



**Derechos reproductivos de mujeres migrantes irregulares en Colombia: un análisis
interseccional**

José Joaquín Rodríguez Arévalo

Trabajo de grado presentado para optar al título de Especialista en Derechos Humanos y Derecho
Internacional Humanitario

Asesora

Eva Cristina Rodríguez Escobar, Magister (MSc) en Ciencias de la Sexología

Universidad de Antioquia
Facultad de Derecho y Ciencias Políticas
Especialización en Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario
Medellín, Antioquia, Colombia
2022

Cita	(Rodríguez Arévalo, 2022)
Referencia	Rodríguez Arévalo. J. (2022). <i>Derechos reproductivos de mujeres migrantes irregulares en Colombia: un análisis interseccional</i> [Trabajo de grado especialización]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



Especialización en Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Cohorte XI.



Biblioteca Carlos Gaviria Díaz

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano: Luquegi Gil Neira.

Coordinadora de Posgrados: Juliana Pérez Restrepo.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Resumen

Las constantes crisis del modelo capitalista neoliberal, la pobreza y desigualdad de las naciones, el daño medioambiental ocasionado por la explotación de hidrocarburos fósiles, así como la inestabilidad política son algunas de las múltiples causas de exacerbación de los actuales flujos migratorios masivos de personas que emigran para buscar refugio, protección y/o mejores oportunidades de vida en el planeta. Venezuela ha sufrido en los últimos años una prolongada crisis socioeconómica que ha provocado uno de los mayores éxodos humanos del mundo. Millones de venezolanos se han visto forzados a salir de su país por la inseguridad humana en materia monetaria, alimentaria y/o de salud que enfrentan permanentemente. El fenómeno de emigración de población venezolana hacia Colombia se ha ocasionado en gran medida por la necesidad de servicios en salud reproductiva en métodos anticonceptivos y servicios de aborto legal. Para las mujeres migrantes irregulares estos servicios de salud son una necesidad prioritaria, pero al tiempo una ilusión inalcanzable para la mayoría debido a las múltiples barreras de acceso que se les imponen y que dejan en evidencia la discriminación agravada de la que son víctimas. A partir del concepto de interseccionalidad es posible analizar las discriminaciones cruzadas que sufren las mujeres migrantes irregulares con inseguridad económica a partir de las categorías de género, nacionalidad, estatus migratorio y clase económicamente vulnerable para poder entender el déficit de protección de los derechos reproductivos que sufre esta población y las barreras de acceso impuestas que evitan la garantía de sus derechos.

Palabras clave: Derechos reproductivos, Migración, Aborto, Mujeres migrantes irregulares, anticoncepción, interseccionalidad.

Abstract

The constant crisis of the neoliberal capitalism model, specifically, the poverty and inequality of nations, the environmental damage caused by the exploitation of fossil fuels, and

political instability are just some of the multiple causes that exacerbate the massive migratory flows of people. These people migrate to seek refuge, protection and/or a better life and opportunity. Venezuela has recently suffered a prolonged socioeconomic crisis that has provoked one of the most significant human exoduses in the world. Millions of Venezuelans have been forced to leave their country due to the insecurity in terms of money, food, and health services. The phenomenon of emigration of the Venezuelan population to Colombia has been primarily caused by the need for reproductive health services in contraceptive methods and legal abortion services. For irregular migrant women, these health services are a priority need. Still, at the same time, an unattainable illusion for most of them due to the multiple barriers to access imposed on them, and that makes evident the aggravated discrimination of which they are victims. Based on the concept of intersectionality, it is possible to analyze the cross-discrimination suffered by migrant women with economic insecurity from the categories of gender, nationality, migratory status, and economically vulnerable class in order to understand the deficit of protection of reproductive rights suffered by this population and the barriers to access imposed that prevent the guarantee of their rights.

Keywords: Reproductive Rights, Migration, Abortion, Women, Irregular migrants, Contraception, Intersectionality.

Sumario

Introducción 1. Mujeres discriminadas: Una mirada interseccional 1.1. Mujeres migrantes con estatus irregular e inseguridad económica 2. Derechos reproductivos a la luz de la Corte IDH y la Corte Constitucional colombiana 2.1. Derecho al aborto de mujeres migrantes con estatus irregular a partir de la sentencia C-055 de 2022. 3. Barreras de acceso a métodos anticonceptivos y servicios de aborto en mujeres migrantes con estatus irregular e inseguridad económica 3.1. Desconocimiento del marco normativo 3.2. Interpretación restrictiva del marco normativo 3.3. Fallas en la prestación de servicios en salud. Conclusiones. Referencias.

Introducción

Como consecuencia del agravamiento de las condiciones socioeconómicas en Venezuela, millones de personas han sufrido vulneraciones generalizadas del derecho a la salud en condiciones de calidad, aceptabilidad disponibilidad y oportunidad (Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2018) y (Human Rights Watch [HRW], 2016).

Desde un enfoque de seguridad humana, el Estado venezolano no ha logrado que la población venezolana pueda tener garantizados servicios de salud, por lo que millones de personas han tenido que emigrar de manera masiva, principalmente, hacia los países de América Latina y el Caribe en busca de protección (Muñoz, 2019).

Colombia particularmente ha acogido más de 2.5 millones de migrantes, por lo que es el principal receptor de flujos migratorios mixtos provenientes desde Venezuela (Plataforma de Coordinación Inter agencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V], (2022).

En situaciones de crisis humanitarias como es el caso de la masiva emigración de mujeres migrantes venezolanas hacia Colombia, el acceso y disponibilidad de bienes y servicios de salud sexual y reproductiva se ve seriamente limitado por la dinámica propia del fenómeno migratorio, así como por el riesgo de ser víctima de violencia sexual que aumenta dramáticamente (Heidari, 2019).

Esta situación ha implicado una respuesta institucional del Estado colombiano, de organismos de cooperación internacional y de la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) a partir de un enfoque en derechos humanos y humanitario que han buscado garantizar los derechos de migrantes, refugiados y/o solicitantes de asilo venezolanos en materia de servicios básicos esenciales mínimos en salud, sin discriminación por causas de raza, sexo, orientación sexual o nacionalidad.

En concordancia con este mandato, el Estado colombiano ha suscrito y ratificado tratados internacionales de protección de derechos humanos que frente al derecho a la salud implican deberes a cargo del Estado en materia de su respeto, protección, garantía y promoción en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Abramovich, 2005; ONU, 1966; Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales [(CoDESC), 2000).

El Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH) y en concreto la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) han desarrollado líneas jurisprudenciales en materia de reconocimiento de los derechos reproductivos de mujeres y en temas como salud materna, anticoncepción o autonomía reproductiva, así como las diferentes formas de Violencia Basada en Género (VBG) y violencia obstétrica en casos como *Artavia Murillo Vs. Costa Rica* (2012), como *I.V Vs9. Bolivia* (2021), *Manuela y otras Vs. El Salvador* (2021) así como la *Opinión Consultiva 29* (2022).

Por su parte, la Corte Constitucional colombiana en el mismo sentido ha desarrollado una extensa línea jurisprudencial con relación a la anticoncepción y el aborto que van desde la sentencia C-355 de 2006 que despenalizó el aborto a través de un sistema de causales y hasta la sentencia C-055 de 2022, que despenalizó el aborto de manera libre y autónoma hasta la vigésimo cuarta semana de gestación y manteniendo el sistema de causales después de dicho plazo.

Ahora bien, se estima que el 77% de la población migrante venezolana que reside en Colombia no cuenta con ningún tipo de afiliación al sistema de salud colombiano (R4V, 2022). Esto puede obedecer a distintas causas que van, desde la falta de información del procedimiento en cuestión, hasta encontrarse con un estatus migratorio irregular que imposibilita su afiliación e implica una desprotección salvo en casos de urgencias.

En ese mismo sentido, se ha identificado que las fallas en el sistema de salud; la negligencia de algunos prestadores de salud; el desconocimiento de la autonomía de la mujer; la falta de información suficiente y adecuada para una toma de decisión libre; las crisis ambientales, los conflictos bélicos y las migraciones masivas, dan lugar a la ocurrencia y aumento de embarazos no planeados y maternidades forzadas que implican la vulneración y la autonomía en materia reproductivas de las mujeres (UNFPA, 2022).

De igual manera, las múltiples barreras de acceso a métodos anticonceptivos y de aborto que se imponen por la discriminación agravada que sufren las mujeres migrantes con estatus irregular a pesar de su condición de vulnerabilidad y de las necesidades insatisfechas que presentan desde su país de origen (AVESA, 2019), puede analizarse territorialmente desde un enfoque interseccional para constatar los déficits de protección existentes en materia de garantía de sus derechos reproductivos.

En esa línea, una muestra representativa de la organización Profamilia (2019) identificó en las ciudades de Valledupar, Cúcuta, Arauca y Riohacha, limítrofes con la frontera colombo venezolana, que las principales necesidades insatisfechas y prioritarias de mujeres migrantes en materia de salud sexual y reproductiva eran, entre otras, la falta de acceso a métodos anticonceptivos, así como al aborto en condiciones seguras.

Se registraron casos en los que prestadores de salud no contaban con las instalaciones adecuadas para garantizar los servicios de anticoncepción y aborto, incluso cuando en las Empresas Sociales del Estado (ESE) de primer nivel propias de estas zonas existe la obligación legal de garantizar el acceso a la educación en dichas temáticas, así como el acceso a métodos de barrera como el Dispositivo Intrauterino (DIU), el preservativo, métodos hormonales orales y/o inyectables y en el caso del aborto por medio de medicación con misoprostol y/o mifepristona hasta la décimo tercera semana de gestación o en su defecto por razones de desabastecimiento realizar la remisión correspondiente a otro prestador de mayor nivel para garantizar el acceso (Profamilia, 2019).

Adicionalmente, las consideraciones xenófobas y estigmatizantes latentes y expresas por parte del personal de salud, se traducen también en barreras de acceso al sistema de salud colombiano, así como las consideraciones culturales negativas que las mujeres migrantes pueden tener sobre el aborto y los anticonceptivos (Consejo Danés para los Refugiados, 2021).

Asimismo, en relación con el aborto, la ausencia de información clara, amplia y suficiente en Instituciones Prestadores de Salud (IPS) públicas o privadas sobre el derecho de las mujeres a acceder de manera legal y segura a servicios de aborto, cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y garantizado en todos los niveles de complejidad hospitalaria, así como la inadecuada utilización de la objeción de conciencia por parte de algunos prestadores de salud como una suerte de obstrucción al ejercicio de un derecho fundamental, sigue generando dificultades para que se pueda acceder fácilmente a la misma (Martínez, 2022).

Paralelamente es importante resaltar que el reconocimiento de derechos reproductivos por parte de la Corte IDH como por la Corte Constitucional colombiana da cuenta de un ejercicio sostenido de litigio estratégico, incidencia institucional y activismo social. Este último, impulsado por movimientos civiles, organizaciones feministas y colectivos de derechos humanos que han generado una discusión pública e impulsado una agenda feminista con enfoque interseccional que

ha permitido identificar de manera más precisa las discriminaciones cruzadas que afectan a las mujeres como individuo y colectivo en los diferentes escenarios de la vida en sociedad.

Es así como se pretende utilizar el concepto de interseccionalidad para identificar las discriminaciones cruzadas que sufren las mujeres migrantes irregulares en condición de inseguridad económica, a través de las barreras de acceso que se imponen en materia de servicios de anticoncepción y aborto en Colombia.

Para desarrollar el presente artículo de revisión se realizó una búsqueda de tipo documental a partir de la recuperación de 53 fuentes secundarias de información su recopilación, y sistematización de acuerdo con los ejes temáticos *interseccionalidad, Derechos Reproductivos y mujeres migrantes irregulares*.

Posteriormente, se analizó y sintetizó la información recaudada en fichas de lectura para la creación de líneas temáticas sobre categorías de discriminación desde un enfoque de género, nacionalidad, estatus migratorio e inseguridad económica; derechos reproductivos en el marco del derecho internacional y nacional; y las barreras de acceso a la anticoncepción y aborto que enfrentan mujeres migrantes irregulares en Colombia.

Se realizó una búsqueda de fuentes secundarias de los últimos 10 años a partir de buscadores académicos especializados como Redalyc, Scielo, el repositorio de la Universidad Libre y de la Universidad de Antioquia, páginas web de organismos universales y regionales de protección de derechos humanos; se revisaron artículos académicos, informes temáticos de derechos humanos, artículos académicos, tesis de pregrado, informes de derechos humanos sobre el acceso a derechos sexuales y reproductivos de población migrantes en países latinoamericanos, y decisiones judiciales.

1. Mujeres discriminadas: una mirada interseccional

Las teorías feministas y de descolonización del siglo XX analizaron las categorías de género, raza y sexualidad para establecer cómo han sido utilizadas históricamente para oprimir, subordinar y excluir a las mujeres (Curiel, 2022). Los procesos colonizadores impuestos en América Latina pueden situarse a partir de los siglos XV y siguientes y sus efectos perviven hasta la actualidad.

Por su parte, el estudio del género, la raza y la sexualidad permitieron plantear demandas sociales a partir de sus propias necesidades identitarias y de reconocimiento. El concepto de género desarrollado desde las teorías feministas como categoría política y epistemológica sirve para problematizar el término y evidenciar que las desigualdades entre los sexos devienen de una construcción sociopolítica de una idea del ser masculino dominante, más que dar una explicación natural (Curiel, 2022).

Autoras como Simone de Beauvoir (1987) abordaron el concepto de género dentro de una concepción dual en la que se construye a la mujer como “lo otro” frente al hombre que representa “lo mismo”.

Lo anterior explicaría que la mujer sea considerada el sujeto subordinado y relegado en la escala social a un lugar inferior respecto al hombre. Esto permite asimismo entender que las diferencias entre hombres y mujeres son construcciones sociales en las que, si bien existen diferencias biológicas a nivel sexual entre hombres y mujeres, diferencias de género que determinan los postulados de feminidad y masculinidad, así como sus correspondientes roles (madres, esposas, hijas, etc.) son meras construcciones de tipo cultural y social (Millet, 1970; Curiel, 2022).

De igual manera se han estudiado las categorías de sexo y género como postulados en los que el primero antecede al segundo, pero a partir de postulados materialistas se explica la subordinación de la mujer al hombre como una consecuencia ideológica estructural de dominación y explotación a partir de la división social del trabajo.

Lo anterior construye una diferenciación desde categorías biológicas, esto es, el sexo, y permite ejercer un control sobre la sexualidad de las mujeres y reglarlas dentro de una construcción cultural heteronormativa. En otras palabras, el género antecede al sexo como categoría conceptual ya que modula y define la sexualidad de los cuerpos de las mujeres (Mathieu, 2005) o en términos de Butler (2001) “el sexo por definición siempre ha sido género”.

Asimismo, las prácticas de resistencia y los movimientos sociales de mujeres se han situado como una suerte de contrahegemonía frente al sistema de opresión patriarcal que en materia de sexualidad y reproducción impone un modelo hegemónico de cosificación y control sobre el cuerpo de la mujer (Mouffe, 2007).

En esa línea es posible entender, que las dinámicas de exclusión y discriminación cruzada que sufren las mujeres migrantes con estatus irregular e inseguridad económica que requieren servicios de salud reproductiva, atienden a una continuación de la percepción patriarcal de la otredad como un no-sujeto o como un objeto subordinado al hombre, destinado bajo esa visión a regular y controlar la sexualidad y la reproducción del otro-mujer.

Por su parte, el concepto de interseccionalidad ha sido acuñado y desarrollado desde principios del siglo XXI y se encarga de estudiar la intersección de las relaciones de poder y como estas afectan las relaciones sociales en las sociedades y las interacciones cotidianas con base en las categorías de género, raza, etnia, clase, entre otros (Hill, y Bilge, 2020).

De esta manera el concepto de interseccionalidad permite, adicionalmente, analizar el entrecruzamiento de las categorías de género, nacionalidad, estatus migratorio y clase para entender las formas de discriminación que en materia de acceso a derechos reproductivos tienen las personas que comparten dichas categorías.

1.1. Mujeres migrantes con estatus irregular e inseguridad económica

La movilidad humana consiste en la migración de personas de manera interna dentro de un territorio nacional o de manera internacional entre países (CIDH, 2019). Los flujos migratorios se remontan al origen mismo de la humanidad a través de los siglos en el cual las primeras tribus nómadas y su forma de vida en comunidad, giraba en torno al movimiento de un lugar a otro en búsqueda de recursos naturales y condiciones óptimas que permitieran la subsistencia y el asentamiento temporal o permanente con el tránsito hacia poblaciones más sedentarias (Salas, 2020).

Este fenómeno se acentuó en el siglo XX con las migraciones intercontinentales producto de conflictos bélicos y la búsqueda de mejores condiciones laborales. En la actualidad, la consolidación de la globalización, el aumento de la desigualdad entre naciones a nivel económico y social, son algunas de las causas asociadas a los flujos migratorios forzados (Salas, 2020).

Las migraciones demográficas forzadas de orden nacional o internacional de personas que huyen de sus naciones en búsqueda de refugio, abrigo, alimento o salud, han puesto en evidencia la discriminación y desigualdad de la que pueden ser víctimas en los Estados receptores. Además,

su vulnerabilidad incrementada por la posibilidad de que sea desconocida su condición de sujeto de derechos por razón de su condición extranjera (CIDH, 2019).

El desconocimiento de los derechos humanos de población migrante y la violencia contra esta, se ven estimulados por enfoques gubernamentales utilitaristas de gestión de la inmigración bajo lógicas de seguridad afianzadoras de estereotipos y prejuicios en el imaginario colectivo que relacionan el fenómeno migratorio con un supuesto aumento de la criminalidad, mendicidad o drogadicción, entre otras concepciones negativas (CIDH, 2013). En el marco de la gestión de la inmigración, la CIDH ha señalado que los Estados tienen la potestad de crear legislación, reglamentos y/o manuales con dicho objetivo, así como hacer algunas distinciones respecto a ciudadanos o residentes regulares de población migrantes, que les permita definir criterios y procedimientos de ingreso, tránsito, permanencia, expulsión y/o deportación (CIDH, 2016).

Sin embargo, las distinciones de cualquier índole deben ser objetivas, proporcionadas y razonadas de acuerdo con los objetivos legítimos que persigue y en todo caso debe siempre garantizar los derechos humanos de la población migrante. Incluida allí, la que se encuentre con estatus irregular y no puede implicar de hecho ni de derecho, formas expresas o vedadas de criminalización de la migración y/o violatorias de la cláusula general de no discriminación (CIDH, 2016).

No obstante, las personas migrantes en condición irregular sufren una suerte de vulnerabilidad estructural que las hace más susceptibles de ser víctimas de violencia de diversa índole y violación de sus derechos humanos, lo cual hace indispensable un reforzamiento de su protección y una aproximación basada en la garantía de derechos (CIDH, 2015).

En el caso de las mujeres migrantes en condición de irregularidad, se ha reconocido que concurren diversos factores de vulnerabilidad que agravan su condición de ser víctima de discriminación interseccional por razones de posición económica, sexo/género y/o nacionalidad (CIDH, 2015; CIDH, 2019).

La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) reconoce las desigualdades históricas sufridas por las mujeres a través de la historia y define la discriminación contra la mujer como cualquier forma de exclusión que pretenda impedir el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad (art. 15) en los ámbitos sociales, económicas, culturales, políticos o cualquier otro (CEDAW, 1979).

Parte de las obligaciones de los Estados en materia de salud reproductiva que se desprenden de la CEDAW, consisten en el deber de información, asesoramiento y atención en servicios de planificación familiar, eliminar barreras de discriminación para garantizar el acceso a servicios de salud en condiciones de igualdad y sin discriminación (1979).

2. Derechos reproductivos a la luz de la Corte IDH y la Corte Constitucional colombiana

En el ocaso de la Segunda Guerra Mundial y con la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se consolidó el sistema universal de protección de derechos humanos así como de los órganos jurisdiccionales encargados de supervisar el cumplimiento de tratados y protocolos internacionales que contienen las obligaciones internacionales en cabeza de los Estados, así como de interpretar su alcance y contenido.

Algunos de estos tratados son la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC). Estos tratados fijaron estándares internacionales en materia de protección de derechos humanos, bajo cláusulas generales de no discriminación que se irían aplicando paralelamente al reconocimiento progresivo de minorías o grupos históricamente discriminados.

Por su parte, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos ha reconocido en sus tratados y declaraciones internacionales que las obligaciones de los Estados en materia de respeto y garantía de derechos humanos debe cumplirse atendiendo al principio de igualdad y no discriminación. (Asamblea General de la ONU, 1948; OEA, 1948, 1969).

La discriminación se entiende como la marginación o exclusión que se hace a una persona o grupo de personas por razones de sexo, nacionalidad, identidad sexual, orientación política, posición religiosa o de cualquier otro tipo y que persigue anular el ejercicio de sus derechos humanos y libertades en condiciones de igualdad (CIDH, 2019).

Por su parte, la salud reproductiva consiste en la capacidad para reproducirse y es un derecho que implica recibir información clara, cierta y suficiente sobre los avances de la ciencia en materia de salud. Además, comprende la libertad de conciencia para decidir de manera libre y autónoma sobre el proyecto de vida en asuntos como decidir el número de hijos que se desea tener, la

periodicidad o si no se desea tener hijos (Corte IDH, 2022). Este derecho involucra también el derecho a la intimidad y a garantizar la confidencialidad médico – paciente, así como el derecho a vivir libre de Violencias Basadas en Genero (VBG), violencias obstétricas, estereotipos, y/o cualquier otro tipo de discriminación (Corte IDH, 2022).

De igual manera, la salud sexual y reproductiva fue reconocida por las Naciones Unidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la agenda 2030 en sus artículos 3.7 y 5.6 como elemento esencial para la igualdad de género y la búsqueda de una sociedad más próspera (ONU, 2018).

En ese sentido, existe una clara relación entre garantizar el acceso a servicios de anticoncepción y aborto seguro con la disminución en un 72% de abortos en condiciones de riesgo y en un 62% de las muertes maternas derivadas por emergencias obstétricas, por lo que la provisión de estos servicios es indispensable para la garantía de los derechos humanos de mujeres gestantes (UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2022). Por esto, los servicios de salud en materia reproductiva se fundamentan en un reconocimiento progresivo a nivel internacional de la autonomía corporal y reproductiva de las mujeres en relación con la decisión sobre sus cuerpos.

Por su parte, los embarazos no planeados o no intencionados se entienden como aquellos que se producen en casos en los que una mujer gestante no planeaba tenerlo, ocurrió antes de lo planeado o resultó inoportuno, sin perjuicio del resultado del embarazo (UNFPA, 2022). Se estima que anualmente se producen 121 millones de embarazos no planeados en el mundo, de los cuales el 60% terminan en abortos. De estos, el 45% se realizan en condiciones riesgosas e inseguras y como consecuencia, se producen 7 millones de hospitalizaciones anuales por complicaciones médicas (UNFPA, 2022). Entre el 4,7% y el 13,2% de muertes maternas se produce por estas complicaciones, siendo esto la primera causa de mortalidad materna en el mundo (WHO, 2020).

Adicionalmente, en el marco de la pandemia del COVID-SARS-Covid 19 hubo un aumento de 1.4 millones de embarazos no planeados debido a la suspensión de anticonceptivos y servicios de aborto durante el primer año del confinamiento (Luchsinger, 2021). Las maternidades forzosas fueron legitimadas por estereotipos de género que profundizaron el desconocimiento a la autonomía reproductiva de las mujeres gestantes durante los confinamientos decretados gubernamentalmente en la pandemia (UNFPA, 2020).

A nivel internacional se encuentra que la DUDH (1948) consagra en su artículo 2 que todas las personas tienen derechos y libertades sin distinción de raza, sexo, idioma, religión, opinión política,

origen nacional, social, posición económica o de cualquier otro tipo. Esto se reafirma en el artículo 24 de la CADH que establece la igualdad de todas las personas ante la ley.

Por su parte, el PIDESC (1966) establece en su artículo 12 el “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y el artículo 2 establece esta garantía para todas las personas sin distinción de raza, religión, origen nacional entre otros.

Lo anterior será desarrollado por el Comité DESC en su Observación General No 14 (2000) al consagrar que la garantía del derecho a la salud ampara a inmigrantes irregulares y solicitantes de asilo y debe cumplir como mínimo los niveles esenciales de atención primaria básica en condiciones de (i.) disponibilidad, (ii.) accesibilidad desde una esfera física, económica, en la información y libre de discriminación, (iii.) adaptabilidad y (iv) calidad y sin imponer prácticas discriminatorias contra la salud de la mujer.

La Opinión Consultiva No 18 (2003) de la Corte IDH, señaló la obligación de garantizar los derechos humanos de la población migrante independientemente de su estatus migratorio, en condiciones de igualdad y sin discriminación. Específicamente, en relación con la protección internacional de migrantes en condición irregular se ha señalado, no obstante su condición migratoria, que el Estado bajo la jurisdicción en que se encuentran debe garantizar los derechos consagrados en el Pacto (Comité DESC, 2017).

De igual manera, la Declaración sobre los Derechos Humanos de los Individuos que no son nacionales del país en que viven (1985), al tiempo que reconoce las facultades de los Estados para gestionar sus fronteras, así como el ingreso y egreso de personas migrantes también señala que esto no implica un detrimento en sus obligaciones en materia de respeto y protección de los derechos humanos.

La Declaración de Nueva York para los refugiados y los migrantes (2016) ha señalado en su numeral 12 la obligación de los Estados de garantizar en condiciones de igualdad el acceso a la salud de los migrantes para los servicios paliativos, curativos y preventivos sin distingo de su estatus jurídico sea este regular o irregular.

La CADH (1969) consagra en su artículo 1.1., el principio de no discriminación, el cual consiste en la obligación de que los Estados garanticen los derechos contenidos en dicho instrumento sin distingo de religión, idioma, nacionalidad entre otros.

Adicional a la normativa internacional descrita e integrada al ordenamiento interno colombiano por medio de la figura del bloque de constitucionalidad, se ha reconocido constitucionalmente el derecho a la salud de “todos los habitantes del territorio colombiano” en condiciones de igualdad y no discriminación, así como la garantía de los derechos civiles a los extranjeros en igualdad que a los nacionales (Constitución Política [C. P], 1991, art. 100).

Se consagra la universalidad el derecho a la salud y el principio de solidaridad como mandato transversal a la garantía de derechos humanos como la salud y que en casos de crisis humanitarias y de migración masiva de personas cobra mayor relevancia por el riesgo a la vida y la salud (C.P, 1991, art. 49; Corte Constitucional, 2017).

En materia del acceso a la salud de población migrante irregular en el marco de la crisis humanitaria, la Corte Constitucional colombiana fijó como reglas:

- (i) El deber del Estado colombiano de garantizar algunos derechos fundamentales de los extranjeros con permanencia irregular en el territorio es limitado; pues deben ser tratados en condiciones de igualdad respecto de los nacionales colombianos dentro de ciertos límites de razonabilidad que permiten tratos diferenciados;
- (ii) Todos los extranjeros tienen la obligación de cumplir la Constitución Política y las leyes establecidas para todos los residentes en Colombia; y
- (iii) Los extranjeros con permanencia irregular en el territorio nacional tienen derecho a recibir atención básica y de urgencias con cargo al régimen subsidiado cuando carezcan de recursos económicos, en virtud de la protección de sus derechos a la vida digna y a la integridad física. (Corte Constitucional, SU-677 de 2017)

Lo anterior implicaría una restricción amplia en el acceso al derecho a la salud, en el entendido de que solo en casos de invalidez o muerte una persona en contexto de movilidad y con estatus irregular podría acceder a servicios de salud ya que demarcó su acceso a través de los servicios de urgencias, que han sido definidos por el Decreto 780 del Ministerio de Salud como una afectación a la *“integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte”* (2016).

En materia de derechos reproductivos y servicios de planificación familiar con métodos anticonceptivos y de aborto, el mismo tribunal constitucional ha definido que son derechos fundamentales y su atención es considerada de carácter urgente y prioritario por lo que la negación por parte de prestadores de salud es considerada una forma de violencia obstétrica que vulnera la autonomía reproductiva de las mujeres migrantes irregulares que solicitan estos servicios de salud (Corte Constitucional, SU-098 de 2018 ; Corte Constitucional, SU-677 de 2017).

2.1. Derecho al aborto de mujeres migrantes con estatus irregular a partir de la sentencia C-055 de 2022

En el 2006 varios colectivos de abogados feministas y colectivas de mujeres instauraron una demanda de inconstitucionalidad ante la Corte Constitucional colombiana que despenalizó el delito de aborto en Colombia bajo un sistema de causales reconocidas en la sentencia C-355 de 2006 y posteriormente desarrolladas y unificadas en la sentencia SU 096 de 2018 a saber: (i.) Riesgo en la salud física y/o mental de la mujer gestante; (ii.) Incesto, violación o inseminación artificial no consentida y (iii.) Inviabilidad extrauterina del feto. Todas las demás situaciones no contempladas en este modelo de causales continuaron siendo punibles bajo la legislación penal¹.

Este modelo de causales representó un avance en materia de acceso a derechos reproductivos de las mujeres, pero al mismo tiempo facilitó un acceso limitado a este derecho por la discrecionalidad desproporcionada que se les otorgó a los prestadores de salud para interpretar si una solicitante de servicios de aborto se encontraba incurso o no una de las tres causales, muchas veces bajo consideraciones morales y estigmatizantes.

Con estas dificultades como preludio, más de cuarenta y cinco colectivos de mujeres, organizaciones feministas de la sociedad civil y alrededor de 60 activistas agrupadas en el movimiento *Causa Justa por la eliminación del delito de aborto*, comenzaron a estructurar desde el 2017, más de noventa argumentos que soportaron una demanda de inconstitucionalidad contra

¹ A partir de la sentencia que despenaliza la IVE bajo el modelo de causales se han desarrollado 23 precedentes judiciales que interpretan este derecho a saber: sentencias T-171 de 2007, T-636 de 2007, T-988 de 2007, T -209 de 2008, T-946 de 2008, T-009 de 2009, T-388 de 2009, T-585 de 2010, T-841 de 2011, T-959 de 2011, T-636 de 2011, T-627 de 2012, T-532 de 2014, C-754 de 2015, C-274 de 2016, T-301 de 2016, T-694 de 2016, T-697 de 2016, T-731 de 2016, C-327 de 2016, C-341 de 2017 y SU-096 de 2018 y la sentencia C-055 de 2022.

el delito de aborto ante el tribunal constitucional en el que se solicitaba la despenalización total de esta conducta (Centro de Derechos Reproductivos, 2022; Mesa por la vida y Salud de las Mujeres, 2022).

Luego de cientos de intervenciones públicas de diversos sectores de la sociedad, varias recusaciones a jueces del tribunal constitucional, diversas movilizaciones sociales y ciudadanas a favor y en contra de la despenalización, incidencia con campañas publicitarias en medios de comunicación, debates en foros académicos y acciones de sensibilización a través del arte y cultura, los magistrados de la Corte decidieron el 21 de febrero del 2022 despenalizar parcialmente el aborto hasta la vigésimo cuarta semana de gestación, para luego de dicho plazo, mantener el sistema de causales desarrollado en la sentencia C-355 de 2006 lo que implica un sistema mixto de acceso y uno de los modelos más progresistas de acceso al aborto en el mundo (Centro de Derechos Reproductivos, 2022; Mesa por la vida y Salud de las Mujeres, 2022).

En el marco de esta última acción de inconstitucionalidad instaurada, el movimiento *Causa justa* demostró la existencia de barreras de acceso derivadas precisamente del modelo de causales definido desde el 2006 por el tribunal constitucional para acceder a servicios de aborto y que afectaban especialmente a mujeres con altos grados de vulnerabilidad como las mujeres rurales, pobres, migrantes irregulares, solicitantes de asilo y/o refugiadas (Corte Constitucional, C-055 de 2022).

En el caso de las mujeres migrantes irregulares, las demandantes argumentaron que el modelo de causales implicaba una discriminación indirecta a esta población ya que sus posibilidades de acceso eran mucho más desproporcionadas y no se tenían en cuenta las barreras de acceso diferenciadas que se les imponían bajo dicho modelo (Corte Constitucional, C-055 de 2022).

La Corte reconoció a partir de un enfoque interseccional, que las mujeres migrantes irregulares se enfrentan a una mayor vulnerabilidad a ser criminalizadas por el delito de aborto y por las múltiples barreras de acceso con las que se ven obligadas a desistir o recurrir a abortos clandestinos con los riesgos de muertes perinatales que esto implica (C-055 de 2022).

Lo anterior constituye una discriminación entrecruzada por las categorías de género, nacionalidad, estatus migratorio e inseguridad económica y una vulneración del derecho a la salud y a sus derechos reproductivos. “...*Las mujeres denunciadas por el delito de aborto consentido y quienes más graves consecuencias sufren en su salud por la práctica irregular de ese*

procedimiento están expuestas a factores interseccionales de discriminación que incrementan su condición de vulnerabilidad” (Corte Constitucional, C-055 de 2022).

En cumplimiento de la sentencia C-055 de 2022, el Ministerio de Salud expidió la Circular Externa 044 de 2022, que se encarga de instruir a los entes territoriales y prestadores de salud del país en sus diferentes modalidades sobre el deber que les asiste de garantizar sin dilaciones ni barreras el acceso al aborto en los términos de la sentencia referida, esto es, que el aborto hasta la vigésimo cuarta semana es una conducta no punible y por lo tanto de libre acceso por la mera voluntad de la mujer o persona gestante que lo solicite y luego de dicha semana de gestación sigue siendo permitido su acceso a través del sistema de causales reconocidas en la sentencia C-355 de 2006.

Es importante reiterar que el sistema de causales que ocasionaba discriminaciones mayores hacia las mujeres gestantes venezolanas irregulares al momento de requerir servicios de aborto, es en gran medida la justificación del tránsito hacia un modelo mixto que permita el acceso libre al aborto dentro de un plazo amplio que atienda a las particularidades territoriales del país y sus dificultades para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad en gran parte de las regiones del país.

De igual manera, que se hayan mantenido el sistema de causales luego de la semana vigesimocuarta de gestación también se entiende como un mecanismo de protección a las mujeres en condición de mayor vulnerabilidad como las mujeres rurales, indígenas y/o mujeres migrantes irregulares en condiciones de pobreza. Lo anterior, ya que son ellas precisamente las que suelen acceder con mayores dificultades a los sistemas de salud, así como los propios sistemas que suelen tardarse más en responder para garantizar los servicios de salud requeridos por estas mujeres.

Ahora bien, a pesar de la despenalización del aborto hasta la vigésimo cuarta semana de gestación y el sistema de causales posterior a este plazo que reduce los niveles de vulnerabilidad de mujeres migrantes irregulares, persisten aun otras barreras de acceso que se les presentan y que no derivan propiamente del contenido normativo, sino por discriminaciones asociadas a las categorías de nacionalidad, estatus migratorio irregular e inseguridad económica.

3. Barreras de acceso a métodos anticonceptivos y servicios de aborto en mujeres migrantes con estatus irregular e inseguridad económica

La Mesa por la Vida y Salud de las Mujeres (2022) ha documentado las barreras de acceso al aborto de mujeres migrantes irregulares más recurrentes en Colombia e identificó que las tres principales barreras que se presentan para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva son:

3.1. Desconocimiento del marco normativo

Esto se da tanto por parte de los prestadores de salud como por la población migrante debido a la falta de reconocimiento, dominio o información sobre las disposiciones que regulan el derecho al aborto. El desconocimiento de las mujeres migrantes sobre su derecho al aborto se debe, entre diversas causas, a que en el contexto venezolano la normativa es mucho más restrictiva y esta práctica médica es criminalizada casi en su totalidad, por lo que existe un imaginario erróneo de que en el contexto colombiano ocurre de la misma forma.

Aunado a lo anterior, algunos prestadores de salud omiten informar a las mujeres sobre el acceso a servicios de aborto en casos de presentarse embarazos no planeados, con lo cual se vulnera el derecho a la información en materia de salud para poder decidir de manera libre, informada y autónoma sobre el proyecto de vida personal.

De igual manera, las consideraciones culturales negativas en materia de aborto entre las mujeres migrantes venezolanas y el estigma por parte de la familia, pareja y entorno son mucho mayores, así como la posibilidad de imponer requisitos injustificados como consentimientos de la pareja o familiares o previos diagnósticos de psiquiatras para acceder tanto a métodos anticonceptivos como de aborto. En palabras de una mujer migrante buscando servicios de anticoncepción en el municipio de Soacha:

No querían ligarme sin una orden de mi esposo, que él estuviera, como decir... de acuerdo, porque si fuera por mi voluntad ellos no me ligaban, a pesar de que yo tenía un niño

especial. Entonces, tuvo que ir mi esposo, le dijeron un poco de cosas, que si estaba de acuerdo que yo me ligara. (Martínez, 2022, p. 50)

Otra expresión de esta barrera se da por la falta de disponibilidad del servicio de aborto por parte de algunas IPS y/o prestadores de salud; o la realización de esta solo hasta determinado nivel gestacional o causal determinada. Esto ocasiona que en el mejor de los casos, se active el sistema de referencia y contrarreferencia para remitir el caso a un centro hospitalario que cuente con el servicio, pero a su vez genera la dificultad a la mujer gestante de tener que sufragar los gastos de movilización al centro hospitalario y/o municipio remitido, estadía de requerirse, alimentación y demás gastos necesarios.

En la mayoría de los casos, no se cuentan con los medios económicos para asumir los gastos de una remisión en salud por lo que, salvo en los casos de acompañamiento por parte de organizaciones de cooperación internacional que asumen estos costos, resulta una barrera infranqueable y una razón para desistir del procedimiento.

3.2. Interpretación restrictiva del marco normativo

Esta barrera se presenta por imaginarios sesgados, limitados o sencillamente erróneos al rededor del derecho al aborto y la anticoncepción, y se puede expresar a través de exigir requisitos adicionales innecesarios como consultas psicológica o psiquiátricas, certificados de afiliación al sistema de salud colombiano o la acreditación del estatus migratorio regular para ser atendida incluso para casos de urgencia como lo relata una mujer venezolana entrevistada en la ciudad fronteriza de Cúcuta:

Tienes que estar muriendo para que te puedan atender, sino no, no puedes... a menos que tengas un permiso o algo que conste que tú estás acá legalizada, si tienes una simple cédula venezolana no te van a atender así porque sí, es muy raro que pase. (Martínez, 2022, p. 54)

A pesar de que el aborto es un servicio de urgencias que debe garantizarse a las mujeres migrantes irregulares que lo soliciten, esto en la práctica no ocurre por la cantidad de barreras que se les imponen para el acceso, así como por el sesgo moral negativo que se presenta en parte del

personal sanitario que no informa integralmente sobre todas las posibilidades de decisión que se tienen, incluido el aborto, frente a embarazos no deseados (Martínez, 2022).

Respecto al acceso de métodos anticonceptivos, la situación se agrava debido a que no se encuentran cubiertos a través del servicio de urgencias, por lo que las migrantes irregulares tienen mucha mayor dificultad para acceder a través del sistema público en salud a los mismos, salvo en los casos de atención de post-parto o post-aborto. En la generalidad de los casos registrados, este servicio ha sido cubierto por medio de la cooperación internacional y/o las instituciones privadas que terminan en muchos casos sustituyendo al Estado en sus obligaciones de respeto y garantía de los derechos reproductivos de esta población, desde etapas de prevención hasta la provisión misma del método anticonceptivo escogido por la mujer (Programa de Protección Internacional de la Universidad de Antioquia et al, 2020).

3.3. Fallas en la prestación de servicios en salud

Esto se presenta por parte de los prestadores de salud tanto en el campo de los profesionales de la salud como en el nivel administrativo, y se concreta principalmente a través de malos tratos, violencia obstétrica y discriminación en la prestación de servicios en salud, desconocimiento de la autonomía de la mujer, obstaculización de prestación de servicios fundado en estereotipos de género y asociaciones estigmatizaciones a la condición de migrante (DANE y Ladysmith, 2021).

En este tipo de barreras, también se han identificado fallas en los sistemas de referencia y contrarreferencia cuando no hay disponibilidad del servicio de aborto, ausencia de datos desagregados de población migrante en materia de aborto y anticoncepción, carencia de rutas de acceso a servicios de aborto en prestadores públicas y dilaciones sin ninguna justificación asociadas a su estatus migratorio y ausencia de afiliación en salud (Martínez, 2022).

Aunado a lo anterior, entre el 2018 y 2019 se identificó como principal barrera de acceso a los servicios de anticoncepción y aborto hacia las mujeres migrantes irregulares la exigencia de documentación que acreditara su estatus migratorio regular y a partir del 2020 y 2021 esto se agravó con el inicio de la pandemia de COVID- 19.

En los dos últimos años y ante la falta de respuesta adecuada por parte del sistema público de salud, el desabastecimiento de métodos anticonceptivos, así como a la desinformación y el miedo de las mujeres migrantes irregulares de ser injustamente sancionadas es que la prestación de

servicios de salud reproductiva fue garantizada principalmente por organizaciones de cooperación internacional, IPS privadas y organizaciones de sociedad civil que subsidiaron y asumieron los costos asociados al acceso de estos servicios (Martínez, 2022).

Lo anterior, representa que la continuidad en la prestación de los servicios de salud reproductiva dependan en gran medida de proyectos, estrategias o programas financiados y ejecutados por la cooperación internacional a través de fondos internacionales. Esto genera que la garantía y prestación de servicios de salud reproductiva a mujeres migrantes irregulares se encuentre condicionada a los tiempos de ejecución y cierre de los proyectos humanitarios por terminación de fondos de donantes.

En el caso de la ciudad de Medellín se identificaron barreras asociadas a la ubicación geográfica de los centros de salud. En barrios como Granizal y Carpinelo, la población migrante manifestó que no recibían atención en el centro médico más cercano y por esto debían desplazarse a otros barrios de la ciudad (Consejo Danés para los Refugiados, 2021).

Otra de las barreras identificadas se asocia a las de tipo económico, teniendo en cuenta que las personas sin estatus regular se ven obligadas a pagar consultas particulares, transportes hasta el centro de salud, asumir cobros en los servicios de urgencia cuando logran ser atendidos y de medicamentos cuando se les recetan. Estos costos en la mayoría de los casos no pueden ser asumidos por las mujeres migrantes o sus familias, teniendo en cuenta la inseguridad económica y condición de subsistencia en la que se encuentran (Consejo Danés para los Refugiados, 2021).

Asimismo, se evidenciaron barreras comportamentales y de falta de información para acceder a servicios en salud y afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) derivado del desconocimiento del personal administrativo de las IPS sobre el proceso de afiliación de población migrante; baja capacitación sobre el contexto migratorio y los procesos de regularización; malos tratos y prácticas discriminatorias por parte de personal médico y administrativo ocasionando una desinformación “autoimpuesta” de las mujeres migrantes por el miedo a sufrir deportaciones; desconocimiento de población migrante de los canales de consulta a través de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) o el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) sobre el estado de afiliación a salud; pocos canales de información visible para consultar el estado de afiliación y demoras en los procesos de afiliación (Consejo Danés para los Refugiados, 2021).

Conclusiones

Los servicios de anticoncepción y aborto legal en Colombia como expresión de los derechos reproductivos y del derecho a la salud de las mujeres migrantes venezolanas irregulares implica la obligación del Estado de garantizar su acceso en condiciones de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad de acuerdo con los tratados internacionales de protección de derechos humanos, integrados al ordenamiento nacional por vía del bloque de constitucionalidad; así como a las sentencias de la Corte IDH y de la Corte Constitucional colombiana que han interpretado el alcance y contenido de estos derechos.

A pesar de esto, desde un enfoque interseccional se evidencia que los derechos reproductivos de las mujeres migrantes irregulares con inseguridad económica se niegan sistemáticamente a través de discriminaciones cruzadas por las categorías de género, nacionalidad, estatus migratorio y clase socialmente empobrecida.

Lo anterior, conlleva múltiples barreras de acceso a los servicios de anticoncepción y aborto legal al momento de solicitarlos en la red pública hospitalaria de Colombia, por lo que son las organizaciones de cooperación internacional a través de fondos gubernamentales y/o privados, así como los prestadores de salud privados del país de entidades como Profamilia, los que han garantizado en gran medida el acceso de las mujeres migrantes irregulares a estos servicios.

Aunado a esta situación, son también las organizaciones de cooperación internacional reunidas en la Plataforma de Coordinación Inter agencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela, así como en el Grupo Inter agencial de Flujos Migratorios, las que han realizado una gestión de la información alrededor de informes cuantitativos y cualitativos frente al acceso a la salud reproductiva en América Latina. Y, específicamente en Colombia, de las mujeres migrantes venezolanas irregulares, por lo que los datos son limitados a muestras representativas focalizadas territorialmente.

Por el contrario, y sin perjuicio del reconocimiento a los esfuerzos de coordinación inter agencial entre el sector público y privado para dar una respuesta adecuada enmarcada en un enfoque de derechos de los flujos migratorios mixtos provenientes de Venezuela, la respuesta del Estado

colombiano sigue siendo insuficiente en diversos niveles para garantizar efectivamente los derechos reproductivos de la población migrante que ha acogido.

Por mencionar un ejemplo, no se evidencia una adecuada gestión de la información por parte del mismo Estado colombiano en entidades como el Instituto Nacional de Salud (INS) y el sistema público de salud en general, ya que no se evidencia un ajuste metodológico en consonancia con los flujos migratorios mixtos de los últimos años. Esto, en aras de que se permita registrar esta población y medir en los informes epidemiológicos que publica los datos de manera desagregada por nacionalidad sobre el porcentaje de muertes perinatales de mujeres migrantes respecto a las de mujeres colombianas para efectos de analizar si este es mayor o al promedio.

Esto deja en evidencia una precaria situación de las mujeres migrantes venezolanas con estatus migratorio irregular en Colombia que requieren servicios de anticoncepción y aborto, ya que las barreras de acceso que se presentan operan como una suerte de discriminación interseccional que imposibilita el acceso y ejercicios de sus derechos reproductivos.

Asimismo demanda un mayor compromiso por parte del Estado colombiano, a través de la actualización con un enfoque de derechos a la ley migratoria, así como de las políticas públicas, manuales internos, directrices y demás normativas administrativas que posibiliten la materialización y el acceso real y efectivo de los derechos humanos de la población migrante regular e irregular en el país.

Por parte de Migración Colombia y el Gobierno Nacional se requiere un mejoramiento de los mecanismos para la efectiva regularización migratoria, el otorgamiento de la condición de refugiado, así como el robustecimiento de programas de inclusión integral de población migrante financiadas por organismos de cooperación internacional y las Naciones Unidas como la estrategia Intégrate.

Se requiere una estrategia e implementación de campañas de sensibilización tanto a funcionarios públicos como a la sociedad en general contra la xenofobia y discriminación de cualquier tipo para evitar el incremento de imaginarios negativos contra las personas migrantes. Por parte de la sociedad civil se requiere, además, mayor acción colectiva con enfoque diferencial, así como el fortalecimiento de activismos sociales de personas en contextos de movilidad humana que posibiliten la visibilización de sus problemáticas, necesidades y propuestas. De igual manera,

se hace necesaria Incidencia para la inclusión de una mesa permanente migrante en todos los espacios de participación ciudadana a nivel barrial, local, municipal, departamental y nacional.

De igual forma, se precisa de articulación con colectivos de derechos humanos para la planeación y desarrollo de nuevas y creativas formas de litigio estratégico que incluya una mirada interseccional, que permita visibilizar los posibles déficits de protección de derechos como ocurre en el caso de los derechos reproductivos de las mujeres migrantes irregulares con inseguridad económica.

Referencias

- Abramovich, V. (2005). Líneas de trabajo en derechos económicos, sociales y culturales: herramientas y aliados. *Sur - Revista internacional de derechos humanos*. (2) 194-232. <https://cutt.ly/lMimgLg>
- AVESA. (25 de febrero de 2019). *Salud sexual y reproductiva de mujeres, adolescentes niñas en Venezuela*. <https://cutt.ly/BXT6EMw>
- Butler, J. (2001) *El género en disputa*. Programa Universitario de Estudios de Género Universidad Nacional Autónoma de México.
- Centro de Derechos Reproductivos (2022) *Colombia: Histórico avance en la despenalización del aborto*. [Reporte]. <https://cutt.ly/gMuhn5M>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos -CIDH- (12 de febrero de 2018). *Situación de Derechos Humanos en Venezuela*. No. 025/18 <https://cutt.ly/uXT5xds>
- CIDH. (2013). *Derechos humanos de los migrantes y otras personas en el contexto de movilidad humana en México*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 48/13. <https://cutt.ly/MXT6Y8n>
- CIDH. (2015). *Informe sobre la situación de los derechos humanos en la República Dominicana*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 45/15. <https://cutt.ly/4XT6P71>
- CIDH. (2015). *Derechos humanos de migrantes, refugiados, apátridas, víctimas de trata de personas y desplazados internos: Normas y Estándares del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 46/15. <https://cutt.ly/GXT6FwD>
- CIDH (2016). Informe N! 8/16. Caso 11.661. Fondo (publicación). Manickavasagam Suresh. <https://cutt.ly/yXT6Ktw>

-
- CIDH. (2019). *Compendio sobre la igualdad y no discriminación. Estándares Interamericanos*. OEA. <https://cutt.ly/8XT6Cla>
- Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales -CoDESC- (2000). Observación General 14. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. <https://cutt.ly/FMixMMp>
- CoDESC. (2017). *Obligaciones de los Estados con respecto a los refugiados y los migrantes en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://cutt.ly/7MiQn4g>
- Corte Constitucional. (2018). Sentencia SU-098. *Derechos sexuales y reproductivos en la constitución política y en el bloque de constitucionalidad*. M. P. José Fernando Reyes Cuartas. Colombia. <https://cutt.ly/7MiON9b>
- Corte Constitucional. (2022). Sentencia C-055. *Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 122 de la Ley 599 del 2000*. M. P. Antonio José Lizarazo y Alberto Rojas Ríos. Colombia. <https://cutt.ly/DMiOLXV>
- Corte Constitucional. (2017). Sentencia SU-677. *Protección de los extranjeros con permanencia irregular en el contexto de una crisis humanitaria causada por una migración masiva*. M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado. Colombia. <https://cutt.ly/IMiO8j2>
- Corte IDH. (2012). Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”). Vs Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. <https://cutt.ly/vMi1wwg>
- Corte IDH. (2016). Caso I.V. Vs. Bolivia Sentencia de 30 de noviembre de 2016. <https://cutt.ly/7Mi1dob>
- Corte IDH. (2021). Manuela y otras Vs. El Salvador. Sentencia de 02 de noviembre de 2021. <https://cutt.ly/PMi1Xay>
- Corte IDH. (2022) Opinión Consultiva OC-29/22. *Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos privados de la libertad*. <https://cutt.ly/zMw5p3k>
- Curiel, O (20 de julio de 2022). *Género, Raza, sexualidad*. Debates contemporáneos [Conferencia] <https://cutt.ly/oXYqePD>
- Consejo Danés para los Refugiados. (2021) *Acceso y permanencia de la población venezolana al sistema de salud en Medellín y el valle de aburrá*. DRC Colombia. <https://bit.ly/3TzMI9>
- Constitución Política de Colombia (1991). <https://cutt.ly/8MiUYDN>
- De Beauvoir, S. (1987). *El Segundo Sexo*. Siglo XXI.

-
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] y Ladysmith. (2021). *Población migrante venezolana en Colombia, un panorama con enfoque de género*. Nota estadística. <https://bit.ly/3qxXCnF>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. -UNFPA- (2020). *Against My Will. Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality. State of World Population*. <https://cutt.ly/ZMi4X4U>
- UNFPA (2022). *Estado de la población mundial. Visibilizar lo invisible: La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales*. <https://cutt.ly/wXT6mdE>
- Heidari, S. (2019). *Sexual and Reproductive Health and Rights in Humanitarian Crises at ICPD25+ and Beyond: Consolidating Gains to Ensure Access to Services for All*. Sexual and Reproductive Health Matters.
- Human Rights Watch. -HRW- (24 de octubre de 2016). *Crisis Humanitaria en Venezuela: La inadecuada y represiva respuesta del gobierno ante la escasez de medicinas, insumos y alimentos*. <https://cutt.ly/BXT5iqL>
- Hill, P y Bilge, S (2020) *Intersectionality*, 2nd Edition. Polity 304.
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2022). *Lanzan Causa Justa un movimiento por la eliminación del delito de aborto en Colombia*. <https://cutt.ly/2MudNr2>
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2019) *Migrantes venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del embarazo*. <https://cutt.ly/BMinJSk>
- Luchsinger, G. (2021). *No Exceptions, No Exclusions: Realizing Sexual and Reproductive Health, Rights and Justice for All*. High-Level Commission on the Nairobi Summit. <https://cutt.ly/eXT5fxB>
- Mathieu, Nicole C. (1989). 2005. *¿Identidad sexual/ sexuada/ de sexo? Tres modos de conceptualización de la relación sexo y género*. En: Curiel, O. y Jules. F (comps). *El Patriarcado al Desnudo. Tres feministas materialistas*. Brecha Lésbica.
- Martínez, J. (2022) *Uno pasa por muchas cosas: Barreras de acceso a la IVE en mujeres refugiadas y migrantes venezolanas en Colombia*. La Mesa por la Vida y la Salud de las mujeres. <https://bit.ly/3LWhNou>
- Millet, K. (1970). *Sexual Politics*. Doubleday

Ministerio de Salud. (2022) *Instrucciones para fortalecer el acceso efectivo de las mujeres a la atención integral en salud sexual y reproductiva establecida en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno - Perinatal, atendiendo a lo dispuesto por la Corte Constitucional mediante la sentencia C-055 de 2022*. Circular externa No 044. <https://cutt.ly/OMiNBaV>

Mouffe, C (2007) *En torno a lo político*. Fondo de Cultura Económica.

Muñoz, J. (2019). Una mirada al concepto de seguridad humana en los estudios de seguridad y algunos de sus usos políticos. *Revista Criminalidad*, 61(3): 265-278

Organización de las Naciones Unidas -ONU-. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. (LC/G.2681-P/Rev.3). <https://cutt.ly/TXT53iS>

ONU. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Resolución 2200 A (XXI). <https://cutt.ly/GMiviDn>

ONU. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. <https://cutt.ly/ZMi44xF>

ONU (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. <https://cutt.ly/mMiEkdl>

ONU (1985) Declaración sobre los Derechos Humanos de los Individuos que no son nacionales del país en que viven. <https://cutt.ly/wMiMpV5>

ONU (2016) Declaración de Nueva York para los refugiados y los migrantes. <https://cutt.ly/dMiMWVd>

Organización de Estados Americanos. -OEA- (1994) Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer. *Convención Belem do Pará*. <https://cutt.ly/YXT9OxR>

OEA (1969) Convención Americana de Derechos Humanos. <https://cutt.ly/bMiMJ9Q>

OEA. (1948). Declaración Americana de Derechos Humanos. <https://cutt.ly/jMiPyx2>

Plataforma de Coordinación Inter-agencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. -R4V- (Febrero de 2022). *América Latina y el Caribe, Refugiados y Migrantes Venezolanos en la Región*. <https://cutt.ly/cXT6qmV>

R4V. (12 de 04 de 2022). *RMRP*. <https://cutt.ly/AXT6yZ8>

Profamilia. (2019). *Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana*. IPPF. <https://cutt.ly/bXT6sXK>

Rodríguez, M. (5 de abril de 2022). *The Power of Collective Action and the Feminist Movement in Colombia*. Centre for Human Rights & Legal Pluralism. McGill University. <https://cutt.ly/MXT6gXx>

Salas, A (2020). *Las migraciones como amenaza a la seguridad: ¿mito o realidad? Una mirada desde la contingencia*. CLACSO y UNAULA. <https://cutt.ly/dMiYkAn>

World Health Organization. (2014). Preventing unsafe abortion: fact sheet. World Health Organization. <https://cutt.ly/SXT644y>