

# Utilización de anticonceptivos en población migrante: el caso de las gestantes migrantes venezolanas en dos ciudades receptoras de la costa norte de Colombia

Contraceptive use in the migrant population: the case of pregnant Venezuelan migrants in two receiving cities on the north coast of Colombia

Uso de anticoncepcionais em população migrante: O caso das gestantes migrantes venezolanas em duas cidades receptoras do litoral norte da Colômbia

Víctor Alfonso Flórez-García<sup>1</sup>, Vanesa Giraldo-Gartner<sup>2</sup>, Ietza Bojorquez-Chapela<sup>3</sup>, Julián Alfredo Fernández-Niño<sup>4</sup>, Maylen Liseth Rojas-Botero<sup>5</sup>, Rita Aleksandra Sobczyk<sup>6</sup>, David Alejandro Rodríguez.<sup>7</sup>

<sup>1</sup> M.Sc. Epidemiología. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. vfloreza@uninorte.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1548-623X>

<sup>2</sup> Maestría en Salud Pública. Universidad de Massachusetts, Estados Unidos. vgiraldoga@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5248-5933>

<sup>3</sup> Sc.D. Epidemiología. El Colegio de la Frontera Norte, México. ietzabch@colef.mx. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1723-7269>

<sup>4</sup> Sc.D. Epidemiología. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. aninoj@uninorte.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8948-8481>

<sup>5</sup> M.Sc. Epidemiología. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. maylen.rojas@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5358-6426>

<sup>6</sup> Dr. Sociología. Departamento de Ciencias Sociales, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. rsobczyk@uninorte.edu.co; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6897-3568>

<sup>7</sup> Maestría en Salud Pública. Programa Migración y Salud, Organización Internacional para las Migraciones. Bogotá, Colombia. darodriguez@iom.int. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9042-7619>

Recibido: 31/07/2019. Aprobado: 21/04/2020. Publicado: 3/07/2020

---

Flórez-García VA, Giraldo-Gartner V, Bojorquez-Chapela I, Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Sobczyk RA, Rodríguez DA. Utilización de anticonceptivos en población migrante: el caso de las gestantes migrantes venezolanas en dos ciudades receptoras de la costa norte de Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2020;38(3):e339274. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e339274>

---

## Resumen

**Introducción:** Los procesos migratorios pueden incidir en el acceso y uso de métodos anticonceptivos en las mujeres.

**Objetivo:** Describir la utilización de métodos anticonceptivos de gestantes migrantes venezolanas, en dos ciudades de la costa norte de Colombia (Barranquilla y Riohacha), entre 2018 y 2019. **Método:** Se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal. Las participantes se seleccionaron mediante muestreo sistemático en hospitales y muestreo en bola de nieve en la comunidad. Un cuestionario estandarizado permitió la

recolección de variables sociodemográficas, de migración, de uso de anticonceptivos, entre otras. **Resultados:** Fueron encuestadas 552 mujeres gestantes provenientes de Venezuela, principalmente jóvenes, casadas o en unión libre; la minoría de los embarazos fueron planificados (37,7 %), aun cuando las mujeres conocían sobre métodos de anticoncepción. El preservativo (condón) y la píldora fueron los métodos más conocidos (94,7 y 96,1 %, respectivamente). **Conclusión:** Casi todas las

mujeres conocen métodos anticonceptivos y los lugares donde obtenerlos; no obstante, solo la mitad logró conseguirlos la última vez que los buscó; así, la mayoría de los embarazos fueron no planificados. La garantía de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la satisfacción de necesidades de planificación familiar, debe ser una prioridad en las acciones

de atención a la población migrante, en el marco del fenómeno migratorio colombo-venezolano.

-----*Palabras clave:* anticonceptivos, salud sexual y reproductiva, prestación de atención de salud, género, emigración e inmigración, Venezuela, Colombia.

## Abstract

**Introduction:** Migratory processes can affect women's access and use of contraceptive methods. **Objective:** To describe the use of contraceptive methods by pregnant Venezuelan migrants in two cities on the north coast of Colombia (Barranquilla and Riohacha), between 2018 and 2019. **Methodology:** A descriptive cross-sectional study was designed. Participants were selected through systematic sampling in hospitals and snowball sampling in the community. A standardized questionnaire allowed the sociodemographic, migration, contraceptive use and other variables to be collected. **Results:** 552 pregnant, mainly young, women from Venezuela who are married or living with their partner were surveyed. The minority of pregnancies were planned (37.7%), even though the women knew

about contraception methods. The condom and the pill were the most well-known methods (94.7 and 96.1%, respectively). **Conclusion:** Nearly all of the women knew about birth control and where it can be accessed. However, only half managed to get them the last time they looked for them, meaning that most of the pregnancies were unplanned. Guaranteed sexual and reproductive rights, including satisfactory family planning requirements, must be a priority in actions aimed at the migrant population, within the framework of the Colombian-Venezuelan migratory phenomenon.

-----*Key words:* contraceptives, sexual and reproductive health, health care provision, gender, emigration and immigration, Venezuela, Colombia.

## Resumo

**Introdução:** Os processos migratórios podem incidir no acesso e uso de métodos anticoncepcionais para as mulheres. **Objetivo:** Descrever o uso de métodos anticoncepcionais de gestantes migrantes venezuelanas, em duas cidades do litoral norte da Colômbia (Barranquilla e Riohacha), entre 2018 e 2019. **Metodologia:** Foi desenhado um estudo de corte transversal descritivo. As participantes foram selecionadas através de uma amostragem sistemática em hospitais e amostragem em bola de neve feita na comunidade. Um questionário padrão permitiu a coleta de variáveis sócio demográficas, de informação relacionada à migração, ao uso de anticoncepcionais, entre outras. **Resultados:** O questionário foi aplicado a 552 mulheres gestantes vindas da Venezuela, principalmente jovens, casadas ou em união estável; a minoria das gestações foi planejada (37,7%), mesmo conhe-

cendo os métodos anticoncepcionais. O preservativo (camisinha) e a pílula foram os métodos mais identificados (94,7 e 96,1% respectivamente). **Conclusão:** Quase todas as mulheres conhecem métodos anticoncepcionais e os lugares onde podem obtê-los; porém somente a metade delas conseguiu adquiri-los quando procuraram pela última vez; assim que a maioria das gestações não foi planejada. A garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo a satisfação das necessidades de planejamento familiar, deve ser uma prioridade nos programas de atenção à população migrante, dentro do marco do fenômeno migratório colombo-venezuelano.

-----*Palavras-chave:* Anticoncepcionais; saúde sexual e reprodutiva; programas de atenção de saúde; gênero; emigração e imigração; Venezuela; Colômbia

## Introducción

Durante los últimos años, Colombia se ha enfrentado a una oleada migratoria sin precedentes, que se suma a los recientes procesos migratorios sur-sur entre países latinoamericanos. De ser un país tradicionalmente expulsor y no receptor, se ha convertido en el principal lugar de destino y de paso de personas provenientes de Venezuela, invirtiendo la relación migratoria entre estos dos países [1,2]. Esto ha implicado una serie de retos inéditos, que demandan el análisis de las características de la población migrante, las condiciones a las que se enfrentan y las necesidades de atención.

La migración internacional ha sido considerada un determinante social de la salud, en tanto que es un proceso dinámico y cambiante que involucra transformaciones en los estilos de vida, los entornos comunitarios, las redes de apoyo y las condiciones socioeconómicas, políticas y ambientales, que además afectan, de manera diversa, a la población que se desplaza [3,4]. En este sentido, es necesario hacer análisis desagregados que permitan entender los efectos de la migración en la salud de los diferentes grupos de migrantes.

Según el “Registro administrativo de migrantes venezolanos” entre principios de 2017 y mediados de 2018 ingresaron cerca de 1 200 000 personas provenientes de

Venezuela, entre colombianos retornados y migrantes regulares e irregulares. Este último grupo se estima en 429 247 personas [5], quienes presentan una situación económica particularmente compleja, en cuanto enfrentan mayores dificultades para obtener un empleo formal, mayor desprotección en la atención médica y menos oportunidades de educación [2]. Entre la población de migrantes venezolanos, las mujeres representan el 44 %, y de ellas, el 63 % están entre los 18 y los 39 años de edad [5], lo cual coincide con las estimaciones de mujeres migrantes en Sudamérica y el mundo, que muestran que conforman una importante fuerza laboral en los países receptores [1,6].

Si bien la migración puede contribuir a una mayor autonomía económica de las mujeres, se ha reportado que las migrantes se enfrentan a situaciones de vulnerabilidad diferenciales, a razón de dinámicas de género que las exponen a circunstancias de precariedad laboral, violencia y discriminación [6,7]. Adicionalmente, el estatus de irregularidad dificulta el acceso a los servicios de salud [8], comprometiendo, entre otros aspectos, los derechos sexuales y reproductivos [9-11]. Esto se refleja en el número de embarazos no planeados entre la población migrante, que puede tener repercusiones no solo en sus condiciones de salud, sino también en las condiciones laborales y los proyectos de vida.

El Plan Obligatorio de Salud en Colombia reconoce la anticoncepción como un derecho de todas las mujeres y de todos hombres [12]; no obstante, este derecho se ve comprometido en la población migrante en condición de irregularidad.

Por tanto, el objetivo del presente estudio fue describir la utilización de métodos anticonceptivos de gestantes migrantes venezolanas en dos ciudades de la costa norte de Colombia, entre 2018 y 2019.

## Metodología

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal. La población de referencia estuvo constituida por mujeres gestantes migrantes en condición irregular, provenientes de Venezuela. La información se recolectó desde fuente primaria de base hospitalaria y comunitaria, en Barranquilla y Riohacha, entre julio de 2018 y mayo de 2019; por lo tanto, fueron incluidas, en el estudio, mujeres que estaban en embarazo al momento de la entrevista o lo habían estado en los últimos tres meses, y habían llegado a las ciudades mencionadas.

El trabajo fue adelantado en estas dos ciudades, por ser las dos principales capitales receptoras de migrantes con intención de permanencia en la región caribe colombiana, y por encontrarse ambas dentro de la zona de influencia de la Universidad del Norte.

En el caso de Riohacha, se incluyó, además, a mujeres que hubieran cruzado la frontera en búsqueda de atención al parto o atención prenatal. Debido a que durante el periodo de estudio se presentaron cambios en el acceso a servicios prenatales para las gestantes migrantes de este municipio, el reclutamiento tuvo que hacerse en el servicio de urgencias, y posteriormente en una sala asignada por el hospital a una organización no gubernamental, durante los periodos que el hospital directamente no ofreció control prenatal a las mujeres migrantes en condición migratoria irregular.

Se excluyó a quienes tenían nacionalidad colombiana, independiente de la edad gestacional al momento de la entrevista o tiempo de permanencia en el país.

Se realizaron dos muestreos independientes, para las gestantes de base hospitalaria y de base poblacional. El marco muestral, el proceso de muestreo y el tamaño de la muestra fueron descritos previamente en un primer artículo de la misma investigación marco, en el que se presentó la situación de salud de las gestantes migrantes venezolanas en estas mismas dos ciudades del Caribe colombiano [13].

Para la búsqueda comunitaria, en ambas ciudades fue necesario recurrir a una combinación de estrategias para el rastreo activo de gestantes en condición irregular, que incluyeron: identificación propositiva a través de líderes y asociaciones de migrantes; convocatoria a través de redes sociales; búsqueda en jornadas de salud (vacunación o atención primaria), organizadas por agencias internacionales, autoridades sanitarias u organizaciones no gubernamentales; y, por último, referencia por parte de las gestantes identificadas en el hospital. En el caso de Barranquilla, se realizaron, además, visitas de campo a cinco asentamientos de migrantes en la ciudad, bajo el acompañamiento de líderes de cada comunidad para la búsqueda activa de gestantes.

Para esta búsqueda, se dispuso de todos los recursos posibles en ambas ciudades. Se tuvo contacto con el 89,5 % de las mujeres identificadas en la estrategia y todas aceptaron participar de manera voluntaria.

Para la recolección de la información, se construyó un instrumento con 134 preguntas, a partir de cuestionarios previamente validados y con temas afines, como la “Encuesta Nacional de Demografía y Salud” (ENDS) [14], la encuesta sobre migración en la frontera de México (Cuestionario de 2016) [15] y un cuestionario aplicado a mujeres repatriadas del Instituto Sonorense de la Mujer (México, 2010) [16]. El instrumento fue revisado y avalado por expertos, y posteriormente, probado en veinte gestantes, para identificar su eficacia y aceptabilidad.

La recolección de información se llevó a cabo entre julio de 2018 y mayo de 2019. Durante este periodo, cada semana uno de los investigadores supervisó la calidad del dato.

Para el análisis estadístico, se utilizó estadística descriptiva. Se analizaron las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas, se realizaron proporciones. En todos los casos, estos cálculos fueron hechos con valores válidos para la variable de desagregación para las columnas. El análisis se ejecutó en SPSS Statics V25, con licencia amparada por la Universidad del Norte, de Barranquilla.

La aplicación del instrumento se hizo con previo consentimiento informado por escrito. La investigación fue avalada por el Comité de Ética de la División de Salud de la Universidad del Norte y clasificada como con

riesgo menor al mínimo, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 [17].

## Resultados

### Características demográficas, sociales y económicas

Del total de mujeres ( $n = 552$ ) incluidas en este estudio durante el 2018 y 2019, la mayoría, al momento de la encuesta, tenía entre 20 y 29 años, con un promedio de edad de  $24 \pm 5,4$  años. La mayoría refirió desconocer el estrato socioeconómico del lugar de residencia en

**Tabla 1.** Descripción sociodemográfica de gestantes migrantes. Barranquilla y Riohacha. 2018-2019

		Ciudad de reclutamiento*			
		Barranquilla		Riohacha	
		n = 313	(%)	n = 239	(%)
	[Media/sd]	23,81 ± 5,27		24,24 ± 5,47	
Edad	< 20	65	20,77	49	20,50
	20-29	202	64,54	150	62,76
	30-39	45	14,38	38	15,90
	≥ 40	1	0,32	2	0,84
Estrato socioeconómico en Colombia	1 -2	112	35,78	17	7,11
	3-4	23	7,35	0	0,00
	5-6	3	0,96	0	0,00
	Sin estrato	0	0,00	18	7,53
	No sabe	180	57,51	212	88,70
Estado civil	Soltera	39	12,46	50	20,92
	Casada - unión libre (Convive con pareja)	276	88,18	176	73,64
	Separada - divorciada	3	0,96	18	7,53
	Viuda	0	0,00	4	1,67
Etnia	Indígena	12	3,83	52	21,76
	Afroamericana	7	2,24	17	7,11
	Mestiza	222	70,93	125	52,30
	Blanca	77	24,60	53	22,18
	Otro	0	0,00	1	0,42
Zona de procedencia	Urbana	288	92,01	222	92,89
	Rural	30	9,58	26	10,88
Mujer cabeza de familia	Sí	39	12,46	106	44,35
	No	276	88,18	142	59,41

		Ciudad de reclutamiento*			
		Barranquilla		Riohacha	
		n = 313	(%)	n = 239	(%)
Máximo grado educativo alcanzado	Ninguno	1	0,32	6	2,51
	Primaria	76	24,28	80	33,47
	Secundaria	163	52,08	122	51,05
	Técnico medio	23	7,35	14	5,86
	Técnico superior	38	12,14	10	4,18
	Pregrado	16	5,11	16	6,69
Actualmente habita en	Casa	138	44,09	72	30,13
	Apartamento	83	26,52	37	15,48
	Cuarto(s) rentado en inquilinato	9	2,88	48	20,08
	Cuarto(s) rentado en casa	5	1,60	47	19,67
	Cuarto(s) en vivienda	53	16,93	38	15,90
	Sin domicilio	0	0,00	6	2,51
	Cambuche**	15	4,79	0	0,00
	Otro***	15	4,79	0	0,00
¿Hace cuánto tiempo está en Colombia? [Media/sd]		12,37 ± 7,39		8,95 ± 7,98	
¿Hace cuánto tiempo está en la ciudad? [Media/sd]		11,49 ± 7,14		8,52 ± 7,54	

\* Cálculo realizado sobre los datos válidos para cada categoría.

\*\* Un cambuche es algún tipo de estructura improvisada generalmente usada para pasar la noche, hecha con combinaciones de material, que puede incluir maderas, cartón, cobijas o plástico.

\*\*\* "Otro" incluye: dormir a la intemperie bajo estructuras públicas (como puentes), carpas o albergues temporales.

SD: Desviación estándar.

Colombia. Las participantes estaban predominantemente casadas o vivían en unión libre (79,9 %), además de residir en la zona urbana de Barranquilla o Riohacha.

El 78,05 % de las gestantes tenían, como máximo grado de educación, primaria o secundaria. Respecto al tipo de vivienda, las gestantes migrantes en Barranquilla vivían principalmente en viviendas tipo casa (44,01

%), seguida de apartamento (26,52 %); en Riohacha, por su parte, vivían mayoritariamente en casas y cuartos de inquilinato (30,1 y 20,1 % respectivamente) (véase Tabla 1).

Las participantes de Barranquilla tenían aproximadamente un año de estancia en Colombia al momento de la encuesta (12,37 ± 7,39 meses); este tiempo fue menor en aquellas que se encontraban en La Guajira (8,95 ±

**Tabla 2.** Edad gestacional al ingreso a Colombia. Barranquilla y Riohacha. 2018-2019

	(%)	Barranquilla	Riohacha
		(%)	(%)
Edad gestacional al ingreso a Colombia (Meses)	0-3	15,14	17,41
	4-6	6,94	12,55
	7-9	0	9,31
Embarazo posterior a la llegada a Colombia		77,92	60,73

guería / farmacia / botica o supermercado / tienda. Este comportamiento no muestra marcadas diferencias cuando se desagrega por ciudad de concepción del embarazo. Se encontró, además, que el 11,1 % accedió a estos en un centro de atención en salud en Venezuela, y solo el 1,2 %, en un centro de atención en salud en Colombia. Estos resultados podrían indicar necesidades de planificación

familiar insatisfechas, en cuanto a que el suministro de los anticonceptivos depende en gran medida de la capacidad adquisitiva de una población que cuenta con una situación socioeconómica precaria. Tales resultados son similares a los que se enuncian en la ENDS-2015 [14], que reveló que las droguerías son el principal sitio de adquisición de la píldora e inyección mensual en residen-

**Tabla 3.** Anticoncepción en gestantes migrantes. Barranquilla y Riohacha. 2018-2019.

Variables		Usted, ¿habría querido utilizar algún método anticonceptivo para prevenir o retrasar este embarazo?*			
		Sí		No	
		n	(%)	n	(%)
Cuando usted quedó embarazada, ¿quería quedarlo en ese momento?	Sí	13	4,04	199	82,57
	No	309	95,96	42	17,43
¿Sabe usted que existen varios métodos que una pareja puede usar para retrasar o evitar un embarazo?	Sí	319	99,07	237	98,34
	No	3	0,93	4	1,66
¿En algún momento, un profesional de la salud (médico o médica, enfermero o enfermera) le habló acerca de los métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo?	Sí	239	74,22	180	74,69
	No	83	25,78	61	25,31
¿En algún momento, un profesional de la salud (médico o médica, enfermero o enfermera) le formuló (recetó) algún método anticonceptivo para prevenir un embarazo?	Sí	187	58,07	132	54,77
	No	135	41,93	109	45,23
¿Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método anticonceptivo?	Sí	280	87,50	200	83,33
	No	40	12,50	40	16,67
¿Obtuvo usted el anticonceptivo?	Sí	203	67,67	117	52,23
	No	97	32,33	107	47,77
¿Cuál fue el último lugar donde lo obtuvo?	Hospital/centro o puesto de salud del Gobierno venezolano	16	7,62	21	17,21
	Hospital/centro o puesto de salud del Gobierno colombiano	3	1,43	1	0,82
	Centro de atención de una EPS	3	1,43	0	0,00
	Consultorio médico particular	7	3,33	1	0,82
	Profamilia**	3	1,43	1	0,82
	Droguería / farmacia / botica	161	76,67	90	73,77
	Supermercado / tienda	10	4,76	1	0,82
	No pudo acceder a ningún método anticonceptivo	4	1,90	4	3,28
	Otro	3	1,43	3	2,46

Variables	Usted, ¿habría querido utilizar algún método anticonceptivo para prevenir o retrasar este embarazo?*			
	Sí		No	
	n	(%)	n	(%)
Coito interrumpido (retiro)	85	26,40	70	29,05
Píldoras	309	95,96	238	98,76
Inyección mensual	288	89,44	222	92,12
Inyección trimestral	276	85,71	220	91,29
Dispositivo intrauterino (de cobre u hormonal)	263	81,68	200	82,99
Implantes subdérmicos	275	85,40	212	87,97
Esterilización femenina	255	79,19	187	77,59
Conocimiento del método anticonceptivo (sí)	158	49,07	129	53,53
Esterilización masculina	122	37,89	85	35,27
Anillo vaginal	303	94,10	230	95,44
Preservativo (condón)	57	17,70	40	16,60
Espuma / Jalea / Óvulos (métodos de barrera)	80	24,84	66	27,39
Parche anticonceptivo	131	40,68	109	45,23
Método del ritmo, abstinencia periódica	112	34,78	105	43,57
Método de amenorrea por lactancia	218	67,70	174	72,20
Anticoncepción de emergencia	3	0,93	2	0,83
Otro método				

\* Cálculo realizado sobre los datos válidos para cada categoría.

\*\* Profamilia: Asociación Probienestar de la Familia Colombiana.

EPS: Entidad promotora de salud.

7,98 meses). Los tiempos en cada ciudad de residencia no eran considerablemente distintos al del tiempo de estancia en el país.

Por otro lado, al analizar el momento del embarazo, el 29,6 % de las participantes de este estudio llegaron al país en estado de embarazo, gestaron en el trayecto o quedaron en embarazo el mismo mes de su llegada a Colombia, mientras que el 70,4 % restante concibieron estando establecidas en Colombia. Únicamente en Riohacha se encontraron gestantes que ingresaron al país durante el último trimestre de gestación (véase Tabla 2).

### Conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos

El 57,2 % de las gestantes migrantes encuestadas habría querido utilizar algún método anticonceptivo para prevenir o retrasar el embarazo actual; además, el 62,3 % no quería quedar embarazada en ese momento.

La mayoría de las mujeres encuestadas (98,8 %) reconoce la existencia de varios métodos anticonceptivos y sabe de al menos un lugar dónde obtenerlos (85,3 %). El 44,6 % de las participantes tuvo a la droguería/farmacia/botica como último sitio de obtención donde se acce-

dió a estos métodos, seguido del hospital/centro o puesto de salud del Gobierno venezolano (véase Tabla 3).

## Discusión

Este estudio evidencia que la mayoría de los embarazos de las mujeres migrantes que participaron en él son no planificados (62,34 %), pese a que el 98,7 % manifiesta conocer la existencia sobre métodos anticonceptivos. La mayoría conoce los métodos más comunes, como píldoras (97,15 %) o condón (94,67 %), así como los lugares para adquirirlos, y el 56,8 % habría querido utilizar algún método para prevenir o retrasar la gestación. Estos resultados descartarían las explicaciones dadas en otros contextos como falta de información sobre anticoncepción entre las migrantes [18,19] y llevan a considerar dichos embarazos como un posible efecto de las condiciones de la atención en salud sexual y reproductiva de su lugar de origen y lugar de destino.

Este estudio encontró que el 78 % de las mujeres obtuvieron por última vez un anticonceptivo en una dro-

tes de zonas urbanas en Colombia (43,4 %), así como de condón masculino en más de un 66,3 % en la zona rural y 71,7 % en la zona urbana. Esto es evidencia que las migrantes no son especialmente desaventajadas; más bien estarían igual de protegidas y de desprotegidas que las mujeres locales.

Las barreras de acceso y uso de anticonceptivos no solo afectan a las mujeres migrantes. De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (United Nations Population Fund, UNFPA), América Latina es la región con mayor proporción de embarazos no planeados en el mundo (56 %) [20]. No obstante, los cambios en los estilos de vida, incluyendo las prácticas sexuales, las dificultades de acceso a los servicios de salud y las carencias socioeconómicas exponen a las mujeres migrantes, en particular a aquellas en situación de irregularidad, a embarazos no deseados [21,22]. Adicionalmente, se ha reportado que las mujeres que migran por fuera de los canales legales se enfrentan a situaciones de violencia sexual [23-25] y de abuso de poder por parte de sus parejas, que les impiden negociar relaciones sexuales protegidas [26].

Los embarazos no deseados pueden derivar en abortos inseguros [27], aumento de la mortalidad y morbilidad materna [28], y empeoramiento de la salud mental de la madre [29]. Se estima que una de cada tres muertes maternas podría evitarse si se reduce la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos [19]. Asimismo, se ha mostrado que los hijos de embarazos no deseados, por el padre o la madre, tienen riesgos más altos de morbilidad, desnutrición y abuso infantil [30].

En el caso de las mujeres migrantes, los embarazos no deseados acarrear dificultades adicionales para ingresar al mercado laboral, poniendo en riesgo tanto la seguridad económica de las mujeres y sus parejas como la de sus familias en el lugar de origen, que dependen de las remesas. Esto también impone retos a los procesos de adaptación de los migrantes a las condiciones de la población receptora [31]. En el caso colombiano, se ha registrado que, debido a las condiciones económicas y ambientales de algunos de los asentamientos de población venezolana, esta se encuentra en condiciones de alta vulnerabilidad social, lo que supone riesgos para la salud de las mujeres gestantes [32].

Cardozo-Delgado indica que garantizar un acceso adecuado a la atención en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos humanos fortalece la autonomía de las mujeres para decidir sobre su proyecto migratorio [33]. En ese sentido, la superación de las barreras en dicha atención, como el acceso al sistema de salud, el miedo y la vergüenza, la desaprobación de la pareja y la discriminación por parte de los proveedores de salud, debe ser una prioridad en las políticas de atención a migrantes [34].

Colombia cuenta con lineamientos de políticas públicas que contemplan el goce efectivo de los derechos en salud sexual y reproductiva [35]. El “Plan Obligatorio de Salud” incluye una normatividad específica para la adquisición y la asignación de métodos anticonceptivos para hombres, mujeres y parejas en edad fértil [36-38], y cuenta también con mecanismos para hacer las derivaciones correspondientes en poblaciones específicas, siempre y cuando estén vinculadas al sistema de salud. Sin embargo, uno de los retos a los que se enfrenta el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud es dar la garantía de estos derechos para la población migrante. El actual escenario normativo contempla la regularización como puerta de entrada al sistema de salud de la población migrante, lo cual tendría repercusiones positivas en el acceso a servicios de salud que permitan la prevención de embarazos no planeados y enfermedades de transmisión sexual, así como el fortalecimiento de la atención en salud materno-infantil. La regularización también abre las posibilidades de condiciones laborales formales, que mejorarían las condiciones de vida de los migrantes y el acceso general a seguridad social [39].

El flujo de migrantes venezolanos en territorio colombiano es suficientemente dinámico. Esta situación es marcada en zonas de frontera, donde las personas cruzan, desde y hacia Colombia, a través de pasos fronterizos autorizados y trochas, en una histórica relación de mutua cooperación, sin tener en cuenta el estatus migratorio. Es por esto por lo que no se tienen cifras precisas sobre cuantas personas existen en el país en condición irregular, lo que imposibilita hacer generalizaciones de los resultados de este trabajo, aun cuando existan datos oficiales aproximados al respecto [5].

Los resultados de este estudio muestran que el acceso a métodos anticonceptivos es una necesidad prioritaria de la población migrante. Atender esta necesidad deber ser una oportunidad para fortalecer la atención en salud sexual y reproductiva de toda la población, con miras a garantizar los derechos de las mujeres y sus parejas a no tener hijos, a tener hijos en el momento en el que considere apropiado y a tenerlos en condiciones seguras.

## Agradecimientos

A Maolys Jiménez, quien coordinó el trabajo de campo; a la estudiante de maestría Kellys Quintana, por su apoyo en la recolección de información en la Guajira; a la Fundación “De pana que sí”, liderada por Thailer Fiorillo y Maryanella Sánchez, y a todas las mujeres gestantes migrantes que aceptaron participar en el estudio.

## Conflicto de interés

Los investigadores no reportan conflictos de interés.



## Financiación

Este proyecto fue financiado por la Dirección de Investigación, Desarrollo e Innovación de la Universidad del Norte.

## Declaración de responsabilidad

Se declara que los puntos de vista expresados son de los autores y no de las instituciones en las que trabajan o de la fuente de financiación.

## Declaración de autoría

1. Concepción: Víctor Alfonso Flórez-García, Julián Alfredo Fernández-Niño.
2. Diseño: Víctor Alfonso Flórez-García, Julián Alfredo Fernández-Niño, David Alejandro Rodríguez.
3. Adquisición de datos: Víctor Alfonso Flórez-García, Vanesa Giraldo-Gartner, Ietza Bojorquez-Chapela, Julián Alfredo Fernández-Niño.
4. Análisis e interpretación de datos: Víctor Alfonso Flórez-García, Vanesa Giraldo-Gartner, Ietza Bojorquez-Chapela, Julián Alfredo Fernández-Niño, Rita Aleksandra Sobczyk, Maylen Liseth Rojas-Botero, David Alejandro Rodríguez.
5. Redacción del artículo y revisión crítica de contenido intelectual importante: Víctor Alfonso Flórez-García, Vanesa Giraldo-Gartner, Ietza Bojorquez-Chapela, Julián Alfredo Fernández-Niño, Rita Aleksandra Sobczyk, Maylen Liseth Rojas-Botero, David Alejandro Rodríguez.

## Referencias

1. Texidó E, Gurrieri J. Panorama migratorio de América del Sur 2012. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones (OIM); 2012.
2. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial. Migración desde Venezuela a Colombia. Impactos y estrategia de respuesta en el corto y mediano plazo [internet]. 2018 [citado 2019 ene. 5]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30651/131472SP.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
3. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, et al. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2015;36(1):375-92. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-publ-health-032013-182419>
4. Van der Laet C. La migración como determinante social de la salud. En: Cabieses B, Bernal M, McIntyre AM, editores. La migración internacional como determinante de la salud social en Chile: evidencia y propuesta para políticas públicas. Santiago de Chile: Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; Proyecto de investigación Fondecyt 11130042 "Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para migrantes internacionales en Chile: un estudio multi-métodos", CONICYT, Chile; Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
5. Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. Registro administrativo de migrantes venezolanos (RAMV). Colombia; 2018.
6. Fleury A. Understanding Women and Migration: A Literature Review. Washington DC: KNOMAD; 2016.
7. Adanu RM, Johnson TR. Migration and women's health. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;106(2):179-81. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.03.036>
8. Hacker K, Anies M, et al. Barriers to health care for undocumented immigrants: A literature review. *Risk Manag Healthc Policy*. 2015;8:175-83. doi: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S70173>
9. Keyngaert I, Guieu A, Ooms G, et al. Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care? *Health Policy*. 2014;114(2-3):215-25. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.10.007>
10. Ostrach B. "Yo no sabía..."—immigrant women's use of national health systems for reproductive and abortion care. *J Immigr Minor Heal*. 2013;15(2):262-72. doi: <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9680-9>
11. Shah R, Kiriya J, et al. Use of modern contraceptive methods and its association with QOL among Nepalese female migrants living in Japan. *PLoS One*. 2018;13(5):e0197243. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197243>
12. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Obligatorio de Salud. Bogotá; 2005.
13. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2019. 51(3):208-19. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019004>
14. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Bogotá; 2015.
15. Bojorquez-Chapela I, Peña-Muñoz J, et al. Encuesta sobre migración en la frontera norte de México. Tijuana. México: El Colegio de la Frontera Norte; 2018.
16. López Alvarez ML. Reporte de resultados de la encuesta a mujeres migrantes repatriadas recientemente. Encuesta realizada en la garita del INM de Nogales, Sonora, auspiciada por el IMS de Sonora. Nogales. México: Instituto Sonorense de la Mujer; 2010.
17. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 008430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993 oct. 4).
18. Solana Morete A, González López J. Métodos anticonceptivos en las mujeres inmigrantes y el papel de la enfermera: una revisión bibliográfica. *Enfermería Glob*. 2015;(37):455-66.
19. Rodríguez-Portilla NE, Martínez-Rojo C. Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Enferm. Glob*. 2011;10(23):359-71. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300024>
20. Fondo de Población de las Naciones Unidas (United Nations Population Fund, UNFPA). La transformación de millones de vidas. Reporte Anual 2016. Nueva York, NY: UNFPA; 2016.
21. Kessler K, Goldenberg MS, Quezada L. Contraceptive use, unmet need for contraception, and unintended pregnancy in a context of Mexico-U.S. Migration. *Field Actions Science Reports* [internet]. 2010 [citado 2019 feb. 18]; (Special Issue 2):1-6. Disponible en: <https://journals.openedition.org/factsreports/534>
22. Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*. 2008;8:93. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-93>

23. Pickering S. Women, borders, and violence. En: *Women, borders, and violence*. New York: Springer; 2011. pp. 109-119.
24. Vietti F, Scribner T. Human insecurity: Understanding international migration from a human security perspective. *Journal on Migration and Human Security*. 2018;1(1):17-31. doi: <https://doi.org/10.1177/233150241300100102>
25. Freedman J. Sexual and gender-based violence against refugee women: A hidden aspect of the refugee “crisis”. *Reproductive Health Matters*. 2016;24(47):18-26. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.003>.
26. Hidalgo I, García F, et al. Aquí y en el otro lado: los significados socioculturales de la sexualidad y sus implicaciones en la salud sexual de los migrantes mexicanos. *Migr Inter*. 2008;4(3):27-50.
27. Hegde S, Hoban E, Nevill A. Unsafe abortion as a birth control method: Maternal mortality risks among unmarried cambodian migrant women on the Thai-Cambodia border. *Asia Pac J Public Health*. 2012; 24(6):989-1001. doi: <https://doi.org/10.1177/1010539511409024>
28. Prada E, Singh S, Remez L, et al. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. Nueva York: Guttmacher Institute; 2011.
29. Herd P, Higgins J, et al. The implications of unintended pregnancies for mental health in later life. *Am J Public Health*. 2016;106(3):421-9. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302973>
30. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: A review of the literature. *Stud Fam Plann*. 2018;39(1):18-38. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2008.00148.x>
31. Brockerhoff M. Fertility and family planning in African cities: The impact of female migration. *J Biosoc Sci*. 1995; 27(3):347-58. doi: <https://doi.org/10.1017/S0021932000022872>
32. Fernández-Niño JA, Luna-Orozco K, Navarro-Lechuga E, et al. Necesidades percibidas de salud por los migrantes desde Venezuela en el asentamiento de Villa Caracas - Barranquilla, 2018: reporte de caso en salud pública. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2018;50(3):269-76. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v50n3-2018002>
33. Cardozo-Delgado S. Mujeres que migran: atención en salud sexual y reproductiva a migrantes afrocaribeñas en Uruguay. *Encuentros Latinoamericanos (Segunda Época)*. 2018;2(2):49-85.
34. Cashman R, Eng E, Simán F, et al. Exploring the sexual health priorities and needs of immigrant latinas in the southeastern US: A community-based participatory research approach. *AIDS Educ Prev*. 2011;23(3):236-48. doi: <https://doi.org/10.1521/aeap.2011.23.3.236>
35. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Bogotá; 2010.
36. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá [internet]; 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>
37. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 380, por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (2007 dic. 14).
38. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5926, por la cual se ajusta el Anexo 01 de la Resolución 5521 de 2013 (2014 dic. 23).
39. Fernández-Niño JA, Vásquez-Rodríguez AB, et al. Modos de vida y estado de salud de migrantes en un asentamiento de Barranquilla, 2018. *Rev Salud Pública*. 2018;20(4):530-8. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.75773>



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional  
Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>