadas.



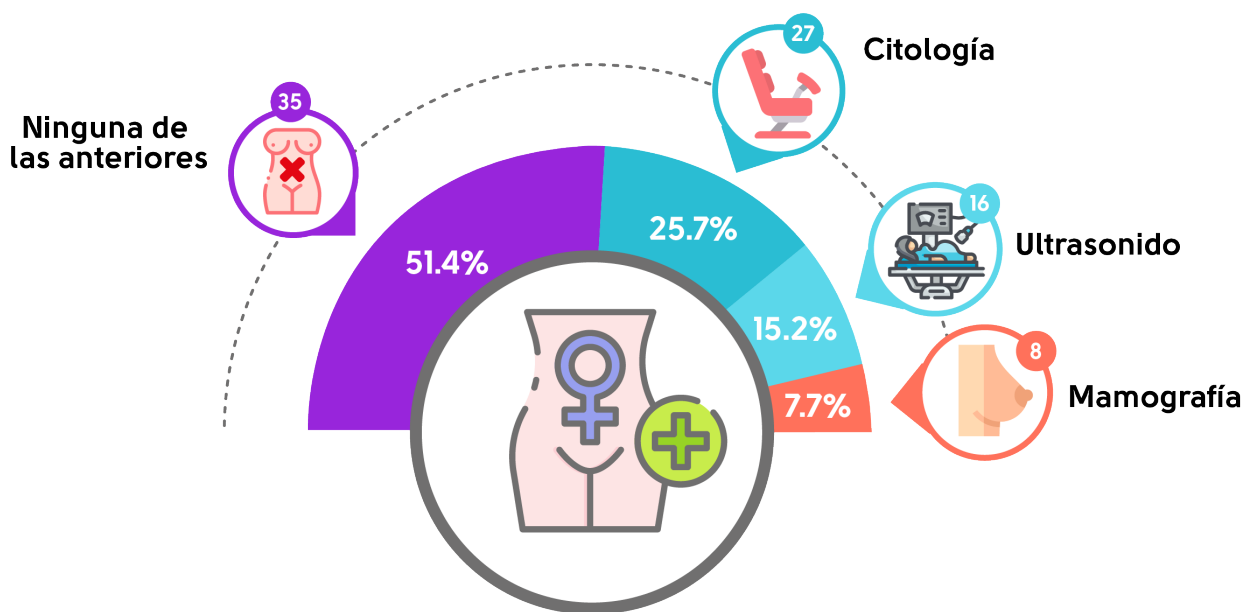
Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

Así mismo, las mujeres con vida sexual activa:

- 25% se encuentran esterilizadas, principalmente con edades entre 25 – 44 años.
- 38.3% utilizan el condón masculino, especialmente las unidas y solteras.
- 8.3% nunca han utilizado el condón
- 15% utiliza el método tradicional del “ritmo” y 11.7% el método tradicional del “retiro”.
- 10% tienen acceso a métodos anticonceptivos gratuitos.
- 10% manifestaron que no usan métodos anticonceptivos porque no les gusta usarlos, es decir, es una decisión propia. Otras razones indicadas, aunque en menor proporción son tener una relación lésbica, razones religiosas, porque le hace daño a la salud y por la menopausia.
- Consideran que las tres principales maneras de prevenir las infecciones de transmisión sexual son: 1) siendo fiel (53.3%); 2) usando condón (21.7%) y 3) evitando relaciones sexuales con personas desconocidas (20%).

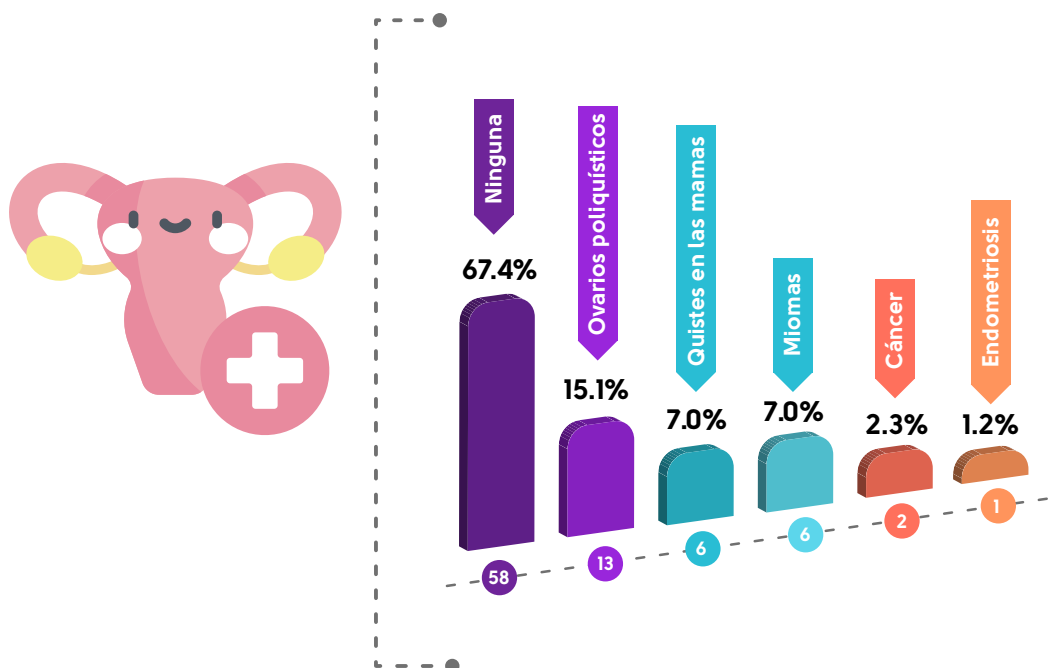
### Exámenes médicos de rutina para la mujer

La mitad de las mujeres manifestaron no haberse realizado exámenes de rutina en el año 2020, de las cuales 37.0% se encuentran entre 25-34 años; 29.6% menores de 25 años; 22.2% están entre 35-44 años y 11.1% mayores de 45 años.



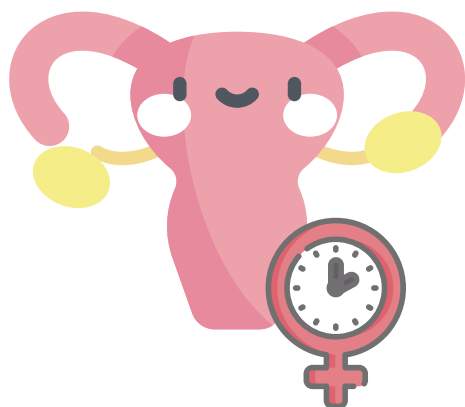
Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

### Patologías encontradas en exámenes anteriores

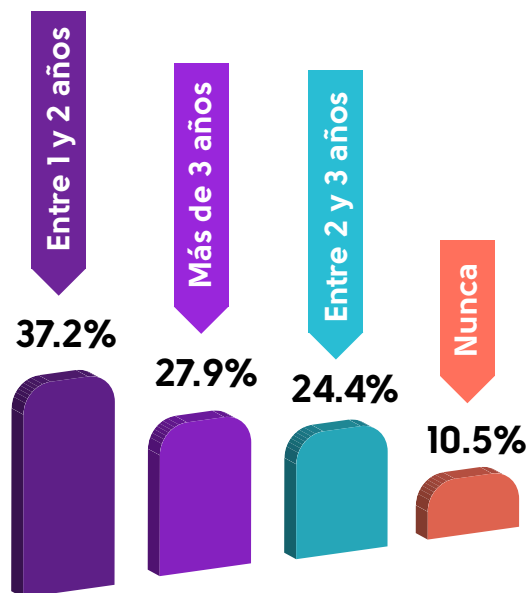


Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

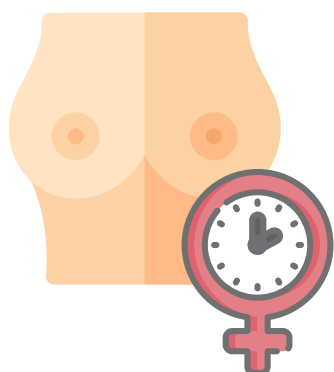
- 82.1% de las mujeres que manifestaron alguna patología no cuentan actualmente con tratamiento médico.



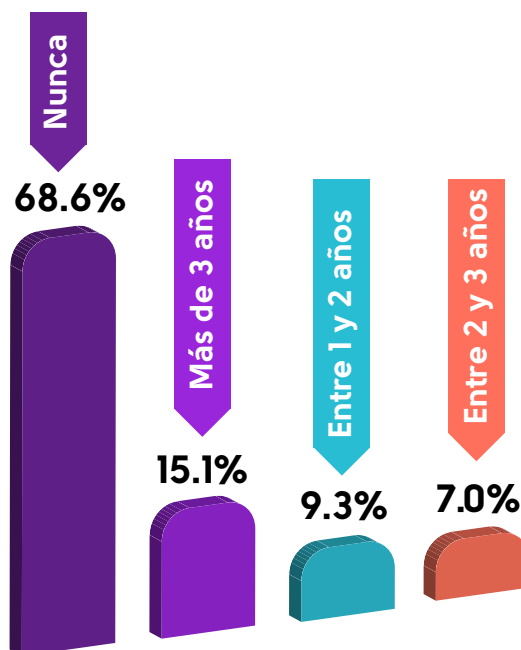
### Tiempo transcurrido desde la última citología



Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

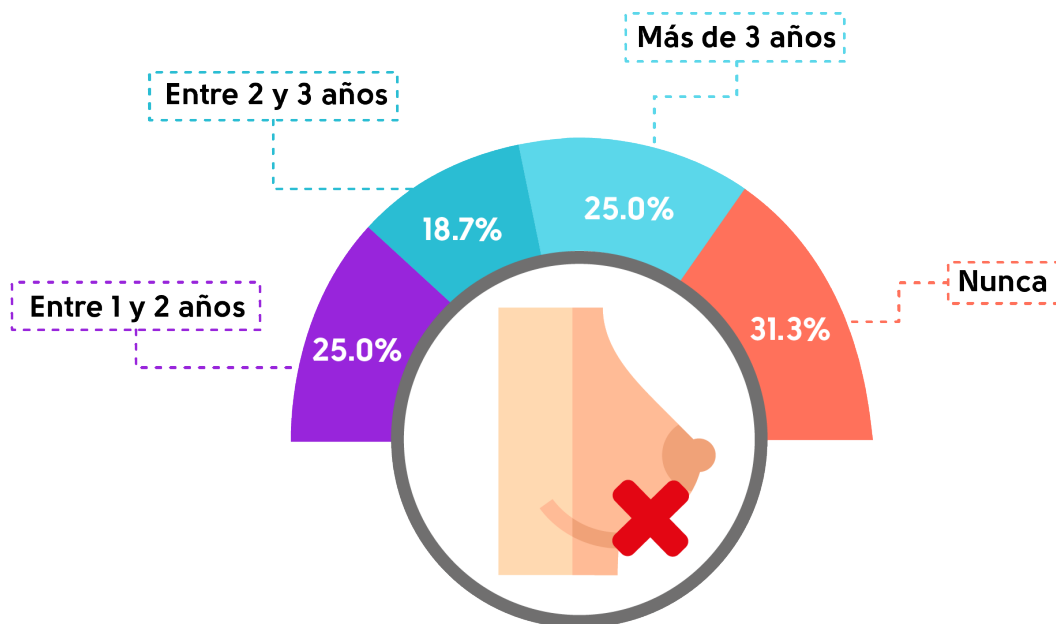


### Tiempo transcurrido desde la última mamografía



Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

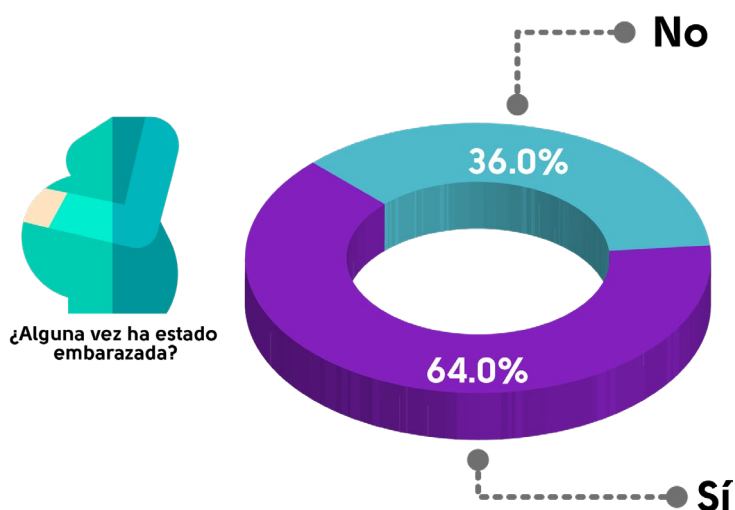
El 18.6% del total de mujeres consultadas tienen más de 40 años y es preocupante todas tienen más de 1 año sin hacerlo y 31.3% de ellas nunca lo han realizado. Este examen médico es esencial para mujeres mayores de 40 años para detectar el cáncer de seno especialmente cuando son inexistentes los síntomas.



Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

### 5.3 Sobre fecundidad

¿Alguna vez ha estado embarazada?



Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

Considerando la muestra total de las mujeres consultadas:

- 36% no han estado embarazadas y de ellas 62.3% son menores de 25 años.
- 20% de las madres son solteras.

- El número de embarazos oscila entre 1 y 5.
- 14% han tenido un parto en los dos últimos años que representan a 12 mujeres:
  - El lugar del parto del 75% de ellas fue en un centro de salud público y atendidos por personal médico.
  - De ellas, 66.7% de los partos fueron normales y 33.3 por cesárea.
  - 91.7% tenían 9 meses de gestación al momento del parto.
  - 41.7% no tuvo un acompañante durante la hospitalización para el parto.
- 18.6% quedaron embarazadas después de migrar de Venezuela.
- 38.4% consideran que embarazarse y ser madre se ve afectado por ser migrante, pudiendo afectar el acceso al control prenatal y parto.
- 4.7% ha pensado o le han propuesto el alquiler de vientres como una opción que ayudaría a su situación económica.

#### 5.4 Episodios de violencia psicológica, física y sexual

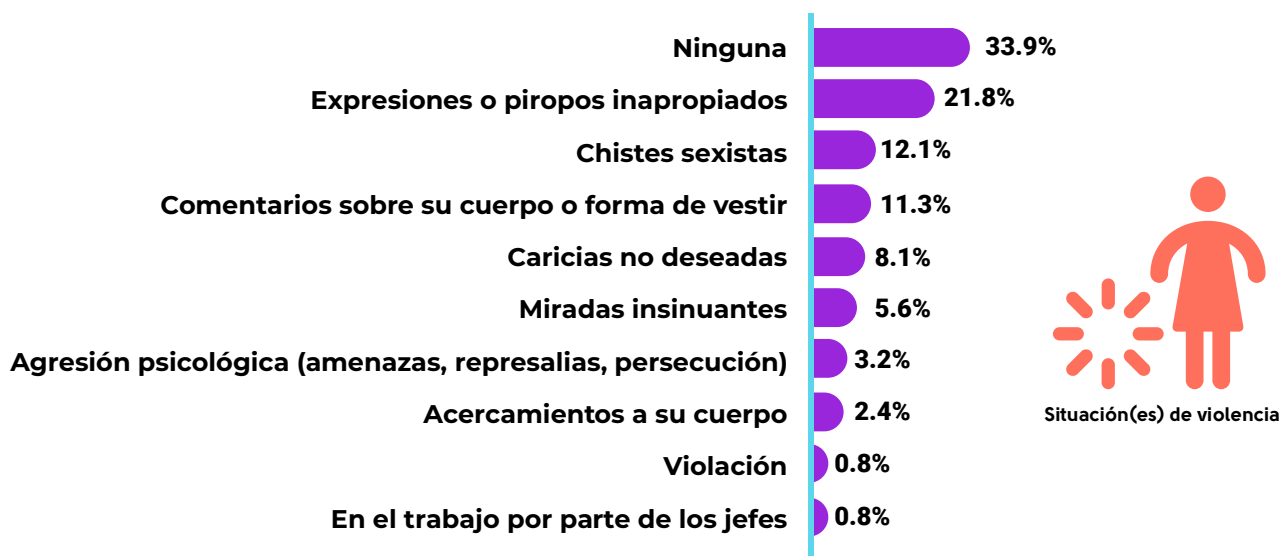
La violencia contra la mujer, comprende cualquier hecho o suceso de violencia que le genere daño físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado; que se agravan en contextos de crisis humanitarias y desplazamientos por su exposición a violencia: de pareja, sexual de terceros y otras formas de violencia contra las mujeres; y durante la pandemia por la COVID-19 estos episodios que se han incrementado, limitándose el acceso a distintos servicios, configurándose un problema de salud pública y transgresión de los derechos humanos de la mujer (OMS, 2021). La mujer migrante venezolana no escapa de esta realidad como reflejan los resultados siguientes.

Durante los dos últimos años y considerando el total de mujeres consultadas:

- 7% indicaron que su pareja les ha manifestado no ser atractiva para él ni para ningún hombre.
- 16.3% su pareja les ha solicitado mejorar su aspecto físico en algún momento.
- 41.9% por ser migrantes les han ofrecido alguna vez dinero, ropa, trabajo u otros favores o privilegios a cambio de tener relaciones sexuales; siendo las más vulnerables las mujeres jóvenes, pues de ellas 41.7% son mujeres menores de 25 años y 36.1% con edades entre 25-34 años.
- 10.5% por ser migrantes, han sido amenazadas con quitarles el trabajo, privilegios o derechos, si no tienen relaciones sexuales; siendo el 77.8% de ellas mujeres menores de 25 años.

- 2.3% han sido forzadas físicamente a tener relaciones sexuales contra su voluntad.
- 1.2% han sido agredidas físicamente durante el desarrollo de una relación sexual.

**Situación(es) de violencia, abuso, hostigamiento ha sufrido en los últimos dos años**

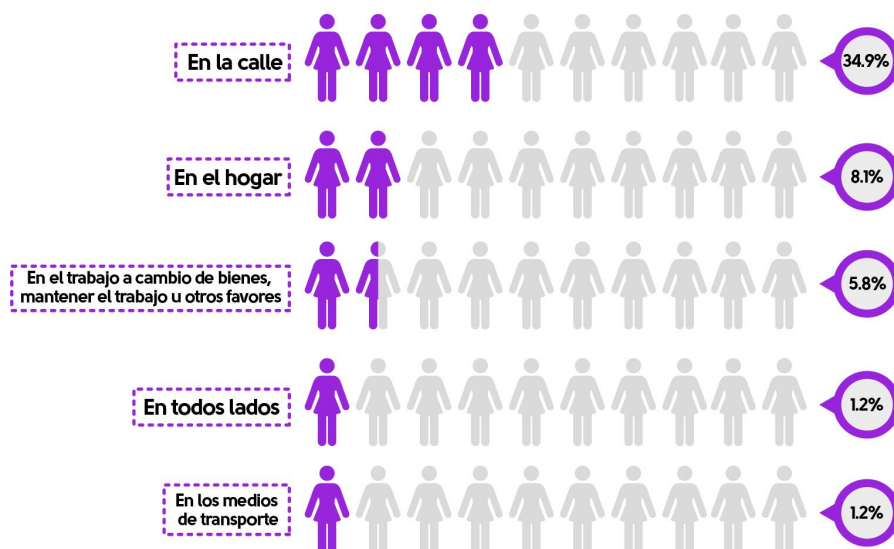


Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

Según la edad las mujeres menores de 34 años fueron quienes vivieron mayores situaciones como piropos, chistes sexistas, comentarios sobre su cuerpo, caricias no deseadas, miradas insinuantes y agresión psicológica.

**Lugares donde han ocurridos estos hechos han sido:**

Considerando el total de las mujeres consultadas.

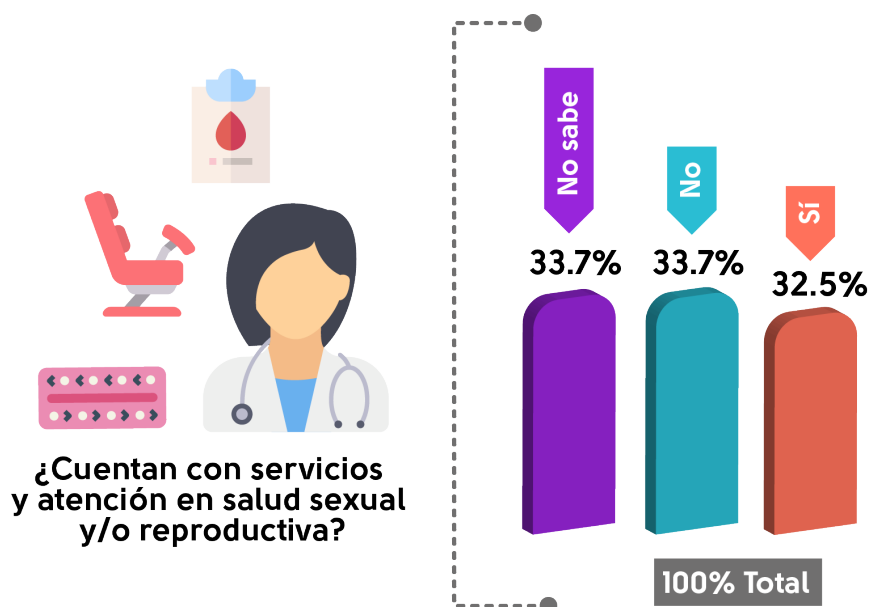


Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.



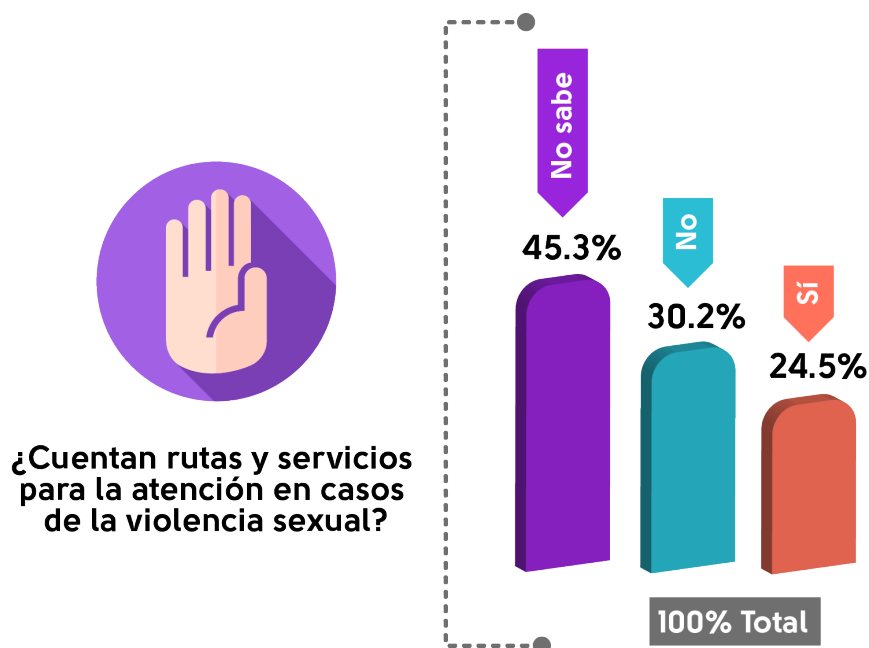
## Situación de las mujeres migrantes durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 en el país de acogida

Considerando la opinión del **total de las mujeres** consultadas:



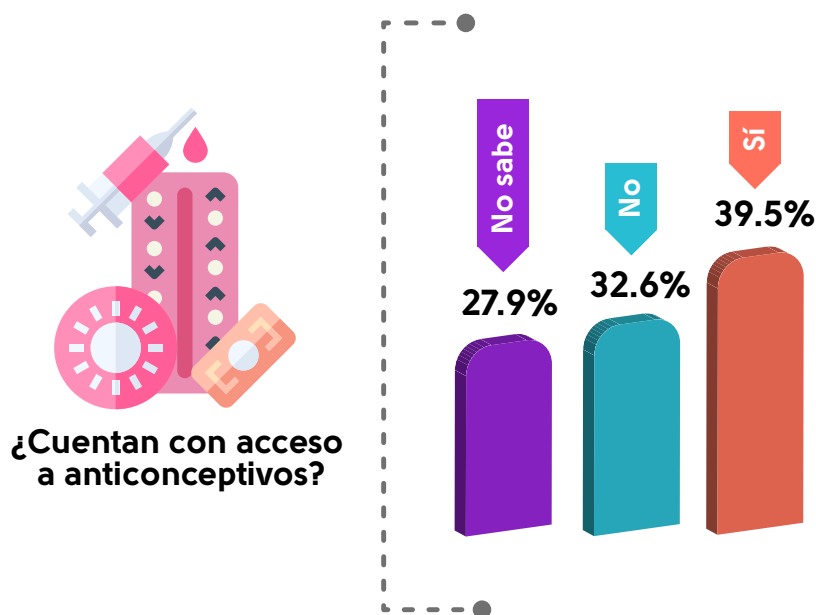
Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

Los países en los cuales los resultados indican la falta de acceso y atención en salud sexual y/o reproductiva son principalmente: Colombia (34.5%), Perú (31%), Ecuador (6.9%) y Chile (6.9%).



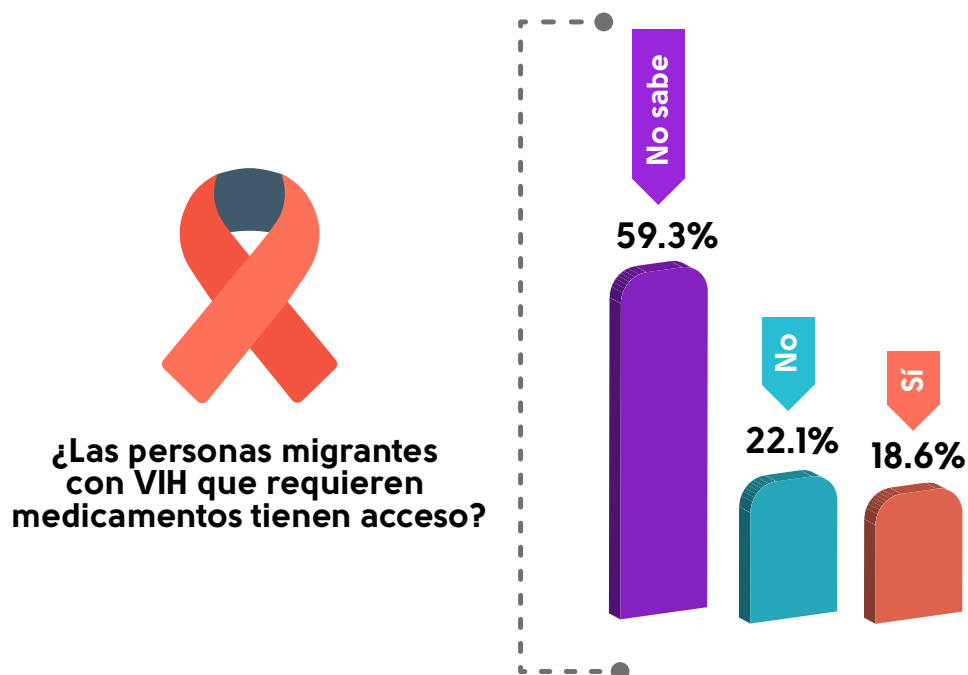
Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

Siendo los países principales donde se refleja según percepción de las encuestadas, ausencia de servicios de atención en caso de violencia sexual Perú (38.1%), Colombia (23.8%), Ecuador (14.3%) y Chile (4.8%).



Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

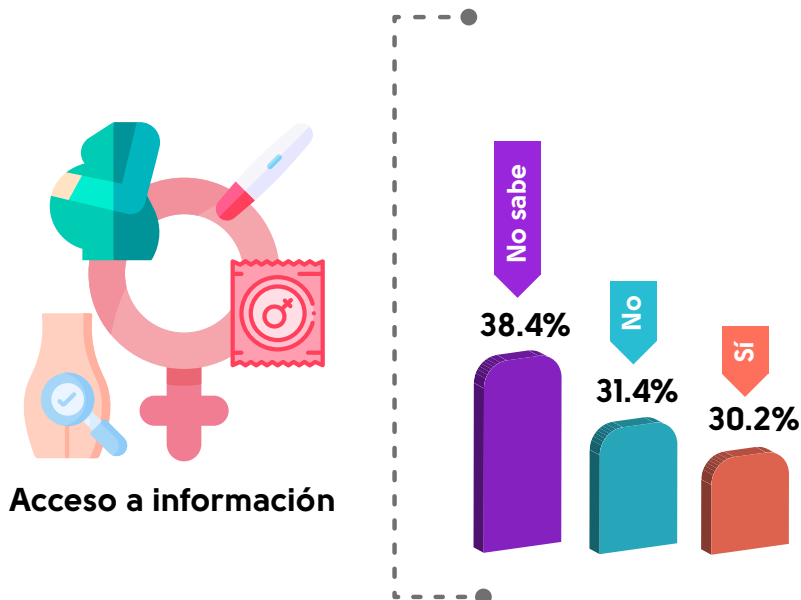
Siendo los principales países donde según las encuestadas tienen dificultades en cuanto al acceso a anticonceptivos: Colombia (39.3%), Perú (25.6%), Ecuador (10.7%) y Chile (3.6%).



Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

De igual forma, según las encuestas, los principales países donde las personas con VIH tienen dificultades para acceder a los medicamentos son: Colombia (31.6%), Ecuador (21.1%), Perú (15.8%) y Chile (5.3%).

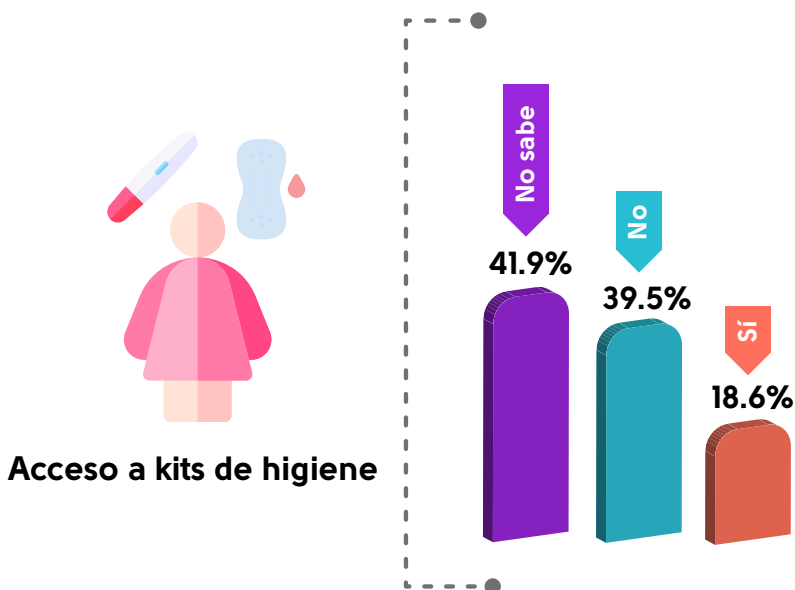
¿Cuentan con comunicación e información sobre: acceso y uso de métodos anticonceptivos, condones, cuidados durante el embarazo, parto y postparto, ¿prevención de violencia hacia la mujer, niña y adolescente?



Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

Siendo los principales países en los cuales las encuestadas manifiestan desinformación sobre acceso y uso de métodos anticonceptivos: Perú (38.5%), Colombia (19.2%), Ecuador (15.4%) y Chile (11.5%).

¿Tienen acceso a kits básicos de higiene para mujeres gestantes, lactantes, con menstruación y personas con necesidades especiales y que están en condición de pobreza y vulnerabilidad?



Fuente: elaboración propia. Encuesta *online* UNISIMON – ODISEF, 2021.

Siendo los principales países que según las encuestadas no tendrían acceso a kits básicos de higiene para mujeres gestantes, lactantes, con menstruación y personas con necesidades especiales: Perú (29.4%), Colombia (26.5%), Ecuador (17.6%) y Chile (8.8%).

## 6. Consideraciones finales

A pesar de los múltiples esfuerzos por reducir las vulnerabilidades a las cuales están expuestas las mujeres migrantes en el mundo mediante la suscripción de acuerdos internacionales como la Convención Internacional para la Protección de los Derechos Humanos de los Trabajadores Migrantes y sus Familias, así como la Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia las Mujeres, e igualmente la determinación de diversas organizaciones no gubernamentales que buscan garantizar el goce de los derechos humanos para este grupo humano, las realidades expuestas en este estudio y otras experiencias, demuestran aun las enormes fisuras que exhibe este fenómeno social, en especial en los países en vías de desarrollo, colocando a las mujeres migrantes en gran desventaja debido al rechazo social a la que se encuentran y al distanciamiento entre las propuestas gubernamentales y la realidad que experimentan.

Adicionalmente, estamos refiriendo a un grupo social mayormente proclive a contraer infecciones de transmisión sexual, siendo también estas mujeres migrantes menos propensas a realizarse los controles pre y postnatales, importantes para la salud de ambos seres humanos y el concurrente temor a ser estigmatizadas y rechazadas, así como también, ser objeto de hechos violentos asociados a su condición de vulnerabilidad.

De igual manera, tomando también como base las recomendaciones para abordar los derechos humanos de las mujeres migrantes establecidas en el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular que establece que se debe garantizar que las mujeres migrantes disfruten de derechos económicos, sociales y culturales equivalentes a los de los nacionales, de conformidad con las leyes, normas y principios internacionales sobre derechos humanos, en relación con, entre otros, la educación, trabajo decente, capacitación, vivienda, prestaciones sociales y los servicios de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva y salud mental (Naciones Unidas, 2018); sin embargo, las propuestas enarboladas en las normativas latinoamericanas, aun distan mucho de este precepto.

Ahora bien, se entiende que la migración venezolana en este caso es de reciente data y que ha tomado por sorpresa a muchos sistemas políticos, pero también son ciertas las inconsistencias que reflejan algunas políticas migratorias en América Latina y el Caribe para hacer frente a este fenómeno social. De hecho, han sido importante las iniciativas que pretenden regular la migración y la protección a los migrantes en múltiples dimensiones, pero estas no refieren implícita ni explícitamente, lo referido a las garantías en materia de derecho a la salud, educación y derecho a vivir una vida libre de violencia de las mujeres migrantes. Por consiguiente, entender que la salud sexual y reproductiva es un elemento clave del desarrollo humano y del bienestar del grupo familiar, pasa por vincular los principios de dignidad humana e integridad.

De acuerdo a Fries (2019), tan solo 3 países (México, Ecuador y Bolivia), muestran de manera explícita en sus normativas constitucionales, es decir en la norma de mayor jerarquía, la figura de la mujer migrante. Este hecho aparte de mostrar la relevancia del tema, permite reflejar algunas de las debilidades que muestran las normas subordinadas a la constitución en el resto de los países de la región. Recientemente en 2017, Ecuador aprobó la Ley Orgánica de Movilidad Humana, que destaca manifiestamente la trascendencia del rol de las mujeres migrantes, pero notorio es el hecho que los países con gran afluencia de migrantes venezolanos como Perú, no señalen expresamente esta figura, así como Colombia, este último el primer país receptor

de migrantes venezolanos y quien aun está en mora con su Ley Migratoria razón por la cual, es imposible hacer una análisis de ésta en concordancia con el rol de la mujer migrante y los derechos humanos establecidos en los múltiples acuerdos internacionales.

Igualmente, Fries (2019) destaca las evidentes discrepancias en cuanto al cumplimiento de los principios jurídicos más relevantes como el principio de no discriminación, el principio de no devolución, el principio de reunificación familiar y el principio de interés superior del niño/a, en virtud, que tan solo Ecuador incluye en sus normas migratorias, los cuatro principios.

En fin, a pesar del consenso que existe a nivel mundial acerca de la relevancia de la salud sexual y reproductiva, aun existen brechas que deben ser analizadas al interior de cada nación latinoamericana, en especial por las características de una migración venezolana que permanece de manera irregular en muchos países por no contar con la documentación requerida, hecho relevante que acrecienta su vulnerabilidad social y que redundando especialmente en las mujeres migrantes que ven limitados sus derechos al acceso de servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Aun así, existen sugerencias generales que deben ser revisadas al interior de cada país u organización, a fin de subsanar las debilidades normativas con brevedad expuestas anteriormente. En ellas se pretende puntualizar las acciones que permitirán reducir las vulnerabilidades y las cuales están en concordancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030:

- Fortalecer la participación del migrante en todos los programas/proyectos destinados a mejorar la salud sexual y reproductiva de la mujer migrante.
- Reforzar los procesos de incidencia política e inter agencias en los diferentes programas de respuesta humanitaria en lo que refiere el acceso a derechos de las mujeres migrantes.
- Robustecer los sistemas de salud a fin de poder compilar la información necesaria para la atención de las mujeres y niñas migrantes.
- Mejorar el acceso a servicios de aborto seguro, esto de acuerdo con las normativas nacionales.
- Generar propuestas creativas de anticoncepción moderna con métodos reversibles de larga duración y anticoncepción de emergencia, para lo cual se requiere tomar en consideración la dimensión educativa a fin de afianzar el esfuerzo de las organizaciones.
- Especial atención a las infecciones de transmisión sexual, incluidas el VIH, el cuidado prenatal, la salud materna y del recién nacido, a fin de proveer el cuidado necesario tanto para la madre como para el niño.
- Impulsar políticas para reducir la violencia basada en género con énfasis en una violencia sexual que ha signado la vida de millones de mujeres migrantes alrededor del mundo, pero que, en nuestra región muestra cifras preocupantes.

- Es urgente impulsar mediante política pública, acciones para educar de manera directa y por diferentes medios de comunicación sobre la importancia del uso de la doble protección como estrategia de prevención de enfermedades y embarazos no deseados.
- Educar a los hombres en la participación masculina en los aspectos reproductivos, como una forma de alcanzar la equidad
- Frente a una migración juvenil y laborabilidad informal, se deben trasladar a las calles y puestos de trabajo el acceso a métodos de protección y planificación, acompañados de educación y empoderamiento para un libre y responsable ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes.
- Educar a los hombres en la participación masculina en los aspectos reproductivos, como una forma de alcanzar la equidad como lo señala el Objetivo de Desarrollo Sostenible 5: lograr la igualdad entre los géneros.

## 7. Referencias

- ACNUR (2020). Tendencias Globales. Desplazamiento forzado en 2019. Copenhagen, Denmark: UNHCR. Recuperado de <https://www.acnur.org/5eeaf5664.pdf>
- Asakura, H. & Torres F., M. (2013) Migración femenina centroamericana y violencia de género: pesadilla sin límites. *Zona Franca. Revista del Centro de Estudios Interdisciplinario sobre Mujeres*, 22, 75-86.
- Bastia, T. (2008) La feminización de la migración transnacional y su potencial emancipatorio. *Papeles*, 104, 67-77.
- Bastos, L. S. (2018). Acoso sexual callejero, ¿no es para tanto o es para mucho? percepciones sobre la violencia contra las mujeres en costa rica. *Repertorio Americano*, (28), 17-24. doi:<http://ezproxy.unisimon.edu.co:2099/10.15359/ra.1-28.1>
- Berer, M. (2006). Doble protección: más necesitada que practicada o comprendida. *En RHM en Español. (Ed). Sexualidad, derechos humanos y salud sexual* (pp. 7-15). Lima, Perú: RHM en Español.
- Bermúdez, Y., Mazuera-Arias, R.; Albornoz-Arias, N., Morffe Peraza, M.A. (2018). *Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran [9 de abril al 6 de mayo de 2018]*. San Cristóbal: Venezuela: Servicio Jesuita a Refugiados (SJR). Venezuela. Recuperado de: <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/4619>
- Cacopardo, M. C. (2002) Mujeres migrantes y trabajadoras en distintos contextos regionales urbanos. *Papeles de población*, 8(34), 135-157.
- Carvalho, A. M. C. (2018). Discriminación interseccional: concepto y consecuencias en la incidencia de violencia sexual contra mujeres con discapacidad. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (7), 15-25.
- de Potenziani, R. P., & Potenziani, J. C. (1999). Infección Urinaria recurrente en la mujer. *Tópicos en Urología*, 207.
- Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología (1997). Valencia (España). Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1.999, en el XIV congreso Mundial de Sexología, Hong Kong (República popular China).
- Di Giácomo, T. (1996). Opções contraceptivas en tempos de AIDS. En Parker, R. y Galvão, J. (orgs.), *Quebrando o Silencio. Mulheres e AIDS no Brasil*, ABIA/ IMS-UERJ, Relume-Dumará, Río de Janeiro.
- Díaz, A. y Gómez, F. (1995). *Los derechos sexuales y reproductivos de los varones: una reflexión acerca de la masculinidad y los derechos: documento base para el análisis*. Bogotá: Profamilia. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/53240>

Fries, L. (2019). Las mujeres migrantes en las legislaciones de América Latina: análisis del repositorio de normativas sobre migración internacional del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. *Asuntos de género*, 157, 5-81.

González, A. (1999). La práctica de la doble protección como fuente de ideas míticas en las mujeres. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/53033/lapracticadela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Heidari, S. (2015). El derecho a la sexualidad e integridad del cuerpo como derechos humanos. *Reproductive Health Matters*, 23(46), 1-6.

Mazuera, R. (2013). *Implicaciones jurídicas de las técnicas de reproducción asistida en Venezuela, en El Derecho de familia: presente y futuro*. San Cristóbal, Venezuela: Litho Arte.

Mazuera-Arias, R., Albornoz-Arias, N., Morffe Peraza, M.A., Ramírez-Martínez, C. y Carreño-Paredes, M.T. (2019). *Informe de movilidad humana venezolana II. Realidades y perspectivas de quienes emigran [8 de abril al 5 de mayo de 2019]*. San Cristóbal, Venezuela: SJR (Venezuela) - Centro Gumilla - UCAT - IIES-UCAB. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12442/4621>

Ministerio de Salud (2016). *Abecé sobre anticoncepción*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-anticoncepcion.pdf>

Naciones Unidas (1993). *Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx>

Naciones Unidas (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Recuperado de [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)

Naciones Unidas (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing*. Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

OEA (2020). *Crisis de migrantes y refugiados venezolanos. Informe de situación, diciembre 2020*. Recuperado de [https://www.oas.org/fpdb/press/OEA\\_Dic20-crisis-de-migrantes-y-refugiados-venezolanos-informe-de-situacion.pdf](https://www.oas.org/fpdb/press/OEA_Dic20-crisis-de-migrantes-y-refugiados-venezolanos-informe-de-situacion.pdf)

OIM (2019). ONU Migración. *Informe sobre las Migraciones en el mundo 2020*, Ginebra, Suiza. [en línea] Consultado el 20 de octubre de 2020 en [https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2020\\_es.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf)

OMS (2021). *Violencia contra la mujer*. Organización Mundial de la Salud (Marzo, 8). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Onetto, F. M. C. (2019). Hacia una reconceptualización del acoso callejero. *Revista Estudos Feministas*, 27(3).

ONU (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Recuperado de: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>



Organización Panamericana de la Salud (2000). *Promoción salud sexual de la Recomendaciones para la acción*. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51672>

Parella Rubio, S. (2005). Segregación laboral y vulnerabilidad social de la mujer inmigrante a partir de la interacción entre la clase social, el género y la etnia. En Solé C. y Flaquer, L. (Eds). *El uso de las políticas sociales por las mujeres inmigrantes*, 97-136. España: Ministerio de Trabajo e inmigración, Instituto de la Mujer. Recuperado de [https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2005/216882/usopolsoc\\_a2005p97iSPA.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2005/216882/usopolsoc_a2005p97iSPA.pdf)

Profamilia. (2000). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS, 2000*. Recuperado de <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

Profamilia. (2005). *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS, 2005*. Recuperado de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-2005.pdf>

Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS, 2015*. Tomo I. Recuperado de <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends>

Profamilia-IPPF (2020). *Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo venezolana*. Recuperado de <https://reliefweb.int/report/colombia/evaluaci-n-de-las-necesidades-insatisfechas-en-salud-sexual-y-salud-reproductiva-de>

R4V (2021a). *Refugiados y migrantes de Venezuela*. Cifras al 5 de junio de 2021. Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. Recuperado de <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>

R4V (2021b). *Health sector. Salud. Necesidades prioritarias*. Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. Recuperado de <https://www.r4v.info/es/salud>

Taborda H., A. R. (s/f). *Patriarcado, Estéticas Femeninas, Consumo y Violencia Simbólica. El caso de Jóvenes Mujeres del Colegio Tomás Cipriano de Mosquera*. [Tesis de maestría, Universidad Distrital Francisco José del Caldas]. Recuperado de <https://repository.udistrital.edu.co/handle/11349/2616>

Terrón-Caro T., & Monreal-Gimeno M. C. (2014) Mujeres migrantes en tránsito en la Frontera Norte de México: motivaciones y expectativas socioeducativas ante el sueño americano. *Papeles de población*, 20(82), 138-166.

1. Introducción	4
1. Derechos sexuales y reproductivos	5
2. Importancia de la doble protección para la regulación de la fertilidad y prevención de infecciones de transmisión sexual	6
3. La violencia hacia la mujer en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos	9
4. Metodología	11
4.1 Objetivo y variables de estudio	11
4.2 Antecedentes de la población objetivo y muestra	12
4.3 Población objetivo del presente estudio	13
4.4 Diseño muestral	13
5. Resultados	13
6. Consideraciones finales	28
7. Referencias	31



# Derechos sexuales y reproductivos en mujeres migrantes venezolanas en tiempos de COVID-19

*DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN*



UNIVERSIDAD  
SIMÓN BOLÍVAR





**ODISEF**

Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera



UNIVERSIDAD  
SIMÓN BOLÍVAR

**ovm**

Observatorio Venezolano de  
M i g r a c i o n