



LOS GRANDES  
INTERROGANTES  
EN EL DESPLAZAMIENTO  
FORZADO Y LA SALUD

# INFORME DE COLOMBIA

AUTORES<sup>1</sup>  
ARTURO HARKER ROA, PHD<sup>2</sup>  
NATALIA CÓRDOBA, MSC<sup>3</sup>  
ADELAIDA BOADA, MSC (C)<sup>4</sup>  
DIANA M. BOWSER, PHD<sup>5</sup>  
DONALD S. SHEPARD, PHD<sup>6</sup>

JUNIO 2022

1. Especial agradecimiento a Carlos W. Rincón, Natalia Iriarte, Douglas Newball, Sally Beuruti, Anna G. Sombrio, Priya Agarwal-Harding y Jamie S. Jason por su eficaz trabajo e impecable apoyo técnico. Ellos contribuyeron para consolidar, depurar y procesar los datos.
2. Director del Centro Imagina. Profesor asociado de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo. Universidad de los Andes, Colombia.
3. Investigadora de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo. Universidad de los Andes, Colombia.
4. Investigadora asistente de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo. Universidad de los Andes, Colombia.
5. Profesora y directora. Grupo Costo y Valor. Heller School for Social Policy & Management, MS 035. Universidad de Brandeis, USA.
6. Profesor asociado. Instituto para la Salud Global. Heller School for Social Policy and Management. Universidad de Brandeis, USA.



# TABLE OF CONTENTS

---

<b>Lista de Abreviaturas</b>	<b>5</b>
<b>Introducción</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 1: Metodología e Instrumentos de Investigación</b>	<b>11</b>
1.1. Entrevistas a informantes clave (KII)	11
1.2. Entrevistas a profundidad (IDI)	12
1.3. Evaluaciones de los centros de salud (HFA)	13
1.4. Análisis de datos administrativos	17
<b>CAPÍTULO 2: Comprensión de la población desplazada y de acogida y del contexto político del desplazamiento</b>	<b>18</b>
2.1. Contexto general de la prolongada crisis migratoria en Colombia	18
2.2. Contexto político-histórico	21
2.2.1. Colombia	21
2.2.2. Venezuela	23
2.3. Historia de los desplazamientos	24
2.3.1. Población de desplazados internos (IDP)	24
2.3.2. Migración venezolana y la reacción de las naciones vecinas	26
2.3.3. Reacción de las naciones vecinas a la diáspora venezolana	28
<b>CAPÍTULO 3: Perfil demográfico y epidemiológico</b>	<b>32</b>
3.1. Población de acogida	32
Fecundidad	32
Mortalidad	33
Morbilidad	33
3.2. Población de desplazados internos	33
Morbilidad	35
3.3. Venezolanos desplazados	36
<b>CAPÍTULO 4: Sistema de salud colombiano</b>	<b>40</b>
4.1. Estructura del sistema de salud	40
4.2. Política sanitaria y la respuesta normativa a la crisis migratoria	44
<b>CAPÍTULO 5: Sistemas de Información e Informes de Salud</b>	<b>47</b>
5.1. Historia y estructura	47
5.2. Respuesta a la crisis migratoria y desafíos actuales	50

<b>CAPÍTULO 6: Experiencia de la población desplazada en el sistema de salud de Colombia</b>	<b>55</b>
6.1. Disponibilidad de servicios y capacidad de los centros de salud	55
6.2. Acceso a la asistencia médica	59
6.2.1. Dificultades de acceso cuando no se tiene seguro	59
6.2.1.1. Documentación	65
6.2.1.2. Conocimientos y habilidades para el manejo del sistema de salud colombiano	66
6.2.1.3. Comportamientos culturales	68
6.2.2. Dificultades de acceso cuando se tiene seguro	73
6.3. ¿Quién proporciona atención médica a los migrantes no regularizados y sin seguro?	74
6.4. Percepción de la adecuación y calidad de la atención médica	79
6.5. Capital humano: disponibilidad e integración de profesionales venezolanos	82
<b>CAPÍTULO 7: Utilización, costos y gastos de la atención médica</b>	<b>86</b>
7.1. Utilización de la atención médica	86
7.1.1. Marco teórico, fuente de datos y enfoque empírico	88
7.1.2. Conclusiones comparativas sobre la utilización	89
7.1.2.1. Tasas de casos de COVID-19	89
7.1.3. Tasas de mortalidad por COVID-19	92
7.1.3.1. Tasas generales de hospitalización	94
7.1.3.2. Tasas generales de consultas	95
7.1.3.3. Relación entre las tasas de hospitalización y consultas	96
7.2. Costos comparativos de la atención médica	97
7.2.1. Enfoque empírico	98
7.2.2. Diferencia de costos entre nacionalidades	98
7.3. Interpretación de las conclusiones sobre la utilización y los costos	101
7.3.1. Reducción de la brecha en las tasas de hospitalización	101
7.3.2. Alto umbral de enfermedad para los venezolanos	101
7.3.3. Cambios que están en curso	102
<b>CAPÍTULO 8: Respuesta del Sistema de financiamiento de salud para la población desplazada</b>	<b>103</b>
8.1. Financiamiento médico a través de seguros	104
8.2. Financiamiento médico para la población sin seguro	105
8.3. Financiamiento de donadores	106
<b>CAPÍTULO 9: Conclusiones y aprendizajes</b>	<b>108</b>
9.1. Asistir a los venezolanos para convertirse en residentes oficiales	108
9.2. Ajustar las métricas para evaluar la calidad de la atención	108
9.3. Fortalecer a los promotores de la salud	109
9.4. Crear unidades responsables en el gobierno local	110
9.5. Pedir a los donadores internacionales que asuman una mayor responsabilidad	110
9.6. Integrar al personal médico extranjero	110
9.7. Integrar la ayuda de emergencia y la ayuda al desarrollo	111
9.8. Innovar, documentar y ampliar	111
<b>Referencias</b>	<b>112</b>

# LISTA DE ABREVIATURAS

---

<b>ACNUR</b>	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
<b>ADI</b>	Enfermedad diarreica aguda
<b>ADRES</b>	Agencia de Administración de Recursos de la Salud
<b>ARI</b>	Infección Respiratoria Aguda
<b>COVID-19</b>	Enfermedad del Coronavirus 2019
<b>DANE</b>	Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas
<b>DNP</b>	Departamento Nacional de Planeación
<b>DVP</b>	Población desplazada venezolana
<b>EAPB</b>	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
<b>ELN</b>	Ejército de Liberación Nacional
<b>MME</b>	Mortalidad Extrema Materna
<b>EmONC</b>	Atención obstétrica y neonatal de emergencia, por sus siglas en inglés
<b>EPS</b>	Entidades Promotoras de Salud
<b>Farc-EP</b>	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo
<b>FCV</b>	Fragilidad, conflicto y violencia
<b>FGD</b>	Grupos focales de discusión , por sus siglas en inglés
<b>GIFMM</b>	Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos
<b>HAU</b>	Unidad de Atención Médica
<b>HFA</b>	Evaluación de establecimientos de salud, por sus siglas en inglés
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<b>HP</b>	Población de acogida
<b>ICD-10</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión
<b>IDI</b>	Entrevista a fondo
<b>IDMC</b>	Centro de Monitoreo de Desplazamiento Interno
<b>IDPs</b>	Personas desplazadas internamente, por sus siglas en inglés
<b>IDP</b>	Población desplazada internamente, por sus siglas en inglés
<b>IETS</b>	Instituto de Evaluación de Tecnologías de Salud
<b>IFC</b>	Corporación Financiera Internacional
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Salud
<b>Invima</b>	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
<b>IOM</b>	Organización Internacional de Migración, por sus siglas en inglés
<b>IPS</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios
<b>KII</b>	Entrevista a informante clave
<b>LMIC</b>	Países de ingresos bajos y medios
<b>M-19</b>	Movimiento 19 de abril
<b>Mercosur</b>	Mercado Común del Sur
<b>MinSalud</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>NCHM</b>	Centro Nacional de Memoria Histórica

<b>OCHA</b>	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios
<b>OECD</b>	Organización de Cooperación y Desarrollo Económico
<b>ONG</b>	Organización no Gubernamental
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PAI</b>	Programa de Inmunización Ampliado
<b>PAPSIVI</b>	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas
<b>PEP</b>	Permiso Especial de Permanencia
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>PIC</b>	Intervenciones Colectivas Complementarias
<b>TPP</b>	Permiso de Permanencia Temporal, por sus siglas en inglés
<b>RAMV</b>	Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos
<b>RIPS</b>	Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud
<b>RMRP</b>	Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes de Venezuela
<b>SGSS</b>	Sistema General de Seguridad Social
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>SISPRO</b>	Sistema de Información de Protección Social
<b>SIVIGILA</b>	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
<b>SNS</b>	Superintendencia Nacional de Salud
<b>STD</b>	Enfermedades de transmisión sexual
<b>SWIHS</b>	SubRed Integrada de Servicios de Salud Suroccidente
<b>THE</b>	Gasto total en salud
<b>TMF</b>	Tarjeta de Movilidad Fronteriza
<b>TPS</b>	Estatuto de Protección Temporal
<b>Unasur</b>	Unión de Naciones Suramericanas
<b>UPC</b>	Unidad de Pago por Capitación
<b>USA</b>	Estados Unidos de América

# INTRODUCCIÓN

---

Las personas desplazadas y las poblaciones de acogida en entornos frágiles afectados por el conflicto y la violencia, a menudo, no reciben los servicios adecuados de los sistemas de salud que son igualmente precarios y disfuncionales. Estos sistemas se ven rápidamente abrumados por el flujo de un gran número de refugiados y personas desplazadas internamente (IDP, por sus siglas en inglés). En la fase aguda de una crisis humanitaria, las agencias aliadas encargadas de responder con frecuencia enfrentan este desafío al establecer sistemas paralelos para servicios médicos preventivos y curativos. En crisis prolongadas, y cuando las personas desplazadas se establecen en comunidades de acogida, la transición de una respuesta humanitaria aguda a un apoyo al desarrollo requiere una cuidadosa coordinación para evitar la duplicación de servicios, ineficiencia o el aumento de la desigualdad en este tipo de servicios.

En cada etapa, los sistemas de salud del país anfitrión pueden estar presentes junto con los servicios ofrecidos por los actores no estatales y proveedores del sector privado. Puede ser especialmente difícil para los planificadores de servicios/programas de salud en entornos tan complejos y pluralistas; y aún más difíciles para las personas y familias pasar por los sistemas de salud y satisfacer sus necesidades. A medida que el número de personas desplazadas se mantiene en cantidades históricas en todo el mundo, y las crisis prolongadas se vuelven la norma, la comunidad mundial se ve desafiada como nunca a encontrar nuevas soluciones para abordar este nexo “desarrollo humanitario”. Con todo, es un momento de oportunidades. El rotundo respaldo de los Estados al Pacto Mundial sobre los Refugiados y los compromisos mundiales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible y lograr la cobertura universal de salud crean una posibilidad para probar enfoques innovadores para abordar las necesidades de salud de los desplazados, junto con las poblaciones de acogida. Garantizar que los socios del sector público para la salud y el desarrollo no pasen por alto las necesidades de las personas desplazadas en la búsqueda de objetivos de cobertura y que los actores humanitarios no desestabilicen los ya frágiles sistemas médicos administrados por el gobierno, exige cooperación, colaboración y atención de los actores que trabajan en ambos lados de la ecuación del “desarrollo humanitario”.

Este informe de caso de país es parte del proyecto “Grandes interrogantes en desplazamiento forzado y salud” (*Big Questions in Forced Displacement and Health*), llevado a cabo por un consorcio de investigación liderado por el Programa de Migración Forzada y Salud de la Universidad de Columbia, e involucrando esfuerzos conjuntos de investigadores asociados a: los institutos Schneider de Política Sanitaria de la Heller School for Social

Policy and Management de la Universidad de Brandeis; Universidad de Georgetown; el Instituto de Salud Global de la Universidad Americana de Beirut; y la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes.<sup>1</sup> Los principales objetivos del proyecto de investigación fueron (i) identificar y caracterizar las tendencias comunes, similitudes y diferencias en las necesidades de la salud de las poblaciones desplazadas por la fuerza y las comunidades de acogida en diversas zonas geográficas, contextos sociales y demográficos de países que experimentan fragilidad, conflicto y violencia (FCV, por sus siglas en inglés), y que enfrentan condiciones de desplazamiento prolongados (más allá de la respuesta de emergencia inicial); (ii) presentar la evidencia empírica disponible, los aprendizajes y las buenas prácticas, sobre formas óptimas para que los países de acogida y los socios para el desarrollo estén mejor preparados, así como desarrollar mecanismos para identificar, priorizar, planificar y brindar servicios de salud de manera sistemática en todos los niveles de atención, tanto para las comunidades de acogida como para las poblaciones desplazadas; y (iii) identificar y describir cuáles son los mecanismos más rentables para financiar los servicios de salud para las poblaciones desplazadas y las comunidades de acogida.<sup>2</sup>

### **Recuadro 1: Una nota sobre la terminología**

Desde sus inicios, el estudio de Grandes interrogantes priorizó la incorporación y representación de diversos tipos de desplazamiento, incluidos los refugiados registrados por la ACNUR, los desplazados internacionales no registrados, los venezolanos desplazados y los desplazados internos (IDP, por sus siglas en inglés). A lo largo de este informe, los autores han utilizado “poblaciones desplazadas” para referirse a cualquiera de estas comunidades. Se hacen aclaraciones y diferenciaciones adicionales con respecto al tipo de desplazamiento cuando lo requieren los datos o el contexto.

Colombia, Bangladesh, la República Democrática del Congo y Jordania fueron elegidos como estudio de casos para este análisis con la finalidad de

- 1 Este trabajo forma parte del programa “Construyendo la evidencia sobre el desplazamiento forzado prolongado: una asociación de múltiples partes”, financiado por UK Aid y administrado por el Grupo del Banco Mundial (GBM) en colaboración con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). El objetivo del programa era ampliar el conocimiento mundial sobre el desplazamiento forzado mediante el financiamiento de investigaciones de calidad y la difusión de resultados para el uso de profesionales y encargados de la formulación de políticas. Este informe no refleja necesariamente las opiniones de UK Aid, el Grupo del Banco Mundial o la ACNUR.
- 2 La llegada y persistencia de la pandemia del COVID-19 creó cambios únicos y oportunidades en estas investigaciones. Reconociendo que sería necesario abordar el enfoque inicial de la investigación, incluida la gran dependencia de los viajes internacionales, los investigadores –en coordinación con el Banco Mundial– determinaron cómo el proyecto podría incorporar los impactos sustanciales de la pandemia en las comunidades desplazadas y de acogida, manteniendo, al tiempo, un enfoque central en los desafíos sistémicos de las respuestas de salud en la crisis. En respuesta, se adaptó la metodología de recopilación de datos primarios para permitir una mayor localización de la recopilación y el análisis, y se reescribieron las guías de entrevistas cualitativas y las encuestas cuantitativas para incorporar y diferenciar claramente las preguntas específicas sobre el impacto de la pandemia (Programa de Migración Forzada y Salud, s.f.; Harker Roa et al., 2020; Lau et al., 2020; Audi et al., 2020; Shepard et al., 2021).



incorporar y evaluar una amplia variedad de contextos que pueden tener en cuenta el financiamiento y la prestación de servicios sanitarios. Los criterios de selección incluyeron el sistema de prestación de servicios (campamentos, zonas rurales y urbanas), el tipo de proveedor (organización no gubernamental [ONG], sistema local de salud), el contexto del país anfitrión (conflicto activo, frágil, postconflicto), el nivel de ingresos (bajos, medios-bajos, medios-altos) y tipo de desplazamiento (refugiados y desplazados internos). Nuestra selección también refleja una diversidad de regiones geográficas y diferentes políticas nacionales con relación a las personas desplazadas, e incorpora consideraciones sobre la disponibilidad y viabilidad de los datos. Para más información sobre el contexto de desplazamiento por país, ver el Informe Final del Proyecto. Además de este informe final, el proyecto produjo cuatro estudios de casos de países y una serie de notas informativas que incorporan los problemas específicos de la pandemia para los sistemas de salud y el financiamiento médico en los entornos humanitarios, incluida la prevención y mitigación de los efectos sanitarios indirectos del COVID-19, la prevención de la violencia familiar en el contexto del COVID-19, abordando la dimensión de capital humano de la respuesta al COVID-19 en situaciones de desplazamiento forzado y el impacto de la pandemia en Colombia en la utilización de los servicios de salud por parte de migrantes venezolanos y ciudadanos colombianos.<sup>3</sup>

Este estudio de caso se centra en las dos crisis migratorias prolongadas que coexisten en Colombia: el desplazamiento forzado interno –provocado por la violencia y el conflicto armado colombiano– y el desplazamiento externo desde Venezuela. En términos prácticos, esto significa que el enfoque metodológico del estudio –en términos de los instrumentos primarios de recolección de datos, diseño de muestras y plan de análisis– caracteriza y compara la situación de la población desplazada internamente (IDP, por sus siglas en inglés) y la población venezolana desplazada (DVP, por sus siglas en inglés) en Colombia, siempre que sea posible. Como punto de referencia, este enfoque también incluye la población de acogida (HP, por sus siglas en inglés).

Una nota importante de este análisis es que gracias a la acción afirmativa adoptada por el Estado (iniciada por la orden del Tribunal Constitucional y la consiguiente Ley de víctimas y restitución de tierras: Ley 1448 de 2011), los mecanismos especiales de política han otorgado a los desplazados internos acceso prioritario a la red de protección social del país y a otros bienes y servicios públicos (como vivienda y el apoyo a la iniciativa empresarial). En particular, una lluvia de políticas especiales ha permitido alcanzar casi la cobertura universal del seguro médico para todas las víctimas del conflicto armado en Colombia (93 % de cobertura en 2018, según el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). En términos prácticos, aunque existen diferencias importantes en los

---

<sup>3</sup> Estos informes están disponibles públicamente en el Programa de Migración Forzada y Salud de la Universidad de Columbia <https://www.publichealth.columbia.edu/pfmh-action-hub-covid-19-and-displacement>”.

perfiles demográficos y epidemiológicos del promedio de desplazados internos y del colombiano promedio, este estudio frecuentemente encontró que la experiencia con el sistema de salud (en términos de acceso, calidad o financiación) no es significativamente diferente entre estos dos grupos de población. En cambio, existen diferencias muy notables al comparar las necesidades sanitarias de la población desplazada venezolana en Colombia y su experiencia en el sistema de salud con la población de desplazados internos y las poblaciones de acogida. El estudio de caso del país tiene un énfasis proporcionalmente mayor en la comprensión de los desafíos para identificar, priorizar y prestar servicios médicos a todos los niveles de atención a los venezolanos desplazados y describir la necesidad de mejorar los mecanismos de financiamiento de los servicios de salud para esta población.

Este informe está dividido en nueve capítulos. Después de la introducción, el capítulo 1 describe la metodología, los instrumentos de investigación y un diseño de muestra de estudio. En el capítulo 2 se presenta un panorama general de la crisis prolongada migratoria en Colombia, el contexto histórico en Colombia y Venezuela, la evolución histórica de los desplazamientos tanto de las poblaciones internas desplazadas (IDP) como los desplazados venezolanos y la reacción de los países vecinos ante la diáspora venezolana. El Capítulo 3 provee el perfil demográfico y epidemiológico de las poblaciones desplazadas (comparadas con las poblaciones de acogida) y en el capítulo 4 hay una descripción del sistema de salud colombiano y la respuesta del mismo ante la crisis de la migración. El capítulo 5 resume la estructura de los sistemas de información y notificación de salud en Colombia, mostrando cómo han respondido a la crisis migratoria y esbozando los desafíos futuros. El capítulo 6 presenta un análisis de la respuesta del sistema de salud colombiano para la población migrante. Específicamente, usando datos primarios colectados a través de evaluaciones de los centros médicos, entrevistas a profundidad y entrevistas con informantes clave; el análisis se centra en la disponibilidad de servicios, la capacidad de los centros de salud, el acceso, las dificultades a la atención médica, percepciones de la adecuación, calidad de este tipo de atención y la disponibilidad e integración de los profesionales venezolanos. El capítulo 8 muestra un debate sobre la respuesta del financiamiento médico para la población desplazada. Finalmente, el capítulo 9 presenta las conclusiones del estudio y los aprendizajes.

# CAPÍTULO 1: METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

---

El estudio de caso de los países fue hecho entre el 2019 y el 2022. Todos los estudios comenzaron con un análisis de los datos demográficos de fuentes secundarias. Se le dio prioridad a los datos más recientes y a los datos desglosados por edad, sexo y localización. Conjuntamente, para situar los hallazgos de los estudios e identificar los marcos para interpretar los resultados, se hicieron revisiones integradas de la literatura, incluyendo la académica y la gris.

Para la recolección de datos, los grupos de investigación en cada país condujeron grupos focales de discusión (FGD, por sus siglas en inglés) con la población anfitriona y los miembros de la comunidad desplazada, evaluaciones de los centros de salud (HFA, por sus siglas en inglés) de las instalaciones seleccionadas y entrevistas semiestructuradas con informantes clave (KII, por sus siglas en inglés). En Colombia, debido a las restricciones del COVID-19, se hicieron entrevistas telefónicas a fondo (IDI, por sus siglas en inglés) en lugar de grupos focales de discusión (FGD). Ambos, los grupos focales de discusión y las entrevistas a profundidad fueron construidas para generar información acerca de la experiencia de los desplazados y de las poblaciones de acogida cuando usaban en sistema de salud. En todos los países, la distribución geográfica (rural/urbana) y el tipo de contexto (campamento/fuera del campamento) de los grupos de discusión focalizados, entrevistas y centros de salud varió, y tuvo como objetivo capturar una realidad de las características clave de la situación del desplazamiento. En todos los países, los grupos de discusión focal y las entrevistas fueron estructuradas por género.

## 1.1. Entrevistas a informantes clave (KII)

---

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a fondo en cada sitio de investigación. Para captar una serie de perspectivas, se realizaron entrevistas con:

- a. Funcionarios gubernamentales, tanto a nivel nacional como local
- b. Donadores

- c. Organizaciones multilaterales e intergubernamentales
- d. Organizaciones no Gubernamentales (ONG), internacionales, nacionales, locales
- e. Organizaciones de la sociedad civil y líderes comunitarios

La selección de individuos se basó en una revisión de la literatura, sugerencias de expertos y contactos de organizaciones. Aunque entrevistamos solo a 13 de los 20 informantes clave inicialmente dirigidos, creemos que los datos lograron suficiente alcance. Los temas de la entrevista se centraron en las necesidades médicas, los perfiles de enfermedades de las poblaciones desplazadas y de acogida, y en cómo han cambiado con el tiempo. También se incluyeron preguntas sobre datos epidemiológicos, económicos, demográficos y de seguimiento, y sobre cómo se recopilan y analizan. Asimismo, las preguntas buscaban comprender en qué medida los datos se utilizan para medir las prioridades en el sector de la salud, la planificación e implementación de políticas públicas, la organización y gobernanza del sistema médico, con especial atención a los recursos humanos. Las preguntas exploraban información matizada sobre las poblaciones vulnerables y aquellas con necesidades de salud insatisfechas, así como el uso de sistemas sanitarios informales.

## 1.2. Entrevistas a profundidad (IDI)

---

Entrevistas semiestructuradas fueron conducidas para generar información sobre la experiencia de los desplazados y la población de acogida cuando usaban el sistema de salud. Todos los participantes de las entrevistas eran adultos mayores de 18 años, ya sea de la población de acogida, los desplazados venezolanos o de la población desplazada interna. Las entrevistas duraban aproximadamente 90 minutos y fueron proporcionadas por facilitadores locales en cinco municipios de Colombia: Bogotá, Barranquilla, Tumaco y Maicao. La distribución de la muestra de las entrevistas a profundidad está descrita en la tabla 1.1.

Esos lugares fueron escogidos debido a la absoluta o relativa concentración de desplazados venezolanos o de desplazados internos. De acuerdo con Migración Colombia, 1.842.390 venezolanos habían migrado a Colombia para agosto del 2021. De estos, 393.716 vivían en Bogotá (aproximadamente 21 % del total de la diáspora en Colombia), 98.680 en Cúcuta (5 %), 93.321 en Barranquilla (5 %), 40.208 en Maicao (2 %) y 895 en Tumaco (1 %). Datos del Registro Nacional de Víctimas del 2022, muestran que 8.352.32 colombianos fueron desplazados por la fuerza debido al conflicto armado interno. De esos, 317.873 vivía en Bogotá (aproximadamente 3,8 % del total de los desplazados internos), 80.715 en Cúcuta (0,97 %), 71.616 en Barranquilla (0,86 %), 13.131 en Maicao (0,16 %) y 1.136 en Tumaco (0,01 %).

**Tabla 1.1 - IDI: distribución de la muestra**

Municipalidad	Actores			Género		Total
	Población de acogida	Población desplazada interna	Desplazados venezolanos	Masculino	Femenino	
Bogotá	2	3	2	4	3	7
Cúcuta	3	2	2	3	4	7
Barranquilla	3	2	2	3	4	7
Maicao	2	2	3	4	3	7
Tumaco	3	2	2	3	4	7
<b>Total</b>	13	11	11	17	18	35

Las guías temáticas se elaboraron en inglés y se tradujeron según correspondía. Las preguntas abordan las necesidades, prioridades y desafíos médicos de los participantes, así como su uso, experiencia y percepción de los servicios de salud. Las preguntas tuvieron como objetivo generar información matizada para identificar a las poblaciones vulnerables con necesidades sanitarias insatisfechas y explorar el uso de servicios de salud informales, que son el primer punto de contacto con este sistema en muchos entornos y que pueden no ser captados adecuadamente a través de los documentos o la revisión de la literatura. Las transcripciones de las entrevistas semiestructuradas se tradujeron luego al inglés y se cargaron en Dedoose®: un *software* de análisis de datos cualitativos. Tres analistas independientes produjeron la codificación de los datos cualitativos.

### 1.3. Evaluaciones de los centros de salud (HFA)

Las evaluaciones de los centros de salud se llevaron a cabo para recopilar datos sobre la preparación del sistema de salud, los costos y otros indicadores de este sistema. Los equipos de investigación en los países adaptaron estas evaluaciones a partir de un instrumento estándar según los contextos locales. La selección de los centros se basó en varios factores, incluyendo el tipo de servicio (atención primaria, secundaria o terciaria); población atendida (de acogida, desplazada o todas); y el entorno (campamento, rural o urbana). La inclusión en la muestra también se basó en la capacidad del equipo de investigación para obtener el consentimiento de estas instalaciones para participar y en si la situación de seguridad permitía que el personal de investigación viajara a las instalaciones para coleccionar los datos. Los centros de salud no tenían la intención de ser representativos ni completos a nivel nacional; en cambio, estaban destinados a proporcionar una realidad de la capacidad y preparación de las instalaciones en los entornos de la población desplazada y de acogida.

El equipo de la Universidad de Columbia elaboró un instrumento de evaluación de los centros médicos y los hospitales de los cuatro países. Este instrumento de recopilación de datos tuvo por objeto proporcionar pruebas para evaluar los indicadores del sistema, como la preparación y los costos de los servicios. Antes de la ejecución del trabajo sobre el terreno, el instrumento se adaptó a cada contexto. Los centros de salud y hospitales en Colombia fueron seleccionados sobre la base de múltiples criterios, incluyendo la población atendida, para asegurar que las instalaciones que atienden a las poblaciones de acogida y desplazados estuviesen representados. En total, se visitaron 20 centros en los siguientes municipios: Bogotá, Barranquilla, Cali, Tumaco, Arauca, Maicao, Riohacha, Cartagena, Cúcuta, Lebrija y Girón (ver tabla 1.2). En promedio se examinaron dos instalaciones por municipio.

Los establecimientos sanitarios en Colombia se clasifican según la complejidad de los servicios que ofrecen (bajo, medio y alto). El primer nivel ofrece cuidados básicos y generales, técnicos y auxiliares utilizan tecnología simple. El segundo nivel brinda cuidados por personal especializado, usando tecnología de media complejidad. En el tercer nivel las instituciones proveen cuidados especializados por especialistas y subespecialistas, y un alto nivel de tecnología. En las muestras fueron seleccionados centros de todos los niveles, considerando que algunos municipios solo ofrecen niveles bajos o medios de servicios.

Es importante destacar que esta no es una muestra representativa, ni a nivel municipal ni a nivel nacional. Estos hospitales fueron seleccionados por su relevancia para el estudio, por lo que las conclusiones extraídas de esta muestra serán relevantes solo para la muestra. Sin embargo, es posible decir que el análisis de estos datos puede dar una idea de cómo se está brindando la atención a migrantes en Colombia, dado que estos hospitales atienden a una gran proporción de la población de acogida y migrante. Para explorar la relevancia de los establecimientos de salud elegidos para la muestra, se estableció una relación entre el número total de personas que recibieron tratamiento en el municipio y el número total de personas que fueron atendidos en los centros médicos seleccionados. Como se muestra en la tabla 1.3, esta relación oscila entre el 2 % (Bogotá) y el 33 % (Tumaco) en los municipios seleccionados. Igualmente, la proporción de migrantes venezolanos tratados en cada institución prestadora de salud (IPS) sobre el total de venezolanos tratados en el municipio, oscila entre el 99 % (Arauca) y el 8 % (Cartagena). Esta variación se explica en parte por el tamaño de la red de provisión médica en cada territorio: en los pequeños municipios con pocos establecimientos (como Tumaco, Riohacha y Arauca), estas proporciones fueron relativamente grandes.

**Tabla 1.2 Centros de salud por municipios, nivel de complejidad y población tratada**

Departamento	Municipio	Nivel de complejidad	Población	Público	Privado
Santander	Girón	Nivel 1	Migrantes, IDP y población de acogida	x	
Santander	Lebrija	Nivel 1	Migrantes, IDP y población de acogida	x	
Atlántico	Barranquilla	Nivel 3	No desplazados internos	x	
Atlántico	Barranquilla	Nivel 3	Migrantes, IDP y población de acogida		x
Bogotá	Bogotá	Nivel 3	Migrantes, IDP y población de acogida	x	
Bogotá	Bogotá	Nivel 2	Migrantes, IDP y población de acogida	x	
Bogotá	Bogotá	Nivel 2	Solo desplazados internos y migrantes	x	
Bogotá	Bogotá	Nivel 2	Migrantes, IDP y población de acogida	x	
Bolívar	Cartagena	Nivel 3	Migrantes, IDP y población de acogida		x
La Guajira	Riohacha	Nivel 3	Solo desplazados internos y migrantes		x
La Guajira	Riohacha	Nivel 2	Migrantes, IDP y población de acogida	x	
La Guajira	Maicao	Nivel 2	Migrantes	x	
La Guajira	Maicao	Nivel 1	Migrantes		x
Nariño	Tumaco	Nivel 2	Migrantes, IDP y población de acogida	x	
Nariño	Tumaco	Nivel 2	Migrantes, IDP y población de acogida		x
Norte de Santander	Cúcuta	Nivel 1	Migrantes, IDP y población de acogida	x	
Norte de Santander	Cúcuta	Nivel 1	Migrantes, IDP y población de acogida	x	
Valle del Cauca	Cali	Nivel 2	Solo población de acogida	x	
Arauca	Arauca	Nivel 2	Migrantes, IDP y población de acogida	x	
Arauca	Arauca	Nivel 1	Migrantes, IDP y población de acogida		x
<b>Total</b>	20			14	6

**Tabla 1.3 – Proporción de pacientes que recibieron servicios en los centros de salud de la muestra, por municipio**

<b>Municipio</b>	<b>Número total de pacientes tratados en el municipio (1)</b>	<b>Número total de pacientes tratados en la muestra de los centros de salud (2)</b>	<b>Proporción (3) = (2) / (1)</b>	<b>Número total de venezolanos tratados en el municipio (4)</b>	<b>Número total de venezolanos tratados en la muestra de los centros de salud (5)</b>	<b>Proporción (6) = (5) / (4)</b>
Girón	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Lebrija	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Barranquilla	4.638.408	833.732	18 %	23.911	17.203	72 %
Bogotá	23.657.757	754.920	3 %	203.943	29.767	15 %
Cartagena	3.350.386	52.448	2 %	40.484	3.294	8 %
Riohacha	628.522	114.051	18 %	No aplica	No aplica	No aplica
Maicao	463.773	39.541	9 %	31330	30.101	96 %
Tumaco	281.485	94.007	33 %	264	259	98 %
Cúcuta	1.705.069	264.777	16 %	62.278	16.077	26 %
Cali	5.546.936	167.198	3 %	66.218	9.649	15 %
Arauca	178.937	34.243	19 %	14.940	14.805	99 %



## 1.4. Análisis de datos administrativos

---

Para analizar la utilización de los servicios de salud y los patrones de morbilidad y mortalidad, se construyó un conjunto de datos único extrayendo datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), la SIVIGILA (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica) y la base de datos de nacimientos y defunciones. Como se mencionó anteriormente, todos los proveedores de salud están obligados a generar, transferir, organizar y entregar los datos a las organizaciones de gestión de la salud que pagan por la atención médica, conocidas como entidades promotoras de salud (EPS). Estas organizaciones consolidan, organizan y suben la información a la base de datos y luego el Ministerio de Salud valida y publica los datos de conformidad con la normativa vigente. Para comparar las poblaciones colombiana y venezolana, agregamos a la base de datos el tamaño de la población a nivel municipal: se utilizaron los datos censales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y los datos censales registrados por la entidad nacional de migración.

La base de datos consolida variables que miden la utilización de los servicios de salud a nivel municipal en Colombia por mes para los años 2019 y 2020. Específicamente, utilizamos el número de consultas, hospitalizaciones, intervenciones y emergencias registradas de marzo a julio de ambos años. Al mismo tiempo, la base de datos incluye medidas de morbilidad para cada tipo de servicio médico prestado. En este conjunto de datos se identifica la nacionalidad de la persona que utiliza el servicio, así como si la persona figura en el registro oficial de víctimas del conflicto armado interno. Dada la estructura de estos datos, podemos identificar y comparar el número relativo y absoluto de migrantes venezolanos y colombianos que utilizan los servicios de salud cada año. En el capítulo 5 se explica con más detalle la estructura y el alcance del sistema de información sanitaria en Colombia.

# CAPÍTULO 2: COMPRENSIÓN DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA Y DE ACOGIDA Y DEL CONTEXTO POLÍTICO DEL DESPLAZAMIENTO

## 2.1. Contexto general de la prolongada crisis migratoria en Colombia

Figura 2.1 - Colombia: mapa y localización

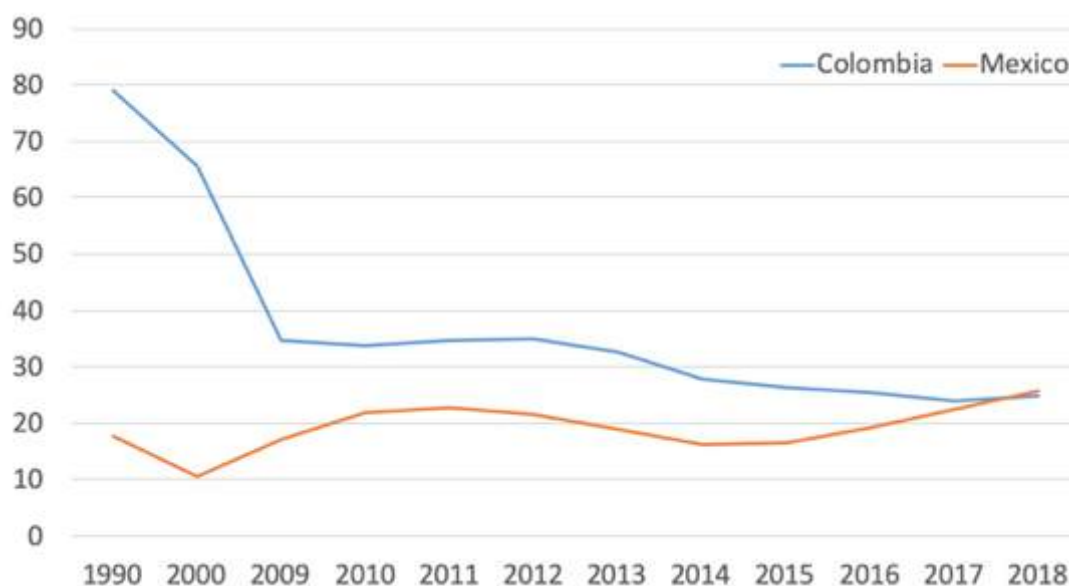


Colombia está localizada al noroeste de América Latina, es el cuarto país más grande de Suramérica (después de Brasil, Argentina y Perú) y el número 16 en el *ranking* mundial. Tiene una superficie de 2.070.408 km<sup>2</sup>, de los cuales

1.141.748 km<sup>2</sup> corresponden a su territorio continental. La amplia gama de climas y ecosistemas está definida por sus características geográficas extremas: el sistema montañoso de Los Andes, que atraviesa todo el país (desde el suroeste hasta el extremo norte) y alcanza casi seis kilómetros de altitud; las ciénagas y selvas de la cuenca amazónica (que cubre el este y el sur del país); las selvas tropicales de alta precipitación que bordean el Océano Pacífico (oeste); y las praderas costeras planas que rodean el Océano Atlántico (noroeste). Dadas estas características, el país puede dividirse en cinco regiones: andina, caribeña, pacífica, Orinoquía y amazónica. Colombia comparte extensas fronteras con cinco países (ver figura 2.1): Venezuela (2.341 km de frontera), Brasil (1.790 km), Perú (1.494 km), Ecuador (708 km) y Panamá (339 km).

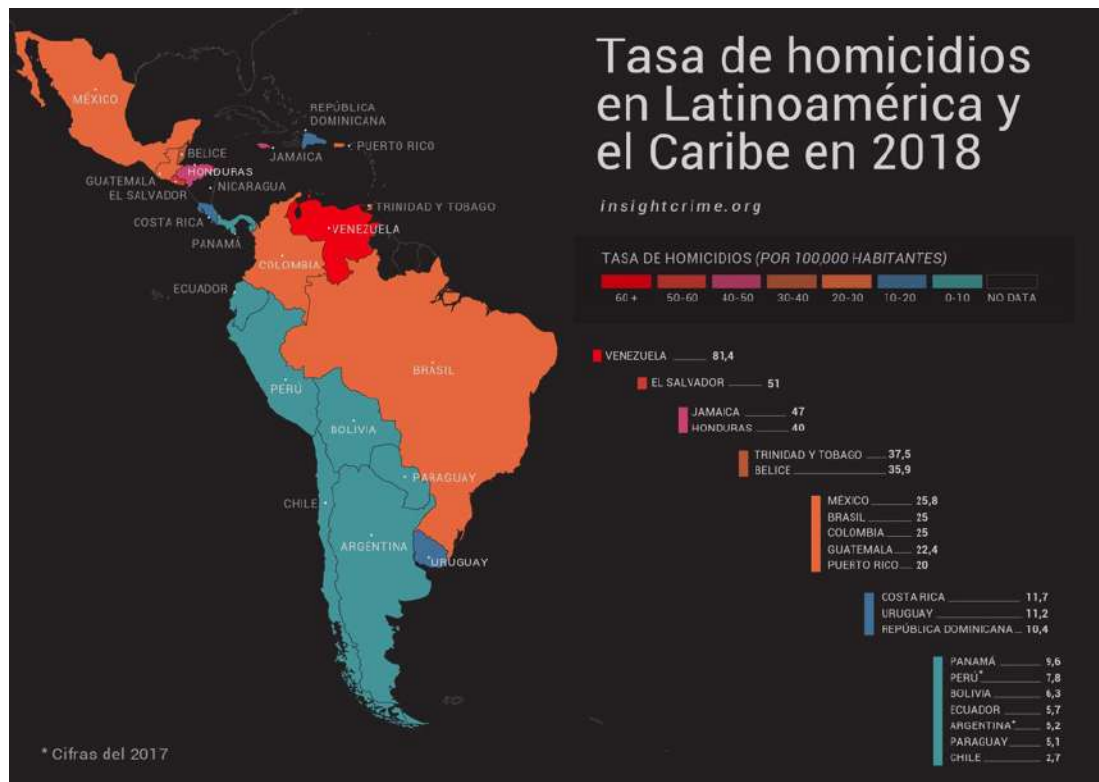
En el 2020, Colombia se unió a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, por sus siglas en inglés), un hito que reconoce el progreso del país en términos de desarrollo social y económico. A pesar de esto, el país enfrenta desafíos urgentes debido a la persistente crisis social alimentada por la violencia generalizada, el desplazamiento forzado interno resultante y la reciente afluencia de venezolanos desplazados que han huido de su propio país después de su colapso económico y social. En el 2018 el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita en Colombia fue de US\$14.834 (ajustado por paridad de poder adquisitivo), lo que representa alrededor de una cuarta parte de esta medida de ingreso promedio per cápita en los Estados Unidos de América (US\$62.886) y se acerca al promedio latinoamericano. Sin embargo, más de un tercio de la población todavía vive por debajo del umbral de la pobreza y la desigualdad de ingresos está entre las peores del mundo -con un índice de GINI de 5,1 (el 12º más alto del mundo)-.

**Gráfico 2.2 - Muertes Violentas (tasa por cada 100.000 habitantes)**



Fuente: datos del Banco Mundial

**Figura 2.3 – Tasa de Homicidios en Latinoamérica y el Caribe (2017)**



Fuente: [insightcrime.org](https://insightcrime.org)

Después de cinco décadas de conflicto armado entre las fuerzas del gobierno y los grupos ilegales –fuertemente financiado por el tráfico de drogas, la extorsión y la minería ilegal–, Colombia ha hecho importantes avances hacia la paz. En el 2006, después de negociaciones oficiales, alrededor de 31.000 paramilitares se desmovilizaron como grupo (al menos temporalmente). En el 2017, el Gobierno colombiano firmó un acuerdo de paz con el mayor grupo insurgente de izquierda, lo que llevó a la desmovilización de 14.000 hombres y mujeres. Los resultados de los esfuerzos de consolidación de la paz y de estrategias nacionales de seguridad más eficaces se ponen de manifiesto en la disminución de los indicadores de violencia durante los dos últimos decenios (gráfico 2.2). No obstante, los niveles actuales de violencia siguen siendo altos, incluso en comparación con otros países con un conflicto interno en curso y con la región (figura 2.3). Desde 1985, más de un millón de muertes violentas y ocho millones de víctimas de desplazamientos forzosos se han atribuido oficialmente al conflicto interno.

Sumado al desafío de brindar ayuda y reparación a las víctimas del conflicto armado interno, durante la última década, Colombia ha tenido que responder a la llegada repentina de alrededor de la mitad de los cinco millones de la diáspora de venezolanos que huyeron de la crisis política, económica y social de su país. Según los informes más recientes de Migración Colombia, el país acoge actualmente a 2.029.758 venezolanos desplazados (Migración Colombia, 10 de marzo de 2022).

## 2.2.Contexto político-histórico

---

### 2.2.1. Colombia

La historia de Colombia, como es el caso de muchas naciones, puede caracterizarse por una secuencia de hechos violentos y conflictos armados. En 1499 los españoles llegaron al continente suramericano para colonizar el territorio. Colombia formó parte del Virreinato de la Nueva Granada, una unión de colonias españolas que incluía los territorios actuales de Ecuador, Panamá y Venezuela. Estas colonias fueron controladas por un gobernador nombrado por la corona española. Con la acentuación del proceso de colonización, la fuerza de trabajo nativa se volvió escasa, por lo que el Virreinato comenzó a depender de la trata de esclavos africanos para apoyar las actividades de extracción intensivas como mano de obra. Durante los siglos XVI y XVII, las colonias siguieron expandiendo su alcance económico y geográfico.

A principios del siglo XIX, los descendientes directos españoles (o criollos) comenzaron a sentirse menos representados por la corona española, pues no estaban de acuerdo con la forma en que España controlaba y explotaba las colonias, y en consecuencia lideraron las guerras de independencia. En 1819 Colombia obtuvo su independencia y en 1821 nació el país independiente La Gran Colombia, abarcando los otros tres países que formaban parte del antiguo Virreinato. Las diferencias políticas dentro de la clase gobernante causaron su división en 1830 en cuatro países: Venezuela, Colombia, Perú y Ecuador.

Colombia fue fundada en 1831 y con ella surgieron dos partidos políticos: el Liberal y el Conservador. Estos partidos tenían opiniones opuestas profundamente arraigadas sobre cómo dirigir el país (federalismo versus centralismo, gobierno grande versus pequeño, mercados fuertemente regulados versus *laissez faire*, etc.). Como resultado, cada vez que la presidencia cambiaba, el partido entrante desafiaba y reemplazaba la agenda política, lo que afectaba la implementación de esfuerzos a largo plazo. Más importante aún, la rivalidad entre las opiniones políticas extremistas resultó en una serie de guerras civiles y derramamiento de sangre generalizado con aproximadamente 200.000 muertes violentas en el período comprendido entre 1947 y 1966 (Karl, 2017).

En un intento de poner fin a la violencia civil, en 1957 –después de un breve golpe militar– los líderes de los dos partidos políticos acordaron alternar el poder a cada cuatro años. Este período, llamado Frente Nacional, duró hasta 1974. Este régimen alterno restringió la participación política a los dos partidos tradicionales, lo que dio lugar a una absoluta falta de representación de las minorías en el gobierno. Como respuesta, en la década de 1960 surgieron grupos guerrilleros comunistas, utilizando la violencia para luchar por el derecho a participar en la política y en el gobierno del país (Fajardo, 2015). Los grupos guerrilleros más grandes y resistentes creados en este período fueron las Farc-EP (Fuerzas Armadas

Revolucionarias de Colombia-Ejército Popular), el ELN (Ejército de Liberación Nacional) y el M-19 (Movimiento 19 de abril). Estos grupos guerrilleros tomaron el control de muchos territorios rurales donde el Estado tenía poca o ninguna presencia. En algunas regiones, las comunidades locales respondieron armándose y creando grupos paramilitares, particularmente durante el período de 1970-1980.

El conflicto armado contemporáneo de Colombia comenzó el 6 de noviembre de 1985, cuando los miembros del grupo guerrillero M-19 sitiaron el Palacio de Justicia. Este acontecimiento marcó una nueva y más violenta fase del conflicto, caracterizada por el hecho de que tanto la guerrilla como los grupos paramilitares entraron en el negocio ilegal de la producción y el comercio de drogas para financiar actividades militares (ACNUR, 2019). Como consecuencia, el alcance y el poder de estos ejércitos ilegales se amplificaron, los cultivos ilícitos y el tráfico de drogas se expandieron y la violencia alcanzó su punto máximo en las zonas rurales y urbanas.

En 1990, se firmó un tratado de paz entre el M-19 (el mayor grupo guerrillero de la época) y el Gobierno colombiano. Se llegó a un acuerdo para crear una Asamblea Nacional que redactara una nueva Constitución que pusiera fin a la estructura política bipartidista y abriera efectivamente espacios participativos para un espectro político más amplio. Lamentablemente, aunque la nueva Constitución –consagrada en 1991– representó un giro en la historia de Colombia, el conflicto armado interno no terminó. En 1991 la tasa de homicidios alcanzó su máximo histórico: 79 muertes violentas por cada 100.000 habitantes. En 1992 las Farc-EP registraron el mayor número de ataques contra civiles, cuerpos de seguridad e infraestructura estatal. Para neutralizar el progreso de simpatizantes de extrema derecha y el alcance de los grupos paramilitares en la arena política, meses antes de las elecciones locales de 1998, las Farc-EP forzaron la renuncia de candidatos en 162 municipios (Benito y Niño, 2018). Igualmente, en el 2000, alrededor de 317.000 personas fueron desplazadas debido a grupos armados ilegales (Red Nacional de Información, s.n.).

El conflicto armado alcanzó un punto de inflexión cuando Álvaro Uribe Vélez fue elegido presidente en el 2002 (hasta 2010). Por un lado, Uribe Vélez implementó una estrategia de seguridad nacional que efectivamente redujo los delitos violentos (como el secuestro y la extorsión) y los ataques terroristas. Por otro lado, algunas de las reformas políticas implementadas durante su gobierno (como la introducción de la reelección presidencial y las recompensas monetarias basadas en resultados para los militares) erosionaron instituciones clave que protegían el sistema de controles y equilibrios, los derechos civiles de las minorías y los líderes sociales.

Las negociaciones de paz entre el gobierno y las Farc-EP comenzaron bajo el liderazgo del presidente Juan Manuel Santos Calderón (2010-2018). En el 2015, el presidente Santos se reunió en La Habana con el líder político de las Farc-EP (Rodrigo Londoño, alias Timochenko) para estrechar

públicamente la mano sobre el acuerdo de que se firmaría un tratado de paz a más tardar el 23 de marzo de 2016. Después de la publicación y firma del documento que recogía los resultados de un complejo proceso de negociación, ese mismo año el gobierno llevó a cabo un referéndum nacional en el que preguntó a los ciudadanos colombianos si aprobaban los términos del tratado de paz. Dado que el referéndum resultó en una mayoría marginal contra el acuerdo escrito (50,2 % de los votos), posteriormente el documento del tratado de paz tuvo que ser modificado y aprobado por el Congreso colombiano.

A pesar de que el tratado de paz (firmado en noviembre del 2016) estableció el compromiso formal del país para lograr la reintegración de los excombatientes de las Farc-EP (aproximadamente 14.000 mujeres y hombres) y avanzar con las reformas estructurales pendientes para reducir la desigualdad socioeconómica, la aplicación del acuerdo sigue siendo un reto y se siente como una oportunidad parcialmente perdida. Las recientes tendencias a la violencia y el desplazamiento son prueba de ello. De acuerdo con la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA, por sus siglas en inglés, 2020), entre el 2017 y el 2019, 503.000 personas fueron desplazadas por la fuerza por el conflicto y la violencia, y se registraron 30.500 ataques violentos contra civiles. Al mismo tiempo, entre el 2017 y febrero del 2020, la organización no gubernamental independiente Indepaz denunció la muerte violenta de 796 líderes sociales y defensores de derechos humanos (González-Perafán y Delgado-Bolaños, 2020).

### **2.2.2. Venezuela**

Venezuela ha sido una potencia exportadora global de petróleo desde la década de 1920. En los años setenta el país se convirtió en uno de los países más modernos, igualitarios y educados del mundo. No obstante, en 1980 la economía comenzó a sufrir un importante deterioro, claramente reflejado en los indicadores socioeconómicos del país: para 1997, la pobreza llegó al 48 % de las familias venezolanas, casi duplicando la prevalencia observada quince años antes. En cambio, la tasa de homicidios pasó de 8 por cada 100.000 habitantes en 1986 a 20 en 1998. La tasa de inflación en 1996 alcanzó el 99 %, en 1997 y 1998 fue del 50 % y el 33 %, respectivamente (López, 2016).

Las condiciones socioeconómicas y el descontento generalizado con los grupos gobernantes llevaron a un cambio político extremo en el país que finalmente se consolidó con la elección de Hugo Chávez como presidente en 1999 y un referéndum a través del cual el electorado venezolano aprobó una nueva Constitución (reemplazando la de 1961). En 2001, el presidente Chávez reorganizó el gobierno de Venezuela, cambió el marco regulatorio económico (debilitando o eliminando las instituciones promercado) e implementó medidas de redistribución de tierras, utilizando poderes legislativos directos y excepcionales (Telesur, 2017). Estas modificaciones a la ley causaron un paro nacional en el 2003 que resultó en un referéndum fallido para revocar el mandato del presidente (el voto para no revocar

ganó con el 59,1 % de los votos). Después de la exitosa democratización e inversión de los ingresos petroleros, los indicadores de pobreza y desigualdad mejoraron (López Maya, 2016) y en el 2006 Chávez ganó las elecciones presidenciales por tercera vez con el 63 % de los votos, lo que llevó a una nacionalización precipitada (y expropiación en muchos casos) de empresas de energía y telecomunicaciones (Dinero, 2010). En el 2008, debido a la caída de los precios mundiales del petróleo, comenzó una corta pero aguda crisis económica en Venezuela.

En ese momento la economía había sufrido la pérdida de diversificación productiva y de mercado, y dependía de los subsidios y gastos del Estado, que a su vez se financiaban con los ingresos del petróleo. El presidente Chávez ignoró esta alerta sobre la dependencia del país del mercado petrolero y concentró sus esfuerzos en extender su tiempo en el poder reformando la Constitución. En el 2009, Chávez ganó un referéndum en el que se abolieron los límites en los mandatos de presidente, gobernadores de Estado, alcaldes y diputados a la Asamblea Nacional.

Tres años después, en el 2012, Chávez ganó un cuarto mandato con el 54 % de los votos y una asistencia a las urnas del 81 %. Meses después, murió de cáncer y Nicolás Maduro -uno de sus colaboradores más cercanos- asumió la Presidencia. En ese mismo año, los precios del petróleo cayeron nuevamente, lo que significó que el Estado venezolano ya no pudo mantener su gasto fiscal, causando carencias que afectaron la capacidad de satisfacer las necesidades y servicios básicos de las personas en todo el país (López Maya, 2016). La extrema inestabilidad del Estado y la consiguiente paralización de la economía se convirtieron rápidamente en una crisis social y política. La hiperinflación, la falta de alimentos y medicamentos, y los grandes incrementos en las tasas de delincuencia causaron la migración masiva de casi ocho millones de venezolanos a otros países del mundo, en busca de mejores oportunidades de vida y trabajo.

## 2.3. Historia de los desplazamientos

---

### 2.3.1. Población de desplazados internos (IDP)

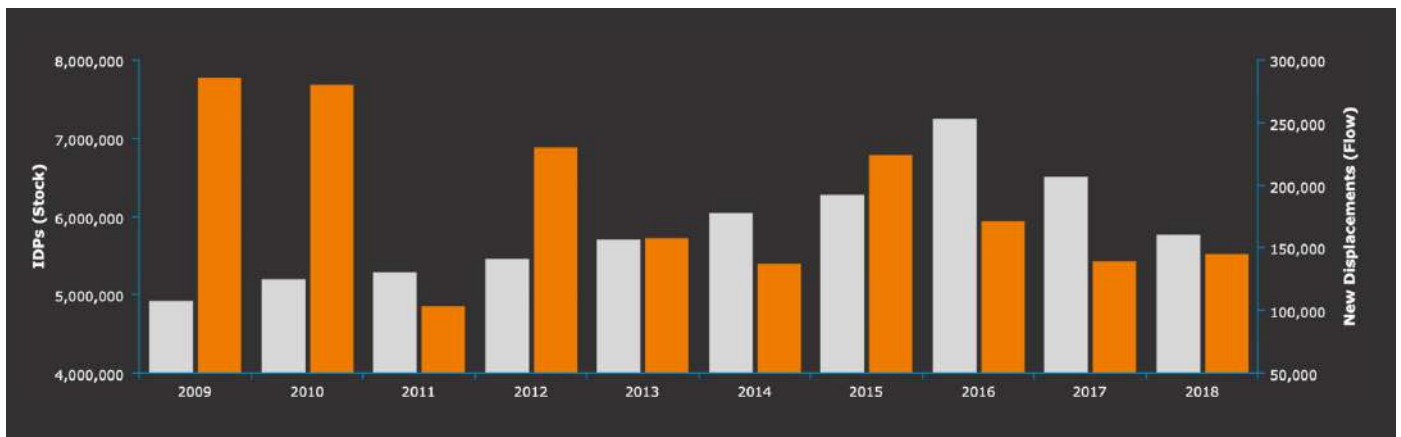
El conflicto armado colombiano contemporáneo comenzó en 1985. Entre 1985 y 2010, 4,9 millones de personas fueron desplazadas. En 1985 solo 14.635 personas fueron desplazadas. Este flujo anual continuó creciendo constantemente hasta alcanzar un máximo de 350.000 en el 2005. Según un informe del Centro Nacional de Memoria Histórica de Colombia (NCHM)<sup>1</sup>, en el 2015 había casi 6,5 millones de personas desplazadas en Colombia. Otras fuentes, como la ACNUR, informan que, para el 2018, 7,7 millones de personas habían sido víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. Durante el 2019, alrededor de 68.436 personas fueron desplazadas. Según el Centro de Vigilancia de los Desplazamientos Internos (IDMC) al 31 de diciembre del 2019, el número total de desplazados internos por violencia y conflicto en Colombia



ascendía a 5.576.000 (gráfico 2.4). La mayoría de los desplazamientos forzados en Colombia son causados por grupos armados ilegales de izquierda y de derecha (Ibáñez y Velásquez, 2008) y se han reportado en el 90 % del territorio colombiano. Aunque la migración masiva no es infrecuente, la mayoría de los desplazados internos registrados han migrado individualmente (75 % del total de desplazados internos registrados oficialmente).

Colombia ha realizado enormes esfuerzos para garantizar la asistencia y reparación a las víctimas del conflicto armado interno. Estos esfuerzos –que comenzaron formalmente en 1997– finalmente se cristalizaron en la Ley de víctimas y restitución de tierras del 2011. Esta Ley reconoce la necesidad de proteger e indemnizar a las víctimas del conflicto y define un mandato concreto para que todos los organismos gubernamentales diseñen y apliquen una estrategia multisectorial para promover la recuperación de las poblaciones víctimas. Un resultado general de este mecanismo legal fue que todos los organismos tuvieron que delinear estrategias específicas para incluir a los desplazados internos y otras víctimas en los programas y servicios existentes proporcionados por la red de seguridad social del país. Por ejemplo, el Ministerio de Salud tuvo que crear mecanismos para garantizar la inscripción en el sistema nacional de seguro médico de todas las personas que se registraban como víctimas. Conjuntamente, algunos sectores tuvieron que crear programas a medida para satisfacer las necesidades especiales de esta población. De esta manera, el Ministerio de Salud dirigió el diseño y la aplicación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) y una estrategia de servicios primarios de salud mental del Estado para apoyar a las víctimas del conflicto armado interno.

**Gráfico 2.4 - Flujo y existencia de desplazados internos en Colombia**



Fuente: IDMC - <https://www.internal-displacement.org/countries/colombia>

### 2.3.2. Migración venezolana y la reacción de las naciones vecinas

La crisis política, social y económica ha dejado profundas y duraderas cicatrices para Venezuela. Por ejemplo, un reciente informe del Banco Mundial revela que en el 2017 los venezolanos perdieron en promedio 11 kilos de peso corporal, el 89 % de la población vivía en la pobreza, la tasa de mortalidad infantil se elevó a 26 por cada 100.000 nacidos vivos y el país tiene ahora la segunda tasa de homicidios más alta de América Latina y el Caribe (89 por cada 100.000 habitantes). Como consecuencia, aproximadamente 5,2 millones de venezolanos han huido a países de América Latina y el Caribe (ACNUR y OIM, s.f.; ver figura 2.5). Los datos de Migración Colombia muestran que, para agosto del 2021, alrededor de un tercio de esta diáspora (1.842.390 personas) llegó a Colombia para permanecer temporal o permanentemente. Actualmente, el Gobierno estima que el 19 % de la población migrante venezolana está “regularizada” (teniendo un permiso de residencia oficial, más sobre esto abajo), el 64 % está en proceso de regularizar su estatus y el 17 % aún no ha legalizado su estatus migratorio (Migración Colombia, 2021).

Es importante señalar dos fenómenos migratorios adicionales. En primer lugar, un número importante de migrantes transitan por Colombia hacia otros países. Según Migración Colombia, durante los primeros nueve meses del 2018, 724.036 venezolanos transitaron por el país (figura 2.5). En segundo lugar, hay una población importante que viaja dentro y fuera de Colombia el mismo día conocida como “migración pendular” (ver recuadro 2). En promedio, 50.000 venezolanos transitan diariamente entre Colombia y Venezuela. Para regular esta migración pendular, el Estado colombiano creó la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF), que permite la circulación de personas a través de las zonas fronterizas. Es trascendental destacar que muchos de los migrantes pendulares llegaron a Colombia para acceder a los servicios de salud. Para el 2022, el Gobierno colombiano había emitido 4,98 millones de tarjetas de movilidad fronteriza.

Se han identificado tres fases de migración (Moreno y Pelacani, 2021; Acosta et al., 2019; Beyers y Nicholls, 2020). La primera fase de migración se caracteriza por una diáspora de venezolanos que son profesionales bien educados, empresarios o inversores con un nivel socioeconómico por encima del promedio. Este grupo huyó de Venezuela entre el 2000 y el 2012 principalmente a Estados Unidos y Europa “buscando mejores oportunidades”. La segunda fase (2012-2015), etiquetada como una diáspora de “desesperanza creciente” (Acosta *et al.*, 2019; Beyers y Nicholls, 2020) se caracteriza por migrantes de bajos ingresos motivados por el colapso político, social y económico (por ejemplo, la represión política, la inseguridad, la escasez de alimentos y medicamentos) que tuvo graves repercusiones en sus condiciones de vida. En esta fase, los venezolanos desplazados huyeron principalmente a países de América Latina. Finalmente, la tercera fase (2015 en adelante) etiquetada como la “migración de la desesperación”, involucra la mayor parte de la diáspora histórica venezolana e incluye a la población migrante más vulnerable que

salió de Venezuela después de la ruptura de la infraestructura básica de servicios públicos (energía y saneamiento), servicios sociales y sanitarios.

## **Recuadro 2: El fenómeno de la migración pendular**

La migración pendular se define como movimientos de población frecuentes y a corto plazo a través de una frontera internacional. El Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes de Venezuela (RMRP) ha estimado que, para el 2020, Colombia recibió aproximadamente 2,09 millones de migrantes pendulares (Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos, GIFMM, 2021). La migración pendular, como ocurre con otros fenómenos migratorios, puede ser regular o irregular. Migrantes y refugiados venezolanos con “estatus regular” ingresaron al país a través de cruces fronterizos regulares con puntos de control del gobierno y permanecen en el país con un permiso oficial. Por el contrario, los migrantes y refugiados que entran en el país de acogida a través de cruces irregulares y sin un permiso oficial tienen una “situación irregular”. La migración pendular regular entre Colombia y Venezuela está reglamentada por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia a través de la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF), un documento que permite la entrada de ciudadanos venezolanos para transitar y permanecer temporalmente en regiones fronterizas de Colombia por un período máximo de 30 días. Una TMF no permite a los venezolanos vivir, trabajar o estudiar en Colombia, afiliarse al sistema de seguro de salud colombiano o viajar a otras regiones del país.

Según el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, para el 2019 se habían emitido aproximadamente 4.315.103 tarjetas de movilidad fronteriza y para marzo del 2020 casi 36.000 venezolanos ingresaban diariamente a Colombia mediante esta modalidad. No hay una estimación oficial del número de venezolanos irregulares que cruzan la frontera de ida y vuelta casi a diario. La migración pendular, regular e irregular se ha convertido en un mecanismo de subsistencia para los ciudadanos colombianos y venezolanos que viven en Venezuela (Mojica *et al.*, 2020). Una reciente evaluación de las necesidades de la población migrante pendular durante la pandemia del COVID-19 encuestó a colombianos y venezolanos en los departamentos de Arauca, La Guajira y el Norte de Santander, durante los meses de junio y julio del 2021 (GIFMM, 2021). Este estudio proporciona las siguientes ideas clave que caracterizan la migración pendular:

- Inclusión laboral y generación de ingresos: cerca del 20 % dijo no tener una fuente de ingresos; el 33 % declaró que tenía algún tipo de trabajo en Venezuela, mientras que el 24 % dijo que llevó a cabo alguna actividad económica en Colombia.

- Frecuencia, duración e intención de permanecer: alrededor del 30 % de la población cruza la frontera diariamente, 17 % una vez a la semana y 12 % a cada dos semanas; 48 % planeó quedarse solo un par de horas y 18 % un máximo de un día; y el 41 % informó de la intención de cambiar su residencia a Colombia en los próximos tres meses.
- Motivación: las motivaciones más frecuentes para viajar a Colombia son el acceso a alimentos (57 %), acceso a medicamentos (52 %), acceso a tratamiento médico (44 %), oportunidades de trabajo (43 %), visitar a su familia en Colombia (13 %), acceso a otros enseres domésticos (10 %), acceso a la educación para los niños (7 %) y acceso a la educación para los niños y jóvenes (9 %).
- Necesidades: las principales necesidades reportadas por los migrantes pendulares venezolanos entrevistados son: alimentación (85 %), atención médica (55 %) y empleo (45 %); solo el 36 % reporta tener tres o más comidas al día; solo el 40 % de las mujeres embarazadas y el 45 % de las mujeres lactantes tienen una puntuación adecuada del índice de masa corporal.

### 2.3.3. Reacción de las naciones vecinas a la diáspora venezolana

Inicialmente, Colombia optó por responder a la afluencia exponencial de venezolanos desplazados en la última década mediante la creación de un Permiso Especial de Permanencia (PEP). Este mecanismo de corto plazo para regularizar el estatus migratorio de los venezolanos en Colombia otorga residencia temporal, acceso al empleo formal y al sistema de seguro médico del país, más allá de los servicios de atención de emergencia, que están disponibles para todos los adultos o niños en Colombia. Hubo varias fases de emisión de PEP entre julio del 2017 y diciembre del 2018.

A diferencia de otros países, el PEP es gratuito, pero requiere un documento de identificación válido. Los requisitos adicionales que deben cumplirse son los siguientes: (i) estar en territorio colombiano en la fecha de publicación de la resolución; (ii) haber ingresado al territorio nacional a través de un Puesto de Control Migratorio autorizado con pasaporte; (iii) no estar sujeto a ningún registro judicial a nivel nacional e internacional; y (iv) no ser objeto de un proceso de deportación. Con el PEP, los ciudadanos venezolanos pueden permanecer por un período de noventa días en Colombia prorrogable hasta un máximo de dos años. Una vez finalizado el plazo máximo de dos años, no existe un mecanismo explícito para obtener un permiso de residencia permanente o una visa (Acosta, Boilin y Freiere, 2019).

Para facilitar una mejor integración de los venezolanos desplazados y establecer un mecanismo de regularización a largo plazo el Gobierno colombiano creó el Estatuto de Protección Temporal para los Migrantes Venezolanos (a través del decreto presidencial 216 del 2021). El Estatuto

de Protección Temporal (TPS) garantiza el tránsito de los venezolanos desplazados del régimen de protección temporal a un régimen migratorio ordinario. Es decir, los migrantes tendrán un período de diez años para adquirir una visa de residente. Este estatuto fue dirigido a los venezolanos desplazados que se encuentran en Colombia de manera regular, o sea, que tienen un permiso de residencia válido y aquellos que se encuentran en situación irregular que puedan demostrar que estuvieron en el país antes del 31 de enero del 2021. Al estar registrados ante las autoridades colombianas y tener permiso para permanecer en el país, los venezolanos desplazados pueden acceder a la oferta institucional en materia de salud, educación, trabajo y atención a niños y adolescentes a nivel nacional, departamental y municipal. También, pueden realizar cualquier actividad legal u ocupación en el país, incluidas las desarrolladas bajo una relación laboral o contrato.

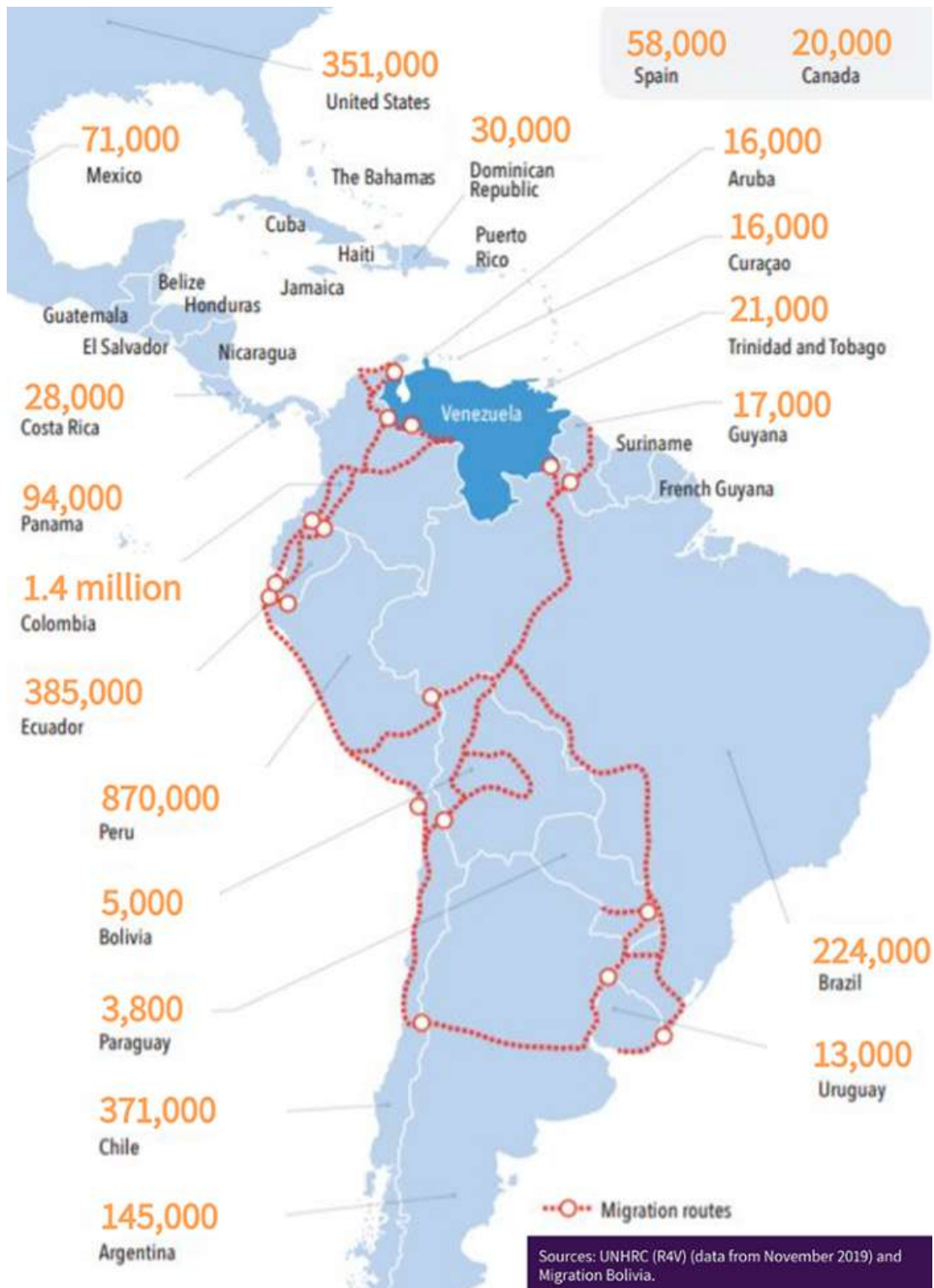
Otras naciones latinoamericanas han tenido diversas respuestas a la crisis migratoria venezolana que ha afectado indirectamente la afluencia a Colombia. Argentina, Brasil y Uruguay han implementado la extensión del Mercado Común del Sur (Mercosur)<sup>4</sup> (Acuerdo de Residencia). Este acuerdo internacional establece que los ciudadanos de un país miembro del Mercosur pueden obtener un permiso de residencia de dos años (Acosta, Boilin y Freiere, 2019). Asimismo, estos tres países han implementado políticas para nacionalizar a los venezolanos desplazados. Sin embargo, desde diciembre del 2016, cuando Venezuela fue suspendida del Mercosur, aparecieron nuevos procedimientos y medidas restrictivas en materia de permisos de residencia y nacionalizaciones.

Ecuador creó la Ley de Movilidad Humana en el 2018, que armonizó la normativa migratoria del país y permitió a personas de cualquier país miembro de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur) un permiso de residencia de dos años. Esto significó que, bajo este marco legal, los venezolanos podían ingresar libremente al país con su pasaporte o identidad. No obstante, en los últimos años, Ecuador ha introducido nuevas restricciones de visas para venezolanos desplazados (presentando antecedentes penales, solicitando una visa antes de la llegada y presentando un pasaporte válido) (Acosta, Boilin y Freiere, 2019).

---

4 El Mercado Común del Sur (Mercosur) es un área de libre comercio y un proceso continuo de integración regional fundado por Argentina, Uruguay, Brasil y Paraguay. Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú y Surinam son miembros asociados. Venezuela fue miembro de pleno derecho, pero fue suspendida desde el 2016.

Figura 2.5- Rutas de migración y flujos



Fuente: [World Bank \(2019\)](#).

Perú también creó un Permiso de Permanencia Temporal (TPP) que permite a los venezolanos estar legalmente en el territorio por un período de un año y los autoriza a trabajar. A pesar de esto, el TPP no es una autorización de permanencia y, por lo tanto, los venezolanos desplazados con este permiso no son considerados como residentes y no pueden obtener un carné de inmigración. Después de la expiración del TPP, si un ciudadano venezolano no tiene antecedentes penales y puede demostrar actividades económicas legales durante el término del TPP puede solicitar un permiso de residencia (Acosta, Boilin y Freiere, 2019). En el 2019, Perú restringió la entrada de venezolanos desplazados al imponer una ley que establecía que un pasaporte era obligatorio para entrar al país.

Chile ha tenido históricamente una política más restrictiva que otros países latinoamericanos. Para entrar al país, los venezolanos tienen que solicitar una visa en los consulados chilenos en Caracas o Puerto Ordaz. A los beneficiarios de la visa de responsabilidad democrática se les otorga un permiso de residencia de un año, prorrogable solo una vez, después de lo cual deben solicitar la residencia permanente o salir del país (Acosta, Boilin y Freiere, 2019).

# CAPÍTULO 3: PERFIL DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

---

## 3.1. Población de acogida

---

El censo del 2018 estima que Colombia tiene un total de 48.258.494 habitantes, de los cuales el 51,2 % son mujeres y el 48,8 % hombres (DANE, 2018). La densidad de población en Colombia varía enormemente en todo su territorio, principalmente debido a la gama de características geográficas del país. Por ejemplo, la región amazónica (390.486 km<sup>2</sup>), caracterizada por selvas y sabanas con temporadas extremas de inundaciones y sequías, tiene un promedio de 2,8 habitantes por kilómetro cuadrado; mientras que la región andina (282.540 km<sup>2</sup>), ubicada en la masiva cordillera de Los Andes, tiene la mayor concentración de población, con 122 habitantes por kilómetro cuadrado. En el 2019, el 77 % de los colombianos vivía en las zonas urbanas y se prevé que, para 2050, esta cifra aumente al 84 % de la población (Ministerio de Salud, 2018). La mayor parte de esta población urbana se concentra en las ciudades más grandes: 10,8 millones en Bogotá (la capital), 4 millones en Medellín, 2,8 millones en Cali, 2,3 millones en Barranquilla, 1,3 millones en Bucaramanga y 1,1 millones en Cartagena.

### Fecundidad

La población de Colombia está envejeciendo como resultado de la disminución constante de las tasas de fecundidad, mortalidad y crecimiento demográfico. La fecundidad ha seguido una tendencia negativa continua, debido principalmente al aumento de la educación y al mejor acceso a los servicios de salud sexual y reproductivo. En 1960, la tasa de fecundidad fue de 6,74 (nacimientos por mujer) disminuyendo a 1,81 en el 2018. La actual tasa de fecundidad apenas supera el nivel de reemplazo. Una vez más, hay una variación importante entre las regiones: para el período 2015-2020, el número promedio de niños para las mujeres en la Amazonía (3,38) es aproximadamente 1,8 veces mayor que en Bogotá (1,90) (DANE, 2020). Asimismo, esta variación está estrechamente relacionada con las desigualdades estructurales en todo el país. Por ejemplo, en la región Amazonas-Orinoquia aproximadamente un tercio (30 %) de la población vive en la pobreza, según el Índice de Pobreza Multidimensional construido por el DANE, utilizando los datos del censo del 2018. En Bogotá, solo el 4,4 % de la población está clasificada como pobre “multidimensional”.



## Mortalidad

Actualmente, la esperanza media de vida en Colombia es de 76,15 años. Aunque, por sexo, este indicador tiende a ser más alto para las mujeres, esta brecha ha disminuido (Ministerio de Salud, 2018). Entre el 2005 y el 2017, la tasa de mortalidad ha fluctuado entre 369 y 645 muertes por cada 100.000 personas. La principal causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio (Ministerio de Salud, 2018). En el 2017, las enfermedades del sistema circulatorio produjeron 150,3 muertes por cada 100.000 habitantes al año, lo que representa el 30,5 % del total de muertes en el país. En el mismo año, las enfermedades no transmisibles fueron la segunda causa de muerte (25,3 %). Las enfermedades no transmisibles más prevalentes fueron la diabetes mellitus, las deficiencias, las anemias nutricionales, las enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior, la cirrosis y algunas otras enfermedades hepáticas crónicas. La tercera causa más común de muerte fueron las neoplasias (20,2 %) y la cuarta fue por causa externa (15,5 %). Las enfermedades transmisibles constituyeron solo el 6,9 % del total de muertes en el 2017 (Ministerio de Salud, 2018).

## Morbilidad

De acuerdo con los datos recogidos del RIPS entre el 2009 y el 2019, aproximadamente 57,5 millones de personas recibieron servicios del sistema de salud en Colombia. En promedio, se prestaron 95,9 millones de atenciones al año. De esos servicios, el 65,6 % se prestó a personas consultadas por enfermedades no transmisibles; el 13,1 % a personas que padecían enfermedades transmisibles y malnutrición; el 14 % a personas que tenían manifestaciones clínicas no específicas; el 5,4 % correspondía a lesiones y el 1,9 % a enfermedades maternas y perinatales (Ministerio de Salud, 2020).

## 3.2. Población de desplazados internos

---

Según el registro oficial de víctimas, desde 1985, 6,5 millones de personas fueron desplazadas por la fuerza en Colombia (Unidad Nacional de Víctimas, 2020). El conflicto armado interno ha afectado a hombres y mujeres casi proporcionalmente: en el registro hay 3.301.848 mujeres y 3.130.014 hombres (NCHM, 2015). Además, alrededor de un tercio de las víctimas registradas son menores de 18 años: 503.323 en la primera infancia (de 0 a 5 años), 977.660 niños (de 6 a 12 años) y 798.593 adolescentes (de 13 a 17 años). La mayoría de los desplazados internos (53 %) son adultos de entre 18 y 60 años (3.441.664 personas). De esta población, 1.211.286 eran adultos jóvenes de entre 18 y 26 años, y 2.230.378 eran adultos de entre 27 y 60 años (NCHM, 2015). El desplazamiento forzado sigue siendo una realidad en Colombia: en un boletín reciente, la Defensoría del Pueblo de Colombia informó que, en enero del 2022, 4.408 personas de 1.358 familias fueron víctimas directas de 17 eventos de desplazamiento masivo producto de enfrentamientos entre grupos armados ilegales. Cabe destacar que la

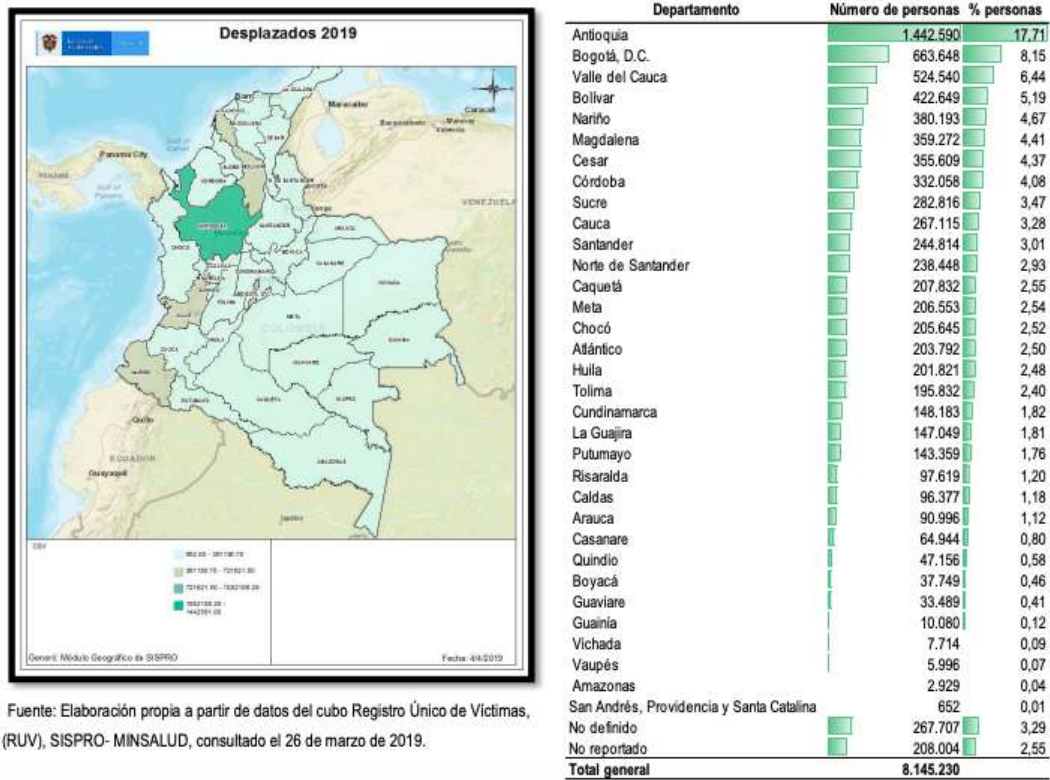
región más afectada fue la del corredor nororiental del país fronterizo con Venezuela: Arauca, Casanare, Vichada y el Norte de Santander (Defensor del Pueblo, 2022).

Las comunidades étnicas en Colombia han sido víctimas desproporcionadas del desplazamiento forzado. Según el registro, 869.863 personas desplazadas pertenecían a un grupo étnico, lo que significa que esta forma de violencia afectó al 14 % de la población étnica colombiana en el 2005. La ACNUR informó que, del total de desplazados internos, el 21,2 % se reconocía como afrodescendiente y el 6,2 % era indígena. Las regiones en Colombia que tienen el mayor número de población de desplazados internos reportados son Antioquia (17,7 %), Bogotá (8,2 %), Valle del Cauca (6,4 %), Bolívar (5,2 %) y Nariño (4,7 %) (ver figura 3.1).

Un estudio publicado en el 2007, que fue el primer esfuerzo académico para recopilar datos rigurosos y representativos de la población desplazada en Colombia, muestra que el 95 % de los desplazados internos estaban por debajo del umbral de pobreza, el 75 % estaba por debajo del umbral de pobreza extrema y el 50 % estaba desempleado (Ibáñez y Moya, 2007). Al mismo tiempo, este estudio muestra que el desplazamiento forzado causó una disminución promedio del consumo y de los ingresos del 28% y 50%, respectivamente. Por último, los datos indican que hubo una mayor incidencia de violencia doméstica y comunitaria entre los desplazados internos.

Según la Organización Internacional para las Migraciones (IOM, por sus siglas en inglés), las personas desplazadas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) tienen las mismas oportunidades y acceso a los servicios de salud que cualquier colombiano (IOM, 2002). Con todo, la evidencia muestra que, al menos a principios de este siglo, la tasa de admisión al SGSSS para los hogares desplazados es casi un 20 % menor en comparación con los hogares urbanos que viven en la pobreza extrema (Ibáñez y Moya, 2007). Conjuntamente, solo el 48% de los hogares desplazados estaban incorporados a la red nacional de alivio de la pobreza y el 14 % de ellos tenían un plan de seguro médico.

**Figura 3.1 – Número y distribución geográfica de la población de desplazados internos**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018- Dirección de Epidemiología y Demografía.

### Morbilidad

Un estudio del 2003 identificó tres tipos de problemas de salud causados por el desplazamiento forzado interno. En primer lugar, los problemas de salud mental causados por el estrés extremo resultante de cambios drásticos y repentinos en la vida. Segundo, la falta de nutrición adecuada causada por la escasez de recursos económicos. En tercer lugar, problemas gastrointestinales y respiratorios debido a condiciones de vida perjudiciales. La mayoría de los problemas médicos que enfrentan los desplazados internos, incluso años después de haber sido desplazados, están directamente relacionados con los obstáculos estructurales para satisfacer las necesidades básicas como el desajuste del capital humano y la consiguiente incapacidad para ingresar al mercado laboral (Mogollón, Vázquez, García, 2003).

Un estudio financiado por la Organización Internacional para las Migraciones y la ACNUR revela que alrededor del 80 % de los hogares desplazados informaron que un familiar estaba enfermo durante los tres meses anteriores. Las enfermedades más comunes fueron las infecciones respiratorias agudas y la diarrea aguda. Una vez más, esta alta prevalencia refleja condiciones de vida precarias. El estudio de Ibáñez y Moya (2007) muestra un cuadro similar: el 50 % de los hogares encuestados informó que uno o dos miembros estaban enfermos y el 20 % también expresó que tres o cuatro miembros

presentaban enfermedades. De todos los miembros enfermos de la familia, el 40 % tuvo que ir a un hospital para recibir tratamiento.

### 3.3. Venezolanos desplazados

---

La información demográfica está disponible solo para el casi medio millón (442.462) de venezolanos que han sido inscritos en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV). De los inscritos en el RAMV, el 49,7 % son mujeres (219.799), el 18 % son niños de 0 a 9 años, el 52 % tienen entre 20 y 39 años y los adultos mayores de 50 años no alcanzan el 6 % del total (DNP, 2018). En todos los grupos de edad la distribución por género es similar.

En los últimos cinco años, la migración desde Venezuela se ha concentrado principalmente en las zonas fronterizas orientales de Colombia (Norte de Santander, Arauca y La Guajira), Bogotá y la Costa Atlántica (ver figura 3.2). Alrededor del 80 % de la población migrante se agrupa en siete de los 32 departamentos (la mayor subdivisión descentralizada del gobierno) y en 60 de los 1.122 municipios (la subdivisión más pequeña dentro de los departamentos) del país (Departamento Nacional de Planificación, DNP, 2018). Bogotá es la ciudad con el mayor número de migrantes (278.511), lo que representa el 22 % del total de personas de Venezuela, pero solo el 2,5 % de la población total de la capital.

Aunque el mayor número de inmigrantes se encuentra en Bogotá, las zonas fronterizas son las más afectadas por el flujo migratorio venezolano debido a su volumen en términos relativos dominantes (por ejemplo, el número de migrantes como porcentaje de la población total del departamento). La mayor proporción corresponde al departamento de La Guajira que representa el 4,5 % de la población total de este departamento, seguido del Norte de Santander (4,3 %), Atlántico (3,1 %), Sucre (2,6 %), César (2,3 %) y Magdalena (2,2 %).

La información recolectada por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), un sistema que se enfoca en monitorear eventos de salud pública, muestra que el número de venezolanos que recibieron servicios sanitarios en Colombia ha crecido casi exponencialmente. Mientras que en el 2017 hubo 72.677 casos de pacientes extranjeros (combinando atención de emergencia, hospitalización, consulta externa y procedimientos), en el 2018 este número casi se multiplicó por 4,5, alcanzando 325.335 casos (ver tabla 3.1). En el período 2017-2019, las atenciones médicas más frecuentes monitoreados en el SIVIGILA con respecto a los migrantes venezolanos en Colombia fueron: malaria (57%, 40% y 27% del total de eventos reportados en 2017, 2018 y 2019, respectivamente), violencia doméstica (11 %, 14 % y 8 %), sífilis gestacional (1 %, 3 % y 9 %), desnutrición aguda en niños menores de cinco años (2 %, 4 % y 8 %) y tuberculosis (4 %).

**Tabla 3.1 - Atención a la población migrante venezolana**

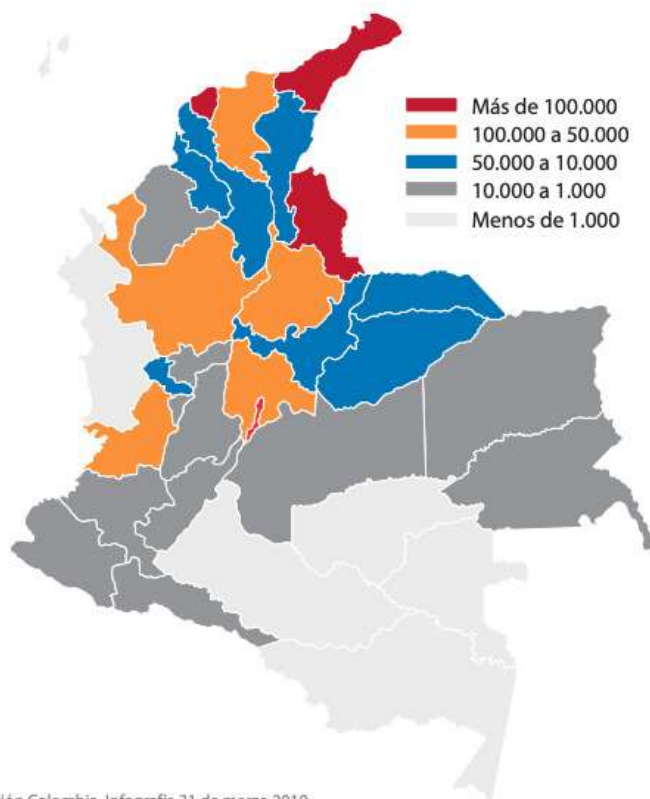
<b>Atención Médica proporcionada</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Variación %</b>
Atención de emergencia	8,926	130,708	183.4%
Hospitalización	4,562	16,900	270.5%
Consulta externa	48,589	130,708	196.0%
Procedimientos	10,600	47,019	343.6%
<b>Total</b>	<b>72,677</b>	<b>325,335</b>	<b>202.6%</b>

Fuente: DNP. (2018). Documento Conpes 3950. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3950.pdf>

La lista completa de los eventos de salud más frecuentes se presenta en la tabla 3.2. Particularmente, en el 2019 las muertes causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) representaron el 6,6 % de los eventos registrados por SIVIGILA. Igualmente, durante este año, 8.209 mujeres embarazadas y 7.496 mujeres que amamantaban fueron registradas en este sistema de monitoreo y la mayoría de ellas no recibieron controles prenatales adecuados ni tuvieron acceso a la red de protección social colombiana. Conjuntamente, los datos autorreportados sugieren que las patologías crónicas más frecuentes son: hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar y enfermedad cardíaca (Ministerio de Salud, 2018). También cabe destacar que un número significativo de la población migrante venezolana tiene algún tipo de discapacidad (11.648 personas).

En el 2020, la organización no gubernamental (ONG) colombiana Profamilia realizó un estudio centrado en las seis ciudades con mayor flujo migratorio desde Venezuela para identificar las necesidades más urgentes en materia de salud materna, infantil y adolescente, enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia contra las mujeres y salud mental. Mediante la triangulación de diversas fuentes de datos oficiales (ver Profamilia 2020), este estudio encontró que las necesidades más urgentes son: acceso a los servicios de atención primaria, pruebas de diagnóstico para los principales casos de salud pública, chequeos prenatales y postparto y el acceso a la información sobre el suministro de servicios de salud (dónde encontrar lo que se necesita dentro de la respuesta humanitaria). Igualmente, determinó que los servicios de salud más utilizados por los venezolanos desplazados en relación con la salud sexual y reproductiva eran las consultas para la confirmación del embarazo, el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y la asistencia en el uso de estos métodos. Los relacionados con la salud materno-infantil fueron la Morbilidad Materna Extrema (EMM), la atención prenatal y la atención del parto, las Infecciones Respiratorias Agudas (ARI) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (ADI). Por último, este estudio demostró que los servicios más utilizados relacionados con las enfermedades transmisibles fueron las consultas sobre el diagnóstico de VIH y hepatitis, y sobre las enfermedades no transmisibles, relacionadas con el sistema circulatorio y la diabetes.

Figura 3.2- Número y distribución geográfica de los migrantes venezolanos



DEPARTAMENTO	TOTAL
Bogotá D.C.	278.511
Norte de Santander	176.695
La Guajira	147.323
Atlántico	115.456
Antioquia	96.941
Santander	61.485
Magdalena	60.217
Cundinamarca	59.219
Valle del Cauca	58.516
Bolívar	42.601
Arauca	37.815
Cesar	34.822
Casanare	12.655
Sucre	12.391
Risaralda	12.283
Boyacá	10.511
Córdoba	8.624
Meta	5.572
Buena Vista	4.968
Quindío	4.785
Tolima	4.780
Cauca	3.312
Nariño	3.129
Caldas	3.010
Huila	2.653
Vichada	1.875
Putumayo	1.289
Chocó	346
Amazonas	341
San Andrés Islas	213
Caquetá	158
Guaviare	107
Vaupés	1
<b>Total</b>	<b>1.280.594</b>

Fuente: Migración Colombia, Infografía 31 de marzo 2019

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Infografía Fenómeno Migratorio. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/infografia-migrantes-25junio2019.pdf>

**Tabla 3.2 - Principales eventos de salud sobre migrantes venezolanos en Colombia monitoreados en el SIVIGILA - Período epidemiológico 4 (semana 16), 2017-2019**

Evento	2017	2018	2019
Malaria	56.80%	40.03%	27.34%
Sífilis gestacional	1.22%	2.76%	8.91%
Violencia doméstica	11.16%	14.35%	7.95%
Desnutrición aguda en niños menores de 5 años	1.83%	4.28%	7.59%
Muertes causadas por HIV	2.84%	4.02%	6.60%
Morbilidad extrema materna	2.23%	3.23%	6.52%
Dengue	1.01%	1.45%	6.20%
Bajo peso al nacer	1.62%	2.83%	5.81%
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	1.01%	3.03%	3.28%
Tuberculosis	2.43%	3.49%	2.67%
Rabia	2.23%	0.72%	2.53%
Sífilis congénita	1.01%	0.92%	2.46%
Otros	14.60%	18.89%	12.12%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Infografía Fenómeno Migratorio. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/infografia-migrantes-25junio2019.pdf>

Las regiones en Colombia que tienen el mayor número de pacientes venezolanos reportados son: Norte de Santander (30,1 %), Guainía (17,2 %), La Guajira (12,8 %), Arauca (4,9 %) y Vichada (4,3 %) (Ministerio de Salud, 2018). De los 129.336 extranjeros afiliados al SGSSS, solo el 21 % corresponde a venezolanos que obtuvieron el PPEP. Esto significa que solo una pequeña porción de la diáspora venezolana tiene un estatus migratorio regularizado y está inscrita en el sistema nacional de seguro médico. El número de venezolanos atendidos en el 2017 y el 2018 por tipo de atención se presenta en la tabla 3.1.

# CAPÍTULO 4: SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

---

## 4.1. Estructura del sistema de salud

---

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es una rama del Sistema General de Seguridad Social (SGSS) en Colombia y está dirigida y coordinada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). El sistema está organizado como una red de entidades privadas y públicas. En particular, el Ministerio de Salud coordina y regula cuatro grupos diferentes de organizaciones del sector de la salud: (i) entidades promotoras de salud (EPS); (ii) instituciones prestadoras de servicios (IPS); (iii) secretarías departamentales y municipales de salud como representantes del gobierno local; y (iv) otras entidades reguladoras, como el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto de Evaluación de Tecnologías de Salud (IETS) y la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). Igualmente, este sistema de seguro social combina diferentes regímenes de afiliación, en un esquema de “competencia gestionada” y “elección del consumidor”. La estructura principal del sistema de salud colombiano se describe en la figura 4.1.

Las EPS son compañías de seguros privadas, públicas o mixtas que ofrecen un paquete de servicios médicos regulados y contratan servicios de salud con la IPS. Estas compañías compiten ofreciendo planes de seguro diferencial en términos de fortaleza de la red de servicios, calidad y acceso a servicios complementarios (como planes de seguro de salud más amplios). Las personas afiliadas a las EPS hacen pagos a la IPS cuando los pacientes asegurados hacen un reclamo. Las EPS reciben una suma global promedio ajustada por riesgo por persona asegurada: la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Por lo tanto, para tener éxito, estas empresas deben gestionar adecuadamente tanto el riesgo financiero (rentabilidad) como el riesgo sanitario (prevención, diagnóstico precoz y calidad). Recientemente, las EPS y las secretarías de Salud han sido agrupadas bajo la etiqueta Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), dado que muchos gobiernos locales administraron compañías de seguros públicos.

Las IPS son hospitales, clínicas o centros de salud –tanto públicos como privados– categorizados según la complejidad de los servicios que prestan, desde el nivel I al IV, donde los niveles III y IV corresponden



a enfermedades complejas o de “alto costo”. Las EAPB y las IPS están presentes en todos los territorios y son supervisadas por el SNS. Una IPS solicita el pago para la EAPB que gestiona el seguro de salud del paciente. Para obtener cualquier servicio, los pacientes solicitan autorización de la EAPB para todos los procedimientos y sí están en el régimen contributivo, pagan copagos. Cuando un paciente no tiene seguro (aproximadamente el 6 % de la población total y el 64,6 % de los venezolanos desplazados en Colombia), la IPS solicita el pago al gobierno local.

**Figura 4.1 - Sistema de Salud colombiano**

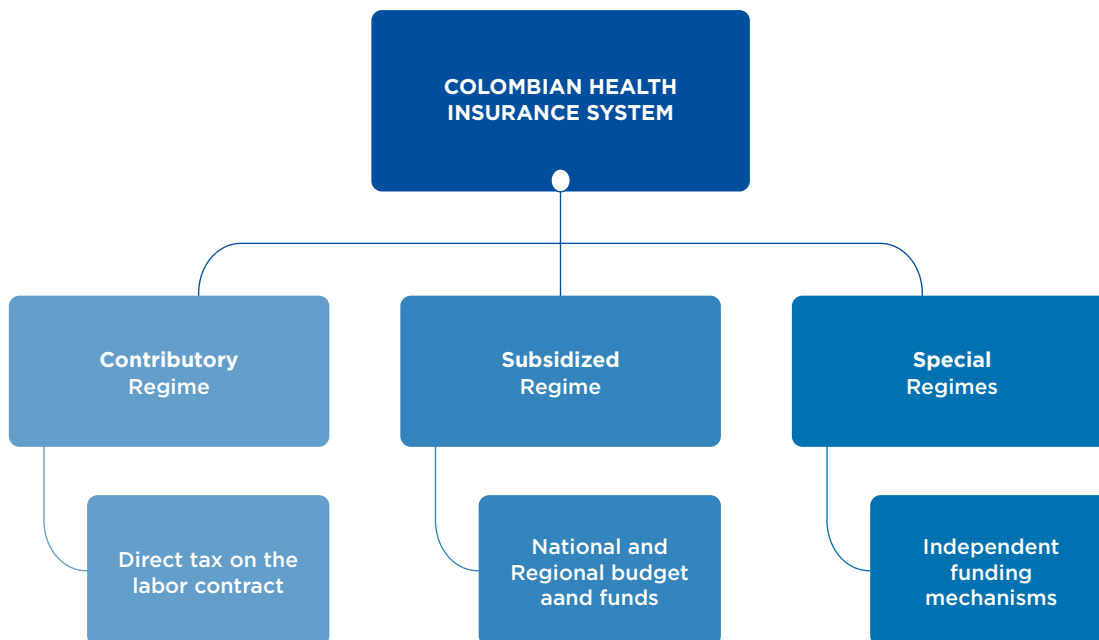


El sistema colombiano de seguro médico se compone de tres regímenes o subsistemas de afiliación coexistentes: (1) el régimen contributivo, (2) el régimen subsidiado y (3) los regímenes especiales. Los tres regímenes ofrecen planes de salud regulados con amplio acceso a medicamentos, procedimientos quirúrgicos, servicios médicos y dentales. La diferencia entre los dos primeros regímenes es la fuente financiera que cubre la suma global por persona asegurada (UPC). En el régimen contributivo, la UPC se financia a través de un impuesto directo sobre el contrato laboral de la persona asegurada, cobrando 12,5 % de impuesto sobre el 40 % de su salario. Por lo tanto, la afiliación al régimen contributivo ocurre cuando una persona tiene un contrato laboral formal. El costo de este contrato de seguro es compartido entre el empleador y el empleado: los empleadores cubren aproximadamente dos tercios (8,5 %) y los empleados un tercio (4 %) de la carga total (12,5 %).

En el régimen subvencionado, la UPC se financia íntegramente con cargo al presupuesto del Gobierno nacional. La inscripción al seguro médico dentro de este subsistema es realizada por la EPS que recibe las listas de beneficiarios de todos los programas estatales –proporcionados por la red nacional de protección social– o las listas de personas que son elegibles a través de mecanismos de focalización basados en la población. Todos los desplazados internos registrados y los refugiados migrantes venezolanos regularizados están afiliados automáticamente a través del régimen subsidiado. De acuerdo con las directrices del Ministerio de Salud, todos los venezolanos que viven en Colombia deben inscribirse en un plan de seguro médico. Para suscribirse a una EPS y acceder a todos los beneficios del SGSSS, un extranjero debe tener uno de los siguientes documentos: i) tarjeta de inmigración, tarjeta diplomática o permiso de residencia, según proceda; (ii) pasaporte de la organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados; (iii) pasaporte para niños menores de siete años; (iv) permiso especial (PEP) (Ministerio de Salud, 2017). En junio del 2018, había un total de 28.069 venezolanos afiliados al SGSSS (con un PEP en condición activa), de los cuales 93 % pertenecían al régimen contributivo y 7 % al régimen subsidiado. En agosto del 2020, 260.721 venezolanos estaban inscritos en el SGSSS, lo que representa un aumento del 829 % (MinSalud, 2020).

El tercer subsistema reúne varios “régimenes especiales” coexistentes que sirven a grupos particulares de la sociedad, como las fuerzas militares, la policía nacional, los maestros de escuelas y de universidades públicas. Cada grupo tiene un mecanismo de financiación independiente, con planes de prestaciones de salud diferenciados y, a veces, incluso, con una red de prestación de servicios médicos independiente. El funcionamiento del sistema de seguros colombiano se resume en el siguiente diagrama.

Figura 4.2 - Estructura y financiamiento del sistema colombiano de seguros



La población que no está afiliada a ninguno de los tres regímenes, y por lo tanto no está asegurada, puede acceder al sistema de salud a través de unidades de servicios de emergencia o servicios especiales de prevención de salud, como las campañas de vacunación. El costo del servicio para esta población “no afiliada” está cubierto por el Estado, que transfiere recursos retrospectivamente a la IPS que proporcionó la atención médica. En la práctica, esto significa que con frecuencia los proveedores de la asistencia sanitaria deben asumir el riesgo financiero de retrasos temporales en las transferencias estatales. Los costos de los no asegurados, tanto residentes como desplazados de Venezuela revelan la importancia y centralidad de la afiliación para garantizar y calcular el presupuesto sanitario y evitar riesgos financieros para los proveedores de la atención médica.

Las revisiones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico del diagnóstico del sistema de salud colombiano pueden resumirse en tres puntos (OECD, 2016). En primer lugar, el sistema de salud del país ha mostrado un rápido progreso hacia la cobertura universal. En 1993, la tasa general de afiliación era del 23,5 %; el 4,3 % para la población del primer quintil de la distribución del ingreso (los hogares más pobres) y el 6,6 % en las zonas rurales. En 2013, estos indicadores fueron: 96,6 %, 89,3 % y 92,6 %. En segundo lugar, el sistema proporciona protección financiera al minimizar el gasto directo. En 1993, los servicios de salud representaron el 52 % del gasto nacional, mientras que en el 2006 solo constituyeron el 15 % y hoy siguen siendo uno de los más bajos de la región. En tercer lugar, el acceso a los servicios ha mejorado considerablemente. En el caso de los hogares del quintil más pobre, las necesidades de salud insatisfechas se redujeron del 33,2 % (en 1993) al

2 % en el 2013. De igual forma, las consultas de salud preventiva (doce meses antes de la encuesta) aumentaron del 30,1 % (en 1993) al 62,8 % en el 2013. A pesar de esto, la evidencia sugiere que la competencia entre las aseguradoras no ha resultado en la gestión del riesgo de salud, sino principalmente en la gestión del riesgo financiero.

## 4.2. Política sanitaria y la respuesta normativa a la crisis migratoria

---

En virtud de la Constitución, todos los residentes de Colombia tienen derecho a la atención médica básica en el marco del sistema nacional de salud del país. Con todo, las necesidades de salud de los migrantes a menudo exceden la capacidad de los sistemas existentes de apoyo sanitario y social (OFDA-USAID, 2020). Todos los planes de seguro médico deben cubrir los “servicios obligatorios” descritos en un plan de beneficios y una lista de exclusiones oficiales<sup>5</sup>, que abarcan la mayoría de los servicios esenciales de atención y prevención, y son los mismos en todos los regímenes del seguro social (OMS, 2017). Mientras que algunos países a nivel mundial han sido poco acogedores al no permitir a los refugiados el derecho de acceder a los servicios humanos, como la salud financiada por el gobierno o los seguros y el empleo legal, Colombia ha sido relativamente hospitalaria con los venezolanos desplazados. Desde el inicio de la crisis migratoria más reciente hasta enero del 2021, casi la mitad de los venezolanos desplazados ya tuvieron la oportunidad de registrarse, trabajar legalmente y recibir beneficios de residencia temporal. Los analistas trazan esta línea de política a la década de 1990, cuando el conflicto armado interno de Colombia y la violencia ilícita de las drogas obligaron a millones de colombianos a emigrar, muchos a Venezuela (Janetsky, 2019).

En la figura 4.3 se presenta el cronograma que resume la respuesta del sistema de salud colombiano a las dos crisis de desplazamiento forzado: la población desplazada internamente por el conflicto armado colombiano y los venezolanos desplazados. La Ley 100 de 1993 creó el SGSSS que prevalece hasta hoy. Los principios esenciales del sistema médico establecido son la igualdad, la calidad de los servicios prestados y la cobertura total. La Ley 387 de 1997 promovió los derechos civiles de los desplazados internos y formuló diversas estrategias para atender sus necesidades, incluyendo el acceso a los servicios de salud. Promovió la afiliación de los desplazados internos al SGSSS. Posteriormente, esta regulación se complementó con otras que promulgaron la no discriminación por su condición, reconocimiento del impacto del desplazamiento y la regulación de la salud (Congreso de la República, 1997). El decreto 2131 del 2003 establece que, para recibir prestaciones de salud del SGSSS, los desplazados internos deben estar inscritos en el registro oficial de víctimas de conflictos armados internos. Ellos deben recibir atención de emergencia inicial, incluso antes

---

<sup>5</sup> Los planes de beneficios y la lista de exclusiones oficiales están disponible aquí: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/resultados-pos.aspx>

de registrarse. Gracias a la Ley 1122 del 2007, los desplazados internos y la población desmovilizada podían trasladarse libremente a cualquier EPS después de estar adheridos a través de un régimen especial transitorio (Congreso de la República, 2007).

De conformidad con la sentencia T-760 de 2008 del Tribunal Constitucional, el plan general de prestaciones de salud debe revisarse anualmente y de manera exhaustiva, y actualizarse con la misma periodicidad teniendo en cuenta las características demográficas de la población; el perfil epidemiológico y la tecnología disponible. Los planes de prestaciones de salud deben ser idénticos en todos los regímenes contributivos y subvencionados (Mejía, 2010).

En el 2017, el Ministerio de Salud a través de la Circular 25 para Actores del Sistema de Salud en Colombia decretó que los venezolanos deben estar inscritos a un plan de seguro médico. Sin embargo, si no tienen seguro, se les garantizará una atención de emergencia inicial. Al mismo tiempo, en el 2020 el Gobierno colombiano garantizó la afiliación (al régimen subsidiado) a la población colombiana no afiliada, a los venezolanos desplazados con el PEP y a los colombianos que regresaron de Venezuela a través del decreto 64. Finalmente, en el 2021 el Estatuto de Protección Temporal (TPS) aseguró el tránsito de venezolanos desplazados del régimen de protección temporal a un régimen migratorio ordinario, es decir, los migrantes tendrán un período de diez años para adquirir una visa de residente (decreto presidencial 216, 2021).

**Figura 4.3 - Cronología de la respuesta de la política de salud**



# CAPÍTULO 5: SISTEMAS DE INFORMACIÓN E INFORMES DE SALUD

---

## 5.1. Historia y estructura

---

En 1993, Colombia estableció un sistema unificado de información sobre protección social para apoyar la gestión y supervisión del SGSS que comprende el sistema de pensiones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema General de Riesgos Laborales y los Servicios Sociales Complementarios (Ley 100 de 1993). Entre el 2002 y el 2012, el Ministerio de Salud y el Ministerio del Trabajo se integraron en una entidad, denominada Ministerio de Protección Social, pero el sistema de información tenía al menos dos limitaciones importantes. En primer lugar, se centró en la vigilancia y protección de los derechos sociales y laborales dejando de lado las necesidades de información fundamentales para los sistemas de salud, como los datos de vigilancia epidemiológica. En segundo lugar, el sistema incluía únicamente registros administrativos en papel y manualmente, por lo que la calidad de los datos y las congruencias eran deficientes.

En el 2012, el Ministerio de Protección Social volvió a dividirse en dos organismos gubernamentales: el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) y el Ministerio del Trabajo. A la par, con la gestión del SGSS, bajo esta nueva estructura el nuevo órgano rector del sector salud tuvo que liderar una cartera de políticas públicas más amplia que incluía: crear directrices y promover la aplicación de intervenciones colectivas en materia de salud sobre los factores de riesgo sanitario; supervisar los resultados sanitarios y las necesidades médicas; fomentar la promoción de la salud; coordinar las acciones intersectoriales para mejorar los resultados en esta materia; supervisar y responder a las percepciones de los usuarios; liderar las políticas de desarrollo del talento humano; garantizar la vigilancia de la salud pública; recopilar información ambiental pertinente y proporcionar recursos no financieros, como asistencia técnica a las secretarías municipales de salud. Aunque la ampliación de las funciones a cargo del Ministerio de Salud fue promovida inicialmente por la Ley 1122 del 2007, es evidente que la separación de los ministerios reforzó la labor del Ministerio de Salud en la mencionada cartera de políticas públicas.

En el 2007 se constituyó legalmente el Sistema de Información de Protección Social (SISPRO) de Colombia (mediante la Ley 1122 del 2007).

No obstante, algunos años antes de este hecho, los técnicos del Ministerio de Salud ya habían creado las piedras angulares de este potente sistema de información. Desde el principio, hubo un esfuerzo explícito para evitar la creación de sistemas de información paralelos y para fortalecer SISPRO como el sistema único para la gestión, consolidación, procesamiento y disponibilidad de toda la información para todo el sector de protección social. El propósito principal de SISPRO era proporcionar información completa, estandarizada, oportuna y de alta calidad para monitorear, regular e informar la toma de decisiones y el diseño de políticas. En el marco de la nueva estructura administrativa, SISPRO evolucionó después del 2011 para abordar las nuevas necesidades de información sanitaria. Además, la Ley 1715 del 2015 definió que el alcance del sistema de salud colombiano va mucho más allá del SGSS, por lo que SISPRO debe integrar datos de todos los sectores relevantes. Los principales desafíos en este proceso inicial fueron: insuficiente estandarización y coherencia de los informes sobre las condiciones de salud (por ejemplo, diagnósticos y códigos de procedimientos de salud), falta de alineación de los canales de comunicación; subregistro y coordinación insuficiente entre las agencias gubernamentales (por ejemplo, entre el Departamento Administrativo Nacional de Estadística y el Ministerio de Salud).

Actualmente, SISPRO recibe y procesa datos producidos por todos los organismos gubernamentales involucrados en el Sistema de Protección Social en un único surtidor electrónico diseñado para gestionar grandes volúmenes de datos para acceder y analizar la información de manera más eficiente. El sistema utiliza una plataforma tecnológica a medida (PISIS) para recoger la información que se produce a partir de los libros de contabilidad de todas las transacciones relacionadas con la salud, pensiones, riesgos profesionales, trabajo, empleo y asistencia social de los más de cincuenta millones de usuarios del Sistema de Protección Social. SISPRO tiene cuatro componentes principales: (i) salud; (ii) pensiones; (iii) riesgos laborales; y (iv) promoción social (trabajo, empleo y asistencia social). El componente de salud consolida la información de 38 bases de datos, 35 estudios poblacionales y 39 observatorios. Las bases de datos más importantes son: RIPS (Registro de Prestación de Servicios Individuales), SIVIGILA (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica), Base de datos de nacimientos y defunciones, base de datos de detección temprana y protección específica (que incluye el suministro de libros contables de salud dental preventiva, planificación familiar, nacimiento y servicios neonatales), la base de datos del Calendario Ampliado de Inmunización (PAI) (libro de la implementación del calendario de vacunas desde el nacimiento hasta los 18 años) y la base de datos única de afiliados (libro de todas las personas afiliadas a los planes de seguro de salud y de riesgos laborales).

Especialmente, los RIPS son un conjunto de características estandarizadas de los servicios prestados en el sistema médico. Todos los proveedores de servicios de salud (IPS) están obligados por ley (véase la Resolución 3374



de 2000) a reportar a los RIPS de toda la atención proporcionada como apoyo legal para generar facturas de ventas electrónicas para procesar pagos provenientes de agencias de gestión de riesgos de salud (EPS). Cada servicio puede ser, por definición, una consulta o un procedimiento y se puede proporcionar en uno de tres entornos: ambulatorio, hospitalización y de emergencia. También, cada registro incluye el número único de identificación del paciente, la causa externa de la consulta o procedimiento, un diagnóstico y las intervenciones o costos resultantes.

La constante evolución de SISPRO le ha permitido superar su alcance inicial. Actualmente, el sistema incorpora dimensiones que van más allá de los componentes del SGS, lo que ha establecido esta plataforma tecnológica como piedra angular para la futura implementación de estrategias de e-salud en Colombia, por ejemplo: salud móvil, e-learning, repositorios digitales, registros de salud electrónicos unificados y portabilidad de datos. Conjuntamente, SISPRO ha fortalecido la integración de los sistemas de información del país, promoviendo la articulación con sectores que utilizan información médica (y viceversa), tales como educación, justicia, transporte, agricultura, medio ambiente, entre otros. Por ejemplo, el Ministerio de Salud desempeña un papel destacado en el sistema nacional de prevención de la violencia de género y participa en la coordinación del Sistema Nacional de Estadística (dirigido por el DANE).

Además de SISPRO y SIVIGILA, el sistema de salud colombiano cuenta con bases de datos que se utilizan para tareas muy específicas. Por ejemplo, la Cuenta de Alto Costo recopila información sobre el uso y los precios de los servicios prestados a los pacientes con enfermedades de alto costo, como la enfermedad renal crónica, el VIH/SIDA, la diabetes, el cáncer, la hemofilia y la artritis reumatoide. Este sistema de datos, administrado por el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, organismo técnico independiente creado por el decreto 2699 del 2007, obliga a todas las EAPB a reportar información de alta calidad que se utiliza para promover la creación y adopción de referentes técnicos, reducir la tendencia de nuevos casos de alto costo y garantizar que la gestión de las pruebas existentes esté basada en datos. Igualmente, además de reunir y utilizar esos datos, el Fondo tiene por objeto contribuir a la estabilización del sistema de salud, desalentando la selección adversa y la discriminación mediante un ajuste del riesgo de la prima básica basado en casos de alto costo.

Otro ejemplo importante de un conjunto de datos especializado (paralelo a SISPRO y SIVIGILA), es la base de Datos de Suficiencia. Este conjunto de datos se crea a partir de una muestra auditada del RIPS y es utilizado por el Ministerio de Salud para estimar el pago por unidad de capitación (UPC). El objetivo de este ejercicio es disponer de datos de mayor calidad para estimar los costos reales de la prestación de servicios. Desafortunadamente, el acceso a esta información es muy limitado.

## 5.2. Respuesta a la crisis migratoria y desafíos actuales

---

Hoy en día Colombia cuenta con un sistema de información de salud muy potente que puede proporcionar evidencia para diseñar e implementar políticas públicas dirigidas a las poblaciones migrantes y desplazadas por la fuerza. Como se mencionó anteriormente, SISPRO genera datos sobre la utilización de la atención de emergencia, todos los procedimientos y consultas, diagnóstico, hospitalizaciones, características de los pacientes y costos que pueden ser separados a nivel local, por IPS y por poblaciones muy específicas (como desplazados internos o población migrante venezolana). Como respuesta a las preocupaciones recurrentes de que el RIPS no captaba con precisión información sobre la atención brindada a los migrantes en Colombia, en el 2017 el Ministerio de Salud publicó la Circular 029, una directriz técnica específica que ordena a las IPS y a las secretarías de salud a reportar un registro individual adicional para personas extranjeras. Estos datos han demostrado ser estratégicos para monitorear la demanda y utilización de los servicios médicos por parte de los migrantes venezolanos en toda Colombia.

Por ejemplo, los planes estratégicos de salud desarrollados por todos los gobiernos locales –tanto a nivel municipal como departamental, llamados Plan Integral en Salud– se implementarán en el período 2020-2023 como parte del Plan de Desarrollo Territorial, utilizando como materia un informe específico sobre la utilización de los servicios sanitarios para migrantes (morbilidad, mortalidad, inscripción y uso) construido a partir de los datos de la Circular 029.<sup>6</sup> Otro ejemplo importante de uso a destacar es la creación del Observatorio Nacional de Migración y Salud. Esta plataforma electrónica presenta paneles de indicadores básicos de frecuencia para la inscripción al seguro de salud, la utilización de servicios, las necesidades médicas (salud infantil y malnutrición, salud materna, enfermedades de transmisión sexual (STD), consultas de planificación familiar, enfermedades crónicas y de alto costo, casos activos de COVID-19) y causas de mortalidad. Al mismo tiempo, estos informes pueden desglosarse por año, grupo de edad, género, departamento y municipio.

No obstante, todavía hay un margen de mejora para aumentar aún más el uso y el impacto de este sistema de información sanitaria. Los informes de morbilidad y movilidad de las poblaciones migrantes dispersas por todo el territorio colombiano podrían orientar el diseño de políticas públicas y alinear las necesidades médicas con los mecanismos de financiamiento. Sin embargo, los informes disponibles presentan indicadores de frecuencia, como el número de pacientes extranjeros atendidos o la distribución de estos pacientes entre grupos (por edad, territorios o género) y no incluyen indicadores que midan la prevalencia (la tasa de individuos que tienen una condición en o durante un período particular) y la incidencia (la tasa

---

<sup>6</sup> Para más información: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/planes-territoriales-de-salud.aspx>

de nuevos individuos que desarrollan una condición durante un período particular). Además, no hay evaluación sobre la calidad y los sesgos de estos datos administrativos, especialmente para las regiones de Colombia donde la prestación de servicios y las instituciones en general son más frágiles.

Hay importantes vacíos de datos (demográficos y epidemiológicos) que deben llenarse para planificar una respuesta sanitaria más efectiva al desplazamiento forzado en el futuro. En particular, existe una completa desarticulación entre SISPRO y los sistemas de datos gestionados por los 75 miembros del Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM), una plataforma de coordinación para la respuesta a la crisis de refugiados y migrantes en Colombia. Este grupo, creado en el 2016 está codirigido por la Organización Internacional para las Migraciones y la ACNUR e incluye agencias de la ONU, ONG internacionales y locales, y el Movimiento de la Cruz Roja. Por ejemplo, hay al menos dos grandes beneficios al vincular SISPRO a los sistemas de información independientes de los miembros de la GIFMM que proporcionan ayuda humanitaria. En primer lugar, el Sistema de Protección Social podría evitar la duplicación de esfuerzos o la prestación de servicios al generar informes en tiempo real sobre las atenciones y la asistencia general recibidas. En segundo lugar, la información a nivel personal que incluya la asistencia de la GIFMM ayudaría a trazar y orientar los servicios de protección social al proporcionar una imagen completa de la utilización de los servicios y las necesidades médicas. En tercer lugar, la información a nivel personal podría fomentar estrategias para inducir la demanda de seguros de salud y actividades de prevención.

Las entrevistas con actores clave también apoyan la idea de la necesidad imperiosa de integrar la información del Sistema Colombiano de Protección Social con otras plataformas que captan información sobre las poblaciones migrantes. Esta combinación no solo incluye el GIFMM, sino diferentes organizaciones comunitarias, universidades y otras instituciones dedicadas al estudio de la migración en el país. Con todo, el desafío consiste en superar las barreras para compartir e integrar la información.

*“Hubo restricciones de carácter mucho más microinstitucional, incluso de fricciones informativas, donde quizás el bien menos repartido en estos procesos migratorios, en mi opinión y con mi experiencia, después de haber estado en esto algunos años, es el acceso a la información”. - KIMH Bogotá.*

---

*“Hay un problema potencial de coordinación que no es, digamos, en el GIFMM lo que tenemos es una excelente capacidad de articulación entre las agencias a nivel de planificación y creo que han estado trabajando mucho en eso. Pero no, no he visto que compartamos información, que hagamos un solo registro de pacientes, eso no pasa”. - KIUA Bogotá.*

---

Por ejemplo, algunos de los desafíos en el acceso a la información médica tienen que ver con la realidad regional y su capacidad. En algunas regiones, la atención de los médicos especialistas se externaliza al sector privado y no hay necesariamente un informe de toda la información de los pacientes al sistema público, lo que significa que podría haber alguna pérdida de datos.

*“En La Guajira no había un segundo nivel de atención para un problema y entonces subcontractaban un hospital y luego facturaban. Pero entonces solo estás mirando, digamos cuál es la red pública primaria, no están capturando toda la información de lo que es la atención. Porque subcontractan servicios, porque no los tienen, no tienen ese nivel de complejidad. Entonces, lo subcontractan a un privado o a otro, o lo brinda una cooperación”. - KIMH Bogotá*

---

Otra cuestión que puede afectar el acceso o la integración de la información sanitaria son las políticas de protección de datos. Aunque la información recuperada por diferentes agencias de cooperación podría ser útil para validar la información de salud pública y viceversa, las políticas de protección de datos e identidad impiden una articulación adecuada. Cuando se le preguntó acerca de ejemplos de cooperación efectiva entre los organismos gubernamentales nacionales y locales, y los organismos de cooperación, un informante clave mencionó:

*“Con la cooperación internacional. Y a través del GIFMM. El GIFMM ha sido una de las entidades que nos ha apoyado, ya que en él están registradas todas las instituciones colaboradoras. Hemos visto que cada institución cooperante tiene una barrera para la protección de la información a los usuarios y analizamos que hay una misma población que se beneficia de muchas instituciones cooperantes. En otras palabras, la misma persona recibe múltiples*

*beneficios. Hemos tratado de articularnos con todos ellos, pero es difícil que ellos le den la base de datos que tienen a otro cooperante para cotejar información porque no lo permiten. Esto va en contra de algunas de las reglas que han estipulado para proteger la identificación de su usuario y todas esas cosas”.*

- KIHS Maicao

---

En cuanto al acceso a la información y a los usuarios que la consultan, en las entrevistas a informantes clave quedó clara la necesidad de una organización y un mapeo de servicios para orientar mejor a los venezolanos desplazados sobre los servicios e instituciones de salud que pueden visitar.

*“Sabemos quiénes somos todos, pero no sabemos quién está haciendo qué, dónde y cómo. Quiero decir, todo el mundo sabe, esto es cooperación. Esto es del sector público; esto es del sector privado. Pero nadie sabe a ciencia cierta a dónde referir qué tipo de casos. No existe un mapeamiento nacional de los servicios por grupos, por ejemplo, en materia de salud. Estas son las 10, 15, 20 o 30 organizaciones. Quizás el personal interno del GIFMM lo sepa, pero aquí sigo viniendo y diciendo lo mismo. Son instituciones muy herméticas”.* - KIAC Barranquilla

---

La articulación entre los organismos gubernamentales que gestionan y financian el sistema de salud colombiano con las instituciones que prestan los servicios de salud es otro aspecto para fortalecer para asegurar una mejor experiencia a los inscritos en el sistema de salud.

*“El ADRES<sup>7</sup> y el SAT<sup>8</sup> no tienen intercomunicación, no son cooperativos. Así que lo que pasa es que puedo afiliar a una persona hoy y la resolución 1128 me dice que la persona tiene acceso a sus servicios inmediatamente cuando está afiliada, pero la realidad me dice que llegan a la IPS y la IPS dice: ‘Lo siento, pero usted no aparece en el ADRES y si no aparece en el ADRES nadie va a pagarme, no puedo atenderle. Fin’.”* - KIAS Bogotá

---

7 El ADRES es el organismo de administración de recursos sanitarios que forma parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

8 SAT es la plataforma que alberga la base de datos de los inscritos en el sistema de salud colombiano.

El sistema de información de salud de Colombia aún se percibe como fragmentado a pesar de estos esfuerzos. Las discusiones pendientes sobre la propiedad y el uso de la información aún no se han producido, como se indica en los testimonios.

*“Así que tendríamos que ver cómo resolverlo. Pero el hecho es que, en los sistemas de información, uno de los problemas es que están muy fragmentados y no hay solución tecnológica en este momento”. - KIUA, Bogotá*

*“Bueno, ese es el problema basado en un concepto equivocado –es decir, que la información de salud pertenece a los proveedores–, pero la información de salud debe pertenecer al individuo. Usted debe ser el propietario de su información ir y buscar la información, usted tiene que rogar por los resultados que se le darán. Así que ahí tenemos un desastre, digamos un desastre estructural que hay que resolver”. - KIUA, Bogotá*

---

# **CAPÍTULO 6:**

## **EXPERIENCIA DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA**

---

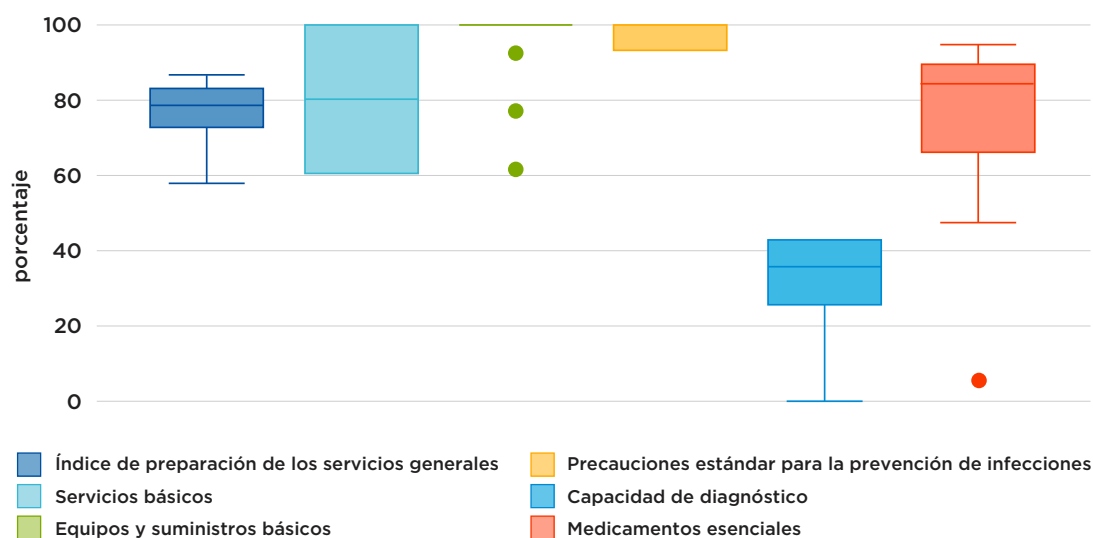
### **6.1. Disponibilidad de servicios y capacidad de los centros de salud**

---

La evidencia principal recogida sugiere que los centros de salud visitados en este estudio están relativamente bien preparados para proporcionar los servicios necesarios a toda la población. Como se explicó anteriormente, la evaluación de los centros de salud detalla la capacidad existente para satisfacer las necesidades médicas de las poblaciones desplazadas, los venezolanos desplazados, los desplazados internos y las comunidades de acogida. Este análisis utiliza datos recopilados en una muestra total de 20 centros de salud distribuidos en 13 municipios diferentes de Colombia. Esta evaluación determinó la disponibilidad y calidad de los servicios sanitarios en los centros de apoyo con el fin de comprender la respuesta del sistema de salud a las necesidades inmediatas y a largo plazo de las poblaciones desplazadas y de las comunidades de acogida.

En cuanto a la disponibilidad de los servicios básicos, observamos que todos los centros de salud obtuvieron una puntuación superior al 60 % en este ámbito (tabla 6.1 y gráfico 6.1). En referencia al equipamiento y los suministros básicos, la mayoría de los centros de salud tenían todo el suministro básico para tratar a los pacientes. El puntaje del subíndice de precauciones estándar para la prevención de infecciones para los 20 establecimientos de salud está por encima del 92 %, lo que significa que todas las instituciones cuentan con un protocolo y equipo para manejar las infecciones. Con respecto a la capacidad de diagnóstico, muchas instalaciones no tenían el equipo necesario para tratar y diagnosticar la malaria, el sarampión, la tuberculosis y la diabetes.

**Gráfico 6.1 – Índice General de Disposición**



**Tabla 6.1 – Estadísticas descriptivas del índice de disposición general y sus cinco subdominios**

Índice	N.	Mediana	SD	P25	P75	Min.	Máx.
Disposición general	20	78.41	8.81	72.20	83.27	57.62	86.47
Servicios básicos	20	80.00	17.74	60.00	100.00	60.00	100.00
Equipos básicos y suministros	20	100.00	9.82	100.00	100.00	61.54	100.00
Precauciones estándar para infecciones	20	100.00	3.59	92.86	100.00	92.86	100.00
Capacidad de diagnóstico	20	35.71	12.50	25.00	42.86	0.00	42.86
Medicamentos esenciales	20	84.21	21.63	65.79	89.47	5.26	94.74

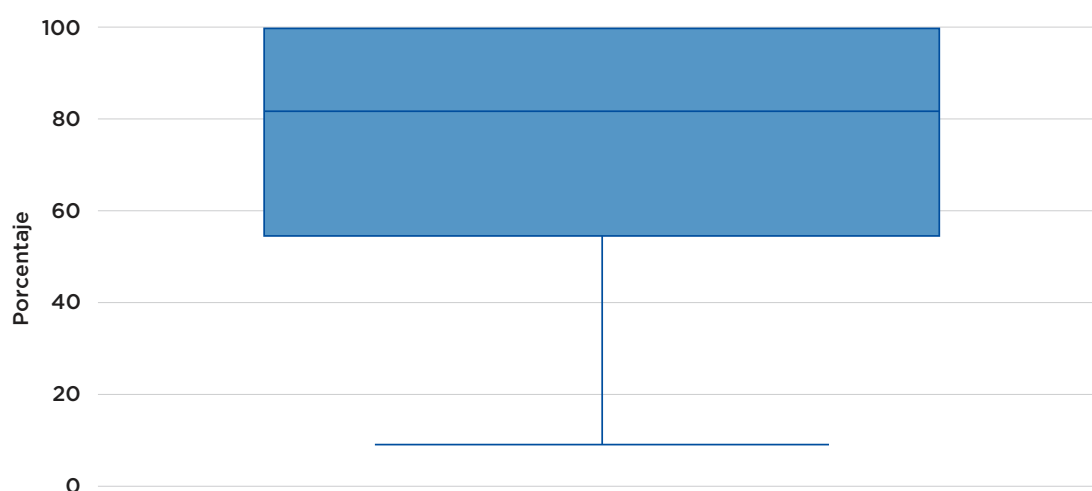
Esto se explica por la forma en que se organiza la red de provisión de salud en Colombia: para optimizar la infraestructura y los recursos, los niveles de complejidad varían entre los centros de salud. Es necesario mencionar que este subdominio es responsable de la mayor parte de la variación en el índice de disposición general. El último subdominio explora la disponibilidad de medicamentos esenciales. En esta dimensión, la mayoría de las instalaciones de salud obtuvieron una puntuación superior al 80 %, pero la dispersión entre las instalaciones es alta.

Al mismo tiempo, casi todos los centros de salud de la muestra notificados manifestaron plena capacidad para prestar servicios generales (en los últimos tres meses). Las estimaciones del índice de servicios generales muestran que el 75 % de las instalaciones reportadas tenían una puntuación completa del 100 % (ver figura 6.2 y tabla 6.2). Solo un



centro de salud obtuvo una puntuación sorprendentemente baja (9,1 %) lo que podría explicarse por el hecho de que la mayor parte de las instalaciones de nivel 3 de complejidad tendrían puntuaciones bajas en cuanto a la prestación de servicios generales, dado que estos servicios son prestados por instalaciones de nivel 1 y 2. Solo los pacientes que necesitan procedimientos complejos y específicos asisten a servicios de alta complejidad. Los servicios que se incluyen en este índice son: servicios de atención curativa para niños menores de cinco años, tratamiento del VIH y adolescentes, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles, servicios quirúrgicos menores (como incisión y drenaje de abscesos y sutura de laceraciones que no requieren el uso de un quirófano), pruebas y tratamiento COVID-19.

**Figura 6.2 - Índice de servicios generales**



**Tabla 6.2 - Estadísticas descriptivas de índice de servicios generales**

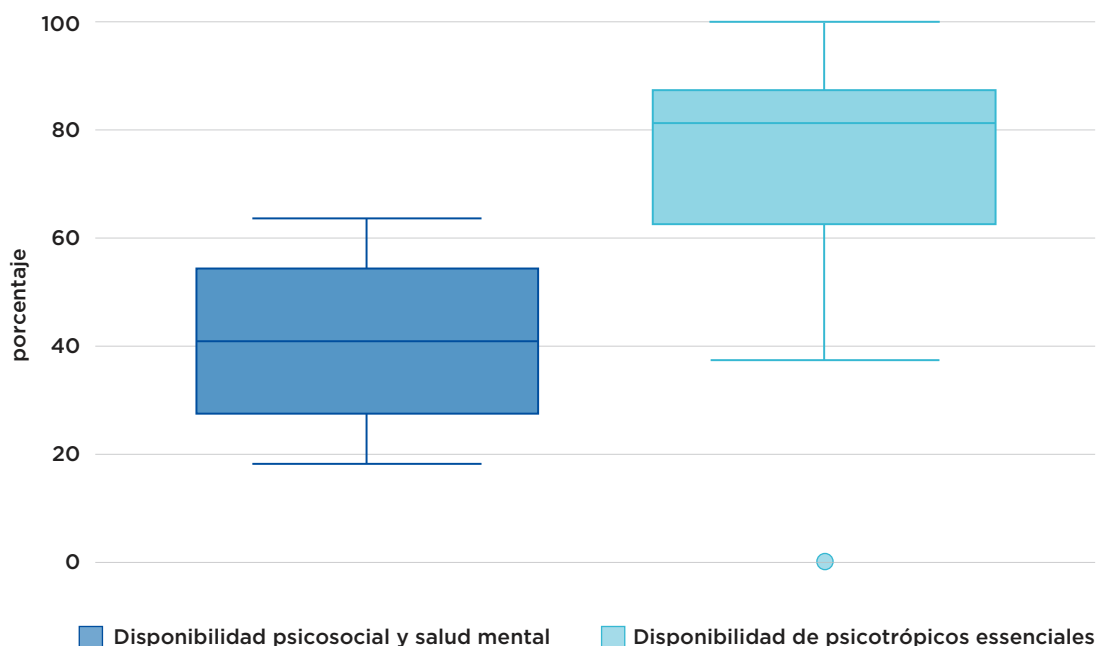
Índice	Obs	Mediana	SD	P25	P75	Min.	Máx.
Servicios generales	20	81.82	27.50	54.55	100.00	9.09	100.00

En cuanto a la disponibilidad de servicios de salud mental, solo hay 14 observaciones en la muestra, porque actualmente seis centros de salud no ofrecen apoyo psicosocial ni servicios de salud mental (véanse el gráfico 6.3 y la tabla 6.3). En el caso de los que prestaron estos servicios, los datos muestran que la disposición a facilitarlos era limitada.

La puntuación máxima en el índice de disponibilidad de servicios fue del 63,6 % y la más baja fue del 18,2 %. Igualmente, el 75 % de las instalaciones tenían una puntuación inferior al 54,6 %. En cuanto a la disponibilidad de medicamentos para tratar los problemas de salud mental, las tres cuartas partes de los centros obtuvieron una puntuación igual o superior al 62 %. Solo un centro informó que no disponía de psicotrópicos esenciales.

Los resultados mencionados son especialmente preocupantes dada la amplia evidencia sobre la necesidad generalizada de los servicios de salud mental para las poblaciones desplazadas en Colombia. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental sugieren que la prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos psiquiátricos diagnosticables en adultos desplazados es del 15,9 % (Tamayo Martínez *et al.*, 2016), aproximadamente un 50 % superior a la observada en individuos no desplazados (10,1 %, véase Gómez-Restrepo *et al.*, 2016b). Utilizando datos de una encuesta de 1.309 hogares en Meta, Colombia (una región llena de violencia), León-Garrido *et al.* (2021) demuestran que el 15,5 % de la población presenta síntomas de trastornos de salud mental y que el desplazamiento forzado representa el 31 % de las desigualdades de salud mental medidas. Del mismo modo, utilizando los datos recopilados de venezolanos que migraron de Ecuador a Perú, Carroll *et al.* (2020) recopilaron evidencia que sugiere un vínculo entre los resultados de salud mental y los factores de vulnerabilidad migratoria, como el estrés asociado a la propia migración, pérdida de estatus, viajar con niños o durante el embarazo, crisis culturales, alienación y disconformidad en las aspiraciones y logros.

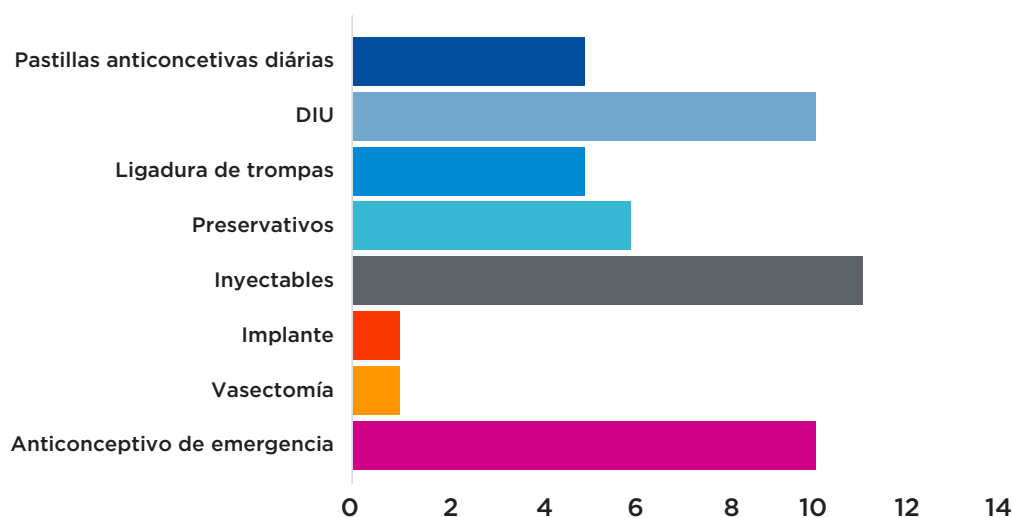
**Figura 6.3 - Índices de disponibilidad de servicios psicosociales y de salud mental**



**Table 6.3 – Índices de disponibilidad de servicios psicosociales y de salud mental**

Index	N.	Mediana	SD	P25	P75	Min.	Máx.
Salud psicosocial y mental	14	40.91	16.23	27.27	54.55	18.18	63.64
Psicotrópicos esenciales	14	81.25	28.24	62.50	87.50	0.00	100

Del mismo modo, la disponibilidad de servicios de planificación familiar fue relativamente baja en esta muestra de centros médicos. Por ejemplo, como se expone en la figura 6.4, solo la mitad de los centros de salud informan sobre métodos anticonceptivos de emergencia, inyectables y ligadura de trompas preformada y solo un centro de salud proporcionó condones y realizó procedimientos de vasectomía. Estos resultados sugieren que muy frecuentemente estos establecimientos no ofrecen muchas opciones para la planificación familiar en Colombia. Pero, este resultado puede explicarse en parte por la especialización de los centros y también tomando en cuenta su nivel de complejidad.

**Figura 6.4 – Número de centros de salud entrevistados que informaron de la prestación de servicios de planificación familiar**

## 6.2. Acceso a la asistencia médica

### 6.2.1. Dificultades de acceso cuando no se tiene seguro

El acceso adecuado a los servicios médicos en el sistema de salud colombiano es a través de la inscripción en un seguro. Según el Observatorio de Salud y Migración del Ministerio de Salud, actualmente aproximadamente 653.126 venezolanos están afiliados al sistema de seguro de salud colombiano (que representa casi el 35,4 % del total de migrantes

y refugiados venezolanos en Colombia), 53,7 % al régimen contributivo, 41,2 % con un permiso PEP y 39,4 % con un permiso a través del Estatuto de Protección Temporal (Migración del Ministerio de Salud, 2022).<sup>9</sup>

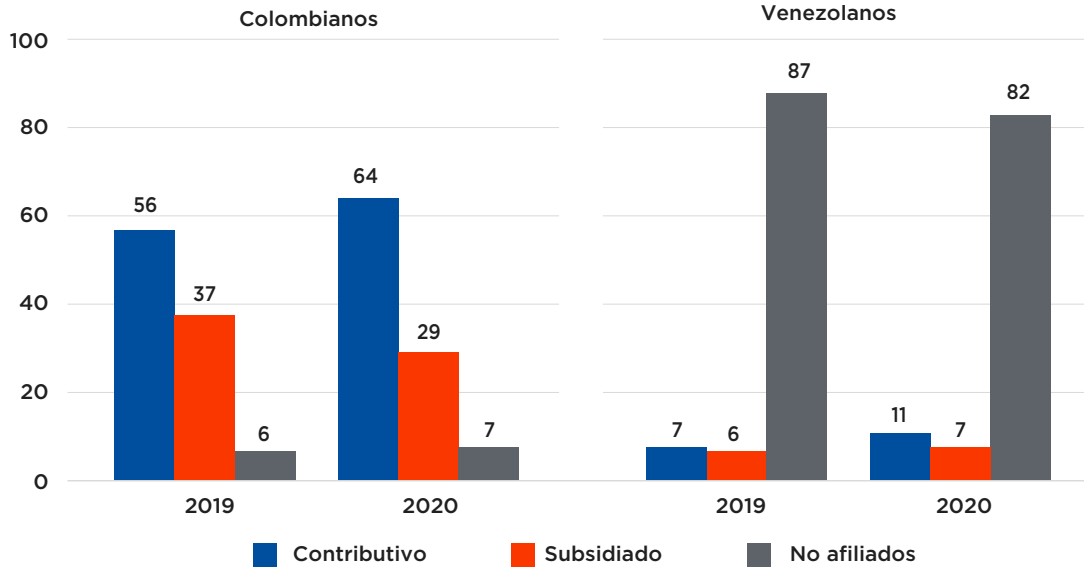
Las personas no inscritas solo pueden acceder a la atención sanitaria a través de unidades de cuidado de emergencia e intervenciones colectivas complementarias. Dado que el acceso a través de las unidades de emergencia es ineficiente y tiene más inconvenientes y las intervenciones colectivas complementarias tienen un alcance limitado –centrándose en las estrategias de prevención de salud pública–, la provisión efectiva de atención médica para los más de un millón de venezolanos desplazados sin seguro es limitada. Por lo tanto, es importante entender a un nivel más profundo las razones que impiden a los venezolanos desplazados obtener su estatus legal y seguir inscribiéndose en el sistema de salud colombiano. Primero, describiremos los procesos formales definidos en el marco regulatorio de Colombia, que definen un conjunto de barreras legales a la salud. Posteriormente, se discuten otros obstáculos, como las barreras operativas y de procedimiento, que se identifican en la evidencia recogida por el presente estudio.

Más del 80 % de los servicios prestados a los venezolanos en Colombia se prestan a personas que no están inscritas en el sistema público de seguros (gráfico 6.5). Esto es problemático porque la utilización de este servicio implica una asignación ineficaz de recursos. Por un lado, dado que los servicios se prestan a personas no afiliadas a través de las unidades de atención de emergencia, la complejidad y el costo de la mayoría de estos casos pueden haberse reducido gracias a los esfuerzos preventivos o de detección temprana disponibles solo para las personas aseguradas (por ejemplo, mediante consultas de atención primaria). Según el Departamento Nacional de Planificación (DNP), los costos de atención médica son significativamente más bajos a través del sistema de seguros públicos, en contraste con los servicios accedidos a través de las unidades de atención de emergencia (DNP, 2018). Por otro lado, los costos de los servicios prestados a las personas no inscritas deben ser cubiertos inicialmente por las IPS y luego reembolsados por el Estado. Esto genera una importante carga financiera para los proveedores de atención médica; pero también, dado que estos costos pueden ser a veces insostenibles para las IPS, pueden generar incentivos para evitar tratar a los migrantes, incluso cuando la ley lo exige. En consecuencia, esto podría explicar, al menos parcialmente, las disparidades observadas en el acceso y la calidad de los servicios prestados a los migrantes en Colombia.

---

<sup>9</sup> Para más información: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Observatorio-Nacional-de-Migracion-y-Salud.aspx>

**Gráfico 6.5- Porcentaje de utilización de los servicios de salud por tipo de afiliación**



Fuente: Sheppard *et al.* (2021). Datos de SISPRO-RIPS Ministerio de Salud y Protección Social.

No es de extrañar que uno de los principales hallazgos de este estudio sea que la experiencia con el sistema de salud para los venezolanos en Colombia depende enteramente de que hayan regularizado su estatus migratorio y de que estén inscritos en cualquiera de los regímenes del sistema de seguro médico. De hecho, el acceso a la atención médica de toda persona inscrita en el sistema de seguro público es idéntico, independientemente de su nacionalidad. Sin embargo, incluso si el sistema de salud colombiano en teoría debe proporcionar atención sanitaria a todas las personas en el territorio (aseguradas o no aseguradas), el acceso efectivo para las personas no inscritas es sustancialmente condicionado.

*“Cuando vas al servicio de salud, tienes que esperar tres, cuatro o cinco horas para que salgan y te dicen: ‘No podemos atenderte porque no tienes un PEP, no tienes expediente’”. - Migrante venezolano que vive en Maicao, Colombia.*

*“No voy al hospital a menos que sea una emergencia. Entonces, “¿ha tenido buena atención?” No, en el hospital no, casi nunca me quieren recibir, porque no es una emergencia”. -Migrante venezolana residente en Bogotá, Colombia.*

*“Para dar a luz, ¿es lo mismo? Para emergencias en el hospital. ¿Para obtener medicamentos y tratamientos para enfermedades crónicas? ‘No señora, son proporcionados por el EPS’. ¿Y cuándo tiene un problema de salud mental? ‘Gracias a Dios que no’. Quiero decir, ¿van a hospitales, clínicas, trabajadores*

*de salud comunitarios, proveedores informales, farmacéuticos, farmacias, curanderos tradicionales, proveedores privados? ‘Al hospita’’. - Migrante venezolano que vive en Bogotá, Colombia*

---

Como se mencionó, los venezolanos desplazados que no están inscritos en el sistema de seguro solo pueden acceder a la atención médica a través de unidades de urgencias o programas de prevención de salud pública. Para llegar a los servicios de emergencia, cualquier paciente (con o sin seguro) debe pasar por una evaluación de triage para determinar si su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad, requiere atención médica inmediata y adecuada para prevenir discapacidad o muerte. Técnicamente, las emergencias comprenden cualquier condición médica del paciente que representa un riesgo vital: ataques cardíacos, infecciones respiratorias, insuficiencia cardíaca, lesiones graves en la cabeza, el cuello o la columna vertebral, quemaduras graves, intoxicaciones, sangrado abundante, reacciones alérgicas, dolor extremo, riesgo de perder un miembro u órgano, por mencionar algunos.

El Ministerio de Salud ha apuntado explícitamente a fortalecer las acciones de salud pública para responder a la crisis migratoria venezolana, ordenando que todas las IPS deben “garantizar atención de emergencia a la población migrante”, siguiendo las directrices técnicas para clasificar a los pacientes en los servicios de emergencia<sup>10</sup> e insiste en que “bajo ninguna circunstancia el triage puede ser utilizado como un mecanismo para negar la atención de emergencia” (MinSalud, Circular 25 de 2017). Esta resolución también expresa que la verificación de los usuarios se hará después del proceso de triage, lo que significa que las instituciones que proporcionan el servicio de salud registrarán la cobertura y el pago responsable después de que el paciente haya pasado por la clasificación del servicio de emergencia.

Estos mecanismos regulatorios deberían, en teoría, garantizar el acceso a la atención médica de emergencia a todos los venezolanos en Colombia. A pesar de esto, los venezolanos desplazados enfrentan obstáculos para

---

<sup>10</sup> La resolución 5596 del Ministerio de Salud y Protección Social, de 24 de diciembre del 2015, estableció cinco categorías de triage:

Triage I: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y requiere maniobras de reanimación debido al compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de un miembro u órgano u otras condiciones que requieren atención inmediata.

Triage II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o muerte, o aumentar el riesgo de pérdida de una extremidad u órgano, por lo tanto, requiere atención que no debe exceder de treinta (30) minutos. La presencia de dolor extremo según el sistema de clasificación utilizado debe considerarse un criterio dentro de esta categoría.

Triage III: la condición clínica del paciente requiere medidas diagnósticas y terapéuticas en el servicio de urgencias. Se trata de aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que están estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se toman medidas.

Triage IV: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su condición general, ni representan un riesgo evidente para la vida o la pérdida de extremidades u órganos. Sin embargo, hay riesgos de complicaciones o secuelas de la enfermedad o lesión si él/ella no recibe la atención correspondiente.

Triage V: el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa la condición general del paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de un miembro u órgano.

acceder a los servicios de emergencia. Con frecuencia, las personas migrantes informan que se les niegan los servicios en las unidades de emergencia debido a que en el triage su caso no está clasificado como una emergencia. Es importante destacar que el triage se rediseñó precisamente para controlar el exceso de consultas que no corresponden a necesidades de emergencia. Se ha documentado cómo los pacientes (colombianos y venezolanos) utilizaban sistemáticamente las unidades de emergencia para obtener un acceso más rápido al sistema de salud (Ministerio de Salud, Resolución 5596 de 2015). Por lo tanto, para responder a la creciente demanda derivada de esta práctica y el colapso de los servicios de emergencia, se implementaron nuevas directrices de triage.

***“No recibo atención médica porque no es una emergencia. Si estás caminando, te dicen: ‘no, estás bien’. Y no es así, porque si vas a un sitio así, es porque icaray! Es porque no hay nada más que hacer, ya sabes”. - Migrante venezolano, Cúcuta Colombia.***

***“A no ser que tengas un accidente grave o una enfermedad de alto riesgo, aquí en urgencias te atienden, pero en caso contrario, si tienes consulta o atención ginecológica, atención odontológica, lo pagas tú”. - Migrante venezolano, Tumaco Colombia.***

---

Todas las personas en Colombia se benefician de los esfuerzos de promoción y prevención de la salud a través de Intervenciones Colectivas Complementarias (PIC) que proporcionan servicios médicos básicos como vacunas, orientación para el control de la natalidad y controles del embarazo. Una vez más, en teoría, la priorización y disponibilidad de estas estrategias de prevención debería responder parcialmente a las necesidades médicas de los migrantes venezolanos. El reglamento del Ministerio de Salud establece que todas las entidades territoriales –gobernadores, alcaldes, autoridades de distrito y municipales y administradores de planes de prestaciones de salud– deben analizar la situación de los migrantes en sus territorios y definir planes de acción para las poblaciones vulnerables o desprotegidas (mujeres, mujeres embarazadas, niños y adolescentes, ancianos y personas con discapacidad). Las intervenciones, sin embargo, dependen de las prioridades de cada autoridad local.

***“El plan de inmunización los cubre. Es decir, se cubre todo lo que tiene que ver con la vacunación, también se cubre todo lo que tiene que ver con la oferta del PIC, del plan de intervenciones colectivas. Pero esto responde a una realidad territorial, porque acuérdense que la salud es descentralizada, entonces es lo que el ente territorial también ha priorizado en cuanto a recursos o en cuanto a focalizar las necesidades de salud pública y demás”. - KII Bogotá***

---

Específicamente, en Colombia se deben implementar intervenciones colectivas complementarias que impacten positiva y directamente los determinantes sociales de la salud (MinSalud, Circular 25 del 2017). Los servicios son gratuitos y están dirigidos a toda la población, independientemente de su condición de afiliación. El Ministerio de Salud ha establecido los siguientes temas y poblaciones prioritarias<sup>11</sup>:

- i. Impulso de la atención integral y desarrollo infantil.
- ii. Fomento de la información sobre los esquemas de vacunación.
- iii. Perfeccionamiento de los derechos sexuales y reproductivos como la prevención de embarazos no deseados, violencia de género, enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.
- iv. Organización de acciones institucionales para detectar señales de alerta en mujeres embarazadas.
- v. Fomento de espacios de consejería y atención en crisis de salud mental o consumo de sustancias psicoactivas.
- vi. Divulgación de campañas sobre enfermedades endémicas.
- vii. Mejora de acciones para el diagnóstico y manejo de enfermedades con potencial epidémico.
- viii. Programas de prevención de enfermedades respiratorias agudas.
- ix. Difusión de estilos de vida saludables.

Todas las intervenciones colectivas complementarias deben extenderse a los venezolanos desplazados. No obstante, el acceso al tratamiento de enfermedades crónicas sigue siendo una barrera para los migrantes irregulares.

*“Aquí en Colombia lo que no es posible es la medicina interna, al menos la diabetes, la hipertensión, la psiquiatría, la psicología, aquí en Colombia hay una barrera para acceder a eso. Aquí dicen que tienes que tener el PEP, que tienes que tener el Sisbén y es lógico que si no tienes el permiso especial de permanencia (PEP), no vas a tener Sisbén<sup>12</sup>, entonces si automáticamente vas a un centro de salud como venezolano y no tienes PEP, no tienes Sisbén te van a decir que cuando tengas Sisbén vengas y te hacemos la cita”. - Migrante Venezolano Cúcuta*

---

Si las intervenciones de emergencia y secundarias son limitadas para las poblaciones sin registro, ¿cuáles son los inconvenientes para que los venezolanos desplazados se registren? Las conversaciones con los informantes clave proporcionaron algunas explicaciones.

---

<sup>11</sup> Para más información, véase la carta 25 del 2017 (MinSalud).

<sup>12</sup> El Sisbén es un “índice de prueba de recursos indirectos” que se utiliza para orientar los programas sociales en Colombia, como el mayor programa de transferencias monetarias condicionadas Familias en Acción. Este índice está hecho por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), utilizando información recopilada a través de una encuesta de hogares especializada. Más información sobre el Sisbén está disponible en: <https://www.sisben.gov.co/Paginas/que-es-sisben.aspx>



### 6.2.1.1. Documentación

Uno de los principales problemas identificados fue la dificultad de llevar la documentación adecuada, ya sea porque la entrada a Colombia fue de forma irregular o debido a la ausencia de instituciones eficientes en Venezuela que puedan enviar o proporcionar documentación precisa y legal. Esta última realidad deja a los migrantes con documentos o formularios de calidad inapropiada que los funcionarios públicos colombianos no aceptan para avanzar en el proceso de registro.

*“Para los migrantes el impedimento más grande es que no entraron al país legalmente. A las personas que ingresan legalmente al país les resulta relativamente fácil obtener su permiso especial. Pero hay muchos que entraron ilegalmente, entonces no tienen el pasaporte sellado, algunos ni siquiera tienen pasaporte, que es lo que pasó con algunos pacientes, no tienen su documento de identidad, entonces esa es la dificultad más grande para que puedan estar matriculados”. - KIRSO Bogotá*

*“La falta de institucionalidad y todos los procesos que se rompieron en Venezuela no les permite tener la documentación, la documentación al día, ni las apostillas, ni nada que se requiera en los trámites establecidos en el país para que puedan estar de forma regular. Es decir, los trámites realmente, aunque uno entienda que están dentro de la norma, no responden a la realidad de la migración, sobre todo de las personas que vienen de Venezuela”. - KIOL Bogotá*

*“Ellos requieren de un documento [de identificación] válido. [Un funcionario decía:] pero ya sabes, que esta fotocopia [del documento oficial] que me trajiste no se ve bien hoy o no se ve bien, tráeme otra fotocopia y el migrante no tiene 200 pesos adicionales para la fotocopia. Así que es una traba operativa, administrativa”. - KIOL Bogotá.*

---

Asimismo, las KII mencionaron las dificultades de registro que enfrentan los migrantes que son ciudadanos venezolanos, pero entienden el territorio con una lógica binacional, como la población Wayuu. La complejidad de la población migrante e indígena plantea cuestionamientos sobre la

articulación con sus autoridades políticas, su rol y eficiencia en el registro de sus comunidades en el sistema de salud.

*“Tenemos una población colombo-venezolana que también es parte de la población Wayuu, donde se identifican como colombianos, pero permanecen en territorio venezolano. No están identificados, porque nosotros como República colombiana no los tenemos identificados, pero son parte de una autoridad. No tienen pasaporte, no tienen permiso [de residencia], no tienen salvoconducto”. - KIHS Maicao*

---

#### **6.2.1.2. Conocimientos y habilidades para el manejo del sistema de salud colombiano**

Otra barrera identificada en las KII es la falta de comprensión entre los venezolanos desplazados sobre cómo funciona el sistema de salud colombiano. Las insuficiencias en las estrategias educativas lideradas por el Gobierno colombiano y la complejidad de los procedimientos técnicos y operativos del sistema de salud se destacan como algunas de las limitaciones para que los venezolanos desplazados accedan a la atención médica.

*“No podemos negar que los migrantes tienen barreras adicionales o agudizadas, llegando a un sistema donde en medio [de todos los procesos] hay una aseguradora, [un sistema] donde no voy a ser atendido en todos lados y donde hay servicios [complejos]. [Esto] genera un abismo con lo que tienen interiorizado. [...] Claro, estamos hablando de un sistema de salud complejo, fragmentado, donde saber las rutas puede ser difícil”. - KIAC Bogotá*

*“Digamos que un venezolano regulariza su estatus y tiene distintas opciones para afiliarse [al sistema de salud]. Puede ingresar [al portal en línea] Mi Seguro Social y llenarlo por su cuenta. También puedes acercarte a cualquier entidad territorial y recibir la asistencia y el apoyo que necesitas en un centro de integración. Pero no todas las personas podrían hacerlo, ya sea por su edad, sus conocimientos o la forma en que se manejan estos portales web. Por eso es muy importante que haya apoyo para que las personas puedan llenar su información de manera correcta”. - KIAC Bogotá*

*“Hay desconocimiento por parte de la población migrante refugiada y retornada sobre la forma de regularización”. - KIOL Bogotá*

---

Además, los migrantes no tienen acceso a información oficial a través de los medios tradicionales. La mayoría de ellos no tienen acceso a la televisión o la radio, ni a Internet. Su información es parcial o sesgada y se basa en lo que les cuentan familiares y otros migrantes. En este sentido, es necesario reevaluar las estrategias de comunicación para promover la regularización y la matrícula en el sistema de Salud y los procedimientos para lograrla.

*“Vienen de Venezuela sin tener mucho acceso a Internet, en muchos casos sin siquiera tener señal de televisión. Entran por senderos, por lugares no autorizados, por lo que tampoco reciben información. Vienen con información de familiares que han pasado por el proceso y la información es confusa. Entonces, yo creo que una de las barreras para la regularización es la falta de información”. - KIOL Bogotá*

*“Un impedimento que hemos encontrado es que la población migrante se ubica económicamente en las comunidades donde no llega nadie, donde no llega ni la mano de Dios, o sea, ahí no hay señal de Internet, no hay comunicación por radio”. - KIOL Bogotá*

*“Creo que todavía es necesario llegar a los más vulnerables que no tienen acceso a la información como la conocemos comúnmente como medios digitales. Para nosotros puede ser algo normal informarse a través del periódico, internet, el teléfono, pero cuando estas opciones no son específicas de un refugiado, un migrante que llega al país o que no tiene acceso a estos insumos, el acceso a la información sigue restringido. Esto es con respecto a la regularización”. -KIAN2 Bogotá*

---

Los testimonios de las KII también muestran que otro de los inconvenientes para ingresar al sistema de salud es la falta de conocimiento de esta población sobre sus derechos en materia médica.

*“Pero muchos de los problemas de acceso efectivo a los servicios de salud son comunes a los de la población no afiliada. Esto tiene que ver, por supuesto, con que la población no afiliada es la población que menos experiencia, conocimiento y apropiación tiene de sus derechos, de los medios de atención, también son menos defensores de sus propios derechos”. - KIMH Bogotá*

---

### **6.2.1.3. Comportamientos culturales**

Como se mencionó anteriormente, la migración venezolana a Colombia ha sido diversa. Como afirman diferentes informantes clave, los migrantes están acostumbrados a un sistema de bienestar integral que opera principalmente a través de políticas de oferta (como la prestación directa de servicios y sin mercados de seguros) que es muy diferente del sistema de salud colombiano. En consecuencia, el sistema médico venezolano ha moldeado normas sociales y comportamientos socioculturales que podrían estar interfiriendo en la experiencia de los migrantes en Colombia y pueden ayudar a explicar las barreras culturales adicionales para el registro y afiliación al sistema de salud en un territorio extranjero. La entrada ilegal a Colombia impone estos choques culturales que afectan negativamente el registro adecuado y el acceso al sistema sanitario.

Muchos migrantes venezolanos inicialmente son reacios a acceder a los servicios de salud locales por temor a ser deportados, especialmente si su llegada fue por medios irregulares. Por lo tanto, evitan la inscripción.

*“La gente tiene miedo de buscar, de buscar autoridades de salud si no es necesario, para mí hay un elemento que la gente no quiere, no quiere llegar a hospitales o clínicas porque siempre tienen en mente que también pueden ser deportados o que necesitan una identificación. Así, hay también en mi opinión, pero no he hecho ningún estudio científico, hay un obstáculo para llegar al servicio de salud por falta de conocimiento, por miedo, por no tener documentación”. - KIAC Bogotá*

---

Informantes clave también señalaron las dificultades que tienen los migrantes para conocer las complejidades del sistema de salud colombiano. Algunos creían que las diferencias significativas entre los sistemas de salud venezolano y colombiano y el hecho de que los venezolanos desplazados tienen hábitos existentes basados en su relación con el Estado, caracterizados principalmente por la provisión de bienestar, era una barrera clave.

*“Tal vez las costumbres que tienen, las costumbres de trabajar, muchos no son dados a trabajar, muchos se inclinan a esperar que el gobierno les dé todo. Tal vez vienen con otras costumbres de donde están migrando, que les dieron todo gratis. Aquí en Colombia las cosas son un poco más difíciles. Entonces, aquí han tenido que hacer muchas actividades para poder beneficiarse”. - KIHS Maicao.*

*“Un problema es que para los venezolanos esto es todo ‘griego’ para ellos, este seguro social y la seguridad social, y la afiliación. Eso no existe en Venezuela. En Venezuela hay un sistema de salud nacional donde tu estas ahí y vas al servicio público y te atienden con tu cédula venezolana, no hay seguro de salud, no hay seguro como tal. Entonces, entienden esa lógica. Además, tenían acceso a muchas cosas gratis, los proporcionaba el gobierno en sus servicios públicos y medicinas, etc. Entonces esta lógica de que es algo con seguro y hay que pagar o hay que pagar copagos, etcétera. Bueno, no está dentro de la lógica de lo que sabían y entonces, haya o no haya problema de demanda, no hay mucha demanda. Ellos no ven la urgencia de afiliarse porque esa no es la forma en que ellos accedían a los servicios de salud”. - KIUA Bogotá.*

*“Yo creo que hay un problema de desinformación muy fuerte, a qué procesos tienen acceso una vez regularizados, la gente se regulariza para conseguir un trabajo, un lugar en la escuela y siguen yendo a urgencias y no saben que pueden estar afiliados, o lo que es una EPS. Hay que tener en cuenta que vienen de otro sistema de salud, un sistema público donde no existe esa figura, por lo que no hay que asegurarse que, por el lado de la demanda, la afiliación, hay un tema de desinformación”. - KIMH2 Bogotá.*

---

Además, los testimonios de informantes clave sugieren que, para algunos migrantes, inscribirse en el sistema de salud colombiano no se percibe como una ventaja, al menos a corto plazo, cuando pueden acceder a servicios de salud mejores y ágiles a través de la cooperación internacional.

*“Cuando la cooperación, por su disposición, está llamada a atender a toda la población independientemente de su estatus migratorio y acceder a algún beneficio de la cooperación es mucho más rápido que hacerlo de manera regular, gran parte de la población va a esconder su estatus migratorio”. - KIOL*

*“No lo hacen básicamente porque han visto que acceden mucho más rápido a los servicios de asistencia a través de la cooperación internacional o de los servicios que son apoyados por diferentes ONG nacionales o internacionales, lo que hace que los atiendan más rápido, sin trámites y sin ningún tipo de pago, por lo que deciden continuar bajo la modalidad asistencial y no afiliarse. Esto lo estamos empezando a ver en algunas zonas en una pequeña proporción, pero es algo que nos da mucho miedo”.*

*- KIAC2, Bogotá*

---

Los informantes clave mencionan otros aspectos culturales asociados a la resistencia de los venezolanos desplazados a seguir (una vez inscritos) el marco regulatorio. Es importante destacar que este cumplimiento de la normativa incluye un seguimiento obligatorio a cada cuatro meses para certificar que su residencia actual permanente en el municipio en que se reporta. Este seguimiento puede ser percibido como discriminatorio para los venezolanos desplazados.

*“Hay otros que tienen que ver con los aspectos socioculturales de la población migrante y refugiada retornada, y hay una resistencia a asumir nuestros procesos y normativas. Si bien no se implementa en todos los territorios, el marco normativo obliga a los migrantes a realizar un proceso de reporte cada cuatro meses, en la entidad territorial. ¿Cuál es el propósito de esto? Bueno, la población es migrante de su propio país y dentro de nuestro propio territorio. Entonces, probablemente estén asegurados en Riohacha, pero a un familiar le fue bien en Bucaramanga, entonces migran a Bucaramanga. Así, este reporte cuatrimestral le permite al ente territorial tener un conteo mínimo de cuántas personas tiene la responsabilidad de atender, cuántos migrantes. Muchos migrantes dicen que esto es un*

*acto discriminatorio porque los colombianos no están obligados a reportarse. ¡Claro, porque los colombianos no migramos con la misma velocidad!”.*

- KIOL Bogotá

---

Se deben considerar estrategias para promover y motivar la afiliación a través de las organizaciones de gestión de la salud (EPS), ya que, para estas instituciones, los migrantes son una población de riesgo considerando su realidad pendular y el esfuerzo financiero involucrado en asistirlos.

*“Las EPS no ayudan a nadie que no cumpla con su UPC. Es decir, solo se afilian si ya han decidido quién va a pagar. Entonces, para ellos es un gran problema. Ahora bien, para ellos tampoco ha sido una gran motivación, digamos, no han hecho jornadas de afiliación para la población venezolana porque es una población que en general es población que está de paso. Pero digamos, se ha pensado más como una población migrante que se mueve, que no necesariamente se va a quedar aquí o que va a regresar o que se va a ir a otro lado, entonces no es una población muy interesante para buscar afiliarse, porque vienen con muchos problemas de todo lo que han sufrido, entonces los afilias y hay que solucionarlo”.* - KIUA Bogotá

---

Algunas preocupaciones aumentaron sobre los migrantes que llegaron al país después del 31 de enero del 2021, fecha de referencia para acceder a los beneficios del TPS. Actualmente no se ha abordado la cuestión de cómo adaptar y flexibilizar el marco jurídico en respuesta a la dinámica migratoria venezolana.

*“Bueno, primero que nada, la más obvia, es sobre la fecha, está orientada a las personas que estuvieron aquí antes de esa fecha y los flujos migratorios no pararon después de ese día, ¿no? Entonces, no sé las cifras, tal vez alguien les esté dando seguimiento, pero el trabajo de campo que hacemos con los temas de la Fundación Salud, la mayoría de las personas que están en problemas son las que llegaron después de esa fecha, siguen llegando y hay algunas encuestas por ahí, creo que es el Banco Interamericano de Desarrollo o, por ejemplo, la migración de Venezuela,*

*que indican que muchas de estas personas quieren traer a su familia. Entonces no sé cómo el Estatuto va a ser perceptible a eso”. - KIH2, Bogotá*

---

Finalmente, otra barrera identificada para inscribir a los venezolanos desplazados en el sistema de salud es la dificultad de localizarlos y contactarlos. No es fácil llegar a los migrantes porque cambian constantemente su número de residencia y de contacto como parte de su realidad migratoria..

*“Yo recuerdo, la secretaria de Buga diciendo, ‘ok, yo quiero buscar a los migrantes, ¿dónde están?, ¿quién me dice dónde están? Migración Colombia, no, Migración Colombia me da una estadística, porque nadie me da los teléfonos de la gente, nadie me dice más o menos dónde están’. [...] Luego descubrimos que muchos de esos teléfonos eran de los cibercafés donde estaban las personas cercanas a ellos. Bueno, porque cambian mucho, pero por lo menos ahí se saca algo, eh, y eso se ha solucionado, pero sigue siendo un reto ubicar a esta población”. - KIYA, Bogotá*

---

### **Estudio de caso de SWIHSS: promover la plena integración y acceso a la salud con unidades de emergencia como punto de partida.**

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente (SWIHSS) es una red integrada de proveedores de servicios de salud pública que opera en la región suroeste de Bogotá, capital de Colombia. Esta red de hospitales públicos ofrece servicios como atención de emergencia, hospitalización y servicios ambulatorios. El modelo de atención del SWIHSS es conocido por su enfoque en priorizar la atención centrada en el paciente, basada en la investigación científica y la formación médica.

Después de la última oleada de desplazamiento social y económico desde Venezuela, el SWIHSS logró avances sustanciales en la provisión de acceso y atención, y en la promoción de la matrícula en el sistema colombiano de seguro médico de mujeres venezolanas embarazadas en Bogotá.

Como parte de un proyecto piloto, esta red proporcionó a estas mujeres todos los controles prenatales y medicamentos necesarios, independientemente de su situación migratoria. Este enfoque innovador tiene como objetivo garantizar embarazos y partos seguros en respuesta a los desafíos de salud con los que muchas migrantes embarazadas llegaron a Colombia.



*“Al principio identificamos que los pacientes venían con muchas patologías. Sífilis, identificamos mucho VIH, bebés que venían con enfermedades del corazón, entonces les aseguramos todo: vitaminas, tratamientos, mientras están embarazadas, van todos los meses a emergencias para sus controles”. (KII - Bogotá).*

Según los testimonios recogidos, el SWIHSS ha prestado servicio a más de 500.000 venezolanos desplazados con estatus migratorio irregular y sin seguro de salud. La red ha desarrollado un protocolo interno para identificar a los venezolanos que tienen disposición de residencia permanente en Colombia y apoyarlos en el proceso de formalización de su estatus migratorio e inscripción en el seguro de salud.

*“Un trabajador social interviene [y] ayuda a orientarlos en la regularización de su situación migratoria”. (KII - Bogotá)*

Bogotá cuenta con un Fondo Especial de Financiamiento para recolectar y gestionar todos los recursos de salud. En el caso de los servicios de atención de emergencia y hospitalización, el SWIHSS recibe directamente de este Fondo el reembolso de los servicios prestados a personas no aseguradas. El hecho de que el Fondo y el SWIHSS formen parte del gobierno local facilita el pago de servicios y recursos para la atención de los migrantes.

### **6.2.2. Dificultades de acceso cuando se tiene seguro**

Las entrevistas a profundidad revelaron un fenómeno que limita el acceso a la atención médica de los venezolanos desplazados como unidad familiar. No es extraño que los miembros de una familia migren por separado y en diferentes momentos. En estos casos, con frecuencia un familiar podría haber regularizado su situación migratoria y haberse inscrito en el sistema de seguro médico. Igualmente, puede suceder que incluso si toda la familia migra junta, no todos pasen por el proceso de regularización. En cualquiera de estos casos, los mecanismos existentes para regularizar el estatus migratorio (PEP y TPS para los migrantes venezolanos) son unipersonales o individuales y no cubren a familiares. Por lo tanto, solo las personas con un estatus regularizado pueden iniciar efectivamente la inscripción al sistema de seguro público en Colombia.

*“Cuando yo ya estaba aquí en Colombia, se me hacía difícil ir al médico, ir a hacerme unas pruebas, unos exámenes, no podía hacerlo porque no tenía IPS, pero hoy en día sí, me siento muy bien porque voy a mi IPS y me atienden de la mejor manera posible, yo no tengo quejas de esa IPS y me dan mis medicamentos*

*y todo lo que necesito, los exámenes que necesito, me los dan, y por eso me siento bien con esa parte; bueno, mi preocupación es que mi hijo no tiene IPS y mi mamá no tiene seguro”. - Migrante venezolano residente en Cúcuta, Colombia.*

*“Bueno, para nosotros principalmente es la falta de atención médica porque yo tengo a mi mamá y ella no tiene seguro, no tiene IPS ni nada... o sea, es duro porque no la atienden en ningún lado”. - Migrante Venezolano residente en Bogotá, Colombia*

---

Otra importante y frecuente barrera normativa al acceso cuando se está asegurado son las restricciones y los procesos asociados con la inscripción en una EPS, que es diferente cuando una persona o familia migra a otro municipio. En general, se deben cumplir cuatro requisitos para cambiar la EPS. Primero, haber estado afiliado a la misma EPS durante un año. El año de afiliación se cuenta a partir de la fecha de inscripción del miembro cabeza de familia. Segundo, no ser hospitalizado en una institución que preste servicios de salud. Esto se aplica a todos los miembros del núcleo familiar (en el caso de tener más beneficiarios bajo el seguro). Tercero, registrar la solicitud de transferencia para todos los miembros del núcleo familiar. En cuarto lugar, la EPS a la que el migrante desea trasladarse debe estar autorizada para operar dentro del municipio donde reside. La transferencia se puede hacer a través de los diferentes regímenes, se puede hacer en línea o en persona y no se requieren documentos (solo el formulario virtual o físico). Por reglamento, si la solicitud se realiza dentro de los primeros cinco días del mes el cambio debe cumplirse antes del primer día del mes siguiente a la solicitud. Sin embargo, cuando una familia migra a un municipio donde su EPS no está presente, se ve obligada a unirse a una EPS que tenga cobertura allí. Si una persona ha estado afiliada por menos de un año, entonces el proceso se retrasa dado que no cumple con el requisito para cambiar la EPS.

### **6.3. ¿Quién proporciona atención médica a los migrantes no regularizados y sin seguro?**

---

Instituciones como la Cruz Roja y la Fundación Américas han jugado un papel clave en la crisis migratoria venezolana en Colombia al brindar asistencia médica a personas no aseguradas a través de las Unidades de Atención Sanitaria (HAU, por sus siglas en inglés) ubicadas en municipios de la ruta migratoria (véase la figura 2.5).<sup>13</sup> Ofrecen servicios de atención primaria y medicamentos gratuitos para migrantes y retornados afectados

---

<sup>13</sup> Unidades de Atención de Salud de la Cruz Roja en Colombia (por municipio y departamento): Guainía: Puerto Inírida; Guajira: Maicao; Nariño: Ipiales; Norte de Santander: Pamplona y Villa del Rosario; Quindío: Calarcá.

por la crisis venezolana. Sin lugar a dudas, todos los programas de respuesta de emergencia humanitaria en Colombia han tenido un rol fundamental al aliviar el acceso restringido de los venezolanos desplazados no regulados y no asegurados a los servicios sanitarios.

Los testimonios recogidos a través de las entrevistas a profundidad sugieren que, especialmente en los municipios cercanos a la frontera venezolana, los migrantes dependen constantemente de estos agentes de atención médica. Además, mencionan que reciben un buen tratamiento y medicamentos, así como atención oportuna y consideran a estos proveedores como las únicas instituciones que ofrecen servicios de salud completos para los migrantes.

*“A estas fundaciones acudimos porque son las que nos toman en cuenta. Primero, porque somos migrantes. Segundo, porque siempre te dan apoyo, te asisten, no te dejan esperando, a diferencia de ir al hospital público o ir a una EPS, tienes que esperar a que venga una trabajadora social para ver si tu caso merece atención o no, y si no es muy urgente, entonces te dicen que tienes que ir al hospital de San José para el triage y eso es un proceso un poco largo”. - Migrante venezolano residente en Maicao, Colombia.*

*“Yo iba a la Cruz Roja por servicios médicos, en Villa del Rosario antes del COVID-19, era el único lugar donde podíamos recibir atención médica y en Boconó. Siempre tenía que estar ahí porque en otros lugares no nos recibían”. - Migrante venezolano residente en Cúcuta, Colombia.*

---

De acuerdo con las entrevistas, estas organizaciones no gubernamentales suministran medicamentos para tratar enfermedades crónicas en horarios fijos o los entregan en sus direcciones.

*“Para conseguir medicamentos y tratamientos para enfermedades crónicas vamos a la Fundación Americares, a la Cruz Roja y si no lo podemos conseguir en estos lugares, vamos a las farmacias o droguerías”. - Migrante venezolano residente en Maicao, Colombia.*

*“Americares: ibas allí y recogías tus medicamentos o te los entregaban. Tenían un horario establecido todos los viernes de 7:00 a 10:00 de la mañana para*

*entregar los medicamentos”*. - Migrante venezolano residente en Maicao, Colombia.

---

Finalmente, la evidencia cualitativa, recolectada a través de las entrevistas, revela que la crisis sanitaria del COVID-19 también afectó el acceso a los servicios médicos proveídos por estas instituciones humanitarias. Los migrantes reportaron el acceso limitado y retrasos en la prestación de atención médica a través de estos programas de respuesta a crisis humanitarias, que son explicados principalmente por los estrictos protocolos de bioseguridad implementados y las restricciones en el suministro de la salud.

*“Ha empeorado, porque anteriormente, por lo menos aquí, había fundaciones como Americanas, Save the Children Colombia y la Cruz Roja que nos brindaban asistencia. Pero hoy en día, como hay que cumplir con las medidas de bioseguridad, es un poco más difícil acceder al servicio, ya que te dan un número al que tienes que marcar muchas veces para sacar cita, para luego acceder al servicio de salud”*. - Migrante Venezolano Maicao, Colombia

---

Otro hallazgo clave de las IDI fue que los hospitales públicos están absorbiendo la mayor parte –si no la totalidad– de la carga al proporcionar servicios de salud a los venezolanos desplazados. Los proveedores de salud pública se han visto afectados financieramente por esta situación, además de la congestión debido al exceso de demanda de servicios. En particular, los servicios de alta demanda por la población migrante venezolana –como la atención obstétrica y neonatal de emergencia– han creado importantes tensiones financieras y operativas en el sistema de salud colombiano que causan trabas adicionales.

El testimonio que sigue sugiere esto:

*“Bueno, les voy a decir algo, cuando llegué aquí a Colombia, cuando mi hijo estaba hospitalizado en el hospital de San José, me pidieron una cantidad de casi COL\$ 1.800.000 por los días que mi hijo estuvo hospitalizado. ¿Por la hospitalización? Entonces le dije a la chica que no tenía dinero para pagar eso, que yo era venezolana, que no tenía eso, que era triste y lamentable, pero que me podían poner a barrer, a trapear, a hacer lo que sea porque no tenía dinero para pagar.*

*Entonces me dijo que fuera con la trabajadora social y allí hablé con ella, y le expliqué que no tenía nada. Fue duro porque yo estaba aquí cuatro o cinco días desde que llegué de Maracaibo y mi padre murió allá en Maracaibo, y yo no podía ni viajar porque mi hijo estaba mal aquí, entonces le dije que no tenía cualquier cosa para pagar, que vieran lo que me iban a hacer porque yo no sabía que tenía que pagar.*

*Entonces ella me sentó y me dijo ‘no, no te preocupes, te voy a hacer el trámite, entonces pagas COL\$ 80.000’, y yo le dije ‘pero no tengo ese dinero’, no estoy trabajando aquí; y el padre de mi hijo, lo que vendía aquí cuando llegamos, era agua y apenas alcanzaba para comer y pagar el cuartito donde vivíamos, y para comer a medias, porque hasta iba al hospital cada dos días porque no tenía suficiente dinero para ir todos los días. Porque eran COL\$4.000 los que se necesitaban para ir y venir y no teníamos. Entonces, ella me dijo: ‘Bueno, te voy a hacer unas preguntas, para que no pagues nada’, entonces me fui, y no pagué un centavo”. - Migrante venezolano residente en Maicao, Colombia.*

---

Las entrevistas con actores clave indican que el trabajo con organismos humanitarios a través de clústeres intersectoriales ha logrado construir un modelo para abordar la crisis humanitaria desencadenada por la migración venezolana. No obstante, el siguiente paso es pasar de un enfoque de crisis a una respuesta institucional a la migración venezolana.

*“Creo que ha sido un modelo exitoso de cooperación a través de la creación de las mesas interinstitucionales lideradas por la IOM y ACNUR, y la articulación en las mesas sectoriales, ¿cómo se llaman estas mesas? En los clústeres. Me parece un modelo exitoso. Eso sí, cuando empiezas a conocerlo de cerca, detectas oportunidades de mejora, pero creo que el problema es que definitivamente, ya que este fenómeno no puede entenderse sólo como una crisis humanitaria, sino como un fenómeno a largo plazo, no significa que una crisis humanitaria no pueda durar, no puede ser planeada, pero lo que quiero decir es que esto es más que una crisis humanitaria. No puede ser tratada como un terremoto, ni como una sequía,*

*ni como un desplazamiento por un conflicto armado. Es un fenómeno de largo plazo y en esa medida tenemos que pasar de una respuesta basada en un enfoque de crisis humanitaria a una respuesta institucional donde el Estado absorba la capacidad de integrar a los migrantes en sus derechos sociales”.*

- KIMH Bogotá

---

Los gobiernos locales y los actores colombianos reconocen que trabajar con las organizaciones internacionales de ayuda humanitaria es crucial para atender las necesidades médicas de los migrantes. El sistema de salud colombiano no habría podido prestar todos los servicios porque la emergencia humanitaria excedió su asistencia y su capacidad financiera.

*“Afortunadamente desde hace más de dos años contamos con el apoyo de la cooperación internacional, que ha sido vital para nosotros. En sí, los recursos de salud del territorio no eran suficientes para los colombianos. Ahora, con la población migrante, mucho menos.*

*Vemos que los servicios están saturados. Incluso vienen más migrantes que la propia población colombiana. A través de algunos socios cooperantes, como Save the Children, estamos manejando la atención de la población infantil, la población de mujeres embarazadas que son víctimas de violencia.*

*Bueno, también tenemos Americanos, que dan servicios de salud a este mismo grupo de población, porque son muchos. Hay otros cooperantes que también son parte del proceso, como Acción contra el Hambre, son muchos, porque aquí en el territorio tenemos más de 37 cooperantes que entre todos se articulan para brindar atención a esta población”.*

- KIHS Maicao

---

Con todo, para avanzar hacia una respuesta institucional eficiente a las necesidades médicas de los migrantes, es obligatorio involucrar a otros actores, como las compañías de seguros y la Oficina del Registro Civil.

*“Creo que en este proceso se avanzó en un momento en que todavía estamos en una situación de emergencia, asistencialista por parte del sistema*

*de salud. Ahora nos encontramos en un momento de transición en el que muchas de estas personas van a pasar de un contexto asistencial a un contexto de aseguramiento e inclusión en el sistema de salud. Y creo que esta es una oportunidad para mejorar, involucrando a nuevos actores que son fundamentales y que deberíamos haber incluido antes. Por ejemplo, el trabajo con las aseguradoras, el trabajo con las aseguradoras de salud ha sido muy nulo en términos de respuesta a los refugiados y migrantes”. - KIBI, Bogotá*

*“Un aspecto importante es la coordinación con otros actores fuera del sistema de salud, pero de los cuales depende el sistema de salud. Es decir, la Oficina de Registro, por ejemplo. La Oficina de Registro es una institución fundamental en todos los aspectos de acceso a los servicios de salud y tenemos muchos retos con la Oficina de Registro”. - KIAC2, Bogotá*

---

## 6.4. Percepción de la adecuación y calidad de la atención médica

---

La evidencia recogida en las entrevistas indica que la percepción de la calidad y adecuación de los servicios de salud depende sustancialmente de estar afiliado al sistema de seguro médico y, por lo tanto, de tener un estatus legal. Los venezolanos desplazados sin seguro describen las actitudes de los trabajadores de la salud como discriminatorias, así como el protocolo y las regulaciones que se piden para obtener la atención médica adecuada. No reciben la misma atención, favorecen el estatus legal sobre las necesidades de salud y reciben soluciones parciales a enfermedades crónicas o dolor; son los principales reclamos reportados en las entrevistas como ejemplos de discriminación.

*“La verdad es que la mayoría de los venezolanos, los migrantes, tenemos miedo de ir a un hospital porque no nos tratan como a cualquier otra persona. Pero si es un sistema de salud, todos deberíamos ser iguales, iguales. Hay unos protocolos que hay que seguir, pero de repente si llegas por lo menos con un dolor y eso, y no presentas un documento legal, no te atienden y entonces eso es lo que no me parece bien”.*  
- Migrante Venezolano, Barranquilla, Colombia.

*“¡Bueno, ahí es donde las actitudes de los trabajadores son un problema! Hay algunas personas que se hacen llamar médicos y su profesión es salvar vidas, para decir: ‘No lo voy a tratar porque no tiene cómo pagar’”. - Migrante Venezolano, Maicao Colombia.*

*“La experiencia más dura que tuve fue con la niña que tenía dolor de muelas y la llevé al Paso Simón Bolívar. Y la atendió la odontóloga, pero cuando me preguntó si tenía Sisbén, EPS y otras cosas, y le dije que no, me dijo que lamentablemente tenía que recetarle algo para desinflamar la muela, pero que ella no podía atenderme porque no tenía seguro médico. Y yo tenía que ir con el bebé, entonces compré lo que ella me [recetó] y, hasta ahora, cuando le duele la muela, le doy la medicina que tomó esa vez y le calma el dolor. Así que hemos estado así”. - Migrante venezolano, Barranquilla, Colombia.*

---

Algunos de los venezolanos desplazados entrevistados alegaron que el personal médico tenía una conducta discriminatoria implícita al atenderlos, precisamente por su origen extranjero. Los testimonios también indican frustración en los migrantes no regularizados cuando se les niegan los servicios médicos, explícitamente por su nacionalidad. Esta experiencia impacta en la percepción de la calidad de la atención médica. Ser rechazado por el sistema les da una imagen negativa de los servicios de salud en general. Las experiencias descritas en las entrevistas, especialmente las afirmaciones de que el personal médico tiene prácticas discriminatorias, plantean la necesidad de diseñar e implementar estrategias para poner fin a esta conducta.

*“No sé por qué piensan que no merecemos atención por eso, porque somos extranjeros y ellos son nacionales, entonces es difícil porque hay rasgos de discriminación y algunos tienen rasgos de xenofobia, no lo dicen expresamente sino con sus actitudes y su forma de mirar a las personas, se nota, cuando dicen que son venezolanos o extranjeros, cambian la actitud de la persona hacia ellos”. - Migrante Venezolano, Tumaco, Colombia.*

*“Sin mentirles, fui a varios lugares, fui al puesto de salud, al hospital y a varios puntos caminando. Y me*



*decepcionó mucho cuando me dijeron que no me podían atender por ser venezolana. ¡Guau! Eso es algo... te sientes horrible, te sientes mal, porque vas por la salud y la salud no se la deben negar a nadie”.*

-Migrante venezolana, Cúcuta, Colombia.

*“Entonces, siempre está el hecho de que si eres venezolano y no tienes cédula, que no estás afiliado, te encuentras con gente allá que no está capacitada o no tiene esa orientación con el extranjero”.*

- Migrante Venezolano, Tumaco, Colombia.

---

Es importante enfatizar que además de las limitaciones estructurales del sistema de salud que afectan a la población general, González-Uribe *et al.* (2022) resalta el peso de la estigmatización, discriminación y revictimización al acceder a los servicios de salud mental.

Los testimonios de migrantes sin seguro y sin permiso de residencia contrastan con los de migrantes con estatus migratorio regularizado y con acceso a servicios de salud (ya que están afiliados al SGSSS). La evidencia reunida sugiere que estos últimos reciben atención médica adecuada y servicios de salud de calidad. Hacen referencia a ser atendidos, tener acceso a citas, medicinas y profesionales médicos bien preparados.

*“Muy bien, muy bien, me dicen, tal día tienes cita, ponte al teléfono, tienes que ver al médico, por ejemplo. No he tenido quejas con la Nueva EPS para mí, si tengo que ir a hacerme pruebas me dicen el día que tengo que ir, el tiempo que tengo que estar y ya”.*

- Migrante Venezolano, Bogotá, Colombia.

*“Realmente me siento bien porque voy a mi IPS y me atienden de la mejor manera posible, no tengo quejas de esa IPS, y me dan mis medicamentos y todo lo que necesito, los exámenes que necesito, me los dan y por eso me siento bien con esa parte”.*

- Migrante Venezolano, Maicao Colombia.

---

Para los desplazados internos y las poblaciones de acogida, su percepción de la calidad de la atención sanitaria se basa en los tiempos de espera para las citas, los procedimientos y el tiempo dado por los médicos durante la evaluación médica. Aunque hay experiencias positivas y negativas reportadas, a diferencia de los venezolanos desplazados sin estatus legal y seguro, la experiencia de la calidad de los servicios de salud en la población

de acogida (incluidos los desplazados internos) depende de la capacidad y eficacia de la red local de prestación de servicios de salud, de la EPS que proporciona el seguro y de la IPS que proporciona el servicio de salud.

*“Y hasta hay médicos que rechazan a los pacientes y les tienen que decir: ‘toma esto y toma aquello’. Pero cuando están apurados, así que a veces cuando lo dan -como lo he visto- tan apurados [porque] tenían otro paciente que se complicó”. - Desplazado interno residente en Barranquilla, Colombia.*

*“Bueno, en mi caso, cuando tengo una emergencia, aquí en Tumaco, está el Divino Niño y el Puente del Medio. Prefiero ir al Puente del Medio porque la atención es mucho mejor que en el Divino Niño, te atienden más rápido. Y, por ejemplo, en cuanto a la calidad, ¿cómo es la atención en Divino Niño y cómo es la atención en Puente del Medio? Pues en Divino Niño te dan cita, te dan una tarjeta y hay que esperar o a veces se tardan dos horas, tres horas, a veces te atienden al día siguiente... imagínate, si vas en caso de emergencia, pues te mueres ahí”. - colombiana, residente en Tumaco, Colombia.*

*“El trato siempre ha sido excelente y en su capacidad de respuesta, siempre, siempre, en la EPS, en la clínica y en el hospital, pero siempre se demoran bastante los procedimientos”. - Persona desplazada interna residente en Maicao, Colombia.*

---

## 6.5. Capital humano: disponibilidad e integración de profesionales venezolanos

---

En otros países se han establecido mecanismos especiales de integración y empleo para los profesionales médicos extranjeros. Perú, país vecino de Colombia, implementó un decreto para utilizar a los migrantes con capacitación médica para trabajar con pacientes infectados con COVID. En el decreto de emergencia N 037-202, el presidente Martín Cornejo detalló en el artículo 4 que el país crearía un grupo de Servicio Especial COVID que permitiría la participación de profesionales de la salud extranjeros. El permiso para trabajar y tratar a los pacientes duraría treinta días y fue diseñado para ayudar específicamente a Perú a aliviar la carga de la atención en las instalaciones de salud (*El Peruano*, 2020).

El decreto fue explícito en su redacción en que los trabajadores extranjeros serían contratados de forma temporal para ayudar específicamente en la respuesta del país al COVID.

Asimismo, varios países de la OECD han prestado asistencia en la concesión de autorizaciones de trabajo a profesionales de la salud extranjeros en funciones de personal médico o de apoyo. Por ejemplo, en la provincia canadiense de Ontario, el Gobierno declaró que los graduados médicos internacionales que habían aprobado sus exámenes para ejercer en el país o que se habían graduado en los últimos dos años, podían solicitar una licencia médica supervisada por treinta días para tratar pacientes durante el COVID-19. En Chile, el Servicio Nacional de Salud puede contratar a profesionales de la salud extranjeros, aunque sus calificaciones no sean reconocidas formalmente en el país. En Francia, los profesionales de la salud extranjeros sin licencia pueden trabajar como personal de apoyo en funciones no médicas. Igualmente, varios países de la OECD, como Bélgica, Alemania, Irlanda y Luxemburgo, han acelerado las solicitudes de reconocimiento de títulos extranjeros. Los países también han facilitado los procedimientos para recibir calificaciones, como exenciones de tarifas y pruebas de idioma reducidas. La participación de Colombia en la OECD representa una gran oportunidad para que el país obtenga orientación y recursos extranjeros para crear políticas de emergencia utilizando las habilidades médicas de los venezolanos desplazados que ya se encuentran en el país para tratar a pacientes con COVID (OECD, 2020).

Según los testimonios recogidos en las entrevistas a informantes clave, la integración de la fuerza laboral migrante o refugiada no es la norma en Colombia. Aunque en algunas ciudades como Barranquilla los profesionales de la salud migrantes se unieron a la fuerza laboral local y fueron cruciales para tratar el COVID-19, esto no igual para el resto del país. Además, las cifras oficiales, la documentación y las declaraciones sobre su participación son escasas y débiles.

*“Lo que puedo decir es que tenemos profesionales universitarios especialistas, técnicos que cumpliendo con sus requisitos y en estado de permanencia legal están trabajando en las instituciones de salud aquí en la ciudad, con buenos resultados, sin ningún tipo de desconfianza de los gremios médicos o asociaciones científicas de la ciudad. Hay radiólogos, reumatólogos, internistas, médicos y yo creo que ellos han sido parte de la solución a la pandemia, porque en la pandemia requerimos de mucho talento humano y yo creo que ellos han sido parte de la solución”. - KIHS Barranquilla*

---

Existen varias limitaciones en la integración de la fuerza laboral venezolana en el sistema de salud. En primer lugar, la comunidad médica colombiana ha tenido históricamente una reacción adversa y desafortunada ante la incorporación de profesionales venezolanos incluso durante las etapas más críticas de la pandemia del COVID-19, como se informa en los testimonios de los actores clave..

***“Iba a ser dicho y se filtró que como parte de las medidas de emergencia que se estaban tomando para el COVID, iban a recurrir a algunos de los médicos para una homologación expresa. Y hubo una ira santa del sector médico, amenazando con un paro y tuvimos que cambiar y decir ¡no! Ahí fue cuando ya no había médicos, ya no había enfermeras, todos los demás habían muerto”. - KIUA, Bogotá***

---

Otro obstáculo significativo en Colombia es el proceso de homologación de títulos profesionales. La dificultad para obtener la legalización y autenticación de la formación profesional de los migrantes desde Venezuela es un hecho; no hay voluntad de este país para facilitar la apostilla, según los actores clave entrevistados.

***“Hay una frustración... de no haber podido avanzar más con el proceso de homologación de títulos. La homologación tenía tres cuestiones, una primera sustancial y evidente. Y es que se necesita una apostilla y no tenías con quien hacerla”. - KIUA, Bogotá***

---

Las entrevistas con actores clave sugieren algunas soluciones alternativas para superar las limitaciones administrativas y culturales en la integración de la fuerza laboral venezolana en Colombia.

En las entrevistas con informantes clave se hicieron algunas reflexiones sobre la necesidad de generar evidencia sobre la falta de calidad y oportunidad en la atención que reciben los migrantes (en comparación con las poblaciones de acogida). Asimismo, los entrevistados mencionan la necesidad de desarrollar e implementar programas de capacitación para el personal médico a fin de brindarles las herramientas y facultades necesarias para garantizar la integración efectiva de los venezolanos desplazados.

*“Y entiendo, también hoy el personal de salud está superfatigado, así que dales otro curso, los matas. Tenemos que hacer algo innovador, porque yo creo que es algo que pasa, yo sí creo que la población migrante se queda en el último lugar, no todos obviamente, pero hay un sentimiento de... se escuchan cosas como ‘los recursos del barrio son escasos, por qué tengo que gastarlos en una persona que no es de nuestro país, cuando aquí tenemos gente que está en peores condiciones y no se puede afiliar’”. - KIBI, Bogotá*

*“Mi visión es que lo primero que hay que hacer es generar evidencia de que esto está pasando. Cuando lo abordas como ‘no, no, te tratan como tratan a todos los demás’. Me vienen a la mente algunos estudios de Estados Unidos con la comunidad afroamericana donde demuestran que les dan menos dosis de control del dolor o que hacen sufrir más a las mujeres durante el parto, y eso está muy bien evidenciado. Creo que hay información aquí para hacer eso. Haría algo para llamar la atención”. - KIBI, Bogotá*

*“Bueno, muy poco. Profamilia ha hecho grupos focales para entender al menos cómo están viendo los problemas de salud los migrantes y especialmente las mujeres migrantes. Pero por lo demás no veo el Ministerio y no conozco ninguna cooperación internacional que esté trabajando en aspectos más pedagógicos con el personal de salud y explicando temas sencillos como las tradiciones que hay en Venezuela, culturalmente qué hacer con un niño con diarrea, por ejemplo”. - KIUA, Bogotá*

---

# CAPÍTULO 7: UTILIZACIÓN, COSTOS Y GASTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

---

## 7.1. Utilización de la atención médica

---

Los residentes de Colombia pueden acceder a la atención médica de tres maneras. En disposición de disminuir la frecuencia para los colombianos, la primera es a través de la inscripción como miembro contribuyente de una EPS, una organización de gestión de salud. Este régimen de contribución se aplica a los trabajadores del sector estructurado y a sus familias, que financian las primas de seguro con sus empleadores mediante un impuesto sobre la nómina. El segundo camino es inscribirse bajo el régimen subsidiado, donde las primas son cubiertas por el Estado. Ambos esquemas están disponibles para colombianos y venezolanos registrados oficialmente. Mientras que los miembros subsidiados por ley tienen acceso al mismo alcance de servicios que los miembros contributivos (dado que desde el 2012 el plan de beneficios es el mismo), sus necesidades de salud tienden a ser mayores, mientras que su acceso de facto (por ejemplo, llenar las recetas) es más limitado (Díaz Grajales et al., 2015; Hilarión-Gaitán et al., 2015). Finalmente, cualquier persona en Colombia (ciudadana o migrante) puede tener acceso a los servicios médicos como residente no inscrito. Sin embargo, este grupo simplemente tiene derecho a la atención de emergencia y a los servicios de salud pública en masa.

La regularización de los venezolanos desplazados mejoró cuando en febrero del 2021 el Gobierno colombiano creó el Estatuto de Protección Temporal para los Migrantes Venezolanos (Frydenlund et al., 2021; Tresman, 2021). El objetivo de la protección temporal es permitir a los venezolanos desplazados que viven en Colombia la transición de un régimen de protección temporal a un régimen migratorio ordinario. Por ejemplo, los migrantes venezolanos tendrán diez años para residir en Colombia, inscribirse en todos los servicios de protección social, trabajar legalmente y, finalmente, transitar a una visa de residencia permanente. Esta medida busca proteger a la población migrante que se encuentra actualmente en situación irregular y reducir la migración ilegal actual y futura.

Desde que se inició la pandemia del COVID-19 en marzo del 2020, todos los residentes de Colombia (tanto ciudadanos como venezolanos desplazados)

han sido objeto de una serie de restricciones nacionales y locales en evolución, que han dado lugar a diversos impactos económicos y sociales para todos los que viven en el país. Mientras que la literatura previa ha examinado las respuestas al COVID-19 a través de situaciones humanitarias, un pequeño número de entornos, pocos indicadores, diseños puramente transversales y la variabilidad en las fuentes de datos y los métodos, generalmente limitan su poder analítico.

La gestión de la pandemia del COVID-19 ha desafiado los sistemas de salud en todos los países. Esto es especialmente cierto para los países de bajos y medianos ingresos (LMIC, por sus siglas en inglés), que ya estaban luchando para proporcionar atención médica de calidad a su población (Langlois *et al.*, 2020).<sup>14</sup> Según una encuesta realizada en 106 países del Fondo Mundial (entre ellos Colombia), la pandemia del COVID-19 interrumpió el tratamiento y el diagnóstico de las tres enfermedades epidémicas: malaria, tuberculosis y VIH. Con el aumento de la demanda de servicios debido al COVID-19, los LMIC reportaron escasez de suministros médicos, trabajadores calificados e interrupciones en la prestación de servicios, limitando la capacidad de sus sistemas para responder a otros problemas (Fondo Mundial, 2020).

Estos problemas se agravaron en países con concentraciones de personas desplazadas por la fuerza, lo que se suma a las dificultades existentes para proporcionar un acceso adecuado a los servicios de atención sanitaria. De los 82,4 millones de personas desplazadas por la fuerza en todo el mundo, el 39 % vive en solo cinco países. Se distribuyen en las categorías de entradas del Banco Mundial: Alemania (alto), Colombia y Turquía (medio-alto), Pakistán (medio bajo) y Uganda (bajo) (ACNUR, 2021). Todos estos países se enfrentan la doble exigencia de atender tanto a las poblaciones locales como a las desplazadas.

Incluso antes de la pandemia del COVID-19, las poblaciones desplazadas ya enfrentaban impedimentos para acceder a la atención médica debido a la discriminación, la falta de información, los altos costos y el temor a la deportación. La pandemia agravó estos problemas: según el Centro de Migración Mixta, menos de la mitad de los migrantes con síntomas de COVID-19 podían acceder a pruebas o tratamiento (IFRC, 2020). Conjuntamente, los refugiados y migrantes enfrentan riesgos especiales que causan altas tasas de trastornos de salud mental y varias enfermedades transmisibles y no transmisibles (OMS, 2018).

Colombia acoge a aproximadamente dos millones de venezolanos desplazados, que es el segundo mayor número de migrantes en cualquier país de acogida a nivel mundial (Migración Colombia 2022; ACNUR, 2021; R4V-GIFMM, 2020).<sup>15</sup> La mayoría de los migrantes, que comenzaron a llegar en el

---

<sup>14</sup> La enfermedad por coronavirus, llamada COVID-19, es una infección respiratoria causada por el coronavirus SARS-CoV-2, que alcanzó niveles pandémicos globales en marzo del 2020 (OMS, 2020).

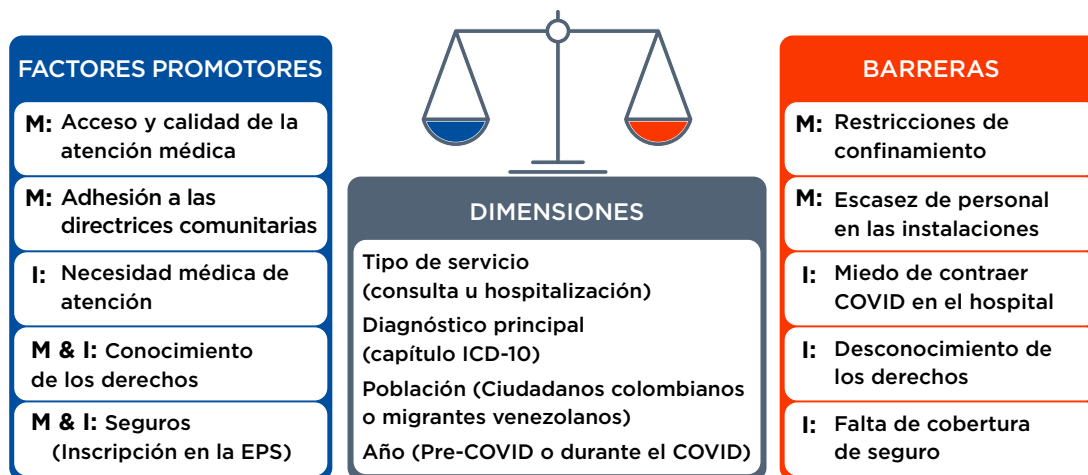
<sup>15</sup> Según la información más reciente de la agencia colombiana de migración, Colombia acoge a 2.029.758 venezolanos desplazados (Migración Colombia, 10 de marzo del 2022).

2015, se han ubicado en grandes ciudades como Bogotá, Barranquilla, Cúcuta y Medellín, en busca de oportunidades de trabajo (Guataquí *et al.*, 2017).

### 7.1.1. Marco Teórico, fuente de datos y enfoque empírico

Para entender las tasas de utilización de los servicios de salud entre individuos, nacionalidades, lugares y tiempo, nos esforzamos por desarrollar un marco teórico. Conceptualizamos la decisión de cada residente sobre la utilización de estos servicios como un balance de factores opuestos, como se muestra en la figura 7.1. Estos factores pueden operar a nivel del municipio (M), el individuo (I), o ambos (M & I). Los factores que promueven la utilización incluyen el acceso y la calidad de los servicios, la cobertura de seguros, las necesidades médicas, la conciencia de los pacientes sobre sus derechos y la cobertura de seguros de los pacientes. Si un paciente no estaba inscrito previamente en una EPS, el hospital puede ayudarlo a registrarse para asegurarse de que reciba el pago. Los factores que actúan como impedimentos para los servicios, incluyen restricciones de distanciamiento social y escasez de personal en sus instalaciones. Se esperaba que los factores que operan a nivel municipal se mantuvieran constantes en todo el municipio. Los factores a nivel individual pueden diferir entre venezolanos y colombianos, así como entre las personas dentro de cada grupo..

**Figura 7.1 – Marco teórico. Utilización de los servicios médicos en Colombia: balance**



Notas: “M” denota municipio; “I” denota individuo; “ICD” denota Clasificación Internacional de Enfermedades; COVID denota enfermedad por coronavirus.

La pandemia del COVID-19 creó barreras adicionales al acceso a los servicios de varias maneras. En primer lugar, el distanciamiento social general que comenzó en marzo del 2020 complicó la movilidad. Si bien las consultas con los médicos estaban permitidas, el transporte era menos accesible y los pacientes pudieron haber tenido miedo de una infección mientras visitaban o viajaban hacia y desde un centro de salud. Por ejemplo, algunos miembros del personal del hospital pasaron a trabajar a distancia y a tiempo parcial (a menudo tres de los cinco días laborables).



Dada la preocupación por minimizar los riesgos para el personal médico, el sistema de salud se centró explícitamente en la atención de emergencia y redujo la oferta de servicios que no eran urgentes. Igualmente, las medidas de protección en los centros de salud redujeron el número de servicios que podían prestarse en una jornada laboral. Por lo tanto, los pacientes experimentaron más dificultades para obtener citas en persona.

Esta sección se centra en los factores de “dimensiones” (por ejemplo, tipos de servicios, poblaciones y año). Como se muestra en la escala de proporción, estas dimensiones reflejan el peso relativo de los factores de promoción combinados en comparación con las barreras combinadas. Derivamos las tasas de casos, muertes, hospitalizaciones y consultas por COVID-19 dividiéndolas por las poblaciones correspondientes y expresándolas como tasas por cada 100.000 habitantes. Para acomodar rangos potenciales de tasas entre diferentes indicadores, expresamos todos los valores en escalas logarítmicas comunes (base 10). Elegimos base-10, en lugar de logaritmos naturales, para facilitar la interpretación. Como cerca de la mitad de los municipios no tuvieron muertes de venezolanos, no pudimos realizar la transformación logarítmica con los datos originales. En cambio, para las muertes se utilizó una escala logarítmica “desplazada” en la que se agregó la constante 1 (es decir, 1 muerte) al recuento de muertes colombianas y venezolanas en cada municipio antes de tomar el logaritmo.

Para los casos globales de COVID-19, donde los datos se contaron por semanas epidemiológicas, el período de estudio fue del 1 de marzo al 28 de noviembre del 2020. Como el desglose de las muertes por COVID-19 y por nacionalidad comenzó solo el 26 de abril del 2020, el desglose de ese indicador fue del 26 de abril al 28 de noviembre del 2020. Nuestra interpretación de los hallazgos se basó en otros componentes de nuestro estudio multifacético del COVID-19 en Colombia en 60 municipios. Estos otros mecanismos incluyeron una encuesta telefónica a 8.130 venezolanos y colombianos desplazados, entrevistas a informantes clave, una revisión de documentos de políticas y datos de movilidad desde teléfonos celulares (ELRHA, 2021).

## **7.1.2. Conclusiones comparativas sobre la utilización**

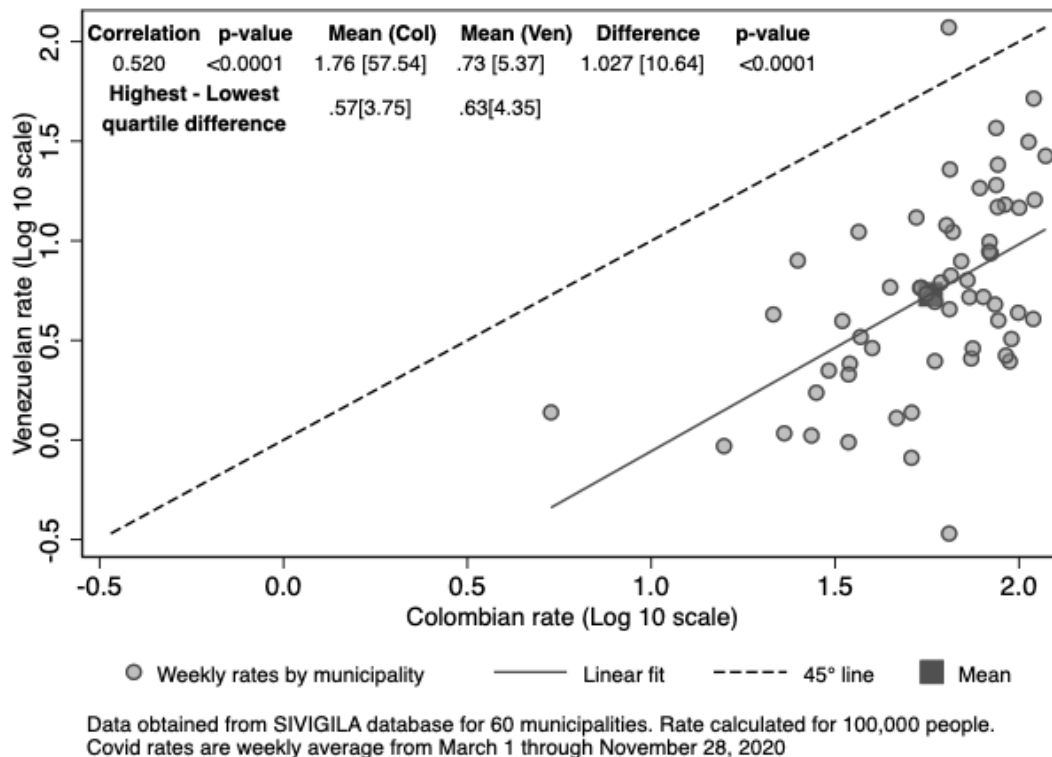
### **7.1.2.1. Tasas de casos de COVID-19**

La figura 7.2 muestra las tasas de casos COVID-19 de venezolanos versus colombianos, con cada municipio representado por un punto. El eje horizontal (x) muestra la tasa de cada municipio para los colombianos, mientras que el eje vertical (y) indica la misma tasa del municipio para los venezolanos. La línea discontinua de 45 grados aquí y en las cifras posteriores señala la línea de igualdad que se aplicaría si un municipio tuviera valores de (x) y (y) idénticos. En promedio, los colombianos tienen tasas de COVID-19 sustancialmente más altas que los venezolanos, por un factor promedio de 10,64. Los venezolanos reportaron que la tasa de COVID-19 en cada municipio estaba altamente correlacionada con la de

los residentes colombianos del municipio ( $r=0,52$ ,  $p<0,0001$ ). Así pues, la pauta fue uniforme en todos los municipios. Cuando el período de estudio del 2020 se subdividió en dos segmentos de tiempo iguales para examinar la estabilidad de esta relación, la tasa colombiana demostró ser consistentemente más alta en ambos períodos.

Los resultados de la encuesta telefónica y otros elementos del estudio más amplio sugieren algunas posibles explicaciones. Los venezolanos desplazados fueron estadísticamente significativamente menos propensos a reportar el uso de pruebas de COVID-19 en comparación con sus contrapartes colombianos. Los venezolanos también eran menos propensos a reportar síntomas similares a la gripe relacionados con el COVID-19 que los colombianos (ELRHA, 2021). Con una menor afiliación a los planes de salud contributivos, los venezolanos se enfrentaron a menos acceso de la atención médica no urgente. Como la movilidad de fin de semana (cuando los clientes pueden visitar bares y clubes) parecía ser un mayor contribuyente a la transmisión del COVID-19 que la movilidad de lunes a viernes, los venezolanos pueden haberse movido menos debido a un menor ingreso y por lo tanto estuvieron menos expuestos.

**Figura 7.2 – Tasas de casos de COVID-19 de venezolanos versus colombianos por cada 100.000 habitantes por municipio (2020).**



## Descripción de las fuentes de datos utilizados en el análisis

Utilización de servicios médicos. Nuestra principal fuente de datos para la cantidad de servicios de salud recibidos por los refugiados migrantes venezolanos y ciudadanos colombianos por municipio de residencia y mes de servicio fue el RIPS. Aquí se registran todas las transacciones del sistema de salud en Colombia. Las transacciones fueron transmitidas desde la institución que presta el servicio, IPS, como un hospital o clínica a través de las EPS miembro al registro central (RIPS). Estos datos sobre la utilización de los servicios sirven como numerador de las tasas de hospitalizaciones y consultas. Aunque el RIPS también reporta números de procedimientos, no los contamos para evitar la superposición con nuestras principales medidas. Dado que el sistema se utiliza para pagar los servicios, el retraso habitual en la presentación de informes fue de uno a dos meses.

Desgloses por diagnóstico. El RIPS también clasificó cada servicio de salud por diagnóstico principal. Estos diagnósticos se agrupan en los 22 capítulos principales del sistema de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10) (OMS, 2016). Para manejar el COVID-19, el sistema ICD-10 agregó un código en el capítulo como “códigos para propósitos especiales”. Los datos disponibles para este informe sobre hospitalizaciones y consultas abarcan del 1 de marzo al 31 de julio para 2019 y 2020. Estos datos representan todos los servicios médicos (consultas, hospitalizaciones, servicios de urgencias e intervenciones) prestados por establecimientos o proveedores autorizados en Colombia.

Casos y muertes por COVID-19. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Colombia (SIVIGILA), operado por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, reporta los casos confirmados oficialmente por COVID-19, las muertes por municipio y por semana. Nuestro análisis se basa en datos no oficiales.

Denominadores. Los denominadores son el número de personas en el país y en cada municipio de estudio por nacionalidad y edad. Estos denominadores provienen del censo colombiano de ciudadanos (DANE, 2018) y de la agencia de control fronterizo de refugiados migrantes venezolanos (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2021 y 2019). La medida sustitutiva de la inscripción en el seguro

contributivo en cada municipio se derivó del RIPS. La parte correspondiente al régimen contributivo es la proporción de servicios de salud prestados a través del régimen contributivo. Se calculó como la suma de servicios del municipio (ambulatorio, hospitalización y procedimientos) proporcionados a los afiliados contributivos de las EPS dividido por el total general de todos los servicios del municipio. Para aclarar la importancia de las pequeñas diferencias numéricas cerca de los extremos de una proporción (es decir, 0 y 1), las proporciones se graficaron en la escala *logit*. La escala logit se define como el logaritmo natural de  $p/(1-p)$ , donde  $p$  es la proporción del régimen contributivo de servicios para el municipio especificado para una nacionalidad determinada.

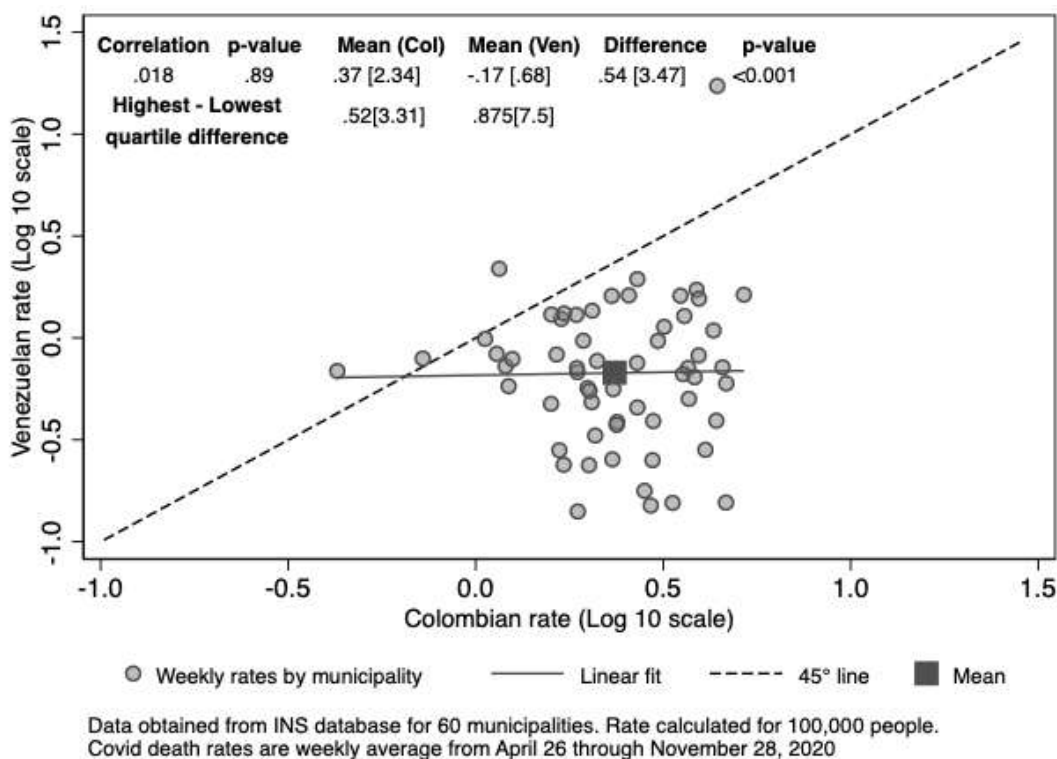
Al mismo tiempo, las políticas y prácticas en torno al riesgo del COVID-19 (por ejemplo, enmascaramiento y distanciamiento social), así como el acceso a las pruebas, varían sustancialmente entre los municipios, lo que explicaría la diferenciación entre los mismos en las tasas de COVID-19. Cuando las tasas COVID-19 fueron separadas por cuartil para los colombianos, las proporciones del cuartil más alto al cuartil más bajo fueron similares para los colombianos (3,75) y para los venezolanos (4,35), lo que indica que ambas nacionalidades tienen variaciones sustanciales entre los municipios.

### **7.1.3. Tasas de mortalidad por COVID-19**

La figura 7.3 muestra la relación entre las tasas de mortalidad semanal por COVID-19 colombiana y venezolana por municipio. Las tasas reales (no transformadas) de mortalidad semanal promedio ponderada por población de colombianos y venezolanos en estos municipios fueron de 2,57 y 0,56 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Similar al patrón de las tasas de casos de COVID-19, las tasas de mortalidad de los colombianos fueron significativamente más altas que las de los venezolanos.

No obstante, la tasa relativa de colombianos en comparación con los venezolanos para las tasas de mortalidad (4,57) fue sustancialmente menor que las tasas de casos (10,67).

**Figura 7.3 – Tasas de muertes por COVID-19 de venezolanos versus colombianos por cada 100.000 habitantes por municipio (2020).**



La estructura diferencial de edad de las poblaciones venezolana y colombiana puede ser un factor explicativo adicional para tasas más altas de casos y muertes por COVID-19 en colombianos que en venezolanos. En el 2020, el 92,6 % de los venezolanos tenían entre 0 y 49 años, en comparación con el 75,7 % de los colombianos. Por otro lado, solo el 6,7 % de los venezolanos tenían entre 50 y 69 años, en comparación con el 18,3 % de los colombianos y solo el 0,8 % de los venezolanos tenían 70 años o más, en comparación con el 6,0 % de los colombianos. En consecuencia, los migrantes venezolanos tienden a ser más jóvenes que los colombianos.

Dividiendo la tasa de mortalidad de COVID-19 de cada población por su tasa de casos, nos aproxima a su tasa de letalidad. Estos fueron 3,63 % para los colombianos frente a 8,29 % para los venezolanos. La tasa de letalidad de los colombianos fue solo 0,44 veces la de los venezolanos. Como los colombianos son mayores en promedio que los venezolanos, se esperaba que su tasa de letalidad hubiese sido mayor que la de los venezolanos, si tuvieran el mismo acceso a la atención.

A diferencia de la correlación positiva significativa para las tasas de casos de COVID-19 entre colombianos y venezolanos, hubo una correlación cero entre las tasas de mortalidad de las dos poblaciones ( $r=0,00$ ,  $p=1,00$ ). Este resultado negativo indica que los lugares que tienen mayor tasa de mortalidad por COVID-19 para los colombianos no son necesariamente los

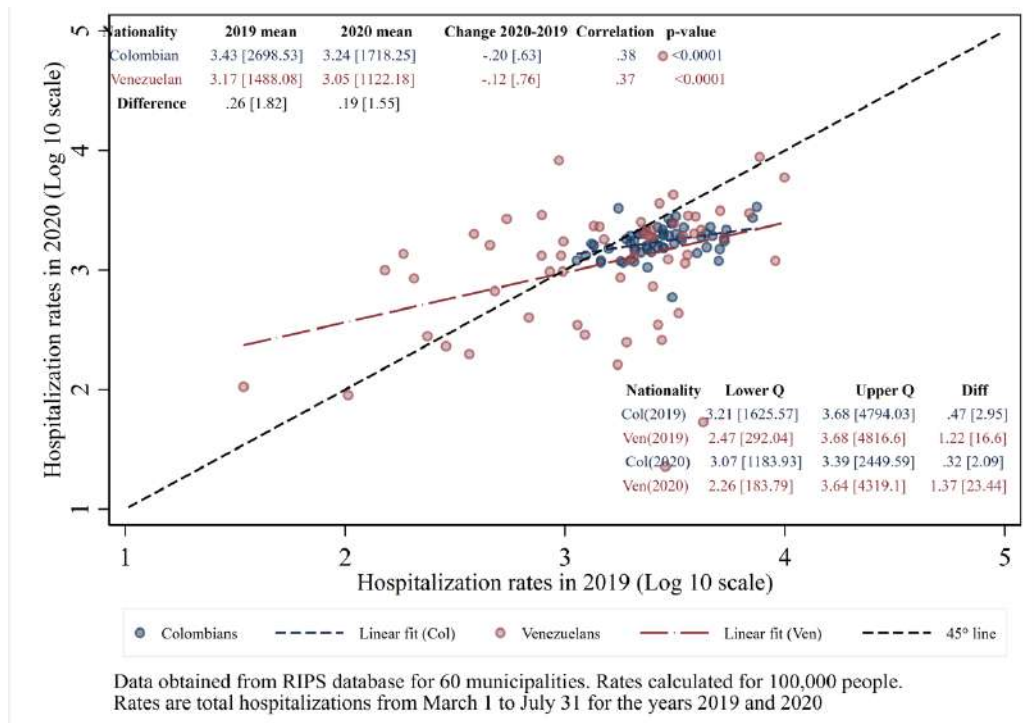
lugares con mayor tasa de mortalidad para los venezolanos. La principal explicación de los investigadores para la ausencia de correlación es la variación aleatoria en las muertes venezolanas a nivel municipal debido a números pequeños. La mediana municipal tuvo solo 6,462 residentes venezolanos y solo una muerte venezolana por COVID-19 durante el período de 32 semanas y, como se señaló, casi la mitad de los municipios tenían cero muertes reportadas por COVID-19. Si las tasas de mortalidad en muchos municipios reflejan una variación sustancial de la probabilidad, no se esperaría que se correlacionaran con otra variable, como la tasa de mortalidad en los residentes colombianos.

### **7.1.3.1. Tasas generales de hospitalización**

La figura 7.4 presenta las tasas generales (todas las causas) de hospitalización por municipio en el 2020 frente al 2019. Las tasas de hospitalización cayeron moderadamente para ambas nacionalidades (en un 37 % para los colombianos, calculadas entre 1,00 y 0,63 y en un 24 % para los venezolanos, calculadas entre 1,00 y 0,76), probablemente por el distanciamiento social y el miedo a visitar un hospital. Inesperadamente, la brecha entre las nacionalidades en las tasas de hospitalización por cada 100.000 habitantes se redujo del 2019 al 2020. En el 2019, los venezolanos estaban un 45 % por debajo de los colombianos (calculado como  $1-1/1.82$ ). Para el 2020, la distancia cayó al 35 % (calculado como  $1-1/1.55$ ). A pesar de las menores tasas generales de hospitalización de los venezolanos, las tasas relativas tendieron a ser estables entre los dos años.

La mayor edad de los colombianos, señalada anteriormente, se había hipotetizado como una explicación de sus mayores tasas de hospitalización en comparación con los venezolanos. Sin embargo, un análisis consecutivo de un subconjunto de los datos de hospitalización encontró pruebas contrarias. Utilizando el RIPS de marzo a mayo del 2020, manejamos la distribución por edad de los colombianos para calcular la tasa de hospitalización estandarizada por edad de los venezolanos. Repentinamente, fue de un 4,3 % más bajo que la tasa bruta de los venezolanos. Si bien se esperaba que esta tasa estandarizada por edad fuese más alta que su tasa bruta, resultó ser un 4,3 % más baja. La razón podría ser que los venezolanos de 50 a 69 años tenían una tasa de hospitalización específica por edad más baja que sus compañeros más jóvenes, quizás porque tenían aún más miedo de visitar un hospital.

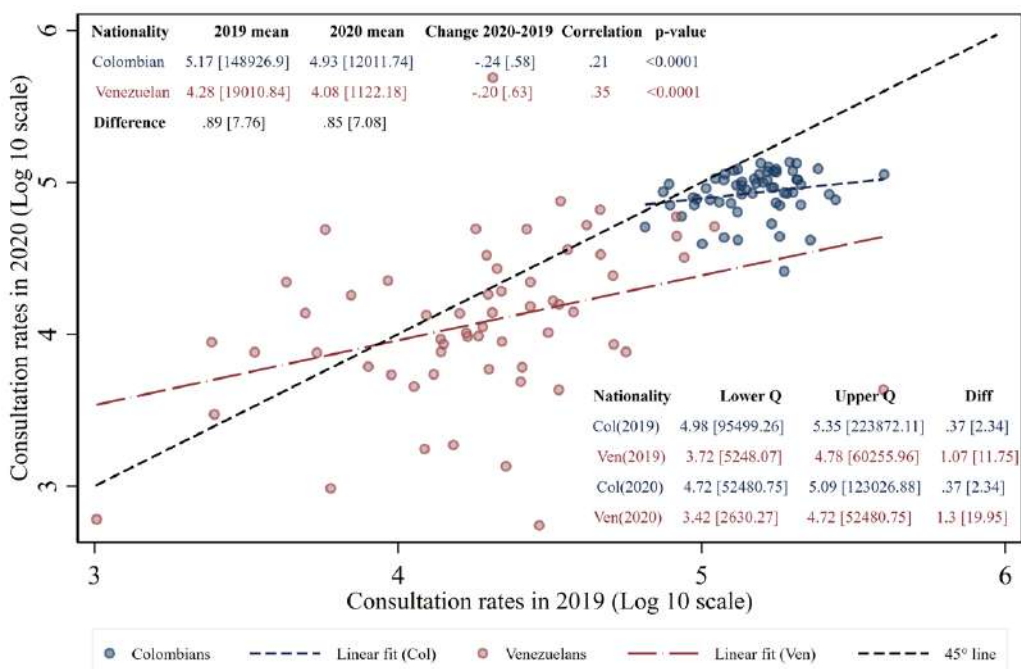
**Figura 7.4 – Tasas de todas las causas de hospitalización de colombianos y venezolanos: 2020 versus 2019**



### 7.1.3.2. Tasas generales de consultas

La figura 7.5 expresa las tasas de consultas por municipio en el 2020 frente al 2019. Las tasas de consultas disminuyeron ligeramente más que las hospitalizaciones para ambas nacionalidades (42 % para los colombianos, calculadas entre 1,00 y 0,58 y 37 % para los venezolanos, calculadas entre 1,00 y 0,63), de nuevo presumiblemente debido al distanciamiento social y el miedo a visitar un centro de salud. Los colombianos tienen tasas de consultas sustancialmente más altas en comparación con los venezolanos tanto en el 2019 (factor 7,76) como en el 2020 (factor 7,08). Dicho de otra manera, las tasas de consultas de los venezolanos fueron 87 % inferiores a las de los colombianos en el 2019. En el 2020, la brecha se redujo ligeramente al 86 % por debajo de los colombianos. Con todo, la tasa de consultas de cada municipio en relación con la media general de todos los municipios fue generalmente estable tanto para colombianos como para venezolanos entre los dos años, como lo indican las correlaciones interanuales positivas altamente significativas (0,21 para los colombianos y 0,35 para los venezolanos). Las tasas variaron entre los municipios mucho más para los venezolanos (rangos intercuartílicos 12-20 veces) en comparación con los colombianos (rango intercuartílico de 2 veces).

**Figura 7.5. Tasas de todas las causas de hospitalización de colombianos y venezolanos por municipio: 2020 versus 2019**



Data obtained from RIPS database for 60 municipalities. Rates calculated for 100,000 people. Rates are total consultations from March 1 to July 31 for the years 2019 and 2020

Al igual que en el caso de las hospitalizaciones, se esperaba que la mayor edad de los colombianos, señalada anteriormente, hubiera sido un factor explicativo adicional para sus tasas más altas de consultas en comparación con los venezolanos. A pesar de esto, un análisis posterior de un subconjunto de los datos de la consulta encontró pruebas contradictorias. Las tabulaciones del RIPS de marzo a mayo del 2020 dieron tasas de consultas específicas por edad para los venezolanos. Estos fueron ponderados según la distribución de edad de los colombianos para dar una tasa de consultas estandarizada por edad para los venezolanos. Aunque se esperaba que esta tasa estandarizada de edad fuese más alta que su tasa bruta, resultó ser 0,8 % menor. La razón podría ser que los venezolanos de 50 a 69 años tenían una tasa de consultas específica por edad más baja que sus compañeros más jóvenes, similar al patrón de hospitalizaciones, a lo mejor porque tenían aún más miedo de asistir a un centro de salud.

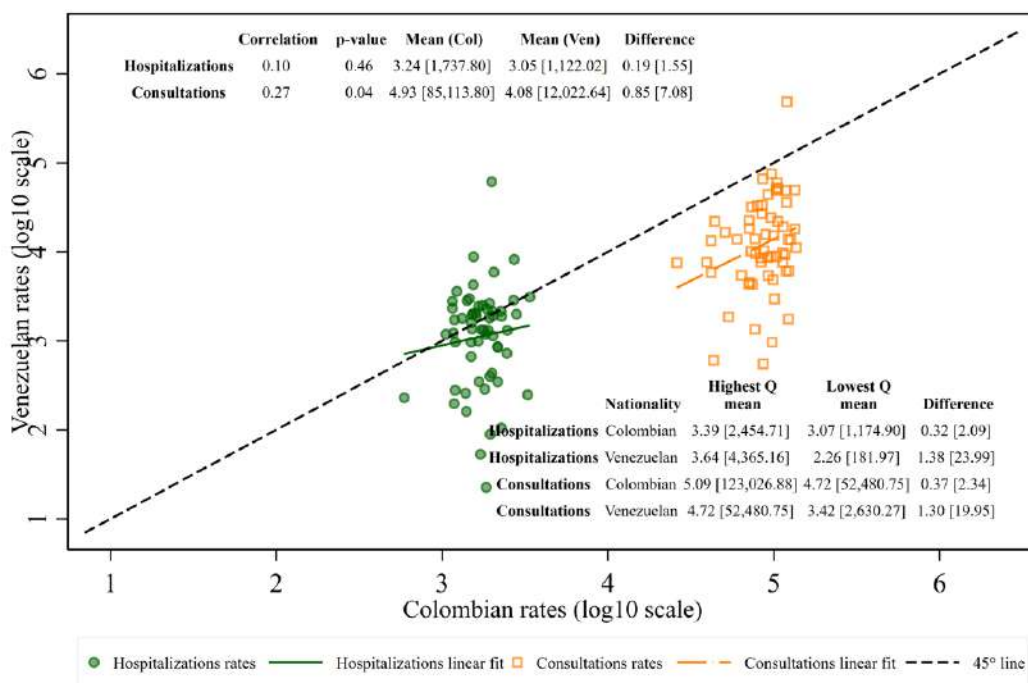
### 7.1.3.3. Relación entre las tasas de hospitalización y consultas

La figura 7.6 compara a migrantes venezolanos y colombianos tanto en tasas de hospitalización como en consultas en el 2020. Hubo una correlación significativa positiva en las tasas de consultas entre colombianos y venezolanos en el 2020 (0,27, p-valor <0,05). Como se esperaba, los colombianos tienen tasas sustancialmente más altas de consultas (relación de 7,08) y menos variabilidad entre municipios (relación intercuartílica 2,29) en comparación con los venezolanos (relación intercuartílica 20,42). Las tasas de consulta de los venezolanos se correlacionaron positivamente



con las de los colombianos en el mismo municipio ( $r=0,27$ ,  $p=0,04$ ). Por otro lado, la correlación de hospitalización entre las dos nacionalidades fue pequeña ( $0,10$ ) y no estadísticamente significativa ( $p=0,46$ ). Las observaciones se extienden a ambos lados de la línea de igualdad (representada por la línea intermitente de 45 grados en la figura 7.6) y la relación de 1,55 está correspondientemente cerca de 1,00. Pese a esto, debajo de esta similitud en promedio para los venezolanos, sus tasas varían sustancialmente entre municipios (relación intercuartil = 23,44).

**Figura 7.6 - Tasas de hospitalización y consultas en 2020: colombianos versus venezolanos**



Data obtained from RIPS database for 60 municipalities. Rate calculated for 100,000 people. Hospitalization and consultation rates are total rates from March 1 through July 31, 2020

## 7.2. Costos comparativos de la atención médica

La migración a Colombia desde Venezuela ha incrementado la demanda de servicios médicos, educación y otros servicios públicos. Los refugiados venezolanos requieren tratamiento hospitalario, ya que muchos buscan atención en Colombia debido a la falta de tratamiento médico adecuado en Venezuela. Quienes tienen problemas de salud, en particular las mujeres embarazadas, los niños, los ancianos y las personas con VIH/sida, plantean un desafío adicional para el sistema médico colombiano porque su salud a menudo empeora durante el viaje a través de la frontera (R4V, 2020, p. 9).

Según las estadísticas publicadas por el Gobierno nacional en el 2017, el 2018 y el 2019, los costos de la prestación de servicios de salud a los

venezolanos desplazados se acumularon a 616 mil millones de pesos colombianos (US\$169 millones). El gobierno también proporcionó servicios educativos a los venezolanos, con un costo de 460 mil millones de pesos colombianos (US\$126 millones). Como porcentaje del PIB total del país, el costo total de los servicios sanitarios, los costos educativos y la atención infantil para los venezolanos desplazados representó solo el 0,12 % del PIB nacional durante un período de tres años. En este mismo período, la prestación de servicios de salud a los venezolanos representó el 0,06 % del PIB colombiano. Específicamente, el 83,3 % del gasto en salud fue cubierto directamente por proveedores de servicios de salud pública y el 16,7 % por el régimen subsidiado (Melo-Becerra *et al.*, 2020, p. 4).

### 7.2.1. Enfoque empírico

El primer paso para obtener el costo promedio de la atención médica para colombianos y venezolanos fue obtener el gasto promedio por persona y por año de Knoema, un sitio web que agrega datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras fuentes. Para el 2018, esto fue de US\$513 por persona. Sobre la base de la participación del sistema de seguridad social en Colombia (64,03 %), estimamos que la participación de los servicios de salud personal es de US\$328,47 por año. Luego, se evaluó la utilización media anual por persona en Colombia en 2,31 consultas y 0,0787 hospitalizaciones. A partir de otros datos, evaluamos la duración media de la estancia en siete días. A continuación, convertimos las consultas en “equivalentes de día de cama”. Cada consulta utilizó recursos iguales a los de 0,32 días-cama hospitalaria basados en una síntesis de estudios de costes hospitalarios en países de bajos y medianos ingresos (Shepard *et al.*, 2000). Juntando esta información, se obtuvieron los costos unitarios en la tabla 7.1.

**Tabla 7.1 – Costo unitario y tasas medias de utilización nacional**

Tipo de servicio médico	Costo unitario	Tarifa anual por persona	
		Colombianos	Venezolanos
Hospitalizaciones	US\$ 1,782.39	0.0800	0.0527
Consultas	US\$ 66.83	2.3775	0.5332

Sobre la base de la utilización relativa y el tamaño de la población entre colombianos y venezolanos se obtuvieron las tasas medias anuales de servicios por nacionalidad que se exhiben en la tabla 7.1. Luego, extrajimos el costo promedio de los servicios por persona, por año, por nacionalidad y la brecha por persona entre colombianos y venezolanos.

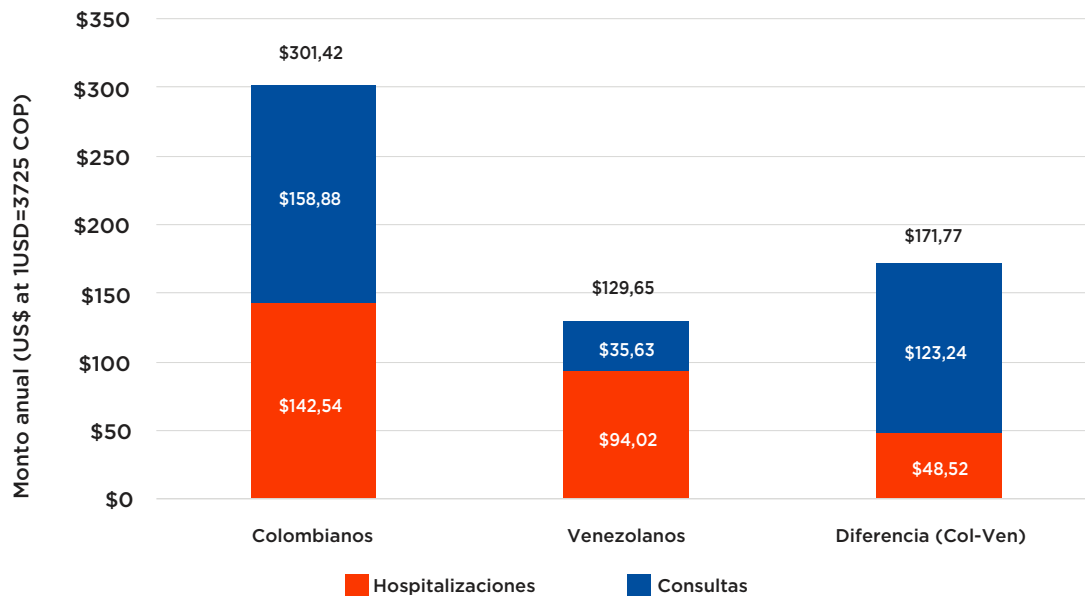
### 7.2.2. Diferencia de costos entre nacionalidades

El gráfico 7.7 indica el costo de los servicios de salud por persona, por año, por nacionalidad y la diferencia de US\$171.77 por persona entre colombianos y venezolanos. La mayor parte de esta brecha radica en la

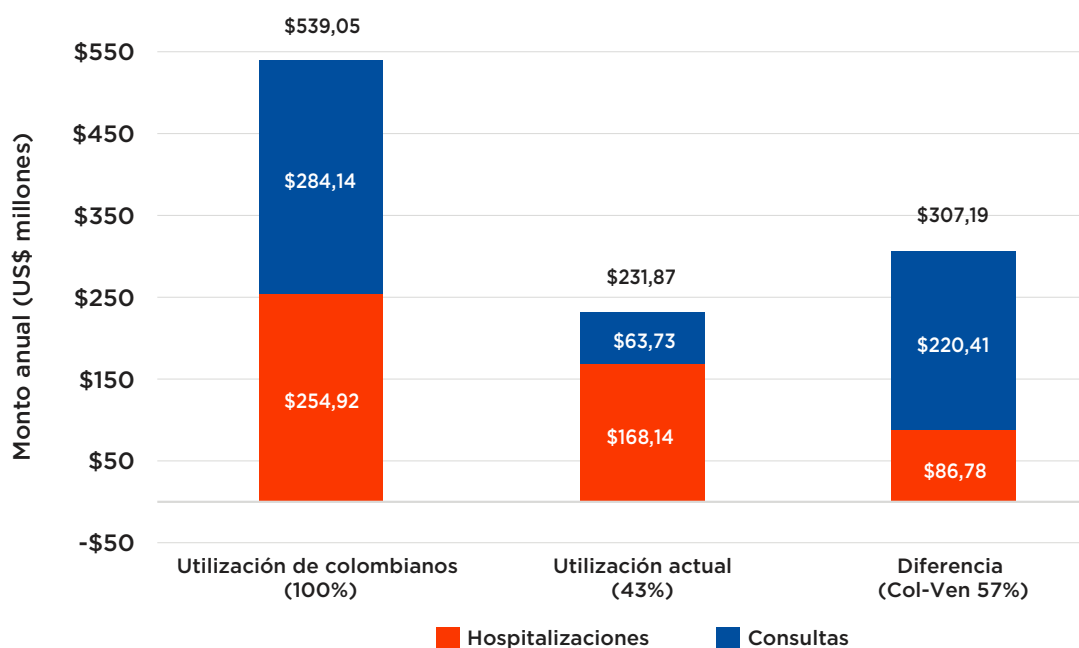
atención ambulatoria que los colombianos habían utilizado sustancialmente más que los venezolanos. El gráfico 7.8 muestra la distancia agregada en millones de dólares. Si Colombia quisiera llevar a los venezolanos al mismo nivel que sus propios residentes, el costo anual sería de US\$307,19 millones, de los cuales la mayoría (US\$220,41 millones) sería para servicios ambulatorios. En teoría, el apoyo anual de donadores de esta magnitud (US\$307,19 millones) permitiría a los venezolanos alcanzar el mismo margen de servicios de salud que sus anfitriones.

Así que los venezolanos logren hacer uso de los permisos que recibieron en febrero del 2021, es probable que busquen más servicios. Como muchos estarán en el régimen subsidiado, al menos inicialmente, sus costos recaerán en gran medida en el gobierno colombiano. El apoyo financiero y los conocimientos de gestión deberían permitir al sistema de salud hacer frente a este aumento de la demanda. En el cuadro 7.2 se resume el déficit de financiación resultante.

**Gráfico 7.7 - Costo de los servicios de salud por persona, por nacionalidad, 2020**



**Gráfico 7.8 – Costo agregado de los servicios personales de salud de 1,79 millones de venezolanos por nacionalidad, 2020**



**Tabla 7.2 - Déficit anual de financiamiento para equiparar a los venezolanos con los colombianos (millones de dólares)**

Ítem	Tasa	Monto
Déficit en los gastos de salud personal	90%	\$307
Participación colectiva para gastos generales*		\$278
<b>Diferencia total</b>		<b>\$585</b>
*Derivación de la participación colectiva		
Total de gastos médicos por persona		\$513
Importe UPC por persona (asistencia sanitaria personal)		\$269
Diferencia (gastos colectivos)		\$244
Diferencia en % de la UPC		90%

## 7.3. Interpretación de las conclusiones sobre la utilización y los costos

---

### 7.3.1. Reducción de la brecha en las tasas de hospitalización

Las poblaciones de refugiados desplazados tienen dificultades para acceder a los servicios de salud en la mayor parte del mundo. No obstante, en virtud de la Constitución colombiana, todos los residentes del país tienen derecho a la atención médica básica en el marco del sistema nacional de salud. Impresionantemente, de marzo a julio del 2020 durante la pandemia del COVID-19, los venezolanos no estaban muy por debajo de los colombianos en tasas de hospitalización por cada 100.000 habitantes. La brecha se había reducido del 45 % para los meses comparables en el 2019 al 35 % en el 2020. Por lo tanto, para las necesidades de atención médica lo suficientemente graves como para requerir hospitalización, las instituciones de salud colombianas hicieron un trabajo razonablemente adecuado para cumplir con los requisitos legales y médicos. Pero, en el caso de las consultas, la diferencia fue amplia y se redujo ligeramente. La tasa de consultas de los venezolanos por cada 100.000 habitantes fue 87 % inferior a la de los colombianos en el 2019 y 86 % menor en el 2020. Además, las desigualdades en el acceso a las pruebas parecen ser un factor importante que explica este contraste entre las dos nacionalidades. Los datos de la encuesta telefónica también mostraron que los venezolanos desplazados eran estadísticamente significativamente menos propensos a reportar el uso de las pruebas de COVID-19 en comparación con sus contrapartes colombianas (ELRHA, 2021).

### 7.3.2. Alto umbral de enfermedad para los venezolanos

Nuestros hallazgos sobre las tasas de casos reportados por COVID-19 sugieren que los venezolanos accedieron a la atención por COVID-19 solo cuando estaban gravemente enfermos. Si bien los casos colombianos de COVID-19 informados, probablemente abarquen el espectro de gravedad, los casos de COVID-19 declarados por venezolanos son los más graves, lo que explica tanto los números colombianos más altos, como las tasas de letalidad más bajas en estos mismos.

La distribución de la edad más joven de los venezolanos probablemente se esclarece por la presunción de que los venezolanos migran y permanecen en Colombia solo si se sienten lo suficientemente bien para trabajar. Un informe de Estados Unidos antes de la vacunación generalizada documenta que las tasas de hospitalización y mortalidad por COVID-19 por cada 100.000 habitantes aumentan drásticamente con la edad (CDC, 2019). Por lo tanto, las edades más avanzadas de los colombianos pueden ser una razón que contribuye a las tasas más altas de COVID-19, esto en correlación con los venezolanos.

Como se señaló anteriormente, la mitad de los municipios no reportaron muertes por COVID-19, por lo que hubo poca variación observada.

Igualmente, el cambio en la transformación logarítmica significó que las tasas de mortalidad calculadas fueron mayores en las comunidades con menos residentes venezolanos. Estas limitaciones en los datos mitigaron el hallazgo de asociaciones de otras variables con las tasas de mortalidad calculadas de los residentes venezolanos.

### **7.3.3. Cambios que están en curso**

El sistema de Seguro Universal de Salud de Colombia y sus bases de datos para medir la utilización de los servicios, los casos de COVID-19 y las muertes, proporcionan herramientas poderosas para comparar a colombianos y venezolanos. Para la mayoría de los servicios de ambulatorios, el uso de servicios por parte de los venezolanos ha sido muy inferior al de los colombianos. Como las consultas generalmente no son de emergencia, requieren la inscripción en el sistema de seguro médico colombiano. El 9 de febrero del 2021, el Gobierno anunció una política de regularización de todos los migrantes venezolanos en su territorio (Tresman, 2021). Este decreto debería permitir gradualmente a los venezolanos inscribirse en el sistema de seguro médico de Colombia y promover un acceso más equitativo a todos los tipos de servicios. Esta política hace a Colombia similar a Portugal, Jordania, Qatar y Ecuador, al incluir a las poblaciones desplazadas en su respuesta al COVID-19 y proporcionar el acceso a los servicios públicos para las poblaciones desplazadas (Universidad de Columbia, 2021). Inicialmente, en la medida en que se coordinan los procesos de regularización migratoria e incorporación al seguro, esta ley debería incrementar sustancialmente la afiliación de venezolanos al régimen de seguro subsidiado. Con el tiempo, y a medida que los venezolanos son contratados en el sector formal, la inscripción en esquemas contributivos debería aumentar.

No obstante, dado que la inscripción es un proceso complejo, los responsables de las políticas públicas deben anticiparse a los desafíos en su implementación. Primero, un venezolano indocumentado debe obtener un permiso. Este proceso puede tener filtros inmensos, como proporcionar evidencia legal de residir en el país antes del 31 de enero del 2021 o tener documentos de identificación válidos. Posteriormente, el migrante puede proceder a inscribirse en una EPS a través de las agencias gubernamentales locales o la agencia nacional de migración (Migración Colombia).

# CAPÍTULO 8:

## RESPUESTA DEL SISTEMA DE FINANCIAMIENTO DE SALUD PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA



Colombia emplea el 8 % de su PIB en gastos de salud (ver tabla 8.1). El sistema de salud en este país se financia con dos fuentes principales: el gasto público y el gasto privado. En el 2019, el Gobierno fue responsable del 72 % del gasto total en salud. El sector privado contribuyó con el 28 %. Como parte del gasto privado, el gasto directo sanitario representó alrededor del 15 % del gasto total en salud. Esto está por debajo del nivel recomendado por la OMS: <20 % del gasto total en salud debe financiarse del propio bolsillo (McIntyre, Di y Filip Meheus, 2014).

**Tabla 8.1 - Indicadores clave de financiamiento de salud para Colombia, 2000-2019**

Indicador	2000	2005	2010	2015	2019
Total de gastos en salud - TGS (% PIB)	6	6	7	8	8
Gasto público nacional en salud (% TGS)	75	72	71	72	72
Gasto privado en salud (% TGS)	25	27	28	29	28
Gasto de bolsillo (% TGS)	14	16	17	15	15
Recursos externos en salud (% TGS)	0	1	--	--	--
GGHE (% gasto público general)	15	17	17	17	17
OOP per cápita (US\$)	18	34	76	72	74
THE per cápita (US\$)	133	207	488	465	495

**Fuente: Organización Mundial de la Salud, Base Mundial sobre Gastos en Salud**

A pesar de las cifras de financiamiento relativamente estables que se muestran en la tabla 8.1, el sistema de salud colombiano enfrenta desafíos financieros complejos, además de que su sostenibilidad ha sido una preocupación recurrente. Un estudio realizado por la Superintendencia Nacional de Salud en el 2014 presenta evidencia que sugiere esto. En los últimos años, 29 EPS han cerrado y el 45 % de los hospitales públicos estaban en alto riesgo de colapso financiero. En marzo del 2022, el Gobierno nacional anunció públicamente que transferiría COL\$ 7.300.000 millones (equivalentes a aproximadamente US\$ 2.000 millones), además de los recursos ya presupuestados asignados al sistema de salud para pagar

los servicios que no podían financiarse a través de la UPC en el régimen de seguro contributivo. El Gobierno nacional ya ha contribuido a las deudas de los gobiernos locales por servicios no financiados por la UPC en el régimen subsidiado: del total de COL\$ 1.600.000 millones de deuda, se han pagado COL\$ 1.300.000 millones, de los cuales US\$ 858.516 millones fueron dados por el Estado y US\$ 441,659 por los recursos del gobierno local (MinSalud, News Bulletin, 2022).<sup>16</sup>

La fragilidad financiera del sistema es más evidente cuando se reconoce que el 72 % del gasto médico del país se financia con recursos públicos. Esta financiación pública cubre el gasto del régimen subsidiado. Además de los problemas en la transparencia de la administración de las EPS y las IPS “demasiado grandes para quebrar”, hay dos factores concretos que contribuyen a esta fragilidad. En primer lugar, el hecho de que el principal punto de entrada al sistema siga siendo las unidades de servicios de emergencia y no las unidades de atención primaria. En segundo lugar, que durante muchos años hubo un plan de beneficios de crecimiento excesivo, con un ajuste desproporcionado en los mecanismos de financiación.

## 8.1. Financiamiento médico a través de seguros

---

Como se señaló en el capítulo 5, gran parte del financiamiento para el sistema de salud colombiano fluye a través del Sistema Colombiano de Seguro de Salud que se compone de tres regímenes de afiliación coexistentes: contributivos, subsidiados y regímenes especiales. Los tres regímenes ofrecen planes de salud regulados, con amplio acceso a medicamentos, procedimientos quirúrgicos, servicios médicos y dentales. La diferencia entre los dos primeros regímenes es la fuente financiera que cubre la suma global por persona asegurada (UPC).

Como se explicó anteriormente, en el régimen contributivo, la UPC se financia por medio de un impuesto directo sobre el contrato laboral de la persona asegurada, cobrando 12,5 % de impuesto sobre el 40 % de su salario. Por lo tanto, la afiliación al régimen contributivo ocurre cuando una persona tiene un contrato de trabajo formal, es independiente o pensionado. El costo de este contrato de seguro se comparte entre el empleador y el empleado: los empleadores cubren aproximadamente dos tercios (8,5 %) y los empleados un tercio (4 %) de la carga total (12,5 %). En el régimen subvencionado, la UPC se financia íntegramente con cargo al presupuesto del Gobierno nacional. La afiliación al seguro médico dentro de este subsistema es realizada por las EPS que reciben listas de beneficiarios de todos los programas estatales -proporcionados en la red nacional de protección social- o listas de personas que son elegibles a través de mecanismos de focalización basados en la población. El tercer subsistema reúne varios “regímenes especiales” coexistentes que sirven a grupos particulares de la sociedad, como las fuerzas militares,

---

16 <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-Nacional-cumplio-con-Acuerdo-de-Punto-Final.aspx>



la policía nacional, los maestros de escuelas públicas y las universidades públicas. Cada grupo tiene un mecanismo de financiación separado, con planes de prestaciones de salud diferenciados y, a veces, incluso una red independiente de prestación de servicios médicos.

Según fuentes oficiales de datos (MinSalud, SISPRO), casi el 48 % de los afiliados al sistema de seguros eran parte del régimen contributivo en el 2022. Cuando se reformó estructuralmente el sistema en 1994 (mediante la Ley 100), los encargados de la formulación de políticas esperaban que el 75 % de las admisiones estuvieran en el régimen contributivo. Este déficit –que se explica por la informalidad laboral, la evasión fiscal y la ineficiencia en el uso de los recursos– es uno de los principales problemas estructurales de sostenibilidad del sistema de seguros.

## 8.2. Financiamiento médico para la población sin seguro

---

La población que no está afiliada a ninguno de los tres regímenes de seguro de salud tiene acceso limitado a los servicios a través de unidades de servicios de emergencia o servicios especiales de prevención sanitaria (como campañas de vacunación). En este caso, el Estado cubre el costo de la prestación del servicio, transfiriendo recursos retroactivamente a las IPS, lo que significa que los proveedores de asistencia médica tienen que asumir el riesgo financiero.

El financiamiento de los servicios de salud para los migrantes venezolanos depende de cómo accedan al sistema de salud colombiano y si están afiliados a alguno de los regímenes específicos descritos anteriormente. Los migrantes venezolanos pueden afiliarse a los regímenes contributivos o subsidiados a través del proceso del PEP. La sección de costos ha estimado el precio de la prestación de servicios a la población venezolana a través de estos regímenes. En junio del 2018, había un total de 28.069 venezolanos afiliados al SGSSS (con un PEP en condición activa), de los cuales 93 % pertenecían al régimen contributivo y 7 % al régimen subsidiado. En agosto del 2020, 260.721 venezolanos estaban inscritos en el SGSSS, lo que representa un aumento del 829 % (MinSalud, 2020).

Investigaciones adicionales realizadas por la Universidad de Brandeis y la Universidad de los Andes en agosto del 2019, que examinaron el impacto en el acceso a los servicios de salud para los migrantes venezolanos durante la pandemia del COVID-19, mostraron cifras ligeramente diferentes. Utilizando una encuesta telefónica que englobó a 5.159 migrantes venezolanos, los resultados mostraron que el 74 % no estaban afiliados a ningún régimen, el 19 % estaban asociados al régimen subsidiado y el 6 % estaban adheridos al régimen contributivo. De los migrantes venezolanos inscritos en el régimen contributivo o subsidiado (1.314), el 75 % se inscribió en el régimen subsidiado y el 25 % se registró en el régimen contributivo (ver tabla 8.2, tomado de Bowser *et al.*, 2022).

**Tabla 8.2 - Distribución porcentual de la cobertura de seguros de colombianos y venezolanos**

Regímen	Colombianos	Venezolanos
Contributivo	28	6
Subsidiado	67	19
No afiliados	3	74
Otros, faltas	2	1
Total	100	100

Fuente: Encuesta telefónica. Bowser *et al.* ELRHA, 2020

### 8.3. Financiamiento de donadores

A medida que el número de poblaciones desplazadas crece globalmente, es importante comparar la magnitud de la crisis migratoria venezolana con otras situaciones de desplazamiento de refugiados, tanto en términos de poblaciones desplazadas como de financiamiento global. Como demuestra una reciente publicación del Instituto Brookings, el número de venezolanos que han huido de su país durante el período de cuatro años (2016-2019) es de 4,6 millones; un tamaño muy similar a los 4,8 millones de sirios que han escapado de Siria desde el 2015. A pesar del tamaño similar del número de personas desplazadas, el apoyo global a la respuesta de los refugiados sirios ha sido de US\$7.400 millones en comparación con US\$580 millones para la crisis venezolana. Esto equivale a US\$1.500 por refugiado sirio y US\$125 por refugiado venezolano. Hay que tomar en cuenta que estas cifras para la crisis venezolana se refieren al apoyo global a los venezolanos en muchos países, no solo en Colombia (Bahar y Dooley, 2019).

Para estimar aún más el financiamiento de los donadores que fluye hacia Colombia y que se centra específicamente en los esfuerzos para ayudar a proporcionar servicios a los migrantes venezolanos, accedimos a los títulos de los proyectos y a la financiación total de los planes de ayuda comunicados por los miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OECD a través del Sistema de Información de Acreedores. Buscamos en la base de datos utilizando los términos “Venezuela” o “VENEZUELA”. Identificamos 250 proyectos en total durante el período 2007-2020. La cantidad total de dólares desembolsados a través de estos proyectos es de US\$159 (2,019 USD, millones). Usando 1,8 millones como número de migrantes en Colombia, esto equivale a US\$88,5 (2,019 USD, millones) (OECD, 2022). Haciendo este mismo cálculo sobre los proyectos de ayuda que se enfocan solo en salud básica o salud general, los desembolsos

son de US\$0,4773 por migrante (2,019 USD, millones) y los compromisos son de US\$0,6464 (2,019 USD, millones). Estos números refuerzan las conclusiones del Instituto Brookings de que el soporte financiero de los donadores ha sido mínimo, especialmente en comparación con otras crisis como la de Siria. El apoyo a los gobiernos locales para los servicios de emergencia sería muy valioso.

La comparación con una base de datos independiente sugiere que la salud puede representar solo una pequeña parte de esta financiación total. Una base de datos de financiamiento de proyectos de la OECD en Colombia que menciona específicamente a los venezolanos y la salud, mostró los resultados que se muestran en la tabla 8.3. Aunque la base de datos de la OECD no incluye a importantes donadores multilaterales y de las Naciones Unidas, como la ACNUR y el Banco Mundial, las cantidades que figuran en el cuadro 8.3 son 100 veces inferiores a las estimaciones del Instituto Brookings.

**Tabla 8.3 - Financiamiento médico a Colombia de los países de la OECD, 2009-2019\***

	<b>Recursos comprometidos</b>	<b>Recursos desembolsados</b>
Total (US\$ Millones, 2009-19)	\$1,16	\$0,86
Migrantes venezolanos (millones de personas)	\$1,80	\$1,80
Valor por migrante venezolano (US\$)	\$0,65	\$0,48

**Notas: \*asistencia oficial para el desarrollo (ODA) de los países de la OECD a Colombia para beneficiar a los migrantes venezolanos en salud (salud básica y salud general).**

# CAPÍTULO 9: CONCLUSIONES Y APRENDIZAJES

---

## 9.1. Asistir a los venezolanos para convertirse en residentes oficiales

---

La experiencia de Colombia demuestra que un país de ingresos medianos ha sido capaz de proporcionar al menos servicios médicos de emergencia a su población de refugiados dentro de su servicio nacional de salud. El plan anunciado por el país para permitir que la mayoría de los venezolanos desplazados se registren para permanecer legalmente durante diez años debería aumentar su integración en el futuro. Como los migrantes son más jóvenes en promedio que sus contrapartes y se mueven entre Colombia y Venezuela en función de las condiciones económicas, sus habilidades y motivación podrían ayudar a hacer crecer la economía colombiana, mediante la creación de demanda y la asociación al capital humano existente. El Gobierno colombiano podría acelerar este proceso mediante la formación de sus funcionarios y las ONG para ayudar a identificar a los elegibles y para ayudar a su registro oficial. Para hacer esto, el Gobierno debe promover y facilitar la afiliación en los seguros a través de estrategias de demanda inducida, tales como: campañas masivas de inscripción, la creación de incentivos para las EPS para registrar a los migrantes, crear incentivos para que las ONG vinculen los servicios de ayuda de emergencia a los procesos de inscripción.

## 9.2. Ajustar las métricas para evaluar la calidad de la atención

---

Otra recomendación se refiere a los indicadores utilizados por las autoridades colombianas para mantener la calidad en la prestación de servicios. De acuerdo con las entrevistas de informantes clave en un mecanismo paralelo de este estudio, los centros de salud son monitoreados regularmente con muchos de los indicadores clave de desempeño basados en los resultados (ELRHA, 2021). Un hospital que atiende a muchos migrantes probablemente mostrará peores resultados, debido a su acceso restringido a los servicios preventivos y el nivel elevado de pobreza y desnutrición, que un hospital comparable que atiende a menos migrantes. Este incentivo negativo podría disuadir a los centros de salud de prestar

servicios a la comunidad migrante y facilitar el acceso a la atención no urgente. Un sistema de vigilancia más sofisticado que se ajuste a las diferencias de población (por ejemplo, la nacionalidad de sus pacientes) podría impulsar el acercamiento a las poblaciones migrantes.

Más información sobre este tema está bien desarrollada en el estudio “Evaluación externa de la calidad de la atención en el sector de la salud en Colombia” desarrollado por el Banco Mundial y la Corporación Financiera Internacional (2019).<sup>17</sup> A continuación se presentan algunos de los llamados a la acción específicos derivados de este estudio: incentivar la calidad, mejorando la rendición de cuentas y aplicando mecanismos de contratación innovadores; promover la mejora continua de la calidad mediante la formación, campañas de eficacia y el fortalecimiento de las comunidades de práctica; apoyar y aumentar la elección de los pacientes mediante la creación de sistemas de información sobre la calidad de los servicios sanitarios más sólidos para la evaluación comparativa de los proveedores de asistencia sanitaria, reforzar los marcos de regulación de la calidad mediante normas de certificación y acreditación de los proveedores de asistencia médica, desarrollar un currículo básico mejorado para los futuros profesionales y utilizar la inclusión de la telemedicina para optimizar la calidad en las zonas rurales dispersas (Banco Mundial e IFC, 2019).

### 9.3. Fortalecer a los promotores de la salud

---

La dramática disminución en la utilización de los servicios ambulatorios por los colombianos durante la pandemia, habla del temor de la población a la exposición al COVID-19. No obstante, las salvaguardias apropiadas (distanciamiento social, equipo de protección personal, y una formación y procedimientos cuidadosos) y una mejor comunicación pudieron permitir que se procediera a la atención necesaria. La pandemia demuestra la necesidad de involucrar a más colombianos y venezolanos como promotores de salud, sobre la base de un sistema que Colombia ha operado durante décadas (Robertson *et al.*, 1997).

Los promotores de salud jugaron un papel vital antes de la reforma estructural del sistema médico colombiano en los años noventa (a través de la Reforma Constitucional de 1991 y la Ley 100 de 1994). Con todo, después de este cambio se dejó de lado la idea de los promotores de salud y actualmente solo los “asistentes de salud pública” tienen el papel de proporcionar educación sanitaria. La inclusión de equipos interdisciplinarios –que incluyen promotores sanitarios– en la política de atención primaria de salud del país podrían fortalecer la cobertura, la calidad de los servicios ambulatorios y la atención extramuros.

---

<sup>17</sup> Disponible aquí: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/719321564123515864/pdf/External-Assessment-of-Quality-of-Care-in-the-Health-Sector-in-Colombia.pdf>

## 9.4. Crear unidades responsables en el gobierno local

---

A nivel departamental y municipal, los gobiernos deben crear unidades encargadas de registrar a los venezolanos desplazados dentro de sus territorios y ayudarlos a obtener la documentación pertinente, registrarse en el seguro médico, buscar empleo, además de otros servicios. El Gobierno nacional debe proporcionar capacitación, apoyo y supervisión al personal en los departamentos que, a su vez, haría lo mismo con el personal de los municipios. Es importante apoyar a los equipos locales para desarrollar la capacidad de gestión de casos y proporcionar a todos los trabajadores de la salud preparación en cualidades que faciliten el acceso de los migrantes a los servicios de protección social y su plena integración en su nuevo contexto.

## 9.5. Pedir a los donadores internacionales que asuman una mayor responsabilidad

---

Las conclusiones destacan la necesidad de la asistencia internacional para prestar servicios médicos a los migrantes y refugiados en Colombia y en otros países que los integran en sus sistemas nacionales de salud. En el sistema actual, los servicios médicos de emergencia prestados a la población no inscrita no están cubiertos por el sistema de seguros. La carga financiera directa es asumida por el centro de salud (hospital o clínica) que suministra los servicios. Por lo tanto, el centro debe pedir a la secretaría de salud del gobierno local que cubra el costo. Si el gobierno local carece de recursos suficientes, puede solicitar asistencia al Gobierno nacional. A pesar de esto, el proceso es ineficiente, lento e incierto. Mientras tanto, las instalaciones de salud operan con un déficit, falta de pagos a los trabajadores y a los distribuidores, además del riesgo de colapso y cierres repentinos.

Para el 2018, el 42 % de los 930 hospitales públicos de Colombia se encontraban en niveles medios o altos de riesgo financiero (Amat, 2014). Otros países con un número considerable de refugiados y poblaciones desplazadas se enfrentan a problemas similares. La ACNUR señaló que en el 2020 “siete de cada diez personas de las que se ocupa ACNUR vivían en entornos urbanos y la pandemia agudizó el desafío de apoyarlas” y “las necesidades seguían siendo enormes...” (ACNUR, 2020). Con el apoyo internacional y el bien diseñado sistema nacional de salud de Colombia, se podrían proyectar muchas de estas necesidades.

## 9.6. Integrar al personal médico extranjero

---

Para responder a una crisis humanitaria localizada, Colombia podría poner a prueba mecanismos especiales para validar las credenciales profesionales de médicos y profesionales de la salud extranjeros. Por ejemplo, como

miembro de la OECD, Colombia podría recurrir a esta organización para obtener orientación en la aplicación de nuevas políticas y el aprendizaje de las mejores prácticas de otros países sobre cómo utilizar profesionales médicos extranjeros. También es importante destacar que en Colombia el personal de las organizaciones internacionales está principalmente involucrado en tareas administrativas y de coordinación, con profesionales colombianos dedicados principalmente a la prestación de servicios.

## **9.7. Integrar la ayuda de emergencia y la ayuda al desarrollo**

---

Siempre debe darse prioridad a la ayuda de emergencia. En Colombia existen abundantes pruebas de la relevancia de que las ONG presten servicios sanitarios a la población desplazada por la fuerza que no está inscrita en el sistema de seguro de salud. Existe una gran oportunidad de crear una vía de integración entre estos servicios fundamentales de respuesta rápida y el sistema de protección social. Uno de los primeros pasos para lograrlo sería la integración de los actuales sistemas de información sobre ayuda de emergencia con los sistemas de protección social. En general, este proceso de integración requiere un plan plurianual o a largo plazo.

Además, para evitar que las organizaciones de ayuda humanitaria presten servicios que ya se han pagado a las EAPB, debería crearse un mecanismo oficial de coordinación. Una sugerencia es tener un sistema basado en resultados que permita a las organizaciones de ayuda solicitar pagos a las EAPB para la prestación de servicios a venezolanos o colombianos afiliados al sistema de salud.

## **9.8. Innovar, documentar y ampliar**

---

Hay innovaciones interesantes en Colombia con respecto a la gestión de casos y la provisión de atención médica a poblaciones específicas. Por ejemplo, la estrategia de prevención de EmONC implementada por la Red Pública IPS del Suroeste de Bogotá. En esta estrategia, un proveedor de atención médica local promueve la plena integración y el acceso a la salud con unidades de emergencia como punto de entrada. Es importante poner a prueba, evaluar y ampliar las estrategias para atender otras necesidades médicas de los migrantes en Colombia (por ejemplo, enfermedades crónicas y salud mental).

# REFERENCIAS

---

- Acaps. (2021). Colombia and Venezuela: Needs and vulnerabilities of the Caminantes. [https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/20210121\\_acaps\\_thematic\\_report\\_caminantes\\_in\\_colombia\\_and\\_venezuela.pdf](https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/20210121_acaps_thematic_report_caminantes_in_colombia_and_venezuela.pdf)
- Acosta, Boilin y Freiere (2019). La emigración venezolana: respuestas latinoamericanas. <https://doi:10.13140/RG.2.2.33921.71523>
- Amat, Y. (2018). El 42 % de los hospitales públicos, en riesgo financiero Minsalud. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/salud/el-42-por-ciento-de-los-hospitales-publicos-en-riesgo-financiero-ministro-de-salud-289522>
- Bahar, D. y M. Dooley (2019). Venezuela refugee crisis to become the largest and most underfunded in modern history. Brookings Institute. Blog post. <https://www.brookings.edu/blog/up-front/2019/12/09/venezuela-refugee-crisis-to-become-the-largest-and-most-underfunded-in-modern-history/>
- Benito, M., y Niño, C. (2018). Guerra y conflictos contemporáneos. Reflexiones generales para el caso colombiano. <https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/1104/Guerra%20y%20conflictos.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Bermudez, A. (2016). Cómo Venezuela pasó de la bonanza petrolera a la emergencia económica. [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/02/160219\\_venezuela\\_bonanza\\_petroleo\\_crisis\\_economica\\_ab](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/02/160219_venezuela_bonanza_petroleo_crisis_economica_ab)
- Bowser, D., Sombrío, A.G., Agarwal-Harding, P., Shepard, D.S., Harker Roa, A. (2022). Integrating Venezuelan Migrants into the Colombian Health System during the COVID-19. Manuscript Under Review.
- Carroll, H., Luzes, M., Freier, L. F., y Bird, M. D. (2020). The migration journey and mental health: Evidence from Venezuelan forced migration. *SSM - population health*, 10, 100551. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100551>
- Castañeda, Fonseca y Ramírez (2012). La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. [https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/2906/LIB\\_2012\\_La%20Sostenibilidad%20Financiera.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/2906/LIB_2012_La%20Sostenibilidad%20Financiera.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021) .Risk for COVID-19 infection, hospitalization, and death by age group. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-age.html>
- Colombia Sin Fronteras. (2020). Los diferentes tipos de migración venezolana. <https://colombiasinfronteras.com/los-diferentes-tipos-de-migracion-venezolana/>



- Columbia University (2021). Preventing and Mitigating Indirect Health Impacts of COVID-19 on Displaced Populations in Humanitarian Settings. [https://www.publichealth.columbia.edu/sites/default/files/knowledge\\_brief\\_1.pdf](https://www.publichealth.columbia.edu/sites/default/files/knowledge_brief_1.pdf)
- Congreso de la República. (23 de diciembre de 1993). Ley 100: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
- Congreso de la República. (9 de enero de 2007). Ley 1122: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1122\\_2007.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html)
- Congreso de la República. (18 de junio de 1997). Ley 87: Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0387\\_1997.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0387_1997.html)
- DANE. (2018). Censo Nacional de población y vivienda. <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/infografias/info-CNPC-2018total-nal-colombia.pdf>
- Díaz Grajales, C., Zapata Bermúdez, Y., Aristizábal Grisales, JC (2015). Acceso y satisfacción con servicios curativos: Análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un barrio estrato 2. Cali, Colombia. Rev Gerenc Polít Salud. 14(29):155-78.
- Dinero. (2010). Cronología de nacionalizaciones y expropiaciones en Venezuela desde 2007. <https://www.dinero.com/internacional/articulo/cronologia-nacionalizaciones-expropiaciones-venezuela-desde-2007/106712>
- DNP. (2012). Documento Conpes 3726. [https://gapv.mininterior.gov.co/sites/default/files/Gactv/Normatividad/conpes\\_3726\\_de\\_2012.pdf](https://gapv.mininterior.gov.co/sites/default/files/Gactv/Normatividad/conpes_3726_de_2012.pdf)
- DNP. (2018). Documento Conpes 3950. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3950.pdf>
- El Peruano. (2020). Decreto de Urgencia que dicta medidas complementarias para el sector salud en el marco de la Emergencia Sanitaria por los efectos del Coronavirus (COVID-19). <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-dicta-medidas-complementarias-para-e-decreto-de-urgencia-n-037-2020-1865491-2/>
- El Tiempo. (2020). Así funciona el tratamiento para el covid-19 que aplicarán en Medellín.
- ELRHA. Strengthening the humanitarian response to COVID-19 in Colombia. London: ELRHA. 2021. <https://www.elrha.org/project/strengthening-the-humanitarian-response-to-covid-19-in-colombia/>

Fajardo, D. (2015). Estudio sobre los orígenes del conflicto social armado, razones de su persistencia y sus efectos más profundos en la sociedad colombiana. <https://www.ambitojuridico.com/BancoMedios/Documentos%20PDF/estudio-sobre-los-origenes-del-conflicto-social-armado-razones-de-su-persistencia-y-sus-efectos-mas-profundos-en-la-sociedad-colombiana--1469487289.pdf>

Frydenlund E, Padilla JJ, Palacio K. Colombia gives nearly 1 million Venezuelan migrants legal status and right to work: The Conversation; 3 de julio de 2021. <https://theconversation.com/colombia-gives-nearly-1-million-venezuelan-migrants-legal-status-and-right-to-work-155448>

Función Pública. (2003). Decreto 2131: Por el cual se reglamenta el numeral 4 del artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del artículo 54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=9293>

GIFMM. (2020). Colombia: Joint Rapid Needs Assessment - COVID-19. UNHCR Operational Data Portal (ODP). <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/76032>

GIMFF. (2020). Colombia: Evaluación rápida de necesidades de personas en tránsito (Ronda 4 - septiembre) - REACH. <https://www.r4v.info/es/document/colombia-factsheet-evaluacion-rapida-de-necesidades-de-personas-en-transito-ronda-4>

GIMFF. (2021). Colombia: Caracterización conjunta sobre movimientos mixtos, enero a agosto 2021. <https://www.r4v.info/es/document/gifmm-colombia-caracterizacion-conjunta-sobre-movimientos-mixtos-enero-agosto-2021>

GIFMM.(2021). Colombia: Evaluación Conjunta de Necesidades para población pendular, junio-julio 2021- Colombia. <https://www.r4v.info/es/document/gifmm-colombia-evaluacion-conjunta-de-necesidades-junio-2021>

Global Fund. Global Fund Survey: Majority of HIV, TB and Malaria Programs Face Disruptions as a Result of COVID-19. 2020. Disponible en: <https://www.theglobalfund.org/en/covid-19/news/2020-06-17-global-fund-survey-majority-of-hiv-tb-and-malaria-programs-face-disruptions-as-a-result-of-covid-19/>

Gómez-Restrepo C., Tamayo Martínez N., Bohórquez A., *et al.* (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Revista Colombiana de Psiquiatría, 45, 58-67.

González Perafán, L. y C.R. Delgado Bolaños (2020). Informe especial sobre agresiones a personas defensoras de los derechos humanos y de los Acuerdos de Paz. 28 de febrero de 2020. Indepaz. <http://www.indepaz.org.co/wp-content/uploads/2020/03/SEPARATA-DE-ACTUALIZACI%C3%93N-2020-28-02.pdf>

González-Uribe C, Olmos-Pinzón A, León-Giraldo S, Bernal O, Moreno-Serra R (2022). Health perceptions among victims in post-accord Colombia: Focus groups in a province affected by the armed conflict. PLOS ONE 17(3): e0264684. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264684>

Graham, J. and Guerrero Ble, M. (2020). The Effect of COVID-19 on the Economic Inclusion of Venezuelans in Colombia. Refugees International Case Study / Policy Paper. <https://www.refugeesinternational.org/reports/2020/10/26/the-effect-of-covid-19-on-the-economic-inclusion-of-venezuelans-in-colombia>

Guataquí J, García-Suaza A, Ospina C, Londoño D, Rodríguez P, Baquero J. Características de los migrantes de Venezuela a Colombia. Observatorio Laboral de la Universidad del Rosario [Characteristics of migrants from Venezuela to Colombia. Labor Observatory of the Universidad del Rosario]. 2017. <https://www.labourosario.com/post/2017/08/14/informe-caracter%C3%ADsticas-de-los-migrantes-de-venezuela-a-colombia#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20migrante%20proveniente%20de,educaci%C3%B3n%20primaria%20o%20menor%2C%20y>

Hilarión-Gaitán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015 [Inequalities in health by regime of affiliation to the health system in events of obligatory notification, Colombia, 2015]. *Biomédica*. 2019; 29:737-47.

Ibañez, A. y Moya, A. (2007). La población desplazada en Colombia: Examen de sus condiciones socioeconómicas y análisis de las políticas actuales. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6682.pdf>

Ibañez, A. y Velásquez, A. (2008). El impacto del desplazamiento forzoso en Colombia: condiciones socioeconómicas de la población desplazada, vinculación a los mercados laborales y políticas públicas. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6151/1/S0800725\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6151/1/S0800725_es.pdf)

Ibañez, A. y Velásquez, A. (2009). Identifying Victims of Civil Conflicts: An Evaluation of Forced Displaced Households in Colombia. [https://www-jstor-org.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/stable/pdf/25654414.pdf?ab\\_segments=0%252Fbasic\\_expensive%252Fcontrol&refreqid=excelsior%3Aa16425b6989172d64c5f38c470286288](https://www-jstor-org.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/stable/pdf/25654414.pdf?ab_segments=0%252Fbasic_expensive%252Fcontrol&refreqid=excelsior%3Aa16425b6989172d64c5f38c470286288)

Ibañez, A. (2008). Una mirada inicial al fenómeno del desplazamiento forzoso en Colombia. [https://www-jstor-org.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/stable/pdf/10.7440/j.ctt19qgdjq.4.pdf?ab\\_segments=0%252Fbasic\\_SYC-4802%252Fcontrol&refreqid=excelsior%3Aed3427fdb76dc0c329da264b6766ed76](https://www-jstor-org.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/stable/pdf/10.7440/j.ctt19qgdjq.4.pdf?ab_segments=0%252Fbasic_SYC-4802%252Fcontrol&refreqid=excelsior%3Aed3427fdb76dc0c329da264b6766ed76)

Ibañez, A., y Moya, A. (2007). La población desplazada en Colombia: examen de sus condiciones socioeconómicas y análisis de las políticas actuales. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6682.pdf>

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). Least Protected, Most Affected: Migrants and refugees facing extraordinary risks during the COVID-19 pandemic. 2020. <https://www.ifrc.org/document/least-protected-most-affected-migrants-and-refugees-facing-extraordinary-risks-during>

IOM. (2019). Regional refugee and migrant response plan for Refugees and Migrants from Venezuela. [https://www.iom.int/sites/default/files/press\\_release/file/rmrp\\_venezuela\\_2019\\_onlineversion\\_final.pdf](https://www.iom.int/sites/default/files/press_release/file/rmrp_venezuela_2019_onlineversion_final.pdf)

Janetsky M. Here's why Colombia opened its arms to Venezuelan migrants - until now. FP News: 2019. <https://foreignpolicy.com/2019/01/14/heres-why-colombia-opened-its-arms-to-venezuelan-migrants-until-now/>

Karl, R. A. (2017). *Forgotten peace: Reform, violence, and the making of contemporary Colombia*. Oakland, CA: University of California Press.

Langlois E, McKenzie A, Schneider H, Mecask J. Measures to strengthen primary health-care systems in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2020; 98(11):781-91.

León-Giraldo, S., Casas, G., Cuervo-Sanchez, J. S., González-Uribe, C., Bernal, O., Moreno-Serra, R., & Suhrcke, M. (2021). Health in Conflict Zones: Analyzing Inequalities in Mental Health in Colombian Conflict-Affected Territories. *International Journal of Public Health*, 66, 595311. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.595311>

López Maya, M. (2016). La crisis del chavismo en la Venezuela actual. *Estudios Latinoamericanos*, (38), 159-185. <https://doi.org/10.22201/cela.24484946e.2016.38.57462>

McIntyre, Di and Filip Meheus. 2014. *Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services*. Chatham House.

Mejía. (2010). Informalidad y asistencialismo: el caso del sistema de salud colombiano. [https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/eventos/archivos/Seminario36\\_0.pdf](https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/eventos/archivos/Seminario36_0.pdf)

Melo-Becerra, L. A., Otero-Cortés, A. S., Ramos-Forero, J. E., Tribín-Uribe, A. M., Melo-Becerra, L. A., Otero-Cortés, A., Ramos-Forero, J. E., Ramos-Forero, J. E., & Tribín-Uribe, A. M. (2020). Impacto fiscal de la migración venezolana [Working Paper]. Banco de la República de Colombia. <https://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/9846>

Migración Colombia. (s.f.). Preguntas Frecuentes TMF. <https://www.migracioncolombia.gov.co/venezuela/tmf/preguntas-frecuentes-tmf>

Ministerio de Relaciones Exteriores- Migración. (2019). Infografía: Así ha sido la evolución de la crisis migratoria venezolana. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/231-infografias-2019/especial-asi-ha-sido-la-evolucion-de-la-crisis-migratoria-venezolana-corte-agosto-31-de-2019>

Ministerio de Relaciones Exteriores- Migración. (2019). Total de venezolanos en Colombia. <https://www.eltiempo.com/uploads/files/2019/05/02/RADIOGRAFIA%20VENEZOLANOS%20EN%20COLOMBIA%20MARZO%202019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2017. Dirección de Epidemiología y Demografía. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). Plan de respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2018- Dirección de Epidemiología y Demografía. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Infografía fenómeno migratorio. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/infografia-migrantes-25junio2019.pdf>
- Ministerio de Salud. (11 de enero de 2018). Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace-MinSalud-97-Migrante-Venezolano.pdf>
- Ministerio de Salud. (24 de enero de 2020). Gobierno expidió decreto para asegurar en salud al 100% de la población colombiana. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-expidio-decreto-para-asegurar-en-salud-al-10-de-la-poblacion-colombiana.aspx>
- Ministry of Foreign Affairs. (2020). Infographic: Distribution of Venezuelans in Colombia as of 30 July, 2020. 2021. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/venezolanos-en-colombia-corte-a-30-de-julio-de-2020>
- Ministry of Foreign Affairs. (2019). Infographic: Distribution of Venezuelans in Colombia as of 31 October, 2019. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/total-de-venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-octubre-de-2019>
- National Administrative Department of Statistics of Colombia – DANE. (2023). Annex on population projections by municipality with simple ages, 2018-23 (Anexos-proyecciones-poblacion-municipios-edadessimples-2018-2023). <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- OCHA (2020). Resultados y Metodología HNO 2020 Colombia. 20 noviembre de 2019. <https://www.humanitarianresponse.info/es/operations/colombia/document/resultados-y-metodologia-hno-2020>
- OECD (2015). OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, París. <https://doi.org/10.1787/9789264248908-en>
- OECD. (2020). Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-covid-19-crisis-in-oecd-countries-2f7bace2/>
- OECD. Creditor Reporting System (CRS). <https://stats.oecd.org/>

OFDA USAID. Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria? <https://www.profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/04/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-manejar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>

Opinio Juris. (22 de abril de 2020). The Right to Health of Venezuelans in Colombia: From Principle to Policy (Part 1). Recuperado de: <http://opiniojuris.org/2020/04/22/the-right-to-health-of-venezuelans-in-colombia-from-principle-to-policy-part-1/#:~:text=Venezuelans%20rights%20to%20health%20in,of%20healthcare%20services%20and%20facilities>

Profamilia. (2020). Colombia: Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>

R4V Refugee and Migrant Response Plan (RMRP). (2020). UNHCR Operational Data Portal (ODP).

R4V. GIFMM Colombia: Venezuelans in Colombia - April 2020 (ES). <https://www.r4v.info/es/document/gifmm-colombia-venezolanos-en-colombia-abril-2020-es>

RAMV. (2018). Informe final. Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos en Colombia. <https://www.refworld.org/es/pdfid/5b2957524.pdf>

Red Nacional de Información (s.f.). Unidad de Víctimas Reportes. <https://www.unidadvictimas.gov.co/>

Panayotatos, D. and Schmidtke, R. (2020). Searching for Home: How COVID-19 Threatens Progress for Venezuelan Integration in Colombia. Refugees International – Issue Brief. <https://www.refugeesinternational.org/reports/2020/5/21/searching-for-home-how-covid-19-threatens-progress-for-venezuelan-integration-in-colombia>

Robertson RL, Becerra VH, Shepard DS, Becerra J, Bongiovanni A, V E. Un programa de atención primaria en salud basado en voluntarias en Cali: Metas vs. realidades. *Colombia Médica*. 1997;28(4):167-76.

Shepard DS, Hodgkin D, Anthony YE (2000). Analysis of Hospital Costs: A Manual for Managers. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud (ISBN 92 4 154528 3).

Tamayo Martínez N., Rincón Rodríguez C.J., de Santacruz C., et al. (2016). Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 113-118.

Telesur. (2017). 16 años de leyes habilitantes que reivindicaron al pueblo venezolano. <https://www.telesurtv.net/news/16-anos-de-leyes-habilitantes-para-beneficio-de-los-venezolanos-20171113-0045.html>

Telesur. (2017). Venezuela: A quince años del Paro Petrolero en 2002. <https://www.telesurtv.net/news/A-quince-anos-del-Paro-Petrolero-convocado-por-la-derecha-venezolana-en-el-2002--20171202-0004.html>

Tresman R. Colombia offers temporary legal status to nearly 1 million Venezuelan migrants: National Public Radio: 9 Feb, 2021. <https://www.npr.org/2021/02/09/965853031/colombia-offers-temporary-legal-status-to-nearly-1-million-venezuelan-migrants>

Tschampl, C. A., Garnick, D. W., Zuroweste, E., Razavi, M., & Shepard, D. S. (2016). Use of Transnational Services to Prevent Treatment Interruption in Tuberculosis-Infected Persons Who Leave the United States. *Emerging infectious diseases*, 22(3), 417-425. <https://doi.org/10.3201/eid2203.141971>

UNHCR Operational Data Portal (ODP). (2020). GIFMM Colombia: Situational Report-February.

UNHCR. (2019). Fact Sheet Colombia. <https://www.acnur.org/5b97f3154.pdf>

UNHCR. Global Report Geneva: UNCHR; 2020. [https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/gr2020/pdf/GR2020\\_English\\_Full\\_lowres.pdf#ga=2.92763101.1738074412.1630494463-431691143.1630494463](https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/gr2020/pdf/GR2020_English_Full_lowres.pdf#ga=2.92763101.1738074412.1630494463-431691143.1630494463)

UNHCR. Refugee Data Finder. (2021). <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>

World Bank (2019). Beyond Borders: A Look At The Venezuelan Exodus. <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/864341554879205879/pdf/Beyond-Borders-A-Look-at-the-Venezuelan-Exodus.pdf>

World Health Organization. (2018). Health of refugees and migrants: Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward. 2018. [https://www.who.int/publications/i/item/health-of-refugees-and-migrants---who-european-region-\(2018\)](https://www.who.int/publications/i/item/health-of-refugees-and-migrants---who-european-region-(2018))

World Health Organization. (2016). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

World Health Organization. (2017). Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Colombia. Geneva: World Health Organization, 2017.

World Health Organization. (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. 11 March, 2020. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

