

Salud sexual y reproductiva de las caminantes venezolanas que migran y retornan por el corredor fronterizo Táchira (Venezuela) - Norte de Santander (Colombia).





Salud sexual y reproductiva de las caminantes venezolanas que migran y retornan por el corredor fronterizo

Táchira (Venezuela) - Norte de Santander (Colombia).



Coordinador
Rina Mazuera-Arias

Autores

Rina Mazuera-Arias
Carmen Zenaida Vivas-Franco
Neida Albornoz-Arias
Estefany María Sánchez Páez

Apoyo estadístico

Jorge Isaac García Navarro

Apoyo de investigación

Génesis Yamilex Ramírez Castro
Marly Chiquinquirá Arellano González
Denise Paola Lobo Contreras

Diagramación

Abril Ávila

Recursos Visuales

Freepik / Flaticon

Fotos

Marly Chiquinquirá Arellano González

Foto de la portada

Grupo de retornados, conformado por 4 personas: el jefe de grupo es una mujer de 34 años embarazada, viaja con sus hijas de 11, 4 y 3 años; proceden de Bucaramanga, Colombia y se dirigen hacia el estado Guárico, Venezuela. Fotografía tomada el 20 de mayo de 2022 en la carretera Troncal N.º 5 o Nacional de Los Llanos a la entrada de la Parroquia Eclesiástica San José Obrero de San Josecito, municipio Torbes del estado Táchira.

Agradecimiento

Parroquia San José Obrero, San Josecito, estado Táchira.
Presbítero Gustavo Rafael Alvarado.

Junio de 2022

Depósito legal: TA2022000058
ISBN: ISBN: 978-980-7906-13-5
San Cristóbal, 30 de junio de 2022

Afiliación institucional de los autores

Rina Mazuera-Arias. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF), Investigadora asociada del OVM-UCAB, Venezuela.
Correo: mazuerarina@gmail.com

Carmen Zenaida Vivas-Franco. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF), Universidad de los Andes, Núcleo Universitario del Táchira "Dr. Pedro Rincón Gutiérrez" y Universidad Nacional Experimental del Táchira. Correo: carmenvivasfranco@gmail.com

Neida Albornoz-Arias. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Administración y Negocios, Cúcuta, Colombia; Universidad Católica del Táchira, Venezuela. Correo: n.albornoz@unisimonbolivar.edu.co; albornoz@ucac.edu.ve

Estefany María Sánchez Páez. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF). Correo: estefanymariasanchezp@gmail.com

Cita sugerida

Mazuera-Arias, R., Vivas-Franco, C., Albornoz-Arias, N. Sánchez, E., (2022). Salud sexual y reproductiva de las caminantes venezolanas que migran y retornan por el corredor fronterizo Táchira (Venezuela) - Norte de Santander (Colombia). San Cristóbal, Venezuela. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF).

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 financiadoras y/o colaboradoras.

1. Introducción

La migración ha formado parte de la historia de la humanidad, en el transcurso del tiempo lo que ha hecho es cambiar en relación con su volumen, trayectoria y periodicidad (Vitorino, 2022). Por décadas ha sido un fenómeno masculino, pero, entre esos cambios que ha experimentado la migración se encuentra la feminización, que atiende al papel preponderante que la mujer ha capitalizado en la sociedad (Albornoz-Arias, Mazuera-Arias y Morffe, 2022) y porque “dejó de ser migrante secundaria o sujeto pasivo que migraba por matrimonio o reunificación” (Albornoz-Arias, Mazuera-Arias y Morffe, 2022, p. 320). De ahí que, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) reportara que para 2020 el 48 % de los migrantes en el mundo eran niñas, adolescentes y mujeres (OIM, 2022).

La vulnerabilidad natural de las niñas, adolescentes y mujeres se agudiza en un proceso de movilidad humana y más cuando el trayecto se hace a pie, como es el caso de miles de venezolanos que transitan por el territorio de Venezuela para salir del país o el de otros tantos, que caminan cientos de kilómetros por América del Sur para ejercer su derecho al retorno (Mazuera-Arias, Vivas-Franco, Díaz y Sánchez, 2022). A pesar de que el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) reconoce que todas las personas tienen derecho a ser atendidas -en el marco de la salud sexual y reproductiva (SSR)- por profesionales expertos

y tener acceso a información cierta y clara (UNFPA, 2022a) las caminantes encuestadas ven vulnerados sus derechos en relación con la SSR.

Y es que el hecho de ser caminantes expone a las niñas, adolescentes y mujeres a una fragilidad exacerbada, pues su vulnerabilidad natural se acrecienta conforme hacen el continuo de movilidad por su exclusiva cuenta (Mazuera-Arias, Albornoz-Arias, Vivas-Franco, Sánchez, 2022) y en condiciones especialmente precarias e inseguras. Resulta natural que las realidades sean distintas si la persona se encuentra en su residencia habitual a si emprende viaje, a pie, para migrar o retornar de Venezuela. Pues, en su continuo de movilidad, están expuestas de manera exponencial a situaciones que las amenazan en su integridad mental, emocional y física, entre las que se cuentan: condiciones de viaje hostiles, inclemencia del clima, alimentación precaria y manifestaciones de violencia de género que incluye “la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, como máximo exponente de violación de los derechos humanos” (Carretero, 2015, p. 5).

Esas condiciones en las que se movilizan las caminantes, que salen o retornan al país, les impide siquiera contar con instalaciones apropiadas para atender a sus necesidades básicas, como puede ser la higiene personal y



Grupo de retornados, conformado por 3 personas: el jefe de grupo es una mujer embarazada de 31 años, viaja con su hermana de 15 años, también embarazada y su hijo de 5 años; proceden de Quito, Ecuador y se dirigen hacia el estado Aragua, Venezuela. Fotografía tomada el 23 de mayo de 2022 en la carretera Troncal N.º 5 o Nacional de Los Llanos a la entrada de la Parroquia Eclesiástica San José Obrero de San Josecito, municipio Torbes del estado Táchira.

menstrual de manera digna, limpia y segura. Es muy difícil que las migrantes cuenten con servicio gratuito, apto y seguro de baños o

ducha, y mucho más difícil les resulta el acceso a información de SSR adecuada y precisa, métodos anticonceptivos o atención de salud especializada en el área, mientras intentan salir o regresar a Venezuela. En tal sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha asegurado que las mujeres migrantes tienen peores condiciones relacionadas con la SSR que las mujeres nacionales (OMS, 2017).

La atención médica temprana, de cara a la buena SSR, es esencial por cuanto, a partir de ella, podrían diagnosticarse, tempranamente, enfermedades como el cáncer de cuello uterino, patología que causa altos índices de pérdidas fatales cada año, a pesar de ser prevenible (ODISEF, 2022). Por tanto, las dificultades relacionadas con la SSR derivan en enfermedades y muertes prevenibles de niñas, adolescentes y mujeres (UNFPA, 2022a).

Hay que explicar que la caracterización de las caminantes (mujeres y adolescentes) de salida se hace para establecer las condiciones que tenían tanto en su ciudad de origen como las que rodean su movilidad en Venezuela hasta llegar al punto de atención de la Parroquia Eclesiástica San José Obrero, de la Diócesis del Táchira, ubicada en la población de San Josecito, municipio Torbes del estado Táchira. Mientras que, respecto de las caminantes de retorno se trata de precisar las condiciones que tenían en los países de acogida, en los que su condición de migrante irregular -en la mayoría de los

casos- determinaba sensiblemente su acceso a servicios relacionados con la SSR, además de las que definieron su travesía hasta llegar al referido punto de atención.

Por todo ello, es que esta investigación tiene como objetivo determinar las características de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y adolescentes (entre 14 y 17 años con vida sexual activa) que emigran y retornan caminando por la carretera Troncal N.º 5 o Nacional de Los Llanos, en el tramo del territorio del estado Táchira (Venezuela), durante el período comprendido entre el 1º de abril y 31 de mayo de 2022.

2. Salud sexual y reproductiva: derechos humanos enmarcados en la sexualidad y procreación

La OMS, asegura que la salud sexual se trata de la exteriorización de la sexualidad, de las prácticas y capacidades sexuales de manera libre, responsable y voluntaria, estando esta expresión en plena correspondencia con los distintos factores personales, sociales, físicos y psicológicos de las personas; del mismo modo se destaca que no se trata solo de un proceso biológico o dirigido necesariamente a la reproducción (OMS, 2000).

Por otro lado, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece que la salud

reproductiva se refiere al equilibrio y bienestar físico, psicológico y social en relación con los procesos reproductivos, así como con el sistema reproductor. También, comprende la posibilidad de vivir una sexualidad placentera, con fines reproductivos o no, y la posibilidad de tomar decisiones sobre el embarazo, su continuación y la frecuencia con la que se desea procrear (ONU, 1994).

La salud sexual y la salud reproductiva están vinculadas estrechamente. De acuerdo con la OMS los derechos sexuales resultan de la adaptación de los derechos humanos a la esfera sexual, y se dirigen a garantizar el cumplimiento y goce de la sexualidad plenamente. (OMS, 2018). Aunado a estos derechos, se manifiesta la necesidad de eliminar toda forma de discriminación hacia las niñas, adolescentes y mujeres (ONU, 1981).

Del mismo modo, en relación con los derechos reproductivos, se pueden mencionar: derecho a determinar de forma libre sobre los fines procreativos de la relación, decidir sobre el número de hijos y el intervalo entre ellos; el derecho a recibir información certera sobre planificación familiar; derecho a acceder a mecanismos de control reproductivo legales dentro del territorio donde se emplearán; derecho al uso y acceso de métodos de control de la natalidad que sean de calidad y seguros; derecho de acceder a servicios de salud, tanto para la planificación familiar como

para garantizar embarazos y partos seguros y asistidos (OMS, 2003).

De esta manera, se reitera, aún más, la importancia del derecho a la vida, en virtud de los altos índices de fallecimientos acaecidos durante el embarazo y el parto. Así como también, se resalta el acceso a la salud reproductiva, traducido en la existencia de servicios de atención ginecológica, obstétrica y pediátrica con la finalidad de garantizar la seguridad del proceso reproductivo (Defensoría del Pueblo y UNFPA, 2013).

En la misma forma, en torno a la SSR proliferan elementos que afectan el desenvolvimiento correcto y esperado de las personas sexualmente sanas, es decir, que obstaculizan la vivencia libre, responsable y plena de su sexualidad; obstáculos que a su vez, representan una problemática grave para los distintos países: contagios de infecciones de transmisión sexual (ITS), como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que sin ser tratado, puede avanzar a la fase más avanzada: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (OMS, 2021). Además, hay realidades innegables como: el aumento de los índices de embarazo precoz asociado al riesgo de abortos espontáneos, nacimiento prematuro del bebé o muerte por el embarazo, parto o

postparto, así como la violencia sexual, física, psicológica y económica; todo lo que se traduce en un problema de salud pública. Es por ello, que surge la necesidad de mejorar, fortalecer y enriquecer los sistemas regulatorios de los derechos sexuales y reproductivos tanto en el marco internacional, como internamente en cada Estado, más aún considerando ciertos paradigmas socioculturales (UNFPA, 2022a).

Los derechos sexuales y reproductivos en Venezuela se han visto seriamente vulnerados en su ejercicio a propósito de la crisis que sufre el país (UNFPA, 2021a). Para contextualizar un poco, bien vale reseñar índices demográficos actuales: la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) aseguró que para el año 2021 la población total nacional era de 28.704.954 de personas: 14.594.646 mujeres y 14.110.308 hombres, es decir, 97 hombres por cada 100 mujeres (ENCOVI, 2021a). Mientras que, la tasa global de fecundidad¹ (TGF) en Venezuela es de 2,2 nacimientos por mujer (ENCOVI, 2021b; UNFPA, 2022b); siendo los estados con la mayor tasa Delta Amacuro (4,0), Apure (3,1), Amazonas (3,1), Sucre (2,7) y Guárico (2,6) (ENCOVI, 2021b).

Si bien es cierto que en Venezuela hay diversos planes y programas de anticoncepción, también lo es que, en el marco de planificación familiar,

según UNFPA, la tasa de uso de anticonceptivos por todas las mujeres en el país es de 56 %; mientras que el uso de métodos anticonceptivos por mujeres casadas es de 76,1 %. Ahora bien, en cuanto a la tasa de prevalencia anticonceptiva² es de 52,4 % en todas las mujeres, mientras que en mujeres casadas 71,3 % (UNFPA, 2022c). Por otro lado, la tasa de necesidad insatisfecha de planificación familiar para todas las mujeres es de 7,5 %, mientras que para las mujeres casadas es de 9,6 %. Asimismo, la demanda de planificación familiar moderna es de 82,5 % para todas las mujeres, y de 83,2 % para las mujeres casadas (UNFPA, 2022c).

A pesar de la presencia -en mayor o menor escala- de los programas antes mencionados, Venezuela -de acuerdo con los datos ENCOVI, para el año 2021- tiene 13 % de adolescentes madres, entre los 15 y 19 años (ENCOVI, 2021c). Otro elemento de gran relevancia en el ejercicio y garantía de los derechos sexuales y reproductivos es el acceso y la asistencia a centros e instituciones educativas. Instituciones en las que se debe brindar una formación integral e información adecuada relativa a la sexualidad con la finalidad de fortalecer y empoderarlos en su dimensión sexual, para así mejorar su calidad de vida al facilitar que sean personas sexualmente sanas.

¹En un indicador que establece el número de hijos que en promedio tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva si durante la misma estuvieran expuestas a las tasas de fecundidad por edad del período de estudio.

²Este indicador se refiere al empleo de métodos anticonceptivos en personas en edad reproductiva, pudiendo referenciarse a mujeres o a sus parejas.

El Plan Nacional para la Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos, llevado a cabo por el UNFPA en asociación con instituciones del Estado venezolano, inicialmente establecido para el período 2015-2019 fue prorrogado hasta el 2020, en virtud de que la crisis que le dio origen no había cesado. La prórroga se debió a la necesidad de determinar certeramente las circunstancias actuales, para así establecer una nueva programación orientada a una respuesta humanitaria acorde (Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, del Fondo de Población de las Naciones Unidas y de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos, 2020). Al respecto, el UNFPA ha expresado su preocupación en torno a la SSR en Venezuela, la cual se ha visto afectada por la crisis, como ya se mencionó. Entre los aspectos más afectados se cuentan: acceso a métodos anticonceptivos, aumento en los índices de embarazo precoz y no deseados, muertes maternas y complicaciones obstétricas por el limitado acceso a los suministros requeridos (UNFPA, 2021b).

Estal el incremento de las dificultades para lograr atención médica pública y gratuita de calidad en Venezuela, en relación con los insumos necesarios para los controles prenatales y para el nacimiento, que varias instituciones públicas de salud en Colombia se han visto obligadas a prestar atención a ciudadanas venezolanas (Proyecto Migración Venezuela, 2021). De ahí que, en el Hospital Universitario Erasmo Meoz

de Cúcuta, fueron atendidos 1.040 partos de mujeres venezolanas entre los meses de febrero y abril del 2020 (Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2020, como se citó en Proyecto Migración Venezuela, 2021).



Grupo de retornados, conformado por 4 personas: el jefe de grupo es un hombre de 36 años, viaja con una amiga de 16 años, dos niños de 2 años y 4 meses de edad; proceden de Cúcuta, Colombia y se dirigen hacia el estado Cojedes, Venezuela. Fotografía tomada el 15 de abril de 2022 en la carretera Troncal N.º 5 o Nacional de Los Llanos a la entrada de la Parroquia Eclesiástica San José Obrero de San Josecito, municipio Torbes del estado Táchira.

4. Movilidad humana y SSR: vulnerabilidad exacerbada

Indudablemente, la movilidad humana forzada constituye un gran obstáculo para el acceso y garantía de todos los derechos del ser humano, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos. Principalmente, las dificultades atienden a las condiciones variables, hostiles y acechantes que implica el tránsito, más si se hace a pie, como es el caso de los caminantes. Ahora bien, a pesar de la existencia de regulaciones e instrumentos nacionales e internacionales referidos a los derechos sexuales y reproductivos, el contexto en cada Estado en que se asientan o por donde transitan las caminantes es variable.

Así, en encuesta aplicada a migrantes venezolanos en Perú mostró que el 78 % de los encuestados consideró que no podría acceder a servicios de salud en ese mismo instante si presentase necesidades urgentes de salud distintas a la COVID-19. En la misma encuesta, el 89 % consideró que el principal obstáculo para el acceso a servicios de salud peruanos es económico, mientras que el 56 % admitió que no contaba con la documentación legal requerida para tal efecto (Mixed Migration Centre, 2021). Así las cosas, de acuerdo con la percepción migrante, el acceso a los sistemas de salud en el Perú es dificultoso para el migrante promedio, en virtud de la disponibilidad económica para sufragar los gastos de salud, o bien al requerimiento de documentación migratoria vigente.

Del mismo modo, en Colombia, la misma encuesta del Mixed Migration Centre determinó que el 73 % de los encuestados se encuentra en estatus migratorio irregular, el 16% es residente temporal, el 1 % es solicitante de asilo y el 2 % es migrante regular sin necesidad de permiso. Así, el 48 % afirmó que sí podría acceder a servicios de salud inmediatos en caso de presentar requerimientos urgentes, mientras que el 40 % considera no poder acceder; en tal sentido, el 66 % coincide en afirmar que el principal obstáculo para acceder a los servicios de salud es la carencia de documentación legal, mientras que el 55 % lo adjudica a motivos económicos (Mixed Migration Centre, 2021).

En este contexto hay que referir la sentencia del Juzgado Octavo Administrativo del Circuito de Cúcuta que sentó doctrina sobre la efectivización de los servicios de salud, específicamente sobre los derechos sexuales y reproductivos, en cuanto a las personas en movilidad. El juzgado reconoció una carencia generalizada en la prestación de servicios relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) -recientemente aprobada en el territorio colombiano- así como también en relación con otros servicios básicos como la atención gineco-obstétrica y la atención de víctimas de violencia. En suma, se estableció que es obligación brindar los servicios de: IVE; fortalecimiento o creación de las rutas y protocolos de atención de víctimas de violencia sexual; mejoramiento de las condiciones de atención materno-infantil mediante la implementación de servicios de control pre y post natal gratuito sin considerar

elementos particulares como la nacionalidad o el estatus migratorio de la persona que los requiere (Juzgado Octavo Administrativo del Circuito de Cúcuta, 2021).

Por otro lado, siguiendo la investigación realizada por el Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM), la Federación Internacional de Planificación de la Familia Región del Hemisferio Occidental (IPFRHO), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), se concluyó que, a pesar de la regulación integradora del Ecuador, donde se contempla el acceso igualitario de todas las personas para la atención de derechos fundamentales, como la salud, las políticas migratorias y, también, las políticas sanitarias para hacer frente a la pandemia por la COVID-19 han afectado gravemente los derechos sexuales y reproductivos de las migrantes, principalmente por: acceso diferenciado a los servicios de atención obstétrica; falta de acceso a planificación familiar; falta de acceso fundamentada en su estatus migratorio; dificultades para obtener medicación y pruebas relativas a ITS; violencia basada en género; entre otras (CEPAM, IPFRHO, UNFPA y ACNUR, 2021).

5. Metodología

Este estudio tiene como objetivo determinar las características de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y adolescentes (entre 14 y 17 años con vida sexual activa) caminantes que

emigran y retornan, por la carretera Troncal N.º 5 o Nacional de Los Llanos, en el tramo del territorio del estado Táchira (Venezuela), durante el período comprendido entre el 1º de abril y 31 de mayo de 2022.

La población objetivo estuvo representada por el flujo de venezolanas mayores de edad y adolescentes (entre 14 y 17 años con una vida sexual activa) que dieron su consentimiento y asentimiento, respectivamente y que caminan por la carretera Troncal N.º 5 o Nacional de Los Llanos para migrar o retornar caminando a Venezuela, y son atendidas en la Parroquia Eclesiástica San José Obrero, de la Diócesis del Táchira, ubicada en la población de San Josecito, municipio Torbes del estado Táchira, en el programa denominado Almuerzo de la Misericordia, que ha implementado la Parroquia desde octubre de 2020. Vale aclarar, que esta ruta fue seleccionada por ser la más utilizada por los caminantes para transitar el corredor fronterizo Táchira (Venezuela) – Norte de Santander (Colombia) para salir o después de retornar a Venezuela para llegar a las ciudades de origen.

El diseño del marco muestral consideró las dimensiones: temporal y espacial. La dimensión temporal fue definida por el número de días de la semana, de lunes a viernes, desde el 1º de abril hasta el 31 de mayo de 2022. La dimensión espacial es la Parroquia San José Obrero en San Josecito, municipio Torbes del estado Táchira en la que caminantes venezolanos (salida y retorno) son recibidos y atendidos en sus necesidades básicas de hidratación y alimentación.

Debido a que se desconocía la probabilidad de selección de los sujetos dentro de la población, se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico, mediante la técnica de muestreo consecutivo, que pretende incluir a todos los sujetos accesibles y disponibles en la dimensión espacial. De este procedimiento, resultó un tamaño muestral de 548 de mujeres y adolescentes (con una vida sexualmente activa): 249 eran caminantes de salida y 299 caminantes de retorno.

Los datos provienen de un instrumento contentivo de 37 ítems aplicado bajo la plataforma de recolección de datos KoboToolbox. Para el tratamiento de los datos provenientes del estudio se realizó la primera fase de validación, para asegurar la integridad y validez de los datos mediante la validación de consistencias interna de datos (validación de código, de tipo de datos, rango de datos, validación de restricciones) y detección de valores atípicos y/o valores faltantes.

Se realiza el análisis de los datos mediante técnicas de estadística descriptiva y análisis bivariado de distribuciones porcentuales relativas de las variables en estudio de la población objetivo, resultando un plan de tabulación cruzada de 41 variables presentadas en tablas de distribución de frecuencias.

La validación, procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante algoritmos de programación en el lenguaje de programación estadístico R y el paquete SPSS en su versión 26 (IBM SPSS, Chicago, IL, EE. UU.).

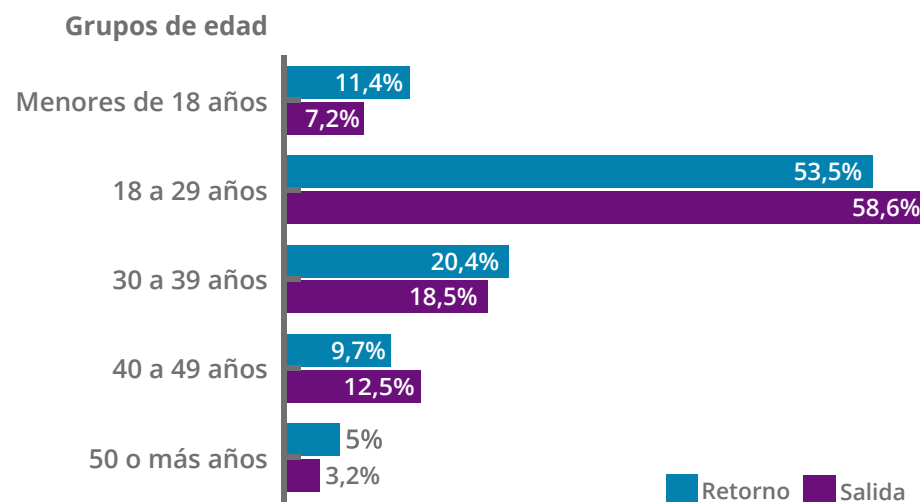
6. Resultados

Los resultados se muestran de tres maneras: 1) 100 % de la muestra comprende el total de mujeres y adolescentes encuestadas (incluye todas las caminantes, tanto de salida como de retorno); 2) caminantes de salida; y 3) caminantes de retorno.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS CAMINANTES EN SALIDA Y RETORNO

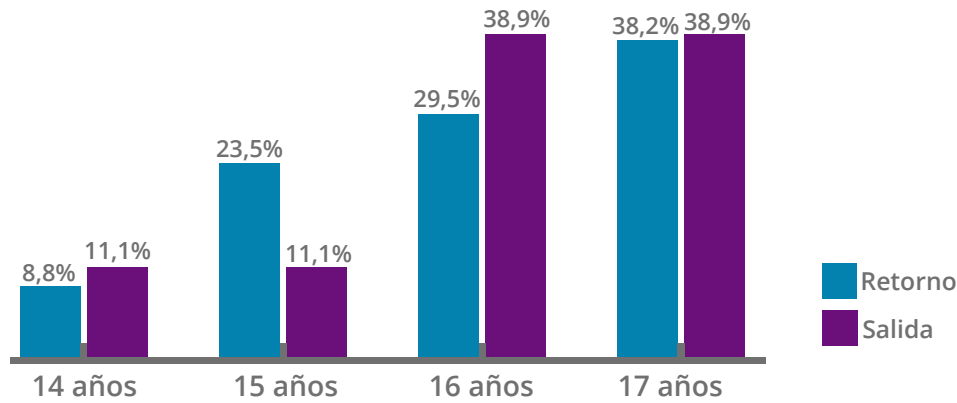
De las 548 mujeres y adolescentes (entre 14 y 17 años (con vida sexual activa), 249 eran caminantes de salida y 299 de retorno.

De la muestra total, el principal grupo etario fue de 18 a 29 años (55,9 %), seguido por los de: 30 a 39 años (19,5 %), 40 a 49 años (10,9 %), adolescentes (9,5 %), y 50 años o más (4,2 %).



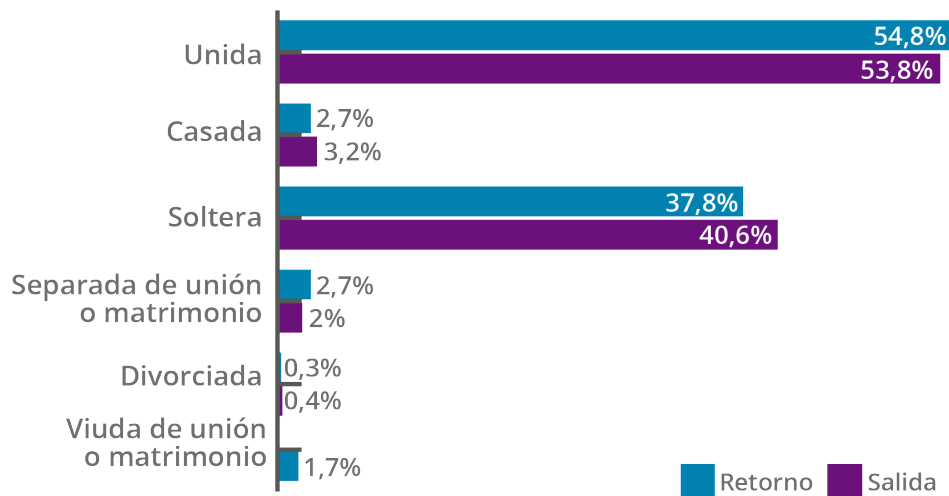
Fuente: ODISEF, datos 2022.

Del 100 %, 9,5 % (52) eran adolescentes: 38,5 % tienen 17 años, 32,7 % 16 años, 19,2 % 15 años y 9,6 % 14 años.



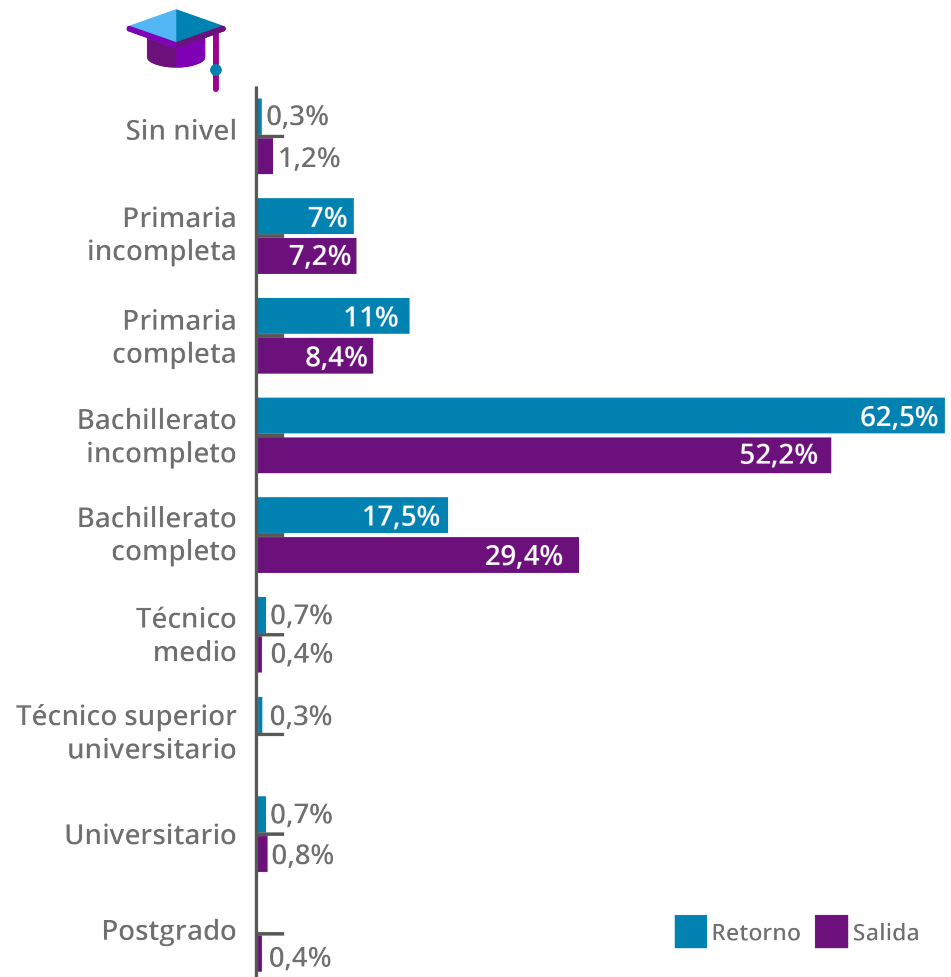
Fuente: ODISEF, datos 2022.

En relación con la situación de pareja de la muestra total, el 54,4 % están unidas, 39,1 % solteras, 2,9 % casadas, 2,4 % separadas de unión o matrimonio, 0,9 % viuda y 0,3 % divorciadas. Al comparar la relación de pareja entre las que van de salida y las que retornan, las que van de salida son en mayor porcentaje solteras, y en el caso de la viudez solo se presenta en las que retornan.



Fuente: ODISEF, datos 2022.

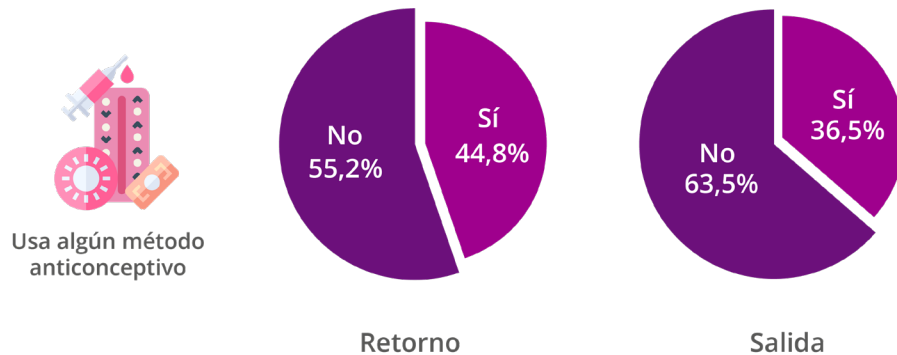
El nivel educativo de las mujeres caminantes es bajo: 57,8 % no terminaron los estudios de bachillerato, 22,8 % tienen el título de bachiller, 9,9 % primaria completa, 7,1 % primaria incompleta, 0,7 % universitario, 0,5 % técnico medio, 0,2 % técnico superior, 0,2 % postgrado y 0,8 % sin nivel educativo.



Fuente: ODISEF, datos 2022.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

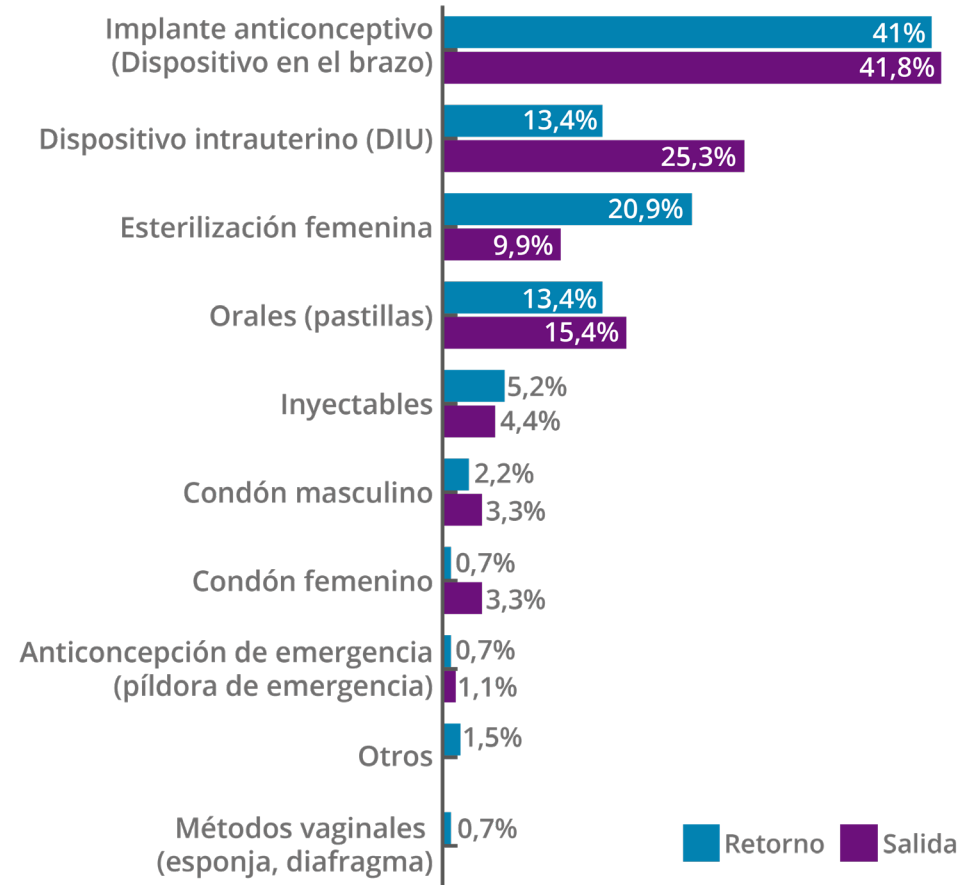
La mayoría de las caminantes 58,9 % no usa ningún método anticonceptivo. Las caminantes que retornan usan en mayor porcentaje métodos anticonceptivos en comparación con las caminantes de salida.



Fuente: ODISEF, datos 2022.

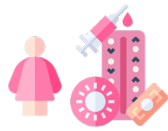
El 41,1 % del total de las caminantes encuestadas usa métodos anticonceptivos, porcentaje que se distribuye así: implante anticonceptivo (41,3 %), dispositivo intrauterino (18,2 %), esterilización femenina (16,4 %), orales/pastillas (14,2 %), inyectables (4,9 %), condón masculino (2,7 %), condón femenino (1,8 %), anticoncepción de emergencia/píldora de emergencia (0,9 %) y métodos vaginales como esponja, diafragma (0,4 %) (respuesta de opción múltiple).

Cuáles métodos de anticoncepción utiliza

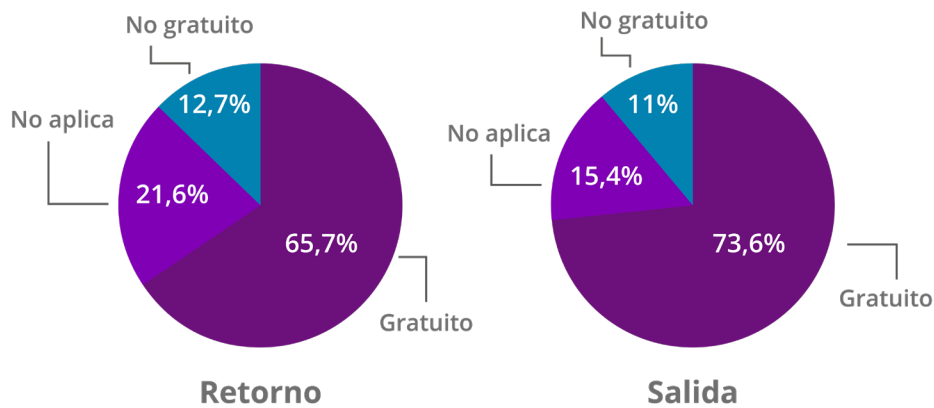


Fuente: ODISEF, datos 2022.

68,9 % de las mujeres y adolescentes encuestadas que usan métodos anticonceptivos tuvieron acceso a ellos de manera gratuita. Las caminantes de salida han tenido más acceso a métodos anticonceptivos en Venezuela en comparación con las que caminan de retorno.



En el último año
¿Cómo ha tenido acceso
a los métodos anticonceptivos?

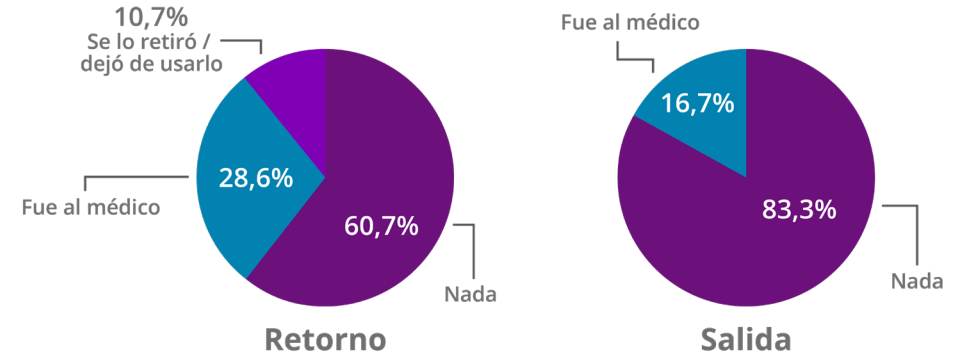


Fuente: ODISEF, datos 2022.

Entre las usuarias de métodos anticonceptivos, el 17,8 % manifiesta haber tenido algún efecto secundario por su uso, ante esos efectos el 67,5 % no hizo nada, el 25 % fue al médico y el 7,5 % se lo retiró o dejó de usarlo. Las caminantes de retorno han sufrido más efectos secundarios en comparación con las caminantes de salida, pero son éstas últimas quienes más tiempo han soportado los efectos secundarios al no poder hacer nada al respecto.



¿Qué hizo?

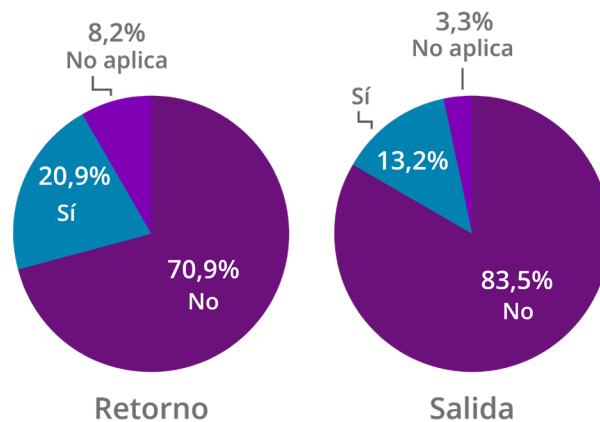


Fuente: ODISEF, datos 2022.

El 58,9 % no usa métodos anticonceptivos por varias razones: está embarazada actualmente (24,8 %), no tiene pareja (22,6 %), otra (22 %), no tiene dinero para comprarlos (9 %), no puede tener hijos (6,8 %), no le gusta usarlos / no quiere (4,6 %), desea quedar embarazada (4 %), cree que no puede quedar embarazada (2,5 %), la pareja no quiere que use métodos anticonceptivos (1,9 %), le hace daño a la salud (1,9 %), la pareja quiere que esté embarazada (1,5 %), teme que le hagan daño a la salud (1,2 %) y no conoce los métodos (0,6 %). Las principales diferencias se observan en estar embarazada 31,5 % en retorno y 17,7 % en salida y no tener pareja 25,3 % en salida y 20 % en retorno (Respuesta de opción múltiple).



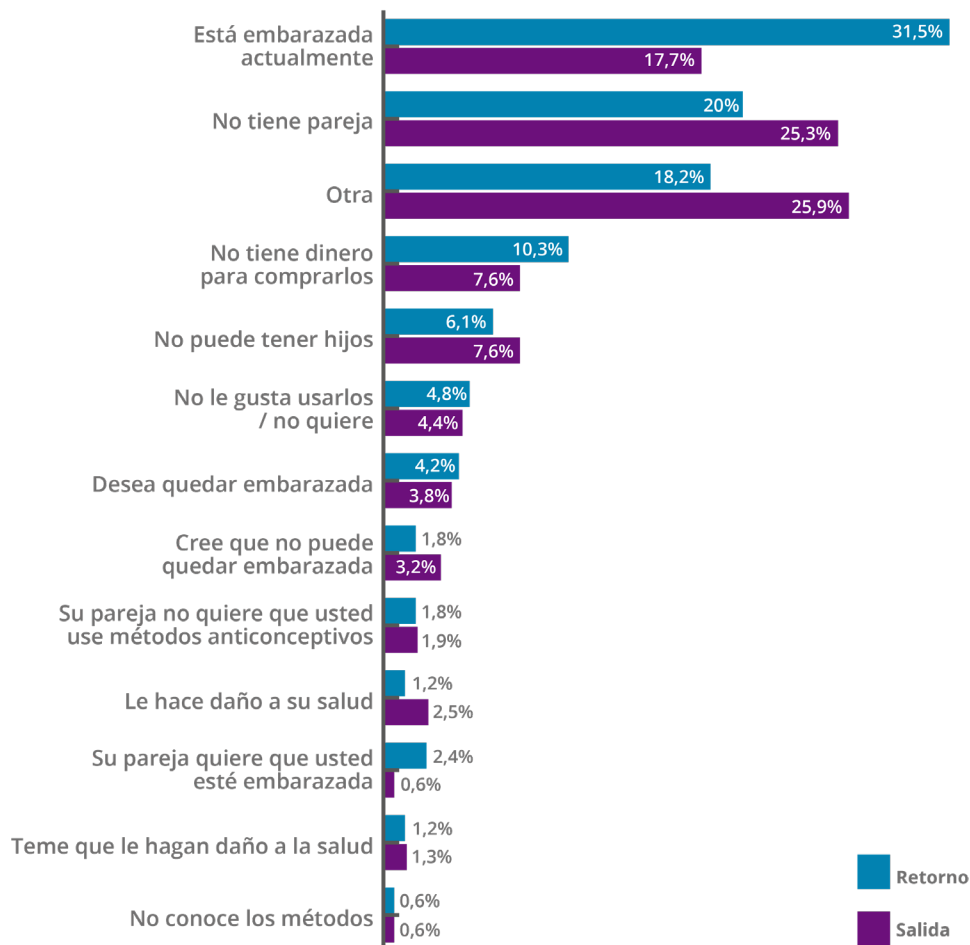
El método anticonceptivo le ha producido algún efecto secundario



Fuente: ODISEF, datos 2022.



Razones de no usar métodos de anticoncepción o planificación



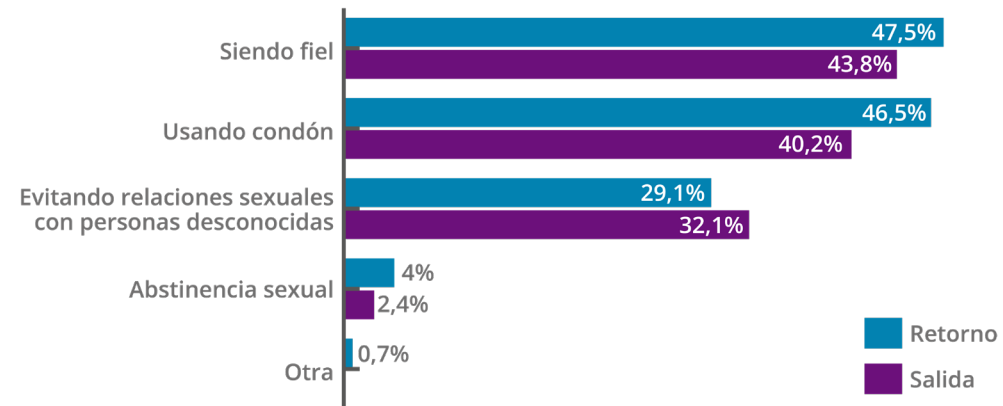
Fuente: ODISEF, datos 2022.

Hay que distinguir que un propósito del uso de métodos anticonceptivos es la planificación familiar; pero también hay que resaltar que sirven para prevenir ITS. No obstante, a las encuestadas se les preguntó de qué manera ellas prevenían las ITS: 45,8 % de las encuestadas consideran que siendo fiel y el 30,5 % evitando relaciones sexuales con personas desconocidas. Mientras que el 43,6 % consideran que usando condón pueden prevenir las ITS, pero solo el 4,5 % lo usa (respuesta de opción múltiple).

Entre quienes salen y retornan hay pequeñas diferencias porcentuales en relación con la percepción sobre la manera de prevenir las ITS.



De qué manera usted previene las infecciones de transmisión sexual

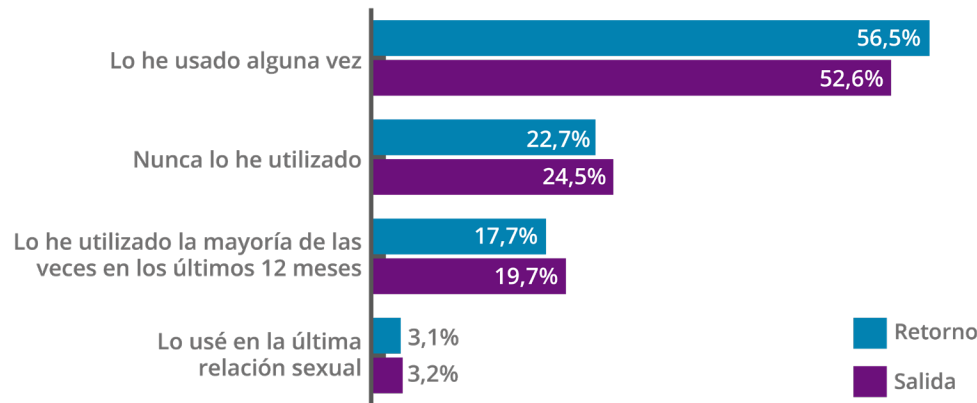


Fuente: ODISEF, datos 2022.

El uso del condón en las relaciones sexuales ha sido eventual, 54,8 % lo ha usado alguna vez, 18,6 % lo ha usado la mayoría de las veces en los últimos doce meses, 3,1 % lo usó en la última relación sexual y 23,5 % nunca lo ha utilizado. No existe diferencia significativa entre las caminantes que van de salida y las que vienen de retorno.



¿Usted actualmente o en el pasado ha utilizado el condón?



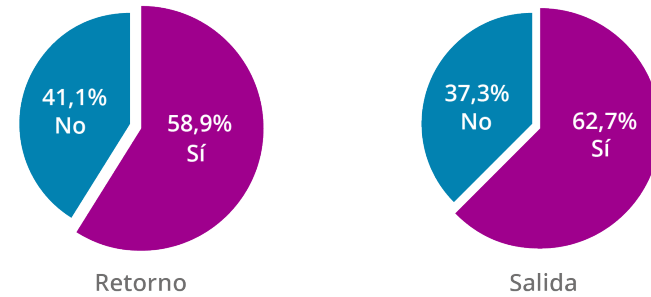
Fuente: ODISEF, datos 2022.

SALUD SEXUAL

El 60,6 % de las caminantes encuestadas asiste a consultas médicas con el ginecólogo, de éstas 72,3 % por control cuando les corresponde y 27,7 % solo cuando tienen algún síntoma. En relación con practicarse algún examen en salud sexual y reproductiva en el 2021, se realizaron: citología (37,2 %), examen de sangre para descartar ITS (4,9 %), ecografía intravaginal (3,5 %), ultrasonido (3,3 %), mamografía (2,6 %), eco mamario (1,1 %), otro relacionado con su salud sexual y reproductiva (0,4 %), y el 57,7 % no se realizó ningún examen médico en el área de la salud sexual y reproductiva (respuesta de opción múltiple). Las mujeres y adolescentes encuestadas que van de salida han tenido más acceso a la salud sexual y reproductiva como consultas con profesionales en el área, citologías y mamografías, que las que vienen de retorno. Lo que demuestra que el estatus migratorio irregular interfiere sensiblemente en el acceso a servicios relacionados con la SSR.



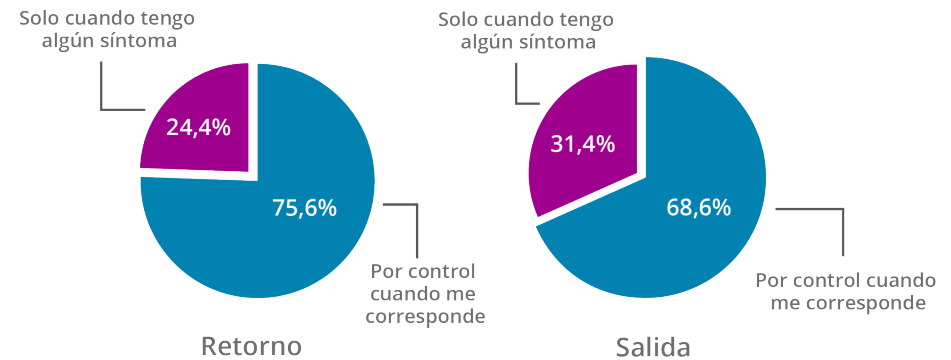
¿Ud. va al ginecólogo?



Fuente: ODISEF, datos 2022.



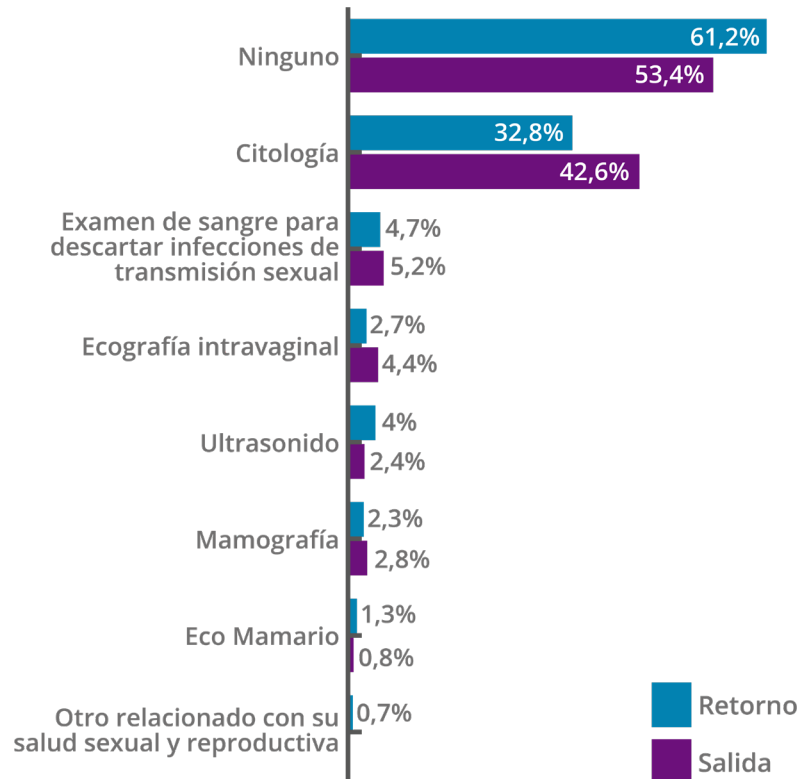
¿Cuándo va al ginecólogo?



Fuente: ODISEF, datos 2022.



En el 2021, usted se realizó alguno de los exámenes médicos

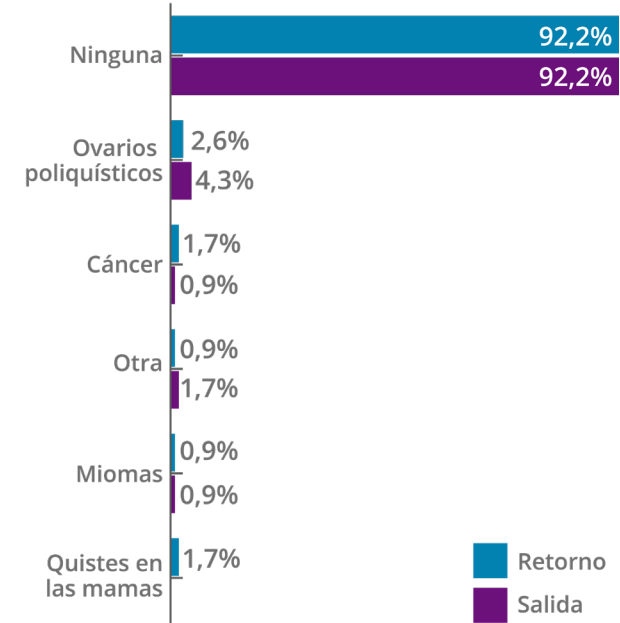


Fuente: ODISEF, datos 2022.

Quienes se realizaron alguno de los exámenes médicos en el 2021, fueron diagnosticadas con ovarios poliquísticos (3,5 %), cáncer (1,3 %), otro (1,3 %), miomas (0,9 %), quistes en las mamas (0,9 %); no fue diagnosticado con ninguna enfermedad el 92,1 %. Entre las que salen y retornan existen pequeñas diferencias en los diagnósticos.



En resultados de los exámenes anteriores, han diagnosticado enfermedades

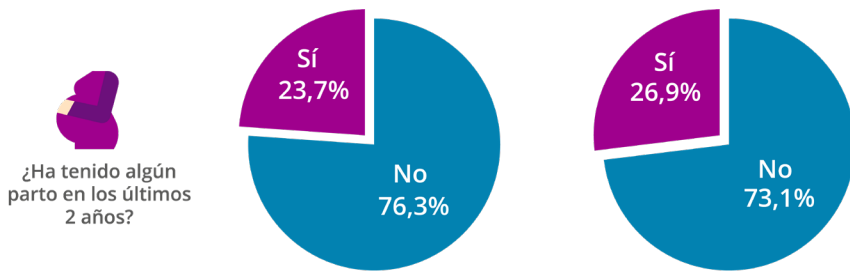


Fuente: ODISEF, datos 2022.

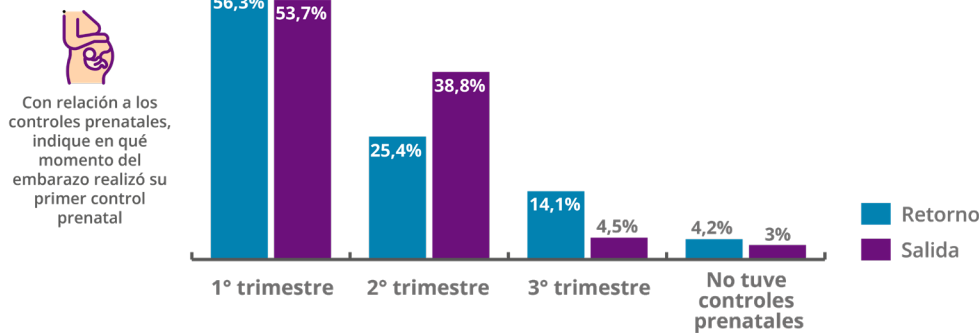
FECUNDIDAD

El 25,2 % de las caminantes encuestadas ha tenido un parto en los últimos dos años, las que van de salida en mayor porcentaje (26,9 %) de las quienes vienen de retorno (23,7 %). En la movilidad de retorno, las caminantes que tuvieron un parto en los dos últimos años pertenecen a varios rangos etarios: 7 % menores de 18 años, 76,1% entre 18 y 29 años, 14,1 % de 30 a 39 años, y 2,8 % de 40 a 49 años. No hay diferencias significativas con la movilidad de salida, excepto que ninguna mujer entre 40 a 49 años tuvo un parto: 6 % tienen menos de 18 años, 80,6 % tiene edad comprendida entre 18 y 29 años, 13,4 % tienen entre 30 y 39 años.

Durante el embarazo, 55,1 % tuvo el primer control prenatal en el primer trimestre, 31,9 % en el segundo trimestre, 9,4 % en el tercer trimestre y 3,6 % no tuvo controles prenatales.

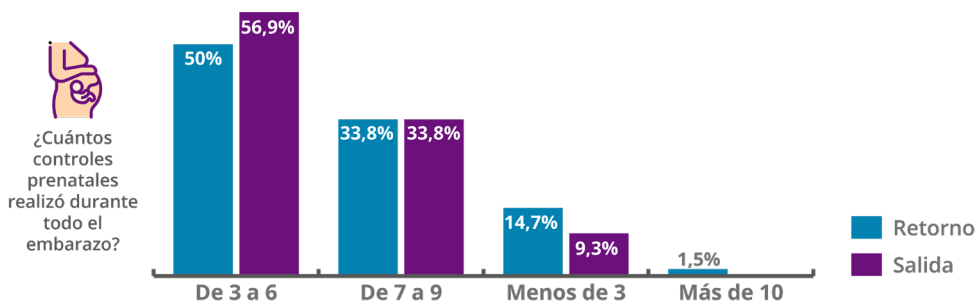


Fuente: ODISEF, datos 2022.

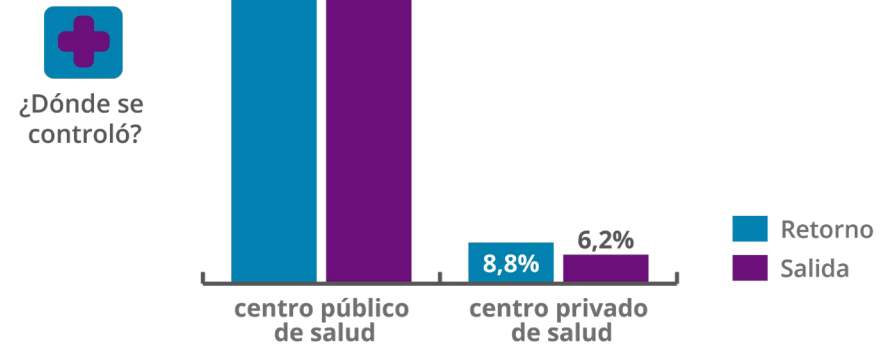


Fuente: ODISEF, datos 2022.

Las mujeres y adolescentes en retorno tuvieron menos de tres controles prenatales durante el embarazo en mayor porcentaje que las caminantes de salida. Por su parte, el 92,5% de las caminantes tuvieron los controles en establecimientos públicos de salud, sin haber diferencias significativas entre quienes van de salida y quienes retornan.

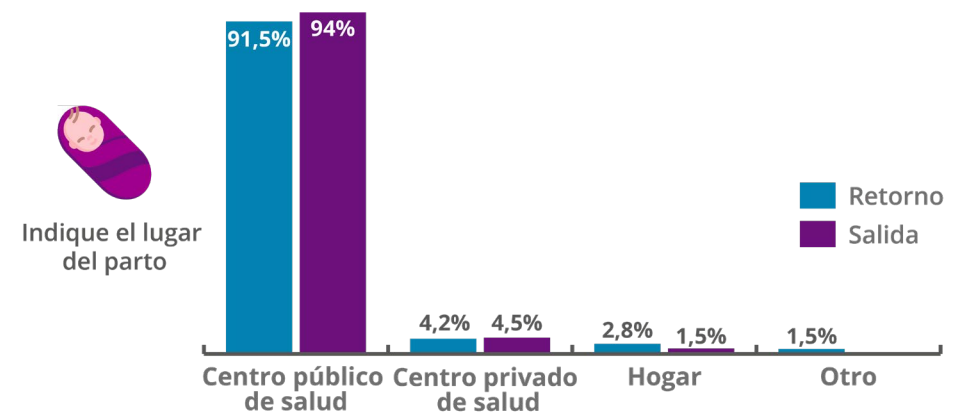


Fuente: ODISEF, datos 2022.

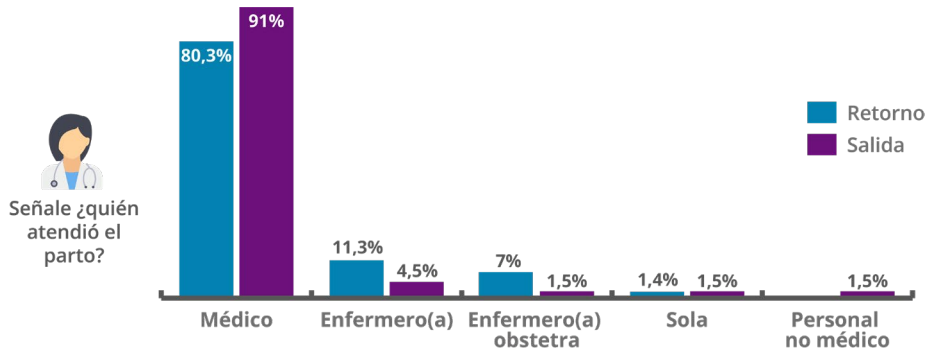


Fuente: ODISEF, datos 2022.

En relación con el lugar del parto se estableció que el 92,8 % fue en centros públicos de salud, 4,3 % en centros de salud privado, 2,2 % en la casa y 0,7 % en otro lugar. No hay diferencias significativas entre las venezolanas en movilidad sea de salida o de retorno en el lugar donde se atiende el parto o se dan los controles prenatales. La diferencia se presenta es en el personal que atendió en el parto, pues en el caso de las venezolanas que van de salida fueron atendidas en mayor porcentaje (91 %) por médicos en comparación con las que retornan (80,3 %).

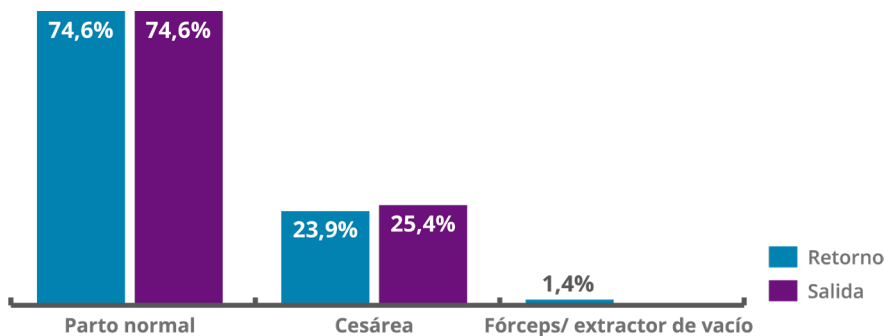


Fuente: ODISEF, datos 2022.



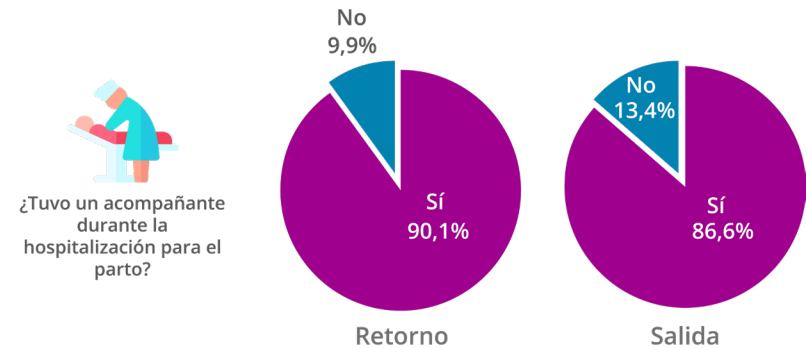
Fuente: ODISEF, datos 2022.

El 74,6 % tuvo un parto normal, 24,5 % cesárea, y en el 0,7 % se utilizaron fórceps. La gran diferencia entre las caminantes que salen y las que retornan radica solo en el caso de la utilización de fórceps que no se utilizaron en quienes salen, pero sí en las que retornan (1,4 %).



Fuente: ODISEF, datos 2022.

Sin duda, para la parturienta -sin importar el tipo de parto- es fundamental estar acompañada, entre las encuestadas el 88,4% de quienes tuvieron un parto contaron con un acompañante durante el proceso de alumbramiento. Al ver los datos por separado, quienes van de salida estuvieron solas en todo el proceso en mayor porcentaje (13,4%) en comparación con quienes vienen de retorno (9,9%).

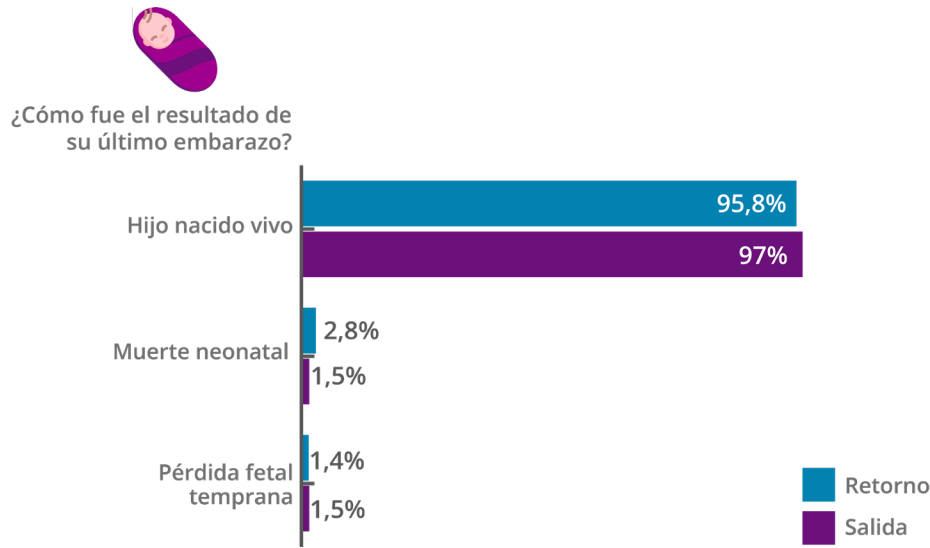


Fuente: ODISEF, datos 2022.

De las 299 mujeres y adolescentes que retornan, 56,9 % considera que ser migrante o refugiada no dificulta el acceso a los controles prenatales y al parto. Ahora, entre éstas, 2,2 % considera que la decisión de embarazarse y ser madre se ve afectada por el hecho de ser migrante. Mientras que el 24,1 % sí considera que ser migrante representa una dificultad y 19 % no sabe.

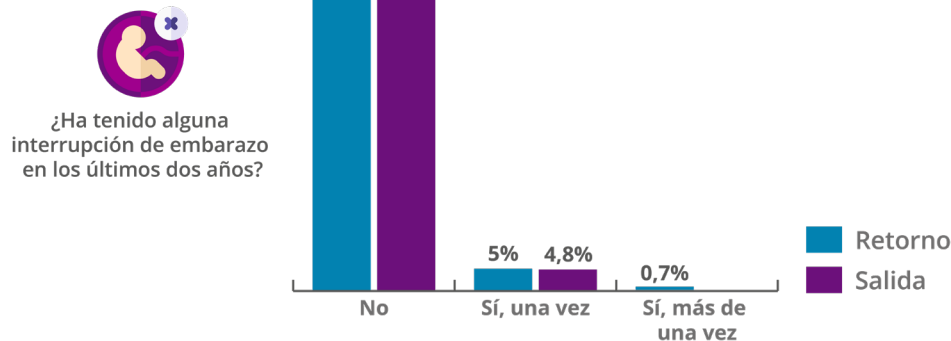
Por su parte, y en virtud de su experiencia personal, quienes tuvieron un parto en los últimos dos años siendo inmigrantes (23,7 %) consideran en un 56,3 % que ser migrantes no dificultó el acceso a controles prenatales ni al parto.

En relación con los resultados del embarazo se estableció que: 96,4 % hijo nacido vivo, 2,2 % pérdida fetal, 1,4 % muerte neonatal (muerte que ocurrió entre 0 y 28 días incompletos después del nacimiento). No existen diferencias significativas entre las venezolanas que van de salida y las que retornan.

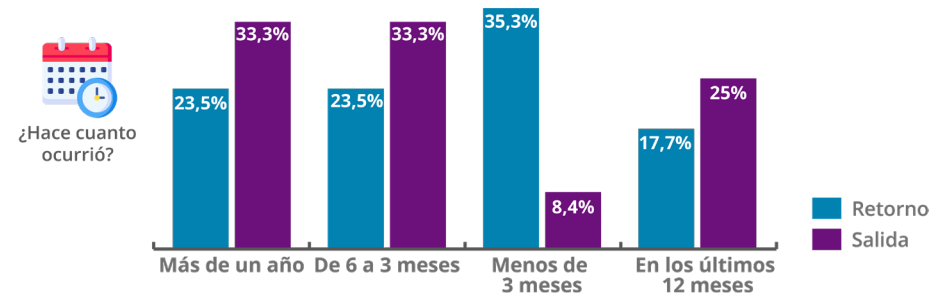


Fuente: ODISEF, datos 2022.

Del total de encuestadas solo el 5,30 % tuvo alguna interrupción del embarazo en los últimos dos años (6,9 % eran menores de edad), no existe diferencia significativa entre quienes salen y quienes retornan. En relación con la interrupción del embarazo, en el caso de las caminantes de salida la interrupción fue espontánea/ natural (100 %), mientras que en las que retornan fue: espontánea/natural (82,4 %), practicado por personal médico en un centro de salud (11,7 %), y usó algo para interrumpir el embarazo (5,9 %).

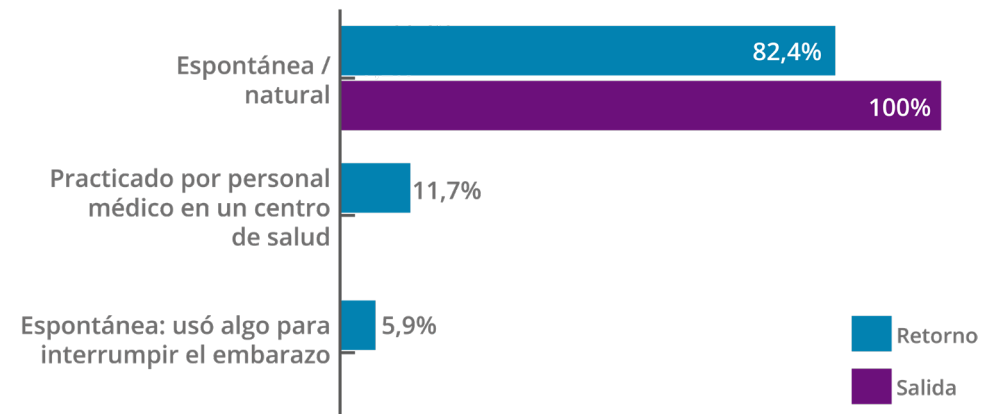


Fuente: ODISEF, datos 2022.



Fuente: ODISEF, datos 2022.

La interrupción del embarazo fue:

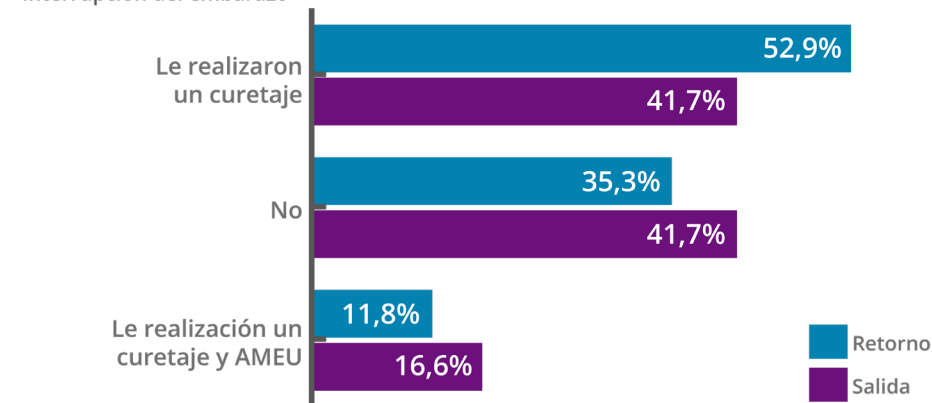


Fuente: ODISEF, datos 2022.

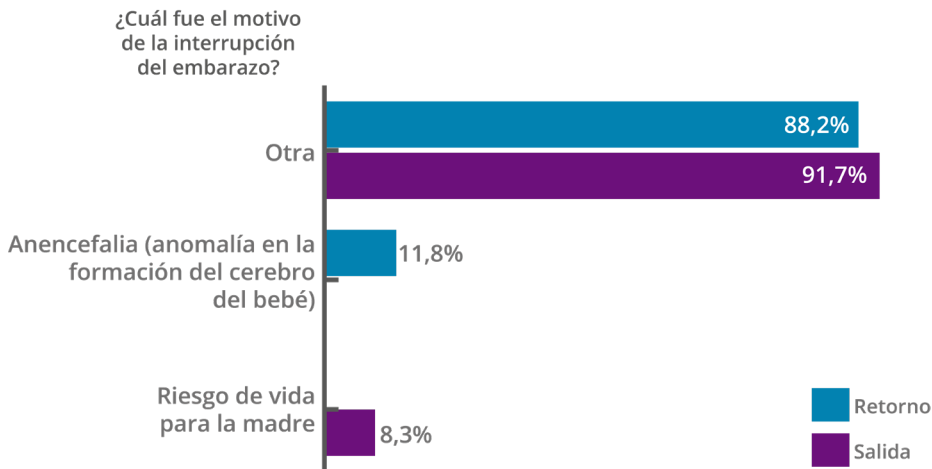
El procedimiento médico para realizar o completar la interrupción del embarazo fue: curetaje (48,3 %), curetaje y aspiración manual endouterina (AMEU) (13,8 %) y al 37,9 % no se le realizó ningún procedimiento. En este último caso, es mayor el porcentaje en las caminantes de salida (41,7 %), en comparación de las que vienen de retorno (35,3 %). El mayor motivo de la interrupción del embarazo alegado por la mayoría de las encuestadas fue otro (89,7 %) distinto a razones de salud (10,30 %).



Procedimiento médico para realizar o completar la interrupción del embarazo



Fuente: ODISEF, datos 2022.

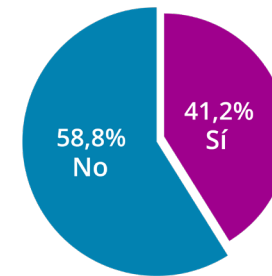


Fuente: ODISEF, datos 2022.

Luego de la interrupción del embarazo 51,7 % asistió a una consulta médica de revisión, mientras que el 48,3 % no. La decisión de interrumpir el embarazo del 20,7 % fue tomada en pareja, en mayor porcentaje entre quienes van de salida (25 %) en comparación con quienes caminan de retorno (17,6 %).

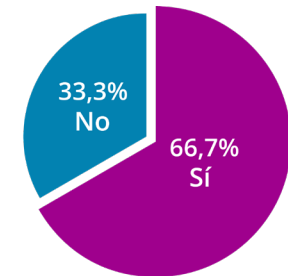


¿Hizo una consulta de revisión después de la interrupción del embarazo?



Retorno

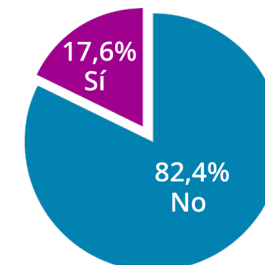
Fuente: ODISEF, datos 2022.



Salida

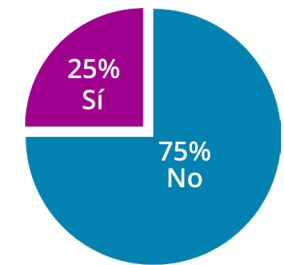


La interrupción del embarazo ¿fue decisión que tomó en pareja?



Retorno

Fuente: ODISEF, datos 2022.

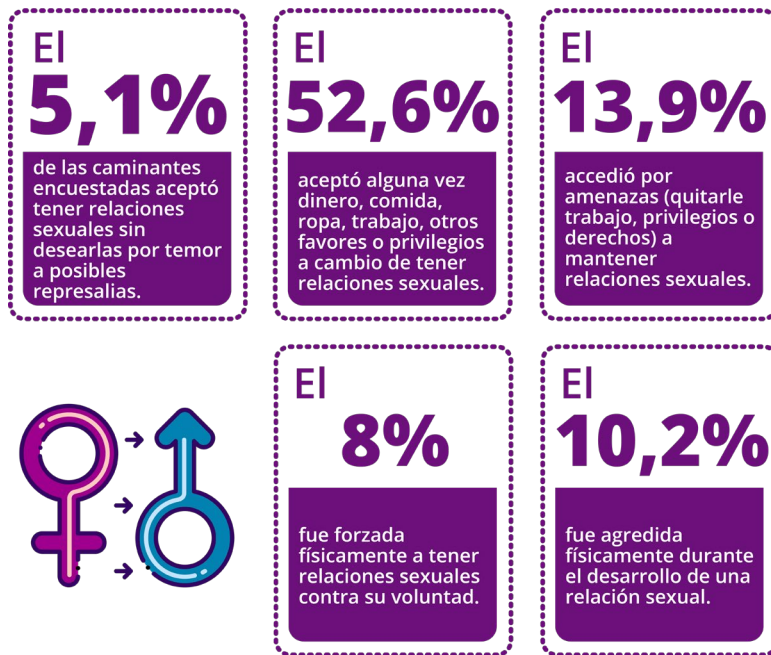


Salida

VIOLENCIA PSICOLÓGICA, FÍSICA Y SEXUAL

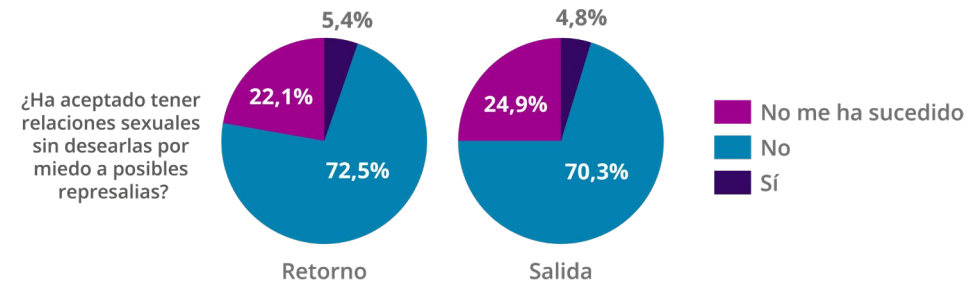
Las mujeres y adolescentes que caminan tanto de salida como de retorno han sido sometidas desde que salieron de sus casas y durante el tiempo que han sido caminantes a situaciones de riesgo, violencia y abuso. Es conveniente explicar que las opciones de respuesta a cada una de las preguntas eran: sí, que significa que admite haber vivido esa situación;

no que quiere decir que se le presentó la situación, pero no accedió a la petición, y no le ha sucedido, que significa que no se le presentó la situación durante el recorrido.

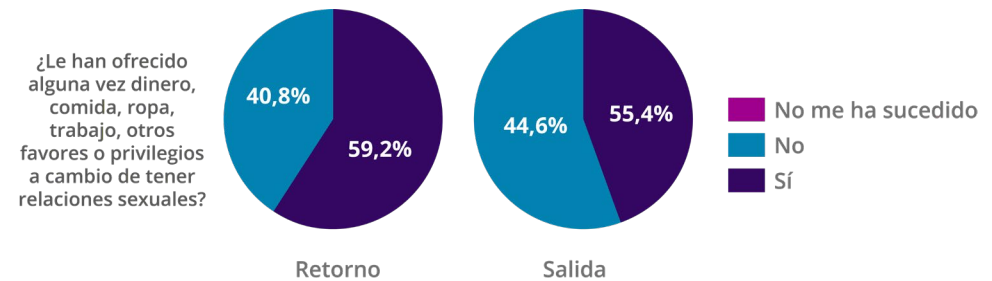


Fuente: ODISEF, datos 2022.

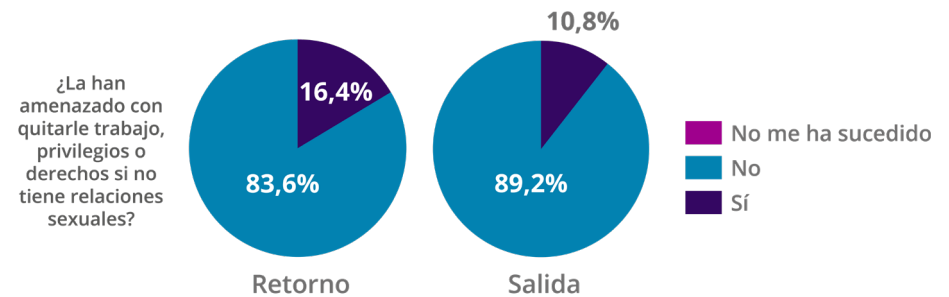
Al comparar los datos en relación con violencia, abuso y explotación sexual no hay casi diferencia entre las caminantes que migran o retornan, antes coinciden en vulnerabilidad por ser mujeres y caminantes. Pero, en el caso de las retornadas el porcentaje en algunos casos es mayor, lo que evidencia que el estatus migratorio irregular puede acrecentar su vulnerabilidad.



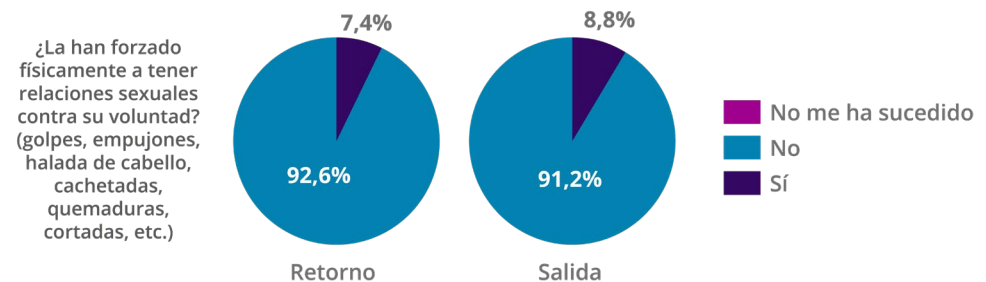
Fuente: ODISEF, datos 2022.



Fuente: ODISEF, datos 2022.

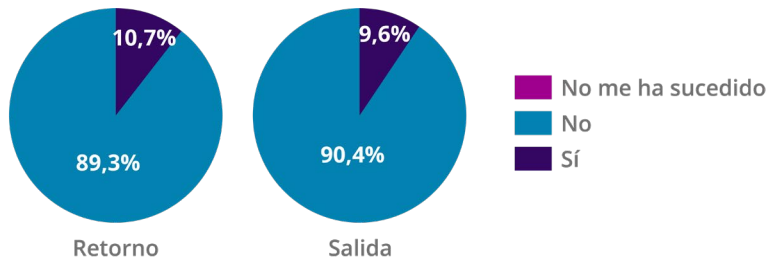


Fuente: ODISEF, datos 2022.



Fuente: ODISEF, datos 2022.

¿La han agredido físicamente durante el desarrollo de una relación sexual? (golpes, empujones, halada de cabello, cachetadas, quemaduras, cortadas, etc.)



Fuente: ODISEF, datos 2022.

Algunas de las mujeres encuestadas además de responder la encuesta, compartieron su experiencia en relación con los riesgos, violencia y abusos sufridos:

“Mujer retornada, de 36 años viaja con su hijo de 12 años, provenientes de Bucaramanga, Colombia y van para Caracas, Distrito Capital, Venezuela: “Venía de Bucaramanga caminando con mi hijo, cuando llegué a La Parada en Cúcuta, el puente estaba cerrado por las elecciones, por lo que decidí pasar por la trocha, ahí comenzó mi pesadilla, unos hombres estaban en la trocha abusaron sexualmente de mí, le pusieron a mi hijo un pañuelo en la nariz y lo drogaron. Estas personas tenían unas agujas o alfileres con los que me puyaron la espalda, además me robaron todo lo que traía y me cortaron el cabello y me golpearon mucho. Gracias a Dios, mi hijo no se dio cuenta de nada, pero tengo dificultad para caminar, me siento destrozada, tanto física como psicológicamente, siento que me voy a volver loca”.

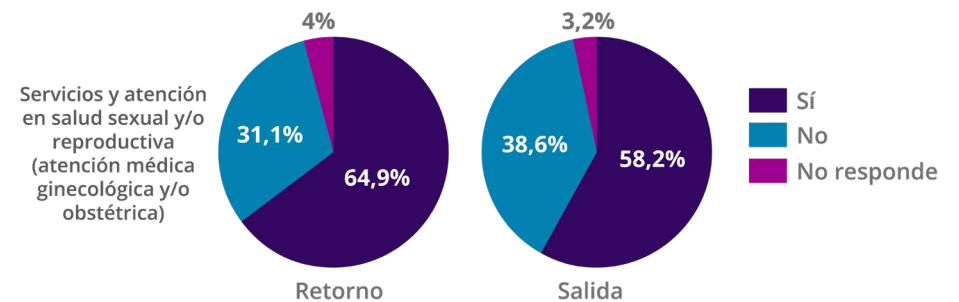
“Mujer retornada, de 27 años viaja con su pareja de 35 años y su hijo de 6 años, provenientes de Bogotá, Colombia y van para el estado Bolívar, Venezuela: “ Durante el camino, una persona nos ofreció la cola en un camión, nosotros la aceptamos, yo y mi hijo nos montamos en la parte de adelante del camión, y mi pareja iba en la parte de atrás, de pronto, el conductor me dijo, que si le hacía sexo oral me podía dar la cola por una distancia más larga, empecé a gritar para que mi esposo me escuchara, el tipo se detuvo y nos bajó, dejándonos botados en medio de la carretera”.

“Mujer retornada, de 30 años viaja con dos amigos, una de 24 años y otro de 17 años, provenientes de Perú y van para el estado Carabobo, Venezuela: “Cuando venía por Piura, Perú, específicamente en un desierto que me tocó atravesar, el muchacho que se encarga de guiar a la gente por el desierto me dijo que si no tenía relaciones sexuales con él me dejaba botada en la mitad del desierto. Ante esa grave amenaza, me tocó acostarme con él, no tenía más opción”.

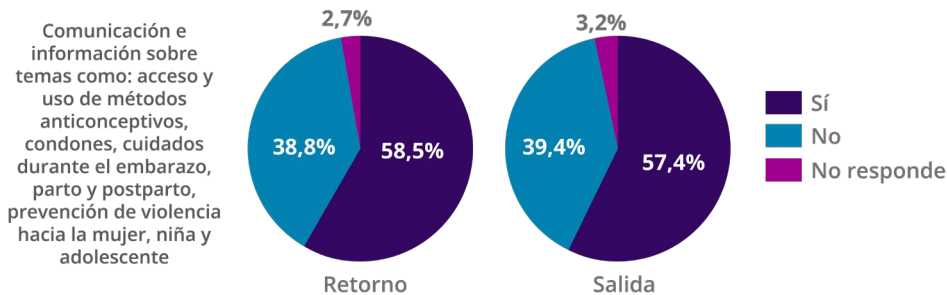
Otra realidad que aumentó la vulnerabilidad de las mujeres y adolescentes fue la pandemia por la COVID-19, pues durante la emergencia sanitaria tanto en Venezuela como en los países de América Latina existieron serias limitaciones en la prestación de servicios sanitarios, incluso hoy día todavía hay repercusiones en esa área.

Las encuestadas manifestaron que durante la pandemia y luego de ella, no hubo: 34,5% servicios y atención en salud sexual y/o reproductiva (atención médica ginecológica y/o obstétrica); 40,1% rutas y servicios para la atención en casos de la violencia sexual; 40,7% acceso a métodos anticonceptivos; 52,2% acceso a medicamentos para las personas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH); 39,1% comunicación e información sobre temas como: acceso y uso de métodos anticonceptivos, condones, cuidados durante el embarazo, parto y postparto, prevención de violencia hacia la mujer, niña y adolescente; 50,5% 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.

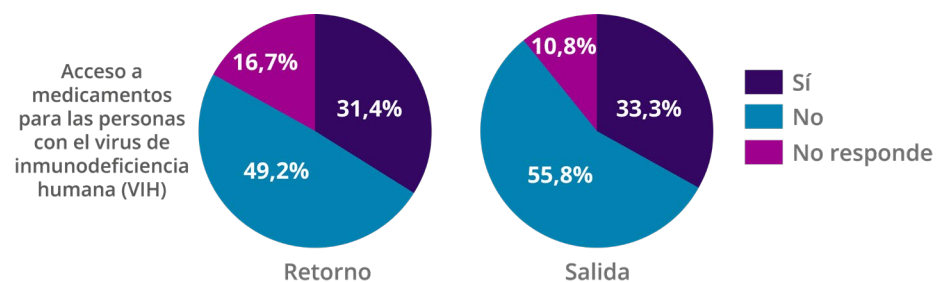
Ante la pregunta: Durante la emergencia sanitaria por la Covid-19 y luego de ella, usted considera que en el país en el que usted vivía o acá en Venezuela se cuenta con:



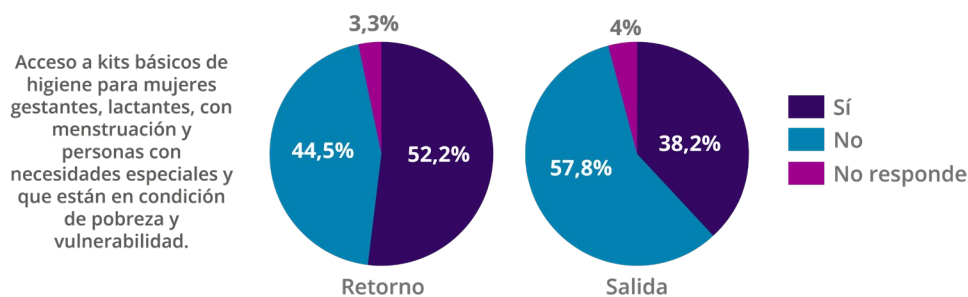
Fuente: ODISEF, datos 2022.



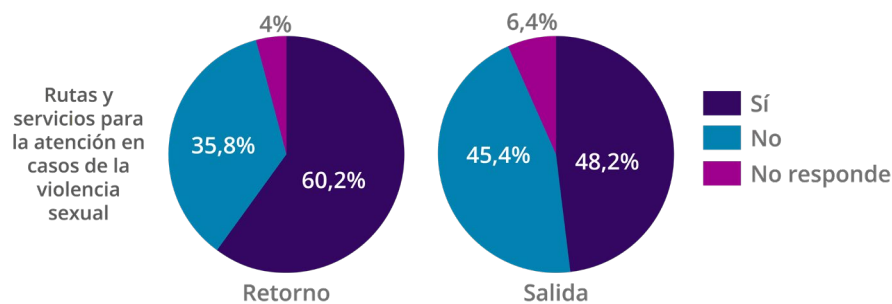
Fuente: ODISEF, datos 2022.



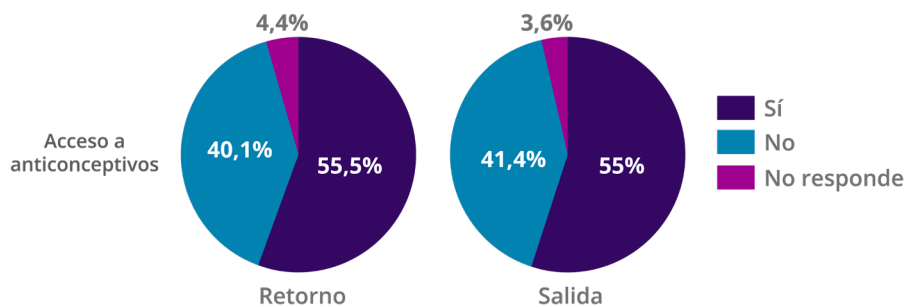
Fuente: ODISEF, datos 2022.



Fuente: ODISEF, datos 2022.



Fuente: ODISEF, datos 2022.



Fuente: ODISEF, datos 2022.

7. Conclusiones

La migración, como fenómeno humano, ha pasado de ser eminentemente una movilidad humana masculina para feminizarse. La presencia de niñas, adolescentes y mujeres simboliza que ya no requieren ser solo migrantes secundarios, sino que deciden emprender, por voluntad propia y a su exclusiva suerte el continuo de movilidad.

La movilidad humana venezolana que camina para salir o retornar a Venezuela también ha visto repuntar el número de niñas, adolescentes y mujeres, quienes resultan, especialmente, frágiles porque en sus circunstancias convergen varias vulnerabilidades: por el género, por ser migrantes, por hacer el proceso migratorio con sus propios y escasos medios.

Los factores sociodemográficos que caracterizan a las mujeres y adolescentes tanto emigrantes como retornadas y están relacionados con los riesgos y vulnerabilidades durante el proceso migratorio son: bajo nivel educativo, son jóvenes principalmente con edades entre 18 a 29 años, también adolescentes menores con edades de 15 y 16 años, y la mitad de las encuestadas viven en uniones de hecho.

Las venezolanas encuestadas, en general, no tienen buena salud sexual y reproductiva vivieran en Venezuela o en cualquier país de América Latina antes de iniciar su travesía para migrar o retornar. Incluso, al comparar

entre las caminantes de salida y de retorno, puede afirmarse en algunas variables, con los datos obtenidos, que las encuestadas en retorno tenían más limitaciones en el país de acogida que las caminantes de salida. Lo que no quiere decir que las mujeres en Venezuela tengan un nivel óptimo de salud sexual y reproductiva. Se trata entonces de dos situaciones en las que los datos demuestran un estado de salud sexual y reproductiva débil en gran parte de las encuestadas.

En el caso particular del condón masculino el 23,5 % de las encuestadas nunca lo ha utilizado. Las mujeres que van de salida (33,3 %) y las que retornan (41,1 %) no frecuentan ir al médico ginecólogo. El 61,2 % de las que retornan y el 53,4 % de las que van de salida, en el 2021 no se realizaron ningún examen médico relacionado con la SSR.

En relación con la fecundidad el 26,9 % de las caminantes de salida y el 23,7 % de las de retorno tuvo un parto en los dos últimos años. Solo el 53,7 % de las parturientas de salida y el 56,3 % de las que retornan iniciaron los controles prenatales en el primer trimestre. Y los controles fueron en establecimientos públicos en el 93,8 % de las caminantes de salida y 91,2 % en las caminantes de retorno. En el caso de las caminantes de salida el 91 % fue atendida en su parto por médicos, mientras que en el caso de quienes retornan fue solo en el 80 %. En relación con la interrupción del embarazo en los últimos dos años el porcentaje es similar entre las caminantes que salen (4,8 %) y las caminantes que retornan (5 %).

El 59 % de todas las encuestadas no utiliza ningún método anticonceptivo y en mayor porcentaje las mujeres que van de salida de Venezuela. Y quienes utilizan métodos anticonceptivos lo hacen porque lo obtuvieron de manera gratuita en jornadas o campañas (69 %), pues de no obtenerlos así no lo utilizarían.

La salud sexual que implica además la libertad de mantener relaciones sexuales sin coerción, sin violencia, se ve vulnerada en el continuo de movilidad de las caminantes, pues están expuestas a riesgos de ser forzadas a tener relaciones sexuales sin su consentimiento. Muestra de ello lo constituye el 70,3 % de las caminantes de salida y el 72,6 % de las

caminantes de retorno a quienes amenazaron con sufrir represalias si no accedían a mantener relaciones sexuales. El 44 % de las caminantes de salida y el 59,2 % en retorno accedieron a mantener relaciones sexuales a cambio de dinero, ropa, trabajo y comida. Al 9,6 % de las caminantes de salida y 10,7 % de las caminantes de retorno las agredieron físicamente durante el desarrollo de una relación sexual.

Por todo lo anteriormente expuesto, se recomienda al gobierno nacional y gobiernos de países de acogida, agencias de cooperación internacional y sociedad en general fortalecer e incrementar los programas de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, de mujeres y adolescentes migrantes en condición de alta vulnerabilidad como es el caso de las caminantes, así como robustecer las rutas de intervención psicosocial y servicios jurídicos, para los casos de las sobrevivientes de violencia en cualquiera de sus formas.

7. Referencias

Albornoz-Arias, N., Mazuera-Arias, R. y Morffe, M. (2022). Feminización de la migración venezolana documentada en su punto de origen durante 2018 y 2019. *Studi Emigrazione*, núm. 226, pp. 319-343. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/361265931_Feminizacion_de_la_migracion_venzolana_documentada_en_su_punto_de_origen_durante_2018_y_2019

Carretero, A. (2015). Migraciones y género. La feminización de la migración transnacional. *Materiales Formativos Forinter 2*. Consejería de Justicia e Interior. Junta de Andalucía. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/migraciones_genero.pdf

Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM), IPPFRHO, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2021). Acceso de mujeres migrantes, refugiadas y personas en situación de vulnerabilidad a los servicios de salud sexual y salud reproductiva en Ecuador durante la pandemia por COVID-19. Disponible en: https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fin_resumen_ejecutivo_final_acnur_cepam_ippfrho_final_1_3.pdf

Defensoría del Pueblo y Fondo de Población de Naciones Unidas (2013). Cartilla 6: Derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes. Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/C6%20Derechos%20sexuales%20y%20derechos%20reproductivos%20de%20las%20y%20los%20adolescentes.pdf>

ENCOVI (2021a). Indicadores Sociales. Población y estructura demográfica - Población. Disponible en: <https://insoencovi.ucab.edu.ve/indicadores-demografcos/>

ENCOVI (2021b). Indicadores Sociales. Población y estructura demográfica – Tasa global de fecundidad por estado. Disponible en: <https://insoencovi.ucab.edu.ve/indicadores-demografcos/>

ENCOVI (2021c). Indicadores Sociales. Población y estructura demográfica – Adolescentes madres. Disponible en: <https://insoencovi.ucab.edu.ve/indicadores-demografcos/>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2021a). Mientras la crisis que enfrentan las mujeres en Venezuela se profundiza, el UNFPA requiere urgentemente de fondos para salvar sus vidas y proteger sus derechos. Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/es/news/mientras-la-crisis-que-enfrentan-las-mujeres-en-venezuela-se-profundiza-el-unfpa-requiere-0>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2021b). Respuesta Humanitaria en Venezuela. Disponible en: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2021_unfpa_humanitarian_plan_in_venezuela_2.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2022a). Salud sexual y reproductiva. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva#readmore-expand>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2022b). República Bolivariana de Venezuela – Resumen. Disponible en: <https://www.unfpa.org/data/world-population/VE>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2022c). Portal de datos de población: Towards Zero Unmet Need for Family Planning. Disponible en: <https://pdp.unfpa.org/apps/f5a91cc790d7430398a1a5630260d566/explore>

Instituto de Democracia y Derechos Humanos (2021). El acceso a los derechos sexuales y reproductivos en mujeres migrantes. Disponible en: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/analisis1/el-acceso-a-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-en-mujeres-migrantes/>

Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, del Fondo de Población de las Naciones Unidas y de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (2020). Prórroga de los Programas por países. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/portal-document/dp.fpa_2020.2.spn_0.pdf

Juzgado Octavo Administrativo del Circuito de Cúcuta (2021). Disponible en: <https://cucuta.gov.co/auto-juzgado-octavo-administrativo-del-circuito-de-cucuta-de-fecha-03-de-noviembre-de-2021/>

Mazuera-Arias, R., Albornoz-Arias, N., Vivas-Franco, C., Sánchez, E., (2022). Informe de movilidad humana venezolana V. Caminantes: un peregrinaje que no se detiene (1° de octubre de 2021 al 31 de marzo de 2022). San Cristóbal, Venezuela: Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF). Venezuela. Disponible en <https://odisef.org/wp-content/uploads/2022/04/Informe-de-movilidad-humana-venezolana-V.pdf>

Mixed Migration Centre (2021). Acceso a servicios de salud para venezolanos en Colombia y Perú durante la pandemia de COVID-19. Disponible en: https://mixedmigration.org/wp-content/uploads/2021/04/167_Acceso_a_servicios_de_salud_venezolanos_en_Colombia_y-Peru_COVID-19.pdf

Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (2022). Informe N°17. Citología: mecanismo de prevención. Disponible en <https://odisef.org/wp-content/uploads/2022/05/N17-Citologia-mecanismo-de-prevencion.pdf>

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

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1994). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1981). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_SP.pdf

Organización Internacional para las Migraciones (2022). Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022. Disponible: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). VIH/SIDA. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Women on the move. Migration, care work and health. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/women-on-the-move-migration-care-work-and-health>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). Salud reproductiva: Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. Disponible en https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). Promoción de la Salud Sexual, Recomendaciones para la Acción. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51672/ReunionSaludSexual2000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Proyecto Migración Venezuela (2021). Partos de mujeres migrantes en zonas fronterizas: así son las cuentas. Disponible en <https://migravenezuela.com/web/articulo/partos-de-mujeres-migrantes-en-zonas-fronterizas-asi-son-las-cuentas/2662>

Vitorino, A. (2022). Prólogo. Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>

8. Índice

1. Introducción.....	4
2. Salud sexual y reproductiva: derechos humanos enmarcados en la sexualidad y procreación....	5
4. Movilidad humana y SSR: vulnerabilidad exacerbada.....	7
5. Metodología.....	8
6. Resultados.....	9
7. Conclusiones.....	22
7. Referencias.....	23
8. Índice.....	25

