

Análisis del contexto social,  
económico, ambiental, político  
de la situación migratoria y del  
acceso a los servicios de salud

COLOMBIA

## Tabla de Contenido

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Siglas.....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Resumen Ejecutivo.....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>1. Introducción.....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>2. Diseño del estudio.....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>3. Objetivo del documento .....</b>   | <b>9</b>  |
| 3.1. Objetivo general.....   | 9         |
| 3.2. Objetivos específicos .....   | 9         |
| <b>4. Principales datos del país .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>5. Análisis del contexto nacional .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>5.1. Análisis del contexto social .....</b>   | <b>10</b> |
| 5.1.1. Pobreza .....   | 10        |
| 5.1.2. Seguridad ciudadana .....   | 12        |
| 5.1.3. Esperanza de vida al nacer y alfabetización .....   | 13        |
| <b>5.2. Análisis del contexto económico .....</b>  | <b>14</b> |
| <b>5.3. Análisis del contexto demográfico y ambiental.....</b>   | <b>16</b> |
| 5.3.1. Estratificación Socioeconómica .....  | 17        |
| 5.3.2. Condiciones de vida .....   | 17        |
| <b>5.4. Análisis del contexto político .....</b>   | <b>18</b> |
| <b>5.5. Flujos migratorios en el país.....</b>   | <b>21</b> |
| <b>6. Características de la migración en el país .....</b>   | <b>22</b> |
| 6.1. Principales rutas de migración a nivel país y lugares de tránsito.....  | 23        |
| 6.2. Características de la población migrante. ....  | 26        |
| <b>7. Tuberculosis y el Sistema de Salud.....</b>  | <b>28</b> |
| <b>7.1. Descripción del sistema de salud y su organización.....</b>  | <b>28</b> |
| 7.1.1. Aseguramiento .....   | 29        |
| 7.1.2. Dimensiones de la cobertura de salud en Colombia .....  | 30        |
| 7.1.3. Funciones esenciales de la salud pública.....   | 31        |
| <b>7.2. Marco legal en Tuberculosis.....</b>   | <b>32</b> |
| <b>7.3. Sistemas y servicios en Salud .....</b>  | <b>33</b> |
| 7.3.1. Notificación y gestión de enfermedades transmisibles .....  | 33        |
| 7.3.2. Registros médicos y acciones de promoción de la salud en población migrante.....                                  | 34        |
| 7.3.3. Protocolo para el tamizaje obligatorio de Migrantes (VIH, tuberculosis).....                                      | 35        |
| 7.3.4. Relación de las restricciones de movilidad a causa del COVID 19 y la atención de salud a población migrante ..... | 35        |
| <b>7.4. Personal Sanitario .....</b>   | <b>36</b> |
| <b>7.5. Insumos Materiales y Medicamentos .....</b>  | <b>36</b> |
| <b>7.6. Financiamiento para emergencias.....</b>   | <b>37</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>7.7. Coordinación interinstitucional .....</b>  | <b>38</b> |
| <b>7.8. Situación de la tuberculosis en Colombia.....</b>                                  | <b>40</b> |
| <b>8. Acceso a los servicios de salud de la población migrante.....</b>                    | <b>43</b> |
| <b>8.1. Aspectos legales .....</b>   | <b>43</b> |
| 8.1.1. Normatividad colombiana en salud para personas migrantes .....                      | 43        |
| 8.1.2. Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (2018) .....                       | 46        |
| 8.1.3. Estatuto Temporal de Protección .....   | 47        |
| <b>8.2. Aspectos contextuales .....</b>  | <b>48</b> |
| 8.2.1. Eventos o condiciones prioritarias en salud en situaciones de migración. ....       | 49        |
| <b>8.3. Aspectos relacionados con la organización del sistema de salud .....</b>           | <b>50</b> |
| 8.3.1. Sistema de Seguridad Social en Colombia .....                                       | 50        |
| 8.3.2. La salud pública en el marco legal colombiano .....                                 | 52        |
| 8.3.3. Modelo integrado de la atención en Salud.....                                       | 53        |
| <b>8.4. Factores determinantes de situación de población migrante frente a la TB .....</b> | <b>53</b> |
| 8.4.1. Experiencias y buenas prácticas de abordaje en salud y migración .....              | 54        |
| <b>9. Bibliografía .....</b>   | <b>62</b> |
| <b>10. Anexos.....</b>   | <b>66</b> |

## Relación de cuadros

|  |    |
|--|----|
| Cuadro 1. Principales datos del país .....   | 10 |
| Cuadro 2. Datos generales de la economía colombiana, 2020 .....                                      | 15 |
| Cuadro 3. Elementos del contexto favorables o desfavorables para atención de salud a migrantes ..... | 20 |
| Cuadro 4. Principales circulares para la atención del fenómeno migratorio- MSPS.....                 | 43 |
| Cuadro 5. Evolución normativa en materia migratoria en Colombia .....                                | 44 |
| Cuadro 6. Barreras que impiden acceder a los servicios de TB .....                                   | 55 |
| Cuadro 7. Factores que influyen en la demora de atención en salud a población migrante con TB .....  | 61 |
| Cuadro 8. Categorías para el análisis de entrevistas .....   | 95 |
| Cuadro 9. Categorías para el análisis de entrevistas personal de salud.....                          | 95 |
| Cuadro 10. Categorías para el análisis de entrevista a líderes o migrantes.....                      | 96 |

## Relación de ilustraciones

|  |    |
|--|----|
| Ilustración 1. Pirámide poblacional Colombia 2020 .....                                      | 16 |
| Ilustración 2. Venezolanos en Colombia, por departamento.....                                | 23 |
| Ilustración 3. Venezolanos en Colombia, por municipio. ....                                  | 23 |
| Ilustración 4. Evolución histórica de la migración venezolana en territorio colombiano ..... | 27 |
| Ilustración 5. Distribución de migrantes venezolanos, por Sexo y Edad en Colombia.....       | 28 |

## Relación de gráficos

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1. Incidencia de la pobreza monetaria.....                       | 11 |
| Gráfico 2. Incidencia de la pobreza monetaria extrema (porcentaje) ..... | 11 |

## Relación de Tablas

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Esperanza de vida al nacer por sexo (en años) ..... | 13 |
| Tabla 2. Etapas en las cuales identificar barreras.....      | 92 |

## Relación de mapas

|   |    |
|---|----|
| Mapa 1. Principales flujos migratorios de población venezolana en Colombia y en LAC ..... | 22 |
| Mapa 2. Rutas de ingreso al país de migrantes venezolanos .....                           | 25 |
| Mapa 3. Carga de casos de TB en Colombia año 2020 (preliminar).....                       | 42 |

## Relación de anexos

|  |     |
|--|-----|
| Anexo 1. Relación de entrevistados/ encuestados.....                                 | 67  |
| Anexo 2. Análisis de entrevista y grupos focales (agrupado por sectores).....        | 70  |
| Anexo 3. Análisis de encuesta para medir las expectativas de población migrante..... | 81  |
| Anexo 4. Principales definiciones utilizadas .....                                   | 87  |
| Anexo 5. Metodología utilizada .....   | 91  |
| Anexo 6. Marco Legal de la Protección Social en Colombia .....                       | 97  |
| Anexo 7. Sistema de gobierno y Distribución de poderes.....                          | 101 |

## Siglas

|        |   |
|--------|---|
| AM     | Área metropolitana                                  |
| COP    | Peso Colombiano                                     |
| BM     | Banco Mundial                                       |
| DANE   | Departamento Administrativo Nacional de Estadística |
| EAPB   | Empresas Administradoras de Planes de Beneficios    |
| ESE    | Empresas Sociales del Estado                        |
| FOSYGA | Fondo de Solidaridad y Garantía                     |
| IPS    | Institución Prestadora de Servicios de Salud        |
| IVA    | Impuesto de Valor Agregado                          |
| MAITE  | Modelo de Acción Integral Territorial               |
| MV     | Migrante/s venezolano/s                             |
| MSPS   | Ministerio de Salud y Protección Social             |
| ODS    | Objetivos de Desarrollo Sostenible                  |
| OMS    | Organización Mundial de la Salud                    |
| OPS    | Organización Panamericana de la Salud               |
| PBI    | Producto Interno Bruto                              |
| PDSP   | Plan Decenal de Salud Pública                       |
| SGSSS  | Sistema General de Seguridad Social en Salud        |
| TB     | Tuberculosis  |
| USD    | Dólar Americano                                     |
| VIH    | Virus de Inmunodeficiencia Humana                   |

## Resumen Ejecutivo

De acuerdo a la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) migración se define como: *“Movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un país”*.

En pocos años Colombia ha pasado de ser un país emisor a convertirse en receptor de inmigrantes internacionales, particularmente debido a los flujos migratorios mixtos procedentes de Venezuela. Esta situación, conlleva nuevos desafíos económicos, políticos y sociales que necesitan ser vislumbrados desde diversas disciplinas. Actualmente es el país de la región con mayor número de migrantes venezolanos, con un total de 1'742.927, de los cuales el 56% se encuentra en situación irregular migratoria (Migración Colombia, 2021).

El presente estudio busca ilustrar unos de los retos más visibles y urgentes que afronta la sociedad colombiana: la atención integral en salud de los migrantes venezolanos que se encuentran con un estatus migratorio irregular o que no están afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud; haciendo un énfasis especial en la atención que debe derivarse para aquellas personas afectadas por TB, una enfermedad infecto contagiosa, cuyas cifras alarman en algunas regiones del país, especialmente en donde se evidencia mayor número de población migrante, y que podría verse agravado por factores socio económicos a los cuales están expuestas estas poblaciones.

Partiendo de un análisis del contexto Nacional, en donde a través de la búsqueda de información en fuentes secundarias, se puede evidenciar la situación en el contexto social, económico, demográfico y ambiental, por la cual cruza actualmente Colombia, se pretende integrar con los resultados de las pesquisas sobre las características de la migración venezolana hacia territorio colombiano y las posibles brechas de la atención en salud, especialmente en la atención de la TB en el sistema de salud. A través de encuestas de percepción de la población migrante y receptora.

Se lograron realizar 57 encuestas, las cuales el 40% correspondieron a población migrante venezolana. Dicha encuesta tuvo como objetivo describir la percepción de los participantes en la misma sobre afirmaciones relacionadas con la migración en territorio colombiano. Las afirmaciones indagadas estaban relacionadas con: el compromiso del gobierno para mejorar la calidad de vida de los migrantes, sobre el financiamiento, el apoyo estatal e interinstitucional, derechos humanos, vivienda, trabajo, acceso a salud y a tratamiento de TB. Los resultados muestran que en la mayoría de los casos los encuestados están de acuerdo que, de manera general, el gobierno está comprometido con esta población, así como entidades e instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

Mientras que, en términos de salud, las dos poblaciones encuestadas coinciden en que existen dificultades para acceder a servicios de salud de manera oportuna; perciben que para la atención de la TB en cuanto al acceso a medicamentos se da sin dificultad, sin embargo, cuando hablamos de seguimiento de pacientes con TB, hay dificultades, en población irregular, debido a que dicho seguimiento clínico y/o bacteriológico deben pagarlos con cargo a su bolsillo. Tampoco, podrían acceder a atención especializada y/o al algoritmo diagnóstico establecido por el PNT.

La reciente implementación de una figura legal, llamada Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos, emitida por el gobierno colombiano actual, es una luz de esperanza para que ese 56% de población migrante irregular, que hace presencia en territorio colombiano y que no puede acceder de manera expedita a los servicios de salud, puedan tener un estatus migratorio regular que genere facilidades para integrarse al SGSSS a través del régimen subsidiado.

Por lo pronto, es imperioso que las autoridades locales en salud se mantengan actualizadas y cumplan la normatividad vigente frente a la atención en salud de la población migrante en territorio colombiano.

## 1. Introducción

La migración sin precedentes que se presenta desde el año 2015 desde Venezuela hacia Colombia, está teniendo impactos significativos en las áreas receptoras, particularmente marcadas por las difíciles condiciones socioeconómicas de los migrantes. De acuerdo al Banco Mundial, sabiendo que la mayoría de las personas que han dejado Venezuela lo hacen por razones económicas, los movimientos actuales comparten características claves con las crisis de refugiados que se han presentado en otros países. Esto incluye una llegada muy rápida de personas (la migración económica tradicional tiende a ser más lenta) y una proporción relativamente alta de personas en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

Esta situación pone presiones significativas en las instituciones, los sistemas de provisión de servicios, el mercado laboral y las dinámicas sociales a nivel nacional. Dichas presiones incluyen: (i) mayor exigencia de capacidades de articulación, coordinación y respuesta de las instituciones nacionales y locales; (ii) desbordamiento de la demanda por servicios como salud, vivienda, educación, protección social y agua y saneamiento, entre otros; (iii) aumento acelerado de la demanda de trabajo, la cual afecta los niveles de empleo, su calidad y salarios; y (iv) el afloramiento de tensiones entre la población local y migrantes explicado por la mayor competencia por recursos ya, de por sí, escasos.

Frente al tema de salud, el panorama no es diferente. Un sistema de salud imperfecto, con serias brechas y dificultades para garantizar una atención oportuna y con calidad a los nacionales colombianos, no tiene las capacidades para responder ante el movimiento y llegada de migrantes venezolanos, que vienen con anhelos de atención en salud y necesidades que no han sido satisfechas, en meses y tal vez hasta años en Venezuela.

La tuberculosis, ha sido histórica y científicamente relacionado con condicionantes tanto de personas como sociales y económicos (en algunos casos la relación es estrecha). Es por esto, que un panorama de migración masiva, como la que ha venido sufriendo Venezuela hacia Colombia, ha generado retos importantes para el sistema de salud colombiano, toda vez que la irregularidad en los estatus migratorios, dificultan la atención de manera oportuna.

En términos de salud, la población venezolana se enfrenta a una creciente desprotección en la atención médica, particularmente afectando a los migrantes irregulares, quienes están casi en su totalidad fuera del sistema de salud.

Este estudio, pretende identificar dichas brechas dentro de la atención de la población migrante venezolana y el sistema de salud colombiano, bajo el panorama actual legislativo que ocurre en el país.

La obtención de datos sobre proveedores que trabajan con poblaciones migrantes es un paso esencial para la respuesta nacional y regional de la TB en los países que forman parte de la subvención. Para ello, es necesario contar con un panorama que retrate la situación actual de estos proveedores, que arroje datos sobre el contexto migratorio del país para poder diseñar estrategias y trabajar en conjunto con los proveedores antes mencionados en la mejora a la atención a la tuberculosis en estas poblaciones.



## 2. Diseño del estudio

El estudio es retrospectivo y transversal, con enfoque mixto (paralelo convergente). De acuerdo a la situación que se viene presentando con la migración desde Venezuela hacia Colombia, la información presentada en este estudio está orientada a esta población en particular (Migrantes venezolanos -MV-).

Este estudio se desarrolló en Colombia, contando con información suministrada por actores claves de los departamentos de Norte de Santander, Antioquia (Valle de Aburrá), Atlántico y Bogotá Distrito Capital (DC).

Buscó evidenciar el panorama, sobre el cual se puedan construir recomendaciones para generar cambios en el marco institucional y en las políticas públicas vigentes, fundamentados en un diagnóstico actualizado de la realidad de la población MV en Colombia y su relación con la implementación del programa de TB (Ver anexo 5).

## 3. Objetivo del documento

### 3.1. Objetivo general

Desarrollar el análisis del contexto social, económico, ambiental, político y del acceso a los servicios de salud de las personas migrantes venezolanas afectadas por TB en Colombia.

### 3.2. Objetivos específicos

- Ilustrar la situación del contexto social, económico, ambiental y político que se vive actualmente en Colombia en el fenómeno migratorio venezolano.
- Describir cómo es el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes venezolanas afectadas por TB en Colombia.

## 4. Principales datos del país

Colombia, cuyo nombre oficial es República de Colombia, es un país ubicado en la zona noroccidental de América del Sur; su capital es Bogotá. 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 y los restantes 928,660 km<sup>2</sup> a su extensión marítima. Es la cuarta en extensión territorial en América del Sur, así como la tercera en población en América Latina, después de Brasil y México. El país es el único de América del Sur que tiene costas en el Océano Pacífico y en el Mar Caribe, sobre los que posee diversas islas como el archipiélago de San Andrés y Providencia (Presidencia de la República de Colombia, 2021).

Es una república organizada políticamente en 32 departamentos descentralizados y el Distrito Capital de Bogotá, sede del Gobierno Nacional.

Poco más de 10% de la población colombiana se reconoce a sí misma como perteneciente a alguna minoría étnica (raizal, palenquero, negro, mulato, afro-colombiano o afro-descendiente, mestizo, gitano) y 3.4% como indígenas (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, 2020).

Si bien no es considerado un país de alta incidencia para TB, a nivel nacional hay departamentos que manejan tasas de incidencia superiores a las de 45 x 100.000 habitantes (Ministerio de Salud, 2020).

**Cuadro 1. Principales datos del país**

| <b>País</b>   | <b>Colombia</b>                          |
|---|--|
| Población (2019) (Banco Mundial)  | 50,339,440                               |
| Clasificación del Banco Mundial por ingresos per cápita                       | Ingresos Medio-Alto (\$4,046 a \$12,535) |
| Incidencia de Tuberculosis (2019) 5. OMS – Reporte mundial de la tuberculosis | 35 x 100,000 habitantes (27-45)          |
| Gasto en salud como porcentaje del PBI (2018) (BM)                            | 7.64%                                    |
| Crecimiento del Producto bruto interno – PBI (2019) (BM)                      | 3.3%                                     |

## **5. Análisis del contexto nacional**

### **5.1. Análisis del contexto social**

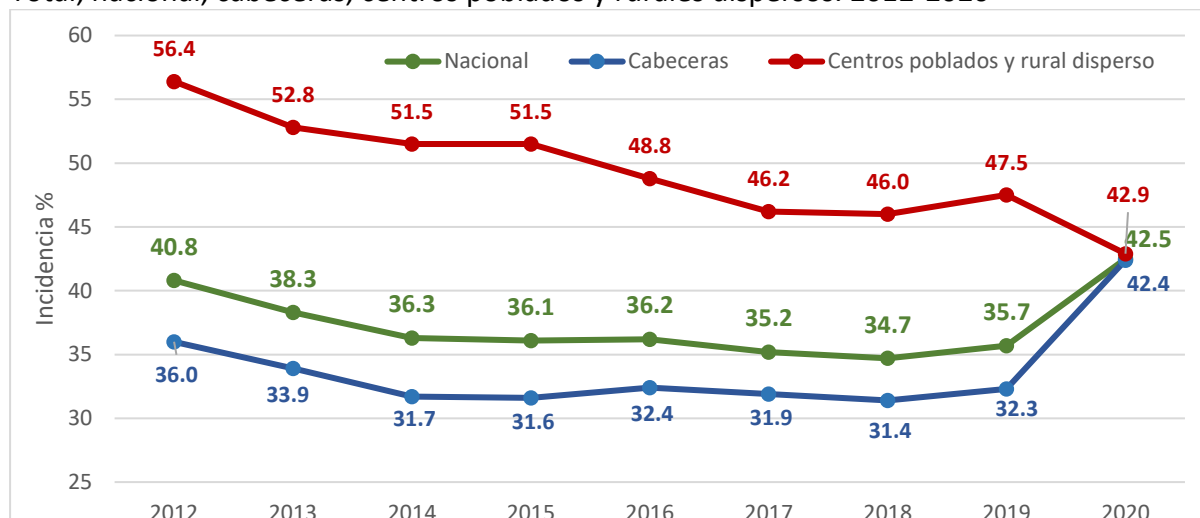
#### **5.1.1. Pobreza**

De acuerdo al DANE la pandemia por el coronavirus llevó a un aumento de 6.8 puntos porcentuales de pobreza monetaria, que ascendió a 42.5% en 2020. Eso significó que 21 millones de personas están en esa condición durante ese periodo, es decir, 3.5 millones de personas entraron a esa condición de pobreza el año pasado.

Las cabeceras municipales registraron en 2020 una incidencia de la pobreza monetaria de 42,4%. En los centros poblados y rural disperso dicha incidencia fue de 42.9%.

Gráfico 1. Incidencia de la pobreza monetaria.

Total, nacional, cabeceras, centros poblados y rurales dispersos. 2012-2020

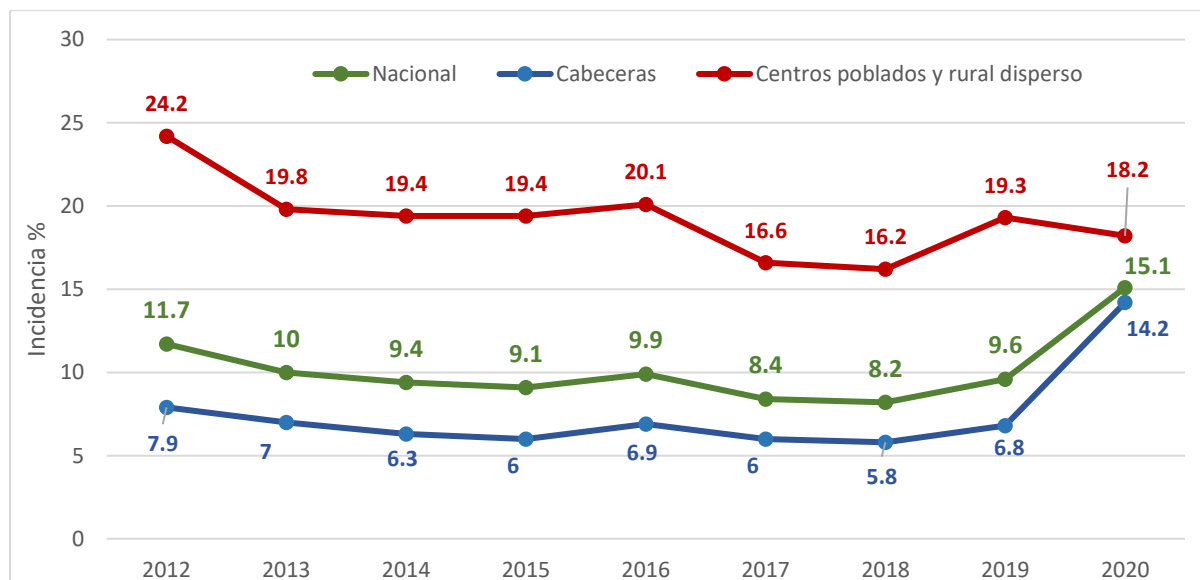


Fuente: DANE, cálculos con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (2012-2020).

Asimismo, el DANE también actualizó la línea de pobreza extrema y señaló que está en COP 145,004 (USD 40.2), y la monetaria en COP 331,688 (USD 92), que también cambia según las zonas geográficas y su nivel de ingresos.

Gráfico 2. Incidencia de la pobreza monetaria extrema (porcentaje)

Total, nacional, cabeceras, centros poblados y rurales dispersos. 2012-2019



Fuente: DANE, cálculos con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (2012-2020).

Por su parte, el indicador de la pobreza extrema nacional del 2020 ascendió a 15,1%, lo que quiere decir que hubo un incremento de 5.5 puntos porcentuales con respecto al año 2019. Por su parte, la incidencia de la pobreza monetaria extrema en marzo de 2020 en las cabeceras fue 14.2%, y en los centros poblados y rural disperso fue 18.2%

Por ciudades, Manizales A.M.<sup>1</sup> presentó en 2020 una incidencia de pobreza monetaria del 32.4%, siendo esta la más baja entre las 23 ciudades y áreas metropolitanas, seguida de Medellín A.M. con 32.9%. Las mayores incidencias de pobreza monetaria se registraron en Quibdó, con 66.1%, y en Riohacha, con 57.1%.

Para el año 2020, el coeficiente de Gini para el total nacional fue 0.544; el año inmediatamente anterior había sido 0.526. Para el dominio de las cabeceras municipales, el coeficiente de Gini fue 0.537, frente a 0.505 presentado en 2019. Y para los centros poblados y rural disperso, dicho coeficiente en 2020 fue 0.456, el mismo valor registrado en el año anterior.

Según el DNP (2014), *“la tasa de desempleo en los departamentos fronterizos es mayor cinco puntos porcentuales frente a la media nacional, y la tasa de informalidad en el empleo asciende al 80%, que representa un veinte por ciento más que el promedio nacional”*.

La situación de pobreza en el país es una situación preocupante debido a que ha venido en incremento desde el año 2019, contrario a la reducción que se esperaba, lo cual se agudizó aún más en el tiempo de pandemia.

La pandemia por el coronavirus llevó a un aumento de 6.8 puntos porcentuales de pobreza monetaria, que ascendió a 42.5% en 2020. Eso significó que 21 millones de personas están en esa condición durante ese periodo. Por su parte, el indicador de la pobreza extrema ascendió a 15.1%, lo que quiere decir que hubo un incremento de 5.5 puntos, lo que genera un grado más alto de vulnerabilidad tanto para las personas de Colombia como para la población migrante

En la desagregación por sexo, 46.7% de las mujeres en Colombia vive en situación de pobreza, mientras que la cifra es de 40.1% en los hombres. La brecha de 6.6 puntos está en línea con lo que se ha evidenciado en las cifras de mercado laboral, pues las mujeres han sido las más afectadas en términos de desempleo e inactividad. En términos generales cuando uno ve los indicadores del mercado laboral, la brecha de género aumentó durante la pandemia y esto necesariamente golpea la incidencia de pobreza en aquellos hogares donde la mujer es cabeza de hogar” (Diario La República, 2021).

### 5.1.2. Seguridad ciudadana

Colombia es un país que presenta problemas de seguridad en algunas de las principales ciudades del país; de acuerdo con el DANE, los datos más recientes sobre seguridad ciudadana (tasas de denuncia) datan del 2018. Para ese año el 15.6% de las personas de 15 años y más sufrieron al menos un delito para el total nacional; 16.6% para cabeceras y 11.6% para centro poblado y rural disperso.

Siendo las ciudades de Bogotá D.C. (26.5%), Pasto (25.6%) y Villavicencio (22.4%) presentaron las tasas más altas de victimización (representada en hurtos, riñas, extorsión) en

---

<sup>1</sup> Área Metropolitana

2018. Las variaciones más fuertes respecto a la tasa de 2016 se presentaron en Pereira (+7.3 puntos porcentuales), Cali (+6.6 puntos porcentuales) y Medellín (-6.3 puntos porcentuales).

De las personas que informaron haber sufrido algún delito en 2018, el 28.7%, indicaron haber denunciado este hecho ante alguna autoridad competente para el total nacional, el 30.2% en cabecera y 20.7% en centro poblado y rural disperso. La cifra oculta, es decir, el número de delitos ocurridos pero que no fueron denunciados ante ninguna autoridad competente, se ubicó en 71.3% para el total nacional, 69.8% para cabecera y 79.3% del total de delitos cometidos para centro poblado y rural disperso (DANE, 2018).

La percepción de inseguridad aumentó en el país, pasando de un 34.0% en el mes de noviembre de 2020 a 40.5% al mes de abril de 2021, siendo Bogotá, el Caribe colombiano y la parte suroriental del país las zonas en donde más se aumentó la percepción de inseguridad en el territorio colombiano. El mayor grado de inseguridad se relaciona con los hurtos y la sensación de impunidad por ser un delito menor. La percepción de inseguridad también se ha relacionado con la presencia de personas migrantes con altos grados de pobreza lo que lleva a cometer delitos, por lo que los gobiernos de las principales ciudades del país abordan este tema en articulación con migración Colombia para mejorar las condiciones de vida de la población migrante o facilitar el regreso a su país

### 5.1.3. Esperanza de vida al nacer y alfabetización

De acuerdo a DANE, en 2020, la esperanza de vida al nacer, por sexo, es de 80 años para las mujeres y de 73.6 años para los hombres.

**Tabla 1. Esperanza de vida al nacer por sexo (en años)**

| <b>Año</b> | <b>Hombre</b> | <b>Mujer</b> |
|------------|---------------|--------------|
| 2015       | 72.5          | 79.2         |
| 2018       | 73.3          | 79.8         |
| 2020       | 73.6          | 80.0         |
| 2022       | 73.8          | 80.1         |
| 2025       | 74.1          | 80.4         |

Fuente: DANE, Centro Nacional de Población y vivienda (CNPV) 2018-Proyecciones de población base CNPV 2018

Colombia tiene, según publica la UNESCO, una tasa de alfabetización del 95.09%. La tasa de alfabetización femenina es superior a la masculina, siendo poco habitual en la historia de Latinoamérica. El 95.32% de las mujeres están alfabetizadas, frente al 94.85% de los hombres

En el ranking de tasa de alfabetización, Colombia ocupa el puesto número 68º. Según el gobierno nacional la meta entre los años 2018 y 2022, es reducir la tasa nacional de analfabetismo del 5.04% al 4.2%, lo que equivale a alfabetizar a cerca de 370 mil personas mayores de 15 años.

Existen zonas del país con altas cifras de años de vida perdidos, tales como el Chocó, el Grupo de la Amazonia y Arauca, lo que implica, necesariamente, pobres niveles de desarrollo, de cobertura, de educación, de infraestructura y de paz, que explican como un todo, en el indicador agregado de expectativa de vida, la suma de todas estas condiciones. de desventaja y la inequidad con respecto al país.

Los años perdidos de vida potencial significan pérdida de productividad laboral, disminución de la cohesión social y desequilibrio, y desestabilización regional, que vuelven el problema un círculo vicioso y alejan cada vez más a las regiones de las posibilidades de desarrollo, por lo que se requiere el desarrollo de políticas sociales de orden nacional y regional (incluyendo políticas de salud) que, desde una perspectiva de equidad, reconozcan la existencia de necesidades diferenciales y se propongan estrategias redistributivas que contribuyan a recuperar el atraso en años de desarrollo que tienen algunas regiones el país.

## 5.2. Análisis del contexto económico

De acuerdo a datos del Banco Mundial, Colombia tiene un historial de manejo fiscal y macroeconómico prudente, anclado en un régimen de metas de inflación, un tipo de cambio flexible y un marco fiscal basado en reglas fiscales, que permitió que la economía creciera ininterrumpidamente desde 2000. Además, Colombia redujo la pobreza a la mitad durante los últimos diez años (Banco Mundial, 2021).

A pesar de esto, el crecimiento de la productividad es bajo y ha sido un obstáculo para el crecimiento económico. Una gran brecha de infraestructura, baja productividad laboral e integración comercial, y barreras a la competencia doméstica son algunos de los factores que limitan el crecimiento de la productividad total de los factores. Las exportaciones están altamente concentradas en materias primas no renovables (petróleo en particular), lo que aumenta la exposición de la economía a los choques de precios. Además, Colombia es uno de los países de América Latina con mayor desigualdad en ingresos e informalidad del mercado laboral (Banco Mundial, 2021).

Después de acelerarse al 3.3 % en 2019, el crecimiento económico estaba en camino a acelerarse aún más en 2020, pero la pandemia de COVID-19 golpeó significativamente la economía causando la peor recesión en casi medio siglo.

El Gobierno respondió rápidamente a la crisis. En el frente fiscal, el Gobierno anunció un importante paquete fiscal para 2020 y 2021 por un total de más de COP 31 billones (o casi el 3% del PIB de 2019), con el cual se proporcionaron recursos adicionales para el sistema de salud, se incrementaron las transferencias para los grupos vulnerables a través de la expansión de los programas existentes y el establecimiento de nuevos programas (Ingreso solidario, un programa de transferencias monetarias no condicionadas, y devolución de IVA para segmentos de la población de bajos ingresos), entre otras medidas, como retraso en el recaudo de impuestos en algunos sectores, reducción de aranceles para importaciones estratégicas en salud, apoyo a las empresas más afectadas a pagar la nómina de los empleados (Programa de Apoyo al Empleo Formal, PAEF).

Cuadro 2. Datos generales de la economía colombiana, 2020

| <b>Datos generales de la economía colombiana</b>         |   |
|--|---|
| Capital: BOGOTÁ  |   |
| Moneda: USD= 3,693.28 Peso Colombiano, promedio año 2020 |   |
| <b>EXPORTACIONES 2020</b>                                |   |
| Total  | USD 31,055.08 millones  |
| Principales productos                                    | Petróleo crudo (23.0%), hullas (11.4%), oro (9.3%), café (8.1%), petróleo refinado (5.0%), flores (4.5%).   |
| DESTINOS   | Estados Unidos (28.7%), China (8.9%), Ecuador (4.7%), Panamá (4.6%), Brasil (4.1%), México (3.7%)   |
| <b>IMPORTACIONES 2020</b>                                |   |
| Total  | USD 43,488.7 millones   |
| Principales productos                                    | Teléfonos (5.1%), petróleo refinado (4.6%), medicamentos dosificados (3.5%), automóviles de turismo (3.5%), maíz (2.8%), máquinas para procesamiento de datos (2.8%). |
| DESTINOS   | Estados Unidos (24.2%), China (23.9%), México (6.7%), Brasil (5.6%), Alemania (3.8%), Francia (2.2%)  |

Fuente: Oficina de estudios económicos, Ministerio de Comercio de Colombia, fecha de actualización 15/04/2021

La inflación mantuvo una tendencia decreciente entre 2015-2018 cuando se redujo de 6.8% a 3.2%. En 2019 se aumentó a 3.8%, producto del aumento de los precios de los alimentos, factores climáticos, cierre de una de las vías más importantes del país (la vía al Llano) y por la mayor devaluación de la moneda.

Para 2020, en un entorno de contracción de la demanda interna, la inflación se situó en 1.6%, por debajo de la meta objetivo puntual del 3%. La menor inflación se presentó pese a la devaluación nominal de la moneda de 12.6%, respecto año anterior. La tasa representativa de mercado correspondió a US\$3,693.3 en promedio 2020, la más alta en la historia de Colombia (Ministerio de Industria y Comercio, 2021).

Para el mes de abril de 2021, la tasa de desempleo fue 15.1%, lo que representó una reducción de 4.7 puntos porcentuales comparado con el mismo mes del 2020 (19.8%).

La tasa global de participación se ubicó en 59.9%, lo que significó un aumento de 8.1 puntos porcentuales respecto al mismo periodo del 2020 (51.8%). Finalmente, la tasa de ocupación se ubicó en 50.8%, lo que representó un aumento de 9.2 puntos porcentuales comparado con abril de 2020 (41.6%).

Durante el período de abril de 2020 a abril de 2021, el número de personas ocupadas en el total nacional fue 20.46 millones de personas. Las ramas que más aportaron positivamente a la variación de la población ocupada fueron Comercio y reparación de vehículos; Construcción e Industria manufacturera con 5.2, 3.6 y 3.0 puntos porcentuales, respectivamente (DANE, 2021).

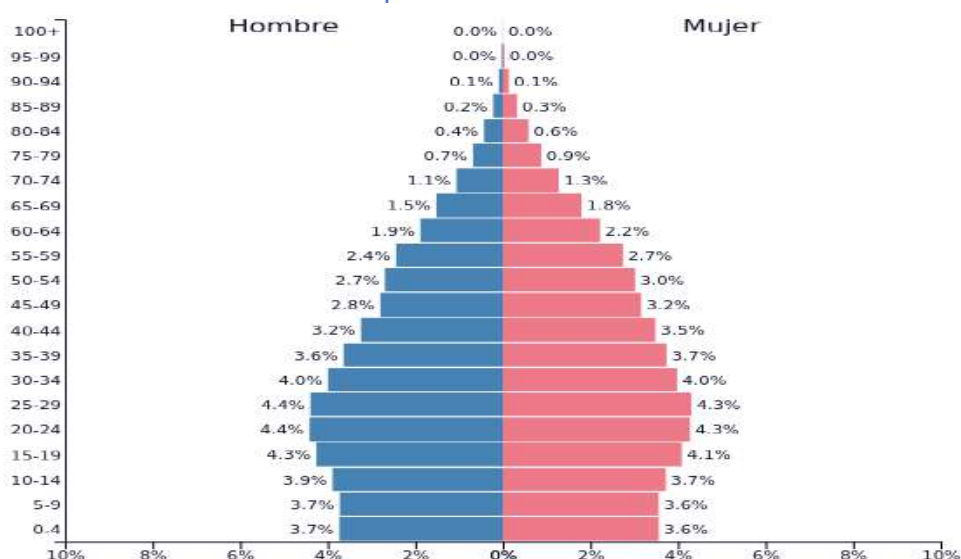
### 5.3. Análisis del contexto demográfico y ambiental

Desde el principio del siglo XX, en Colombia se dieron grandes cambios demográficos y socioeconómicos producto del proceso de urbanización paralelo a la industrialización en los años treinta, el crecimiento del sector terciario de la economía correspondiente al desarrollo del sector servicios y de la pequeña empresa que contribuyó al incremento del empleo total.

Posteriormente con el aumento del nivel educativo de la población y en particular el de las mujeres, junto con su incorporación masiva al mercado de trabajo, el uso generalizado de anticonceptivos modernos, el desarrollo científico y tecnológico y la reducción de la mortalidad particularmente la infantil, que contribuyó al mejoramiento de la calidad de vida de la población, al reconocimiento de la mujer como eje del desarrollo, así como a la transformación de las estructuras familiares creando a su vez un ambiente favorable para la transformación demográfica y el envejecimiento poblacional.

En este contexto, desde finales del siglo XX en Colombia, la transición demográfica ha estado determinada por la disminución de la mortalidad y la transición de la fecundidad. Esta transición se ha caracterizado históricamente por un descenso de la mortalidad en la década de los treinta y una disminución de la fecundidad a partir de los años sesenta del siglo XX, lo cual incidió en el envejecimiento poblacional; una evidencia de este proceso es el aumento de la tasa de crecimiento poblacional a medida que las cohortes envejecen.

Ilustración 1. Pirámide poblacional Colombia 2020



Fuente: Proyección DANE 2020

Este proceso se puede evidenciar al comparar el volumen de la población colombiana entre los años 2000 al 2010, encontrando que, desde los 40 años de edad en adelante, el crecimiento de las generaciones aumenta especialmente entre las mujeres hasta alcanzar los mayores niveles en los grupos con 50 y más años de edad. Según las proyecciones, Bogotá tendría 7.7 millones de habitantes, siendo la entidad territorial con mayor concentración de población, seguida de Antioquia con 6.7 millones de habitantes y Valle del Cauca con 4.5 millones. Además, el estudio del DANE deja ver que la mayoría de la población del país estaría entre los 19 y los 30 años. El 51.17 % son mujeres y 48.83 % son hombres.



Para 2023, Colombia tendría 52.15 millones de habitantes, la mayoría entre los 20 y los 30 años. En ese año, las mujeres serían mayoría con 26.7 millones de habitantes y los hombres alcanzarían los 25.4 millones.

### **5.3.1. Estratificación Socioeconómica**

Según el Departamento de Planeación Nacional, los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar las viviendas o los predios en Colombia son seis. Pertenecer al estrato 1 significa Bajo-bajo, el 2 es Bajo, 3 - Medio-bajo, 4 - Medio, cinco - Medio-alto y 6 - Alto. En las grandes ciudades del país como Bogotá según la Encuesta Multipropósito de 2017, viven en el estrato 1, 2 y 3 el 86.04%. Lo mismo ocurre en Medellín donde los estratos bajos concentran 75.52% y en Cali el 83% pertenecen a los estratos 1, 2 y 3.

Desde hace varios años, el Gobierno Nacional estipuló que las personas que habitan casas, apartamentos o predios pertenecientes a los niveles 1, 2 y 3 son clasificados como de estrato bajo, por lo que estas personas son las que reciben mayores beneficios y ayudas socioeconómicas, ya que se asume que se encuentran los ciudadanos de menos recursos, sin embargo se ha planteado la necesidad de realizar una nueva clasificación pues en estos estratos no siempre se encuentran las personas con mayor vulnerabilidad (La República, 2021)

### **5.3.2. Condiciones de vida**

Según el Censo de Población y Vivienda realizado por el DNP, el DANE y la ONU, cerca de 18.2 millones de colombianos viven en estado de déficit habitacional (con carencias relacionadas con una óptima y digna calidad residencial), lo que equivale al 36.59% del total de la población actual (Portafolio, 2020).

Según el DANE, el 11.7% (1'642,754) de los hogares colombianos vive en hacinamiento. De este porcentaje, el 67.6% son familias de seis integrantes o más, cuya vivienda no supera a veces los 15 m<sup>2</sup> (Portafolio, 2020), lo que es un gran factor de riesgo en el tema de convivencia y de salud, especialmente las enfermedades transmisibles tales como la tuberculosis.

Si bien se ha presentado un descenso continuo en los índices de desnutrición en los últimos 10 años pasando de una prevalencia de 16% en 2005 (ENSIN, 2005) a 10.8% para el año 2015 (ENSIN, 2015), la desagregación por regiones, grupos socioeconómicos, grupos étnicos, entre otras variables, muestra un comportamiento heterogéneo que ilustra de manera contundente las desigualdades propias del país. Según los resultados de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2015, la mayor prevalencia de DNC se encontró en la zona rural, la cual fue de 15.4% comparada con 9% en la zona urbana, diferencias que se han mantenido a lo largo de los años. Así mismo, fue mayor en los hogares más pobres (14.2%), en los niños indígenas (29.6%), y en las regiones Atlántica (12.1%), Orinoquía – Amazonía (12.3%) y Bogotá (13%).

En Colombia 1 de cada 2 hogares presenta inseguridad alimentaria (54.2%) y de estos el 22.3% se encuentran en un nivel moderado y severo donde se ve afectada de manera considerable la cantidad y calidad de los alimentos consumidos por todos los miembros del hogar. Se evidencian también brechas sociales significativas, encontrándose prevalencias más altas de inseguridad alimentaria en los hogares del área rural (64.1%), de la población indígena (77%), con jefatura femenina (57.6%) y en aquellos con índice de riqueza más bajo (71.2%) (ENSIN, 2015).

Colombia se ha caracterizado por ser un país autosostenible gracias a su producción de frutas, cereales, proteínas, lácteos, azúcares, entre otros, sin embargo, en contraste se reporta un índice de desnutrición alto, donde 1 de cada 9 niños sufre desnutrición crónica, que en la mayoría de los casos se debe a problemas de distribución de los alimentos y al no acceso debido al alto valor de productos básicos de la canasta familiar por las reformas tributarias que se han dado en el país (Fundación Éxito, 2020).

De acuerdo con los análisis realizados por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, la contaminación atmosférica en Colombia es uno de los problemas ambientales de mayor preocupación para los colombianos por los impactos generados tanto en la salud como en el ambiente, además, es el tercer factor generador de costos sociales después de la contaminación del agua y de los desastres naturales. En el 76 % de los municipios que realizan vigilancia de la calidad del aire se registran niveles de contaminación por encima a los recomendados por la Organización Mundial de la Salud y que serían perjudiciales para su población.

De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación otro de los aspectos en los que se mejoró fue en la calidad de los combustibles que tuvo un efecto importante en la disminución de contaminantes del aire. Por ejemplo, en Cali se presentó una reducción del 30.5 % en las emisiones de material particulado, por la disminución del contenido de azufre en el diésel.

Asimismo, entre 2010 y 2015 en las tres principales ciudades del país aumentó el número de personas movilizadas en transporte masivo e integrado. El mayor aumento se dio en Medellín con un incremento del 128%, seguido por Bogotá con 119% y Cali con 117% (Minambiente, 2018).

#### **5.4. Análisis del contexto político**

El gobierno de Colombia, en el año 2018, emitió el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio, que profundiza las disposiciones y políticas colombianas para avanzar hacia fronteras incluyentes, seguras y sostenibles, de acuerdo a las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social, y del resto de los actores en salud. Las acciones contenidas en dicho Plan se orientan hacia la atención en salud en territorio colombiano a personas que ingresan en calidad de migrantes al país, ya sean estos nacionales de otros países, o bien, a colombianos de origen que están retornando a su patria.

El Plan, es indicativo, lo que genera responsabilidades en las autoridades locales de salud para adaptar y adoptar, de acuerdo a sus necesidades y perfiles epidemiológicos,

acciones que busquen una armonía para la atención en salud primaria, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El Plan de Respuesta, es un marco general que consolida avances importantes de la política pública de salud de Colombia en dos vías específicas: i) Formalizar las acciones que se han venido desarrollando para dar respuesta a un fenómeno emergente como es el de las migraciones con lo cual se atiende a compromisos de país con personas que buscan mejores oportunidades de vida y a quienes se les debe brindar un trato digno, en el marco de los derechos humanos y, ii) Fortalecer el proceso de implementación de la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, en las entidades territoriales de las zonas fronterizas y las demás afectadas por las migraciones.

Colombia está experimentando un proceso nuevo en su historia, por cuanto en esta materia no se había registrado fenómenos importantes de inmigración hacia el país; por el contrario, el país ha sido reconocido en el ámbito internacional por la salida de nacionales hacia diversos países. De esta manera, el Estado ha tenido que asumir el fenómeno migratorio procedente de República Bolivariana de Venezuela de manera concienzuda, articulando recursos y esfuerzos para afrontarlo de manera responsable. Desde el año 2013, formuló el Plan Fronteras para la Prosperidad, con acciones de todos los sectores, incluyendo salud.

El proceso de adaptación del plan y su implementación representa un reto, así como, una valiosa oportunidad de realizar trabajo articulado a nivel intersectorial e interinstitucional, para avanzar en el fortalecimiento entre instituciones y lograr el abordaje del fenómeno migratorio y sus determinantes.

En resumen, de acuerdo a los diferentes contextos, se podría indicar que:

**Cuadro 3. Elementos del contexto favorables o desfavorables para atención de salud a migrantes**

| <b>Contexto</b>         | <b>Favorables</b>  | <b>Desfavorables</b>   |
|-------------------------|--|--|
| Social                  | Los índices del contexto social, como pobreza y seguridad, tienen cifras más esperanzadoras en el país colombiano, lo que puede significar una esperanza para el desarrollo de las personas y familias que migren a este país.   | Graves condiciones de vulnerabilidad pobreza, enfermedad, hacinamiento, desnutrición, ingresos irregulares, explotación laboral, trata de personas, trabajo informal de las personas que están migrando en condición de irregularidad.   |
| Económico               | El apoyo de la cooperación internacional y las estrategias de articulación para hacer más efectivas las acciones en salud que se desarrollan en los territorios.<br>La priorización por parte de la cooperación internacional y nacional para garantizar la inclusión económica y social de los migrantes venezolanos calificados.<br>El decremento en la tasa de desempleo entre los años 2020 y 2021, supone una esperanza para la formalización del trabajo en migrantes venezolanos.   | Los territorios de fronteras presentan mayores índices de pobreza y desempleo.<br>No se cuenta con planes y proyectos de priorización de la población migrante de manera estandarizada en los municipios y departamentos de mayor tránsito y recepción de población migrante, por lo tanto, no se destinan recursos para su atención integral por parte del gobierno nacional.<br>Las condiciones de los recesos económicos a causa de la pandemia |
| Demográfico y ambiental | La aceptación por parte de las comunidades de acogida, en la mayoría de los casos, para la integración de la población migrante venezolana a la sociedad colombiana.<br>Las características culturales similares, hacen que la aceptación sea mayor y los brotes de xenofobia sean mínimos con dicha población.<br>La sensibilización de las comunidades en general sobre la importancia del cuidado del medio ambiente. Se traduce en la vinculación de los migrantes venezolanos a estas causas.   | La pirámide poblacional en Colombia se encuentra invertida con una mayor proporción de personas longevas, con un alto gasto en salud ya que las enfermedades crónicas cardio cerebrovasculares ocupan el primer lugar en morbimortalidad.  |
| Político                | Se cuenta con un marco legal, actualmente puesto en marcha el estatuto temporal de protección que permitirá contar con más población migrante venezolana en condición regular que pueda acceder a la oferta de servicios relacionados con, salud, vivienda, empleo, educación, servicios financieros, etc. La figura legal llamada tutela, que es una garantía constitucional que tiene toda persona para recurrir ante las autoridades judiciales, con el objeto de obtener la protección inmediata de sus derechos fundamentales, como lo es la salud, en este caso a migrantes venezolanos para acceder a los servicios de salud de alto costo o de alta complejidad. | De acuerdo con las proyecciones del Departamento Nacional de Planeación, continuará una gran movilización de personas migrantes en condición de irregularidad desde Venezuela hacia Colombia, a los cuales no los cubriría el nuevo estatuto migratorio de permanencia y continuarían en altas condiciones de vulnerabilidad.  |

## 5.5. Flujos migratorios en el país

Las migraciones humanas se refieren a “el movimiento de una persona o grupo de personas de una unidad geográfica hacia otra a través de una frontera administrativa o política, con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal en un lugar distinto a su lugar de origen (OIM, 2019)”.

Por causa de la crisis política, social, humanitaria y económica que atraviesa la República Bolivariana de Venezuela, agudizada y prolongada en el tiempo, el número de personas migrantes venezolanas ha aumentado de manera exponencial en Colombia. Sin embargo, ese incremento, no se relaciona con la migración regular que debería predominar.

Estas personas provienen de diferentes estados venezolanos. El 42% refieren que personas de su grupo familiar permanecen en República Bolivariana de Venezuela, en su mayoría son cabezas de hogar (52%) y en un 36% registran un solo integrante de la familia (lo que concuerda con una reunificación familiar posterior, aunque la mayoría -63%- son solteros). Un 24% tienen familiares colombianos y algunos viven con ellos; un 21% admite que en el hogar se han quedado sin alimentos en los últimos 3 meses.

La mayoría de estas personas ingresaron al país en 2018 (52%) o en 2017 (35%).

Los territorios receptores, especialmente las zonas fronterizas, se caracterizan por un rezago histórico en el desarrollo económico y social, restricciones en el acceso a servicios, algunas de estas con altos niveles de dispersión poblacional. Los departamentos con frontera terrestre presentaron mayor incidencia de pobreza multidimensional al promedio nacional (con una reducción de la pobreza marginal o inexistente para el caso de Norte de Santander y La Guajira). Casi el 70% de los resguardos indígenas y el 71% de las titulaciones colectivas de comunidades negras se encuentran en departamentos de frontera.

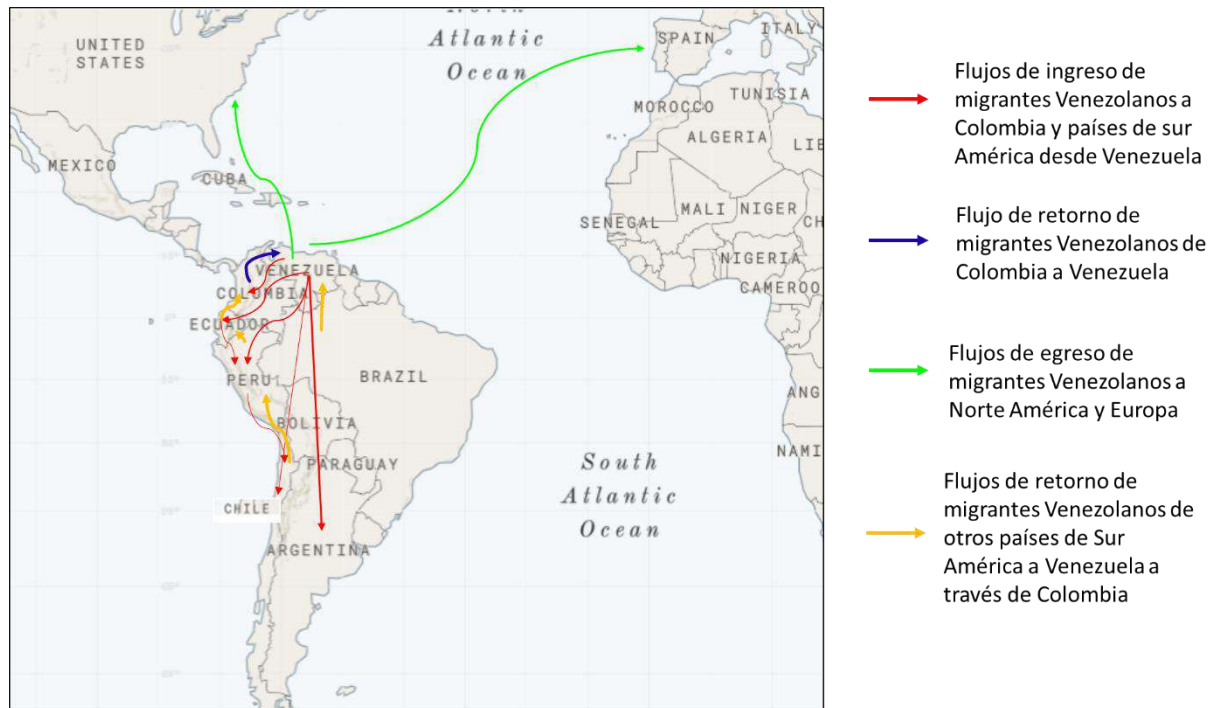
Los territorios en los que más se concentra la población migrante corresponden a Norte de Santander (18.6%), La Guajira (16.9%), Bogotá (9.8%), Atlántico (9.7%), Magdalena (6.9%), Arauca (5.9%) y Bolívar (5.5%). Villa del Rosario y Paraguachón son los principales puntos de entrada de esta población.

La incidencia que esta población implica a cada territorio, teniendo en cuenta la población base de acuerdo con la estimación DANE, refleja que hay departamentos que han recibido proporcionalmente más personas y familias, lo que significa una demanda aumentada para acceder a bienes, servicios y empleo, ocupación de espacios públicos, aumento de la percepción de inseguridad y tensiones con la población receptora, en un contexto donde las brechas de equidad y las condiciones de vulnerabilidad eran evidentes antes que se aumentara la migración.

Con un nivel de escolaridad generalmente de básica secundaria o primaria, dedicados en gran parte al trabajo informal, independientes o desempleados; esta población tiene en su gran mayoría la expectativa de establecerse en Colombia. Tan solo un 8.6% refieren querer regresar a República Bolivariana de Venezuela y un 2% esperan transitar hacia otro país. De los niños, niñas y adolescentes registrados, tan solo un 28% se encuentran estudiando.

Con corte a 31 de enero del 2021 y de acuerdo con Migración Colombia, el 56% de las personas migrantes venezolanas en territorio colombiana tienen estatus migratorio irregular. Esto dificulta garantizar el acceso a derechos básicos, entre otros, como la salud, vivienda digna y educación.

Mapa 1. Principales flujos migratorios de población venezolana en Colombia y en LAC



Fuente: Migración Colombia, 2020

Como se puede evidenciar en el mapa anterior, los principales flujos de migrantes venezolanos se dan con Colombia, como destino con vocación de permanencia, y como destino de tránsito para ingresar a países del cono sur como Ecuador, Perú, Chile y Argentina.

Adicional, se puede evidenciar una pequeña porción de migrantes venezolanos que, durante el 2020, salieron de su país a través de vuelos operados desde Colombia, con destinos como Estados Unidos y España.

El primer trimestre del 2020 (Ene-Mar), fueron los meses con mayor proporción de ingresos desde Venezuela hacia Colombia; de acuerdo a lo registrado en los puntos de paso fronterizos habilitados por la autoridad Migratoria en el país, con cerca de 300,000 MV. Este dato, ilustra la migración regular, es decir aquella que se realiza por puestos fronterizos acreditados por la autoridad migratoria en Colombia. Se estima que un valor similar, pudieron ingresar en el mismo período de tiempo señalado como migración irregular.

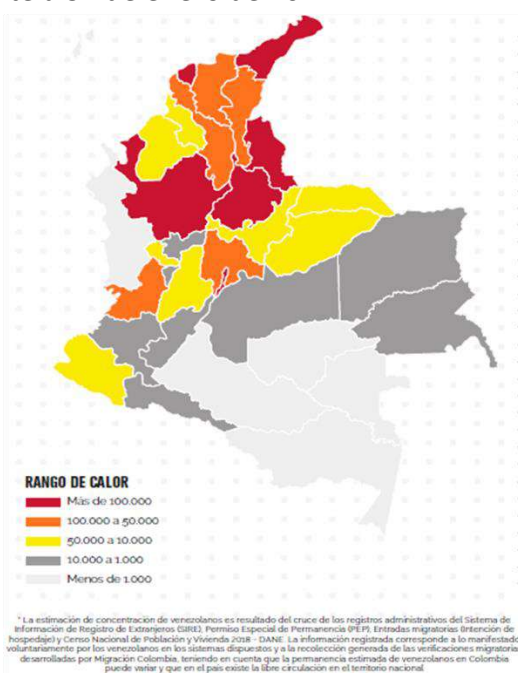
## 6. Características de la migración en el país

## 6.1. Principales rutas de migración a nivel país y lugares de tránsito

A continuación, podemos evidenciar, la distribución de la población migrante venezolana, en el territorio colombiano durante el año 2020.

### Ilustración 2. Venezolanos en Colombia, por departamento.

Con corte a 31 de enero de 2021.



### 10 departamentos con mayor número de migrantes venezolanos en Colombia, 2021

| Departamento          | Total            | %     |
|-----------------------|------------------|-------|
| Bogotá D.C.           | 340,711          | 19.55 |
| Norte de Santander    | 187,121          | 10.74 |
| Atlántico             | 162,396          | 9.32  |
| Antioquia             | 157,949          | 9.06  |
| La Guajira            | 150,806          | 8.65  |
| Santander             | 113,208          | 6.50  |
| Cundinamarca          | 96,009           | 5.51  |
| Valle del Cauca       | 89,258           | 5.12  |
| Magdalena             | 87,960           | 5.05  |
| Bolívar               | 81,135           | 4.66  |
| <b>Total Nacional</b> | <b>1'742,927</b> |       |

Fuente: Adaptado de Migración Colombia, infografía distribución de venezolanos en Colombia, 31 de enero de 2021

De acuerdo con Migración Colombia al 31 de enero de 2021, se contaba en territorio colombiano, cerca de 1'742,927 migrantes venezolanos, de los cuales el 56% corresponden a personas con un estatus migratorio irregular.

Los departamentos en los que más se concentran migrantes venezolanos son: La Guajira, Norte de Santander, Santander, Antioquia, Atlántico y el distrito capital de Bogotá. Los dos primeros departamentos son fronterizos con la República Bolivariana de Venezuela. Sin embargo, el número de migrantes va en aumento en departamentos como Arauca, Casanare, Boyacá, Valle del Cauca, Risaralda, Córdoba, Sucre y Nariño.

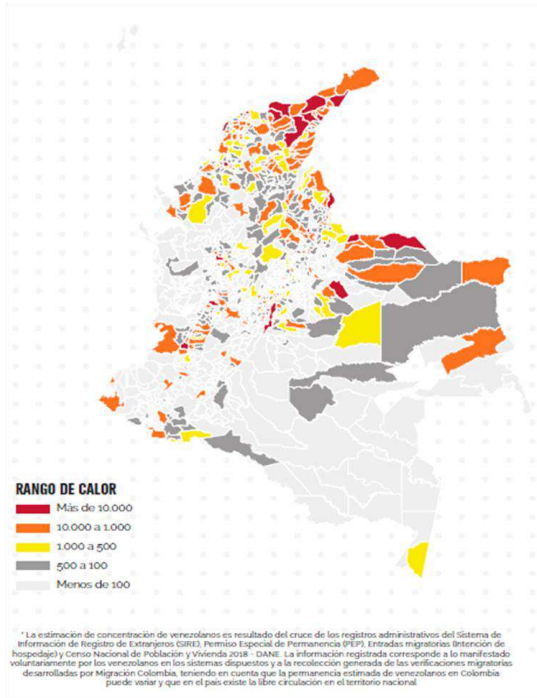
En cuanto a la distribución por municipios en el siguiente gráfico podemos apreciar la situación:

### Ilustración 3. Venezolanos en Colombia, por municipio.

Con corte a 31 de enero de 2021.



## 25 municipios con mayor número de migrantes venezolanos en Colombia, 2021



| CIUDAD/MUNICIPIO    | TOTAL   |
|---------------------|---------|
| Bogotá D.C.         | 340,711 |
| Barranquilla        | 97,494  |
| San José de Cúcuta  | 94,847  |
| Medellín            | 90,100  |
| Cali                | 59,571  |
| Cartagena de Indias | 51,589  |
| Maicao              | 51,361  |
| Riohacha            | 47,172  |
| Santa Marta         | 41,693  |
| Bucaramanga         | 41,132  |
| Villa del Rosario   | 36,512  |
| Valledupar          | 35,203  |
| Soledad             | 26,448  |
| Soacha              | 26,448  |
| Floridablanca       | 24,825  |
| Arauca              | 22,113  |
| Yopal               | 16,348  |
| Bello               | 14,038  |
| Ciénaga             | 13,791  |
| Pereira             | 13,658  |
| Saravena            | 12,114  |
| Fonseca             | 11,873  |
| Sincelejo           | 11,424  |
| San Juan del Cesar  | 11,39   |
| Uribe               | 9,196   |

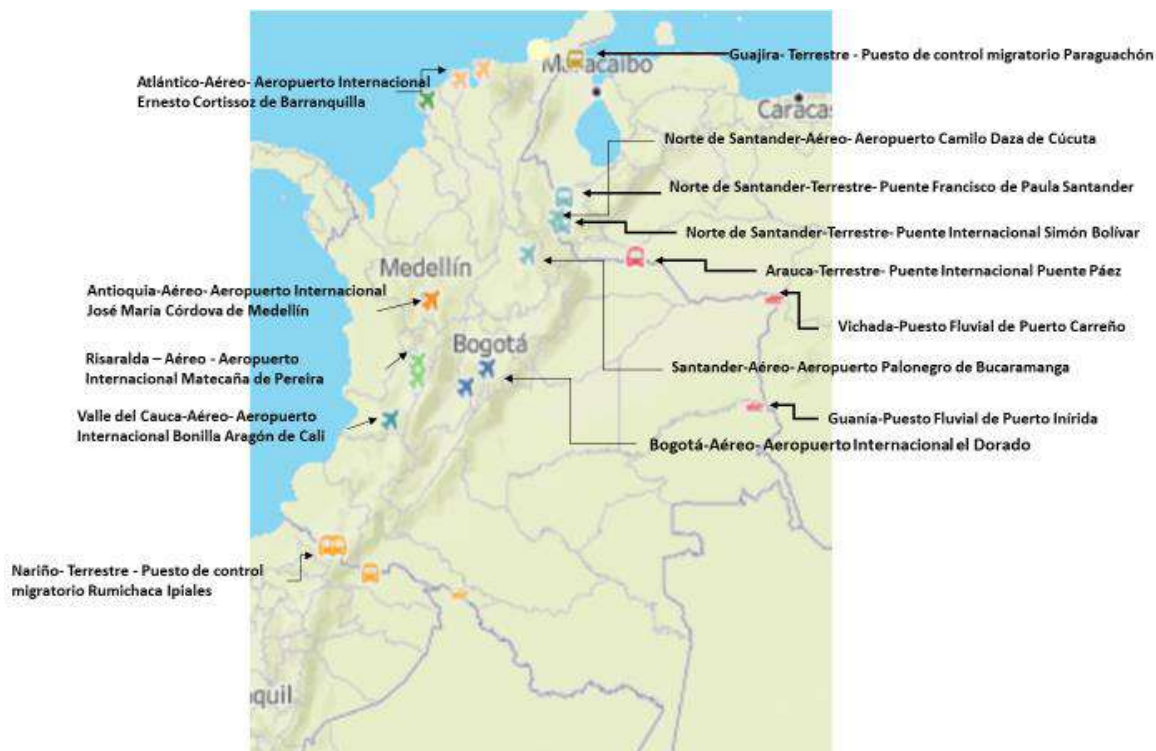
Fuente: Adaptado de Migración Colombia, infografía distribución de venezolanos en Colombia, 31 de enero de 2021

Siendo Bogotá (capital de Colombia), Barranquilla (Capital del departamento de Atlántico), Cúcuta (capital del departamento fronterizo Norte de Santander), Medellín (capital del departamento de Antioquia) y Cali (Capital del departamento de Valle del Cauca), las 5 ciudades que concentran el 39% de la población migrante venezolana en el país.

De acuerdo del estatus migratorio de los venezolanos dependerán las rutas de ingreso al país. Aquellos que ingresan de manera regular, lo hacen por los puntos fronterizos habilitados que tiene migración Colombia:



Mapa 2. Rutas de ingreso al país de migrantes venezolanos



Fuente: Migración Colombia, 2021

Estos puntos fronterizos pueden ser terrestres, fluviales, aéreos, marítimos. En todos los casos, se caracteriza, que para su ingreso debe presentar la documentación requerida por la autoridad migratoria, que en este caso para los venezolanos será, el pasaporte, la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF), el Permiso Especial de Permanencia (PEP), el Salvoconducto (SC) o la cédula de extranjería colombiana.

Sin embargo, cuando se habla de población migrante irregular, el estatus se les confiere a aquellos migrantes venezolanos (o cualquier migrante en general) que hayan ingresado al país, por un punto diferente a los descritos anteriormente, o por un lugar habilitado evadiendo u omitiendo el control migratorio o que haya ingresado al país, sin la correspondiente documentación o con documentación falsa.

De acuerdo al decreto 1067 de 2015, “en Colombia, el ingreso y permanencia irregular de un migrante no constituye delito alguno, y por ende no debe calificarse como *ilegal*”.

Colombia y Venezuela comparten alrededor de 2200 km de frontera, y esto hace que sea muy complejo poder controlar todos los puntos por donde se puede ingresar. Estos lugares no autorizados son conocidos como “trochas”. De acuerdo a las autoridades de ambos países, se estiman que existen alrededor de 450 trochas, por donde las personas pasan sin ser detectados, pero a un precio alto exponiendo su seguridad, ya que estos lugares son manejados por actores ilegales: delincuencia común, ejército bolivariano, guerrillas colombianas, etc.

## 6.2. Características de la población migrante.

Venezuela atraviesa la crisis política, social y económica más profunda su historia reciente. Un escenario que pone en cuestión a las bases mismas del modelo chavista que ha predominado por más de 15 años en ese país.

Con la inflación más alta del mundo y una moneda casi sin valor, el día a día de los venezolanos y venezolanas se ha vuelto cada vez más complicado. Esta situación empujó a casi 5 millones de personas a abandonar el país y generó la corriente migratoria más grande de América Latina de los últimos 50 años.

En este contexto, el gobierno de Nicolás Maduro ha dado un giro impensado con relación a la divisa estadounidense, al habilitar un proceso de dolarización de hecho de la economía.

Por otra parte, el aumento de la violencia institucional, desde 2017, ha abierto numerosos debates acerca de las garantías a los derechos civiles y políticos, que se suma a una deriva autoritaria más amplia.

Teniendo en cuenta la información recolectada durante las entrevistas a líderes e informantes claves migrantes venezolanos en los primeros años de la migración de Venezuela hacia Colombia, migraron las personas de altos ingresos, profesionales, quienes se instalaron en el país y crearon empresas, ejercen sus profesiones e ingresaron de manera regular y en gran proporción con permiso de permanencia; a medida que fue avanzando el proceso de migración fueron ingresando a Colombia personas con mayores condiciones de vulnerabilidad.

Actualmente, están ingresando en una gran proporción mujeres gestantes con alto riesgo obstétrico, personas con enfermedades crónicas que buscan atención. La característica más común en la gran parte de la población migrante venezolana es que son personas de y con bajos ingresos económicos, que en muchas ocasiones se deriva en que dichas personas se encuentren en condición de calle.

El ingreso en mayor proporción se realiza de manera irregular por "trochas", es decir caminos no habilitados con altos riesgos de seguridad, como, por ejemplo, se informa que las personas jóvenes están siendo reclutados por estos sitios, para hacer parte de grupos al margen de la ley.

Las personas que actualmente ingresan al país en condición irregular se encuentran en niveles mayores de vulnerabilidad, desempeñando trabajos informales, con ingresos económicos irregulares o insuficientes en la mayoría de los casos. Lo que ocasiona que no puedan suplir las necesidades más básicas relacionadas con alimentación, vivienda digna y salud.

No existe un dato oficial, que pueda compilar información sobre la gama de ocupaciones que estén o hayan desempeñado migrantes venezolanos, de acuerdo a su estatus migratorio.

De acuerdo al Minsalud, el 17% de la población migrante venezolana, se encuentra afiliada al SGSSS, lo que implica que estas personas, tienen acceso a servicios de salud con cargo a Plan Obligatorio de Salud colombiano.

Según información consultada con la autoridad migratoria en Colombia, Migración Colombia, la evolución de la migración venezolana en nuestro país, se puede ver a continuación:

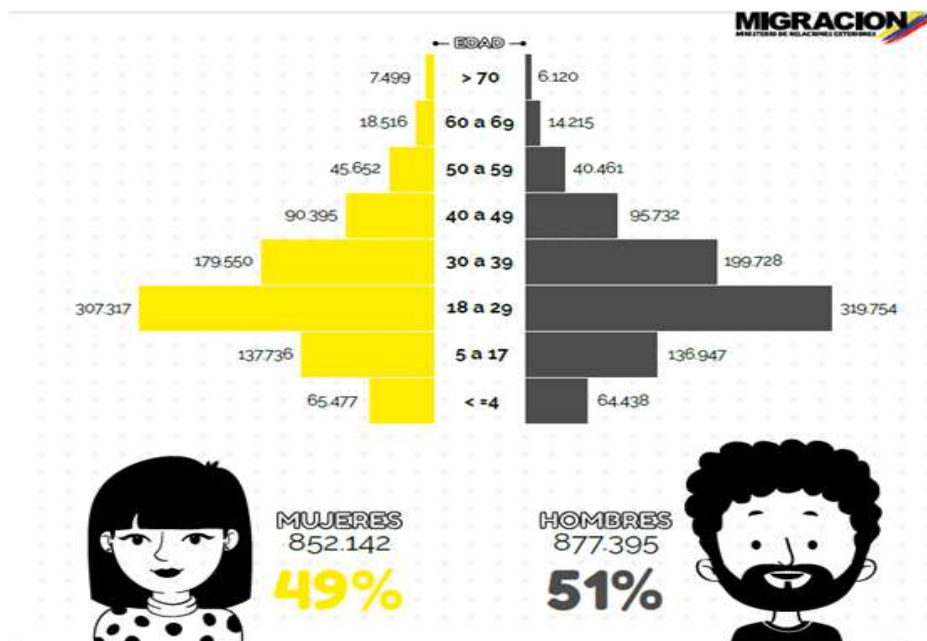
Ilustración 4. Evolución histórica de la migración venezolana en territorio colombiano 2014-2021



Fuente: construido de Migración Colombia, infografía distribución de venezolanos en Colombia, 31 de enero de 2021.

En cuanto a la distribución por sexo y edad, con corte a 31 de diciembre de 2020, la información disponible es la siguiente:

Ilustración 5. Distribución de migrantes venezolanos, por Sexo y Edad en Colombia 2020



Siendo el grupo de edad que predomina el de 18 a 29 años de edad. La distribución por sexo es muy similar, con una diferencia de 2 puntos porcentuales, predominando los hombres. No se encuentra la información disponible por grupos de edad diferentes.

## 7. Tuberculosis y el Sistema de Salud

### 7.1. Descripción del sistema de salud y su organización

La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. La Ley 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 del mismo año creó el actual Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

Los prestadores se constituyen legalmente en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas o privadas. Pueden ser desde médicos individuales hasta grandes hospitales o clínicas. Para efectos del registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS) establecido en el Decreto 1011 de abril 3 de 2006, las IPS son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud. Una IPS puede tener más de una sede. El profesional independiente es toda persona natural egresada de un programa de educación en salud y con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud.

De acuerdo con la clasificación de los niveles de atención (I, II y III) del Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS (Resolución 5261 de 1994), en 2010 el sistema de salud colombiano estaba compuesto por alrededor de 56,597 sedes de prestación de servicios. De éstas, 4,162 eran públicas; 3,362 son nivel I, 490 del nivel II y 45 del nivel III. Hay 265 sedes sin clasificar.

### 7.1.1. Aseguramiento

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso al servicio a toda la población, en todos los niveles de atención. Es operado por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y la prestación del servicio está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Hay dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculados entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Todos los asalariados o pensionados, al igual que todos los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al RC. Para hacerlo, pueden elegir libremente una Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) pública o privada. La contribución obligatoria equivale a 12.5% de los ingresos laborales, pero en el caso de los trabajadores asalariados o pensionados, estos sólo pagan el equivalente a 4% de su salario, mientras que el empleador (o pagador de pensión) se encarga de pagar el restante 8.5%. Los trabajadores independientes deben pagar la totalidad de la contribución. Las EAPB se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, recaudar las cotizaciones, y organizar y garantizar la prestación del POS.

En general, el número de afiliados al SGSSS se ha incrementado a lo largo de los años. De esta manera, la cobertura ha crecido desde el 29.21% en 1995 hasta el 97.78% registrado al cierre del 2020, al régimen contributivo (asalariados) se encuentra afiliada aproximadamente el 45% de la población, al régimen subsidiado el 50% y el porcentaje restante corresponde a régimen especiales como docentes, fuerzas militares y los que no cuentan con aseguramiento es cercano al 2%. Es importante resaltar que, de los 13 departamentos de fronteras, ocho presentan afiliación al sistema general de seguridad social inferior al promedio nacional.

El RS, por su parte, se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el RC. La identificación de dicha población es competencia municipal y se lleva a cabo mediante la aplicación de la encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN). Los recursos para el financiamiento del RS son reunidos a través del FOSYGA y equivalen a uno y medio puntos porcentuales provenientes de 12.5% de la cotización del régimen contributivo que se suman a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales. Los beneficiarios del RS acuden a las EAPB de dicho régimen.

La atención de las personas afiliadas al régimen contributivo se realiza en Instituciones prestadoras de servicios de Salud (IPS) privadas, y las del régimen subsidiado generalmente son atendidos en IPS correspondientes a Empresas Sociales del Estado (ESE).

Los servicios de salud se financian con contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes afiliados a las EAPB, con contribuciones del gobierno y con contribuciones de los empleadores. Todas estas contribuciones se reúnen en el FOSYGA, el cual las redistribuye a las EAPB según la cantidad de afiliados que tienen en cada uno de los dos regímenes, contributivo o subsidiado. En el caso del subsidiado, los recursos del FOSYGA se suman a las transferencias fiscales de la nación a los municipios para completar la financiación de los servicios.

Las EAPB a su vez pagan los servicios a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) bajo diferentes modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico y, en ocasiones, por capitación a los prestadores de ciertos servicios.

El gasto total en salud en Colombia está compuesto por el gasto público directo, el gasto en seguridad social en salud y el gasto privado en salud.

El gasto público directo es el que realizan el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y sus entidades adscritas, las entidades territoriales de salud (direcciones seccionales y locales de salud y hospitales públicos) en relación con: la atención de personas aún no afiliadas al sistema mediante gastos de administración e inversión que funcionan como subsidio a la oferta, el saneamiento ambiental y los servicios de salud pública dirigidos a la comunidad, los gastos de dependencias y programas oficiales y el FOSYGA. También incluye el gasto en seguridad social correspondiente al régimen subsidiado, el cual funciona como subsidio a la demanda.

El gasto en seguridad social en salud corresponde al régimen contributivo y está basado en cotizaciones. Éste se realiza a través de las EAPB (públicas y privadas) y los regímenes especiales.

El gasto privado total comprende el gasto imputado en atención de salud por los seguros privados voluntarios (pólizas de salud y de accidentes personales), los planes de medicina prepagada y el gasto directo de las familias o gasto de bolsillo.

En cuanto a la situación de salud de las zonas fronterizas, el Departamento Nacional de Planeación (2014) evidenció rezago importante, el cual se atribuye parcialmente a la dispersión de la población y destaca que es “mayor la afectación al incluir el flujo bidireccional, sin el amparo de regulación alguna, de pacientes a través de la frontera”

### 7.1.2. Dimensiones de la cobertura de salud en Colombia

- a) **Cobertura:** Colombia, comprometida con el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, adoptó diferentes medidas que buscan garantizar el acceso de todas las personas a los servicios de salud asequibles y de calidad, lo que ha contribuido a que se cuente con una cobertura superior al 95%.
- b) **Servicios ofertados:** En el plan de beneficios básicos en Colombia se contempla el acceso a servicios básicos de salud materna e infantil, vacunación y programas preventivos y el tratamiento de enfermedades cardiovasculares y diabetes, con la implementación y ejecución de programas de protección específica y la cobertura de enfermedades de alto costo.



- c) **Costos asumidos por las personas:** La contribución obligatoria al sistema de salud equivale a 12.5% de los ingresos laborales, pero en el caso de los trabajadores asalariados o pensionados, estos sólo pagan el equivalente a 4% de su salario, mientras que el empleador (o pagador de pensión) se encarga de pagar el restante 8.5%. Los trabajadores independientes deben pagar la totalidad de la contribución. De acuerdo a la información publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social el país cuenta con uno de los menores gastos de bolsillo de la región de América Latina y el Caribe, representando el 17% del gasto total en salud.
- d) **Calidad de los servicios prestados:** En algunas regiones del país se cuenta con el estado de la infraestructura y equipamiento en los establecimientos de salud, la eficiencia de la cadena logística de abastecimiento de insumos médicos y medicamentos y la capacitación de los profesionales según la mejor evidencia técnica en el manejo de enfermedades, sin embargo se identifican grandes demoras en las atenciones adecuadas y oportunas debido a la alta carga de enfermedades especialmente crónicas y de alto costo. A la deficiencia de personal entrenado y con poco abordaje en el trato humanizado al paciente; poco tiempo dedicado a una consulta médica y el fraccionamiento de los servicios en la red de prestación no contando con atenciones integradas ni integrales. El país se encuentra en la implementación del modelo integrado de atención en salud, sin embargo, es un proceso incipiente en gran parte del territorio nacional.

### 7.1.3. Funciones esenciales de la salud pública

En el estudio Delphi de la OMS, fueron definidas las nueve funciones esenciales de la salud pública para la región de las Américas,

1. Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
2. Monitoreo de la situación de salud.
3. Promoción de la salud.
4. Salud ocupacional.
5. Protección del ambiente.
6. Legislación y regulación en salud pública.
7. Gestión en salud pública.
8. Servicios específicos de salud pública.
9. Atención de salud para grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo.

En Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.

Dadas las particularidades del sistema de salud colombiano, en el mercado de medicamentos coexisten dos submercados: el institucional, para los afiliados al sistema de seguridad social, y el privado.

En el mercado institucional los medicamentos son entregados por las IPS (normalmente los hospitalarios) o por farmacias adscritas a la EPS del afiliado (normalmente los ambulatorios), y no existe ninguna posibilidad de sustitución entre medicamentos, ya que dentro del SGSSS la prescripción de medicamentos se hace bajo su nombre genérico y con base en el listado establecido por ley. Esta medida busca promover la competencia entre productores de moléculas iguales y hacer que los médicos orienten al paciente con base en criterios no ligados a marcas comerciales.

En el mercado privado, el médico prescribe el medicamento bajo su nombre genérico o marca y el consumidor toma la decisión de comprar uno u otro motivado por precio, fidelidad, etc. Ambos mercados son regulados por el Estado y existen normas generales y particulares para el mercado institucional.

Los medicamentos para tuberculosis son administrados por el SGSSS, y no pueden ser vendidos por los privados como tratamientos para dicha enfermedad.

## 7.2. Marco legal en Tuberculosis

La Constitución Política en el artículo 49 de, dicta la prestación de salud, como servicio público esencial obligatorio, que se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado".

El MSPS (2013), adoptó el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, a través de la Resolución 1841 de 2013, mediante el que se establecen como objetivos del país: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, y plantea las metas y las estrategias para su cumplimiento, incorporando los enfoques de derechos, de ciclo de vida, de género, diferencial, étnico y el modelo de determinantes sociales de salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por Colombia, las políticas sociales transversales a otros sectores y las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, las entidades territoriales y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El PDSP responde a las políticas de salud priorizadas y fundamentadas en el análisis de la situación de salud, cuya formulación y puesta en marcha, genera un gran impacto en los indicadores de salud, dentro de los cuales se encuentra la reducción de la morbimortalidad derivada de la tuberculosis.

A través de la Resolución 2626 de 2019 del MSPS (2019), se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, que comprende entre sus acciones, la línea de salud pública, en el marco de la cual, se deben desarrollar acciones como la de “Definir, implementar y evaluar políticas públicas sectoriales e intersectoriales y acciones desarrolladas por todos los sectores y las organizaciones sociales o comunitarias sobre los



determinantes sociales y ambientales de la salud y su incidencia en los resultados en salud, en la reducción de inequidades y en las metas sectoriales e intersectoriales” (MSPS, 2019).

En concordancia con los compromisos adquiridos para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS para el 2030, Colombia, en el marco de su Política de Atención Integral en Salud y el MAITE, trabaja por el logro de las metas en la prevención, atención y control de la tuberculosis, planteadas en la Estrategia Mundial hacia el Fin de la Tuberculosis 2015-2035, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud - OMS y materializada en el Plan de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis para la Región de las Américas 2016-2019 de la OPS.

El artículo 2 de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) , estableció, respecto de la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud, que este "Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud" y para ello "El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas (Congreso de la República, 2015).

En la Ley 1955 de 2019, se expidió el Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad", en sus bases, componente III "Pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a los mercados", dispone en el numeral "2. Objetivos y Estrategias", subnumeral 2, como objetivo el de "Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos", en el que se determinó como uno de sus objetivos, priorizar las intervenciones en salud pública, entre las que se encuentra la tuberculosis, para lo cual, bajo el liderazgo de este Ministerio, se establecerán estrategias territoriales para el fortalecimiento de capacidades básicas y gestión de la salud pública (DAFP, 2018).

Adicionalmente, para el año 2020 el Ministerio de Salud oficializa, la resolución 227 donde se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis – PNPCT, los cuales contienen las directrices para el diagnóstico, tratamiento y atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, con intervenciones individuales de detección temprana, protección específica, tratamiento y seguimiento integral de casos y sus contactos, lineamientos que son de obligatorio cumplimiento para avanzar hacia la eliminación de la enfermedad en el país (MSPS, 2020).

### **7.3. Sistemas y servicios en Salud**

De acuerdo a la búsqueda de información en fuentes secundarias y a la información obtenida en las entrevistas y encuestas realizadas a los participantes del presente estudio, se pudo establecer que:

#### **7.3.1. Notificación y gestión de enfermedades transmisibles**

El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, fue creado para realizar la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población Colombiana, con el fin de: \*orientar las políticas y la planificación en salud pública \*tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud \*optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones \*racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva, dentro de las variables incluidas en este sistema de información se cuenta con la de identificación de población migrante, lo que permite contar con una caracterización sociodemográfica de las personas que son atendidos en un nivel institucional y tienen el diagnóstico de un evento de interés en salud pública. Una vez el caso es notificado, cada Secretaria de Salud tiene la responsabilidad de realizar las visitas epidemiológicas de campo, teniendo en cuenta el proceso que debe llevarse a cabo y que se encuentra descrito en cada uno de los protocolos, en este documento también se describen las responsabilidades que deben cumplir cada uno de los actores del sistema de salud.

En lo que respecta a tuberculosis además de la notificación obligatoria, que permite la identificación de los casos, se cuenta con un seguimiento nominal durante el tratamiento y hasta la finalización de éste, en los formatos establecidos por el Programa Control de Tuberculosis Nacional (PNCT).

Cuando un caso es notificado se realiza la visita epidemiológica de campo para identificar los contactos y lograr la identificación de sintomáticos respiratorios, en la población migrante este proceso no se garantiza de manera integral pues no se logra estudiar ni dar profilaxis a los contactos en riesgo pues tendrían acceder de manera oficial al sistema de salud.

Las personas que ingresan al país en Condición Irregular, de acuerdo con la normatividad vigente, solo tienen acceso al sistema de salud en la atención por urgencias, por no contar con un registro oficial en el país, no son ingresados al sistema de seguridad social en salud de manera sistemática, por lo tanto, tampoco acceden a programas de promoción y prevención.

Las personas migrantes que ingresan con permiso especial de permanencia (PEP), se les activa la ruta para ingresar al SGSSS, son afiliados al régimen subsidiado, sin embargo, de acuerdo con lo identificado en las entrevistas no se cuenta con información clara para la población migrante, por lo tanto *“muchos de ellos no saben cómo acceder al sistema de salud y solo cuando consultan por urgencias es que les brindan la asesoría”*.

### **7.3.2. Registros médicos y acciones de promoción de la salud en población migrante**

Teniendo en cuenta la información recolectada durante las entrevistas se identifica que, en los diferentes territorios del país, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) ofrece programas de salud dirigidos a la población migrante en los cuales se priorizan la atención de mujeres gestantes y niños. Otras Organizaciones tales como ADRA, AID For Aids también identificadas dentro de las entrevistas brindan atención en salud, lo correspondiente al primer nivel de atención, y a poblaciones específicas tales como a las

personas viviendo con VIH. De acuerdo con lo descrito por los diferentes actores cuando requieren apoyo con personas migrantes venezolanas sin PEP, realizan actividades por "favor", no se cuenta con rutas de atención estandarizada si se cuenta con una normatividad clara y vigente en la cual se articulen los diferentes actores intersectoriales e interinstitucionales.

### **7.3.3. Protocolo para el tamizaje obligatorio de Migrantes (VIH, tuberculosis)**

No existe un protocolo para el tamizaje de tuberculosis y/o VIH; obligatorio para migrantes; las personas entrevistadas en algunas de las entidades territoriales, informan que si captaran un sintomático respiratorio no lograrían realizar baciloscopias pue esto le corresponde a la parte de prestación y las personas tendrían que estar afiliados al sistema de salud; otras entidades territoriales como Medellín, Itagüí y algunas instituciones de Cúcuta informan que una vez es captado un sintomático respiratorio las baciloscopias seriadas se realizan desde el componente de Salud pública. Sin embargo, solo se realiza la baciloscopia y no se cumple el algoritmo diagnóstico; a los sintomáticos respiratorios no les realizan pruebas moleculares ni cultivo ni pruebas de sensibilidad tal como lo dicta el lineamiento actual de manejo programático de tuberculosis, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dentro de las acciones adelantadas por OIM en las jornadas de salud en los territorios priorizados se tiene priorizado la captación de sintomáticos respiratorios, a través de la realización de búsqueda activa; para las personas migrantes irregulares, de acuerdo a la información suministrada por personas claves durante las entrevistas un sintomático respiratorio para ser estudiado tal como lo dicta el algoritmo diagnóstico, tendría que recibir atención por urgencias. Esto se evidencia en la gran proporción de personas diagnosticadas en los niveles hospitalarios (cerca de un 60%). Adicionalmente, otra brecha identificada es la atención en múltiples instituciones de personas migrantes con sospecha de tuberculosis por no contar con una ruta clara de atención.

### **7.3.4. Relación de las restricciones de movilidad a causa del COVID 19 y la atención de salud a población migrante**

Las restricciones de movilidad han dificultado las atenciones en servicios de salud de primer nivel de atención; las acciones de Promoción y Prevención se dejaron de prestar en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud. Adicionalmente, un número importante de las personas entrevistadas informa la gran dificultad que existe para lograr la continuidad en la comunicación con las personas migrantes, debido a su situación pendular entre unos territorios y otros, la falta de información sobre números de contacto veraces; el director de Colvenz informa en la entrevista *"que para los mismos venezolanos es difícil comunicarse con los compatriotas pues cambian de lugar de vivienda, números de teléfono, que iban a entregar más de 2.000 ayudas alimentarias y en el 30% no lograron contactarlos"*. Así mismo informaron esta misma situación en las secretarías de Salud quienes son los responsables de las Visitas Epidemiológicas de Campo, cuando van a realizarles las visitas epidemiológicas de campo o a informar resultados de exámenes, no logran contactar a la persona afectada y a sus familias.

## 7.4. Personal Sanitario

- a) Capacitación del personal sanitario que atiende a migrantes en mediación, diversidad cultural, salud mental y enfermedades prevalentes de los países de origen y de tránsito

De acuerdo, a lo relacionado por líderes de población migrante y por personas migrantes *“el personal de salud no conoce las normas, las rutas de atención y no se cuenta con la socialización de las organizaciones que pueden apoyar a las personas migrantes, por lo tanto siente que son desinformados y sufren de discriminación”*, en la ciudad de Medellín la epidemióloga de la Empresa Social del Estado Metrosalud con más de 50 puntos de atención en toda la ciudad, informa que no se cuenta con un proceso de socialización, ni una ruta estandarizada para la atención de personas migrantes dentro de la misma institución, por lo tanto unos lo prestan y otros no, lo que genera barreras y demoras en la atención

- b) Existencia de bases de datos actualizadas o lista de emergencias de personal sanitario capacitado en gestión de emergencias y competencia cultural

En algunas entidades territoriales tales como la ciudad de Medellín, cuentan con una línea de emergencia que se llama 123 social, donde las personas migrantes se pueden comunicar y le realizan el soporte psicosocial que requieran, de acuerdo a lo relacionado por la profesional especializada de la Secretaría de Bienestar Social de la secretaria de Salud de Medellín.

- c) ¿Existen procedimientos para integrar a voluntarios, organizaciones y otras entidades en el mecanismo de respuesta para grandes afluencias de migrantes?

No se lograron identificar Procedimientos estandarizados, sin embargo, si existen organizaciones de base comunitaria que se han ido conformando, lideradas por personas migrantes venezolanas ante la necesidad del apoyo y soporte y social especialmente para la población migrante venezolana.

## 7.5. Insumos Materiales y Medicamentos

- a) Existencia de sistemas para la rápida adquisición y distribución de insumos de laboratorio y medicamentos

No se cuenta con un sistema de rápida adquisición y distribución de insumos de laboratorio, ya que esto depende las contrataciones entre las EAPB y las IPS, por lo tanto, no es un proceso centralizado. En los laboratorios departamentales de salud pública se tiene contemplado la compra de insumos para eventos de alta externalidad, pero no se tiene priorizada la compra de insumos tales como cultivo en medio líquido o pruebas moleculares para la población migrante.

Los medicamentos antituberculosis de primera y segunda línea se entregan de manera centralizada desde el Ministerio de Salud y Protección Social a cada entidad

territorial, la entrega del medicamento en esquemas estandarizados en los lineamientos, no se evidencia como una barrera en ninguna de las entrevistas realizadas, sin embargo, sólo se garantiza el suministro del tratamiento sin garantizar el seguimiento clínico, bacteriológico, radiológico, por lo tanto, no se logra identificar la evolución del tratamiento y la condición de egreso.

b) Desabastecimiento de medicamentos antituberculosis en el último año.

En el país no se ha presentado desabastecimiento de medicamentos antituberculosis en el último año. Se aseguran esquemas de tratamiento para casos de TB sensible y farmacorresistente a todos los casos independiente si están o no afiliados al sistema de seguridad social en salud. Sin embargo, por las demoras en la contratación de las personas responsables de la verificación y autorización de los esquemas de tratamiento en las entidades territoriales, se presentan demoras en el despacho a las Instituciones prestadoras de servicios de Salud.

c) Algoritmos terapéuticos para enfermedades sindrómicas específicas o enfermedades que pueden sufrir migrantes que llegan en grandes grupos.

No se cuentan con algoritmos diagnósticos para enfermedades sindrómicas. Algunas agencias internacionales, tales como OIM, realizan tamizajes de Sintomáticos Respiratorio para identificar posibles personas afectadas por TB, sin embargo, solo realizan baciloscopias, no se adhieren al algoritmo diagnóstico que incluye pruebas moleculares, cultivo en medio líquido y radiografía de tórax; también se tiene priorizado e, en las jornadas de salud la captación y las pruebas para descartar COVID 19.

d) Tratamiento antituberculoso para personas migrantes con diagnóstico de la enfermedad.

El tratamiento para tuberculosis está disponible para las personas migrantes y no migrantes, se entrega de manera centralizada desde el Ministerio de Salud, a las entidades departamentales desde donde se garantiza su entrega a la red de prestadores a través de las secretarías de salud municipales.

Los demás medicamentos que requiera el paciente deben ser gestionados a través de las EAPB del régimen subsidiado o contributivo, si cuenta con permiso especial de permanencia y pueda acceder a la filiación al régimen subsidiado o contributivo.

Las personas en condición irregular solo acceden a los tratamientos suministrados durante la atención de urgencias, por lo tanto, todo lo que requieran para el manejo de otras patologías lo deben gestionar de manera particular y con gastos de bolsillo propio.

## **7.6. Financiamiento para emergencias**

a) Designación de fondos para la respuesta ante emergencias del sector de la salud.

De acuerdo a la información suministrada por los actores claves en las entrevistas, inicialmente desde el Ministerio de Salud y Protección Social se asignaron unos recursos para atender a la población migrante irregular como personas pobres no aseguradoras y todos los procesos y procedimientos eran facturados desde las Instituciones prestadoras de Servicios al nivel municipal y lo de alta complejidad al nivel departamental, sin embargo el recurso se agotó y no volvieron a destinar recursos para tal fin, por lo tanto no se garantiza la atención en salud de esta población. Las Organizaciones de Cooperación tales como OIM están realizando contratación con IPS para garantizar servicios de primer nivel o atención básica en salud, especialmente en grupos priorizados tales como gestantes, niños.

- b) Mecanismos para rápida movilización de fondos para emergencia: No se encuentra información sobre este punto.
- c) Plan de contingencia en caso de una gran afluencia de migrantes y fondos para una respuesta multisectorial tanto a nivel nacional como subnacional: Tal como se ha descrito previamente, no se cuenta con un plan de contingencia, se prestan servicios de urgencias para la población en condición irregular y las personas con PEP acceden al sistema y reciben todos los servicios incluidos en los planes básicos de atención.

Los fondos destinados básicamente provienen de los organismos de cooperación, lo que ha generado cierta inconformidad en las organizaciones de base comunitaria entrevistadas, pues afirman que no se está dejando capacidad instalada en el país en caso de que le corresponda liderar acciones de atención integral en población migrante.

## 7.7. Coordinación interinstitucional

En la resolución 227 de 2020, lineamiento técnico nacional de obligatorio cumplimiento cuenta con un aparte, el capítulo 8.5 correspondiente a la atención de población migrante afectada por tuberculosis.

Para el programa de Tuberculosis nacional por el contexto de vulnerabilidad social y económica representan una prioridad en su intervención, para lo cual los agentes del sistema de salud deberán propender por su adecuada atención y orientación.

Dentro de las responsabilidades descritas que deben ser cumplidas por los diferentes actores se resalta: Se debe contar con caracterización e identificación de la población migrante extranjera en el marco de las actividades individuales y colectivas a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios y Entidades Territoriales.

- La población migrante regular debe ser afiliada al Sistema para el acceso a todas las tecnologías diagnósticas y de seguimiento existentes en el plan de beneficios.
- La población migrante regular en tránsito deberá recibir atención en los servicios de urgencias con recursos de la entidad territorial y complementados con los recursos que se definan desde el nivel nacional y local.
- Identificación de sintomáticos respiratorios en albergues de refugiados o migrantes, y la canalización a los servicios de la atención en salud.

- Gestionar la articulación con las ONG u otras entidades para favorecer el diagnóstico y el control de la enfermedad en la población migrante.
- Conformar equipos de abordaje integral y atención resolutive a población migrante con tuberculosis. Es esencial que se incorpore el componente de abordaje psicosocial con enfoque diferencial por curso de vida.
- Reorganizar la red de prestación de servicios a partir del análisis de necesidades, incorporando modalidades de telesalud y teleasistencia.

A pesar de todo el abordaje integral que se dicta en el lineamiento, de acuerdo a las entrevistas realizadas, se está realizando atención fraccionada en las personas afectadas por tuberculosis y se agrava más aun el panorama en las personas en condición de irregularidad pues solo se les brinda de manera sistemática la atención de urgencias, el abordaje de cada persona afectada en condición de migración dependerá de la institución y el territorio donde se encuentre, pues no existe una ruta nacional que se esté cumpliendo cabalmente para la atención de las personas migrantes afectadas por tuberculosis.

a) Sistema de información sanitaria para personas migrantes

Existe un sistema de notificación obligatoria para todos los eventos de salud pública priorizados por el Instituto Nacional de Salud, sin embargo, no se cuenta con información nominal de las atenciones de población migrante, incluso de acuerdo a lo suministrado en las entrevistas no se cuenta con un censo actualizado y con caracterización de la población migrante que se encuentra en el territorio nacional.

b) Servicios brindados y coordinación de OIM, el ACNUR, la Cruz Roja u otra organización en el país, con las autoridades gubernamentales y ministerios de protección social.

Los servicios que brindan son desde el componente de Bienestar Social, con apoyo alimentario, albergues temporales y atenciones en salud en grupos priorizados.

En el país las acciones se articulan a través del Grupo Inter agencial de Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM), el cual fue creado a finales del 2016. Tiene como objetivo principal coordinar la respuesta a las necesidades de refugiados, migrantes, retornados y poblaciones de acogida, de forma complementaria con el Gobierno.

Funciona como un espacio de coordinación para la respuesta a la situación de refugiados y migrantes en Colombia. Es liderado entre por OIM y ACNUR y cuenta con un grupo nacional y representaciones en diferentes territorios del país, tiene 47 miembros, incluyendo 14 agencias de Naciones Unidas, 29 ONG internacionales y cuatro miembros del Movimiento de la Cruz Roja.

c) Perfiles y estadísticas de salud de los países de origen de los migrantes y están a disposición de los administradores de emergencias y del personal sanitario pertinente.

No se cuenta con información sobre los perfiles de salud y las estadísticas de los países de tránsito, dentro de las entrevistas se evidencia que no existe articulación y proceso de referencia y contrarreferencia de personas afectadas por tuberculosis, en los pasos de

frontera los pacientes en condición pendular viajan de un país a otro sin control y no adherentes al tratamiento antituberculoso, en el Departamento de Norte de Santander para el año 2019 se reportó una pérdida del seguimiento del 50%, es un procedimiento dependiente de las personas y del compromiso con la atención y el seguimiento estricto de las personas afectadas por TB.

## 7.8. Situación de la tuberculosis en Colombia

En Colombia en el año 2019 se reportaron al PNPCT un total de 14,886 casos de TB todas las formas, con una tasa de incidencia de 27.3 casos por cada 100 mil habitantes y 1,186 fallecidos en estadísticas vitales, con una tasa preliminar de mortalidad de 2.1 casos por cada 100 mil; se estiman en promedio 40 casos diagnosticados y 3 muertes diarias en el país a causa de la tuberculosis (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Las entidades territoriales que concentran la mayor carga de casos son: Antioquia con un 18.9%, Santiago de Cali 8.5%, Bogotá DC 8.2%, Valle del Cauca 4.4%, Santander 4.2% y Barranquilla el 3.9%. En cuanto a indicadores de seguimiento al tratamiento para el año 2018, se registró un éxito terapéutico del 74.1% entre casos nuevos y recaídas, del 56% en personas con TB previamente tratados y un 55.6% en la cohorte de coinfección TB-VIH (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

La captación de SR y el diagnóstico oportuno de nuevos casos de TB, se vio afectado por la pandemia por Covid-19. Los meses de cuarentena entre abril y agosto, se evidencia una disminución del reporte de casos de TB al nivel nacional.

En cuanto al tipo de poblaciones, los casos de TB en población migrante, representó el 5,6% de la carga del país.

Para el año 2019, aproximadamente el 26.8% de las personas afectadas por TB, pertenecen a grupos de alta vulnerabilidad social y económica dentro de los cuales es relevante mencionar lo siguiente:

Un total de 997 privados de la libertad equivalente a un 6.7% del total de casos de TB, y existió en este grupo un 8.7% de casos de coinfección de TB-VIH. Los casos de TB en afrodescendientes fueron 793 casos de TB equivalente a un 5.3% del total de casos; se evidencia, comparativo con el año inmediatamente anterior, una tendencia al incremento, y una coinfección del 8.3% de TB-VIH. En indígenas del país se reportó un total de 770 casos equivalente al 5.2% del total con un 3.6% coinfección TB-VIH; se evidencia una tendencia a la disminución de casos al PNPCT en esta población en los últimos 4 años. En habitantes de calles se reportó un total de 537 casos de TB equivalente al 3.6% del total, con una coinfección del 25% siendo la más alta entre las poblaciones de interés.

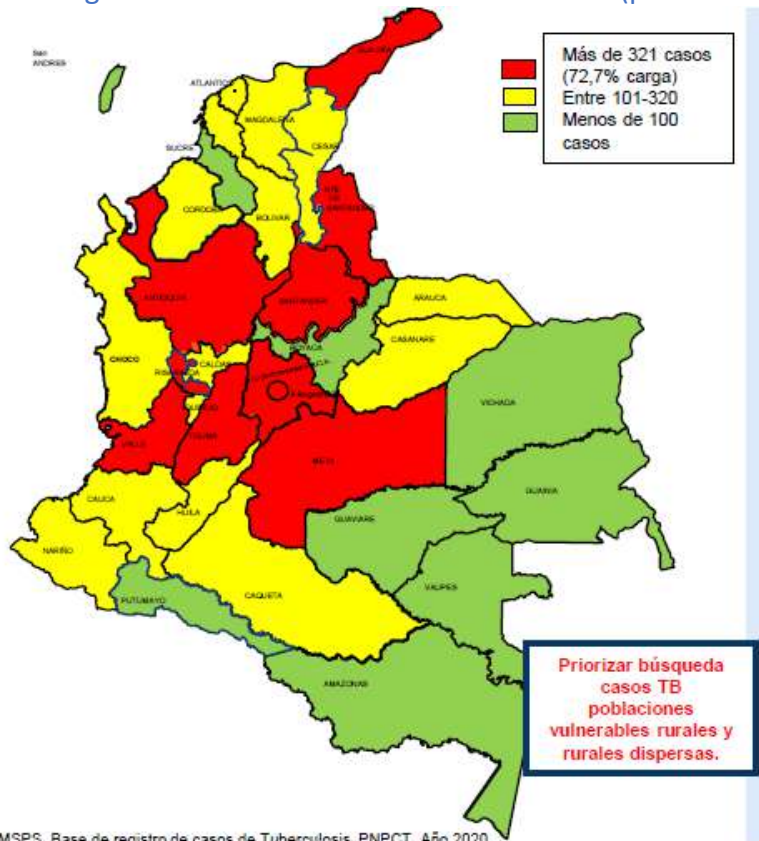
**En migrantes se reportó un total de 666 casos equivalente al 4.7% con un 17.7% de casos de coinfección TB-VIH. Se observa en los últimos años que se han sextuplicado el número de casos, la mayoría procedentes de países como Venezuela (Ministerio de Salud, 2019).**



En la resolución 227 de 2020 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, la cual corresponde a un lineamiento de cobertura nacional de obligatorio cumplimiento, se encuentra un apartado específico de la atención de población migrante y tuberculosis como una prioridad en la intervención, para los cuales los diferentes actores del sistema de salud deben articularse y garantizar los accesos a los servicios de salud. Son descritas de manera detallada las acciones que deben ser realizadas, entre las cuales se destaca: atención de pacientes y convivientes sintomáticos respiratorios y la modalidad de pago, garantía del control de infecciones en los albergues y hogares de paso, trabajo articulado con ONG para fortalecer el diagnóstico y manejo de personas migrantes con TB, seguimiento a los casos de TB/ VIH garantizando el suministro de los medicamentos, entre otros (Ministerio de Salud 2020).

También se cuenta con un proceso de referencia de las personas que se trasladan de un país a otro para dar continuidad a los tratamientos antituberculosis; la articulación se realiza a través del centro nacional de Enlace, dependencia del Instituto Nacional de Salud, quien a través de las embajadas realiza la notificación y el seguimiento de los casos. Ante la situación actual de la población migrante pendular, en los municipios de Frontera se comunican de manera directa entre las instituciones prestadoras de servicios de salud para dar continuidad al tratamiento y al seguimiento. A pesar de los esfuerzos realizados en el proceso de referencia y contrarreferencia en algunos territorios y especialmente los fronterizos, aproximadamente el 50% de la población migrante afectada por tuberculosis egresa del programa como perdida en el seguimiento, lo que genera una gran brecha pues no se corta la cadena de transmisión de la enfermedad y se aumenta el riesgo de la aparición de cepas multirresistentes.

**Mapa 3. Carga de casos de TB en Colombia año 2020 (preliminar)**



## 8. Acceso a los servicios de salud de la población migrante

### 8.1. Aspectos legales

#### 8.1.1. Normatividad colombiana en salud para personas migrantes

El Estado colombiano cuenta con un marco de política en relación con la migración, establecido en la Política Integral Migratoria, el Sistema Nacional de Migraciones y que opera de manera coordinada a través de la Comisión Nacional Intersectorial para las Migraciones. Se han desarrollado disposiciones constitucionales y legales que amparan los derechos de las personas que habitan y que transitan el territorio, incluyendo la atención en salud de ciudadanos extranjeros, cualquiera sea su procedencia. Al respecto, además del artículo 49 de la Constitución Política de Colombia (mod. A.L. 2 de 2009), en correspondencia con el artículo 100 del mismo ordenamiento, los artículos 3° y 156 literal b), de la Ley 100 de 1993, el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 y el 6° de la Ley 1751 de 2015, establecen la garantía del derecho a la salud para todos los residentes en el territorio nacional. Esta última norma anotada, señala que “el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo...”, entendiendo así mismo que “los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida”; lo que incluye a la población colombiana y extranjera que resida en el país.

Los artículos 43 a 45 de la Ley 715 de 2001, atribuyen a las entidades territoriales la función de materializar dicha garantía en lo “no cubierto con subsidios a la demanda”, además de señalar a la nación como responsable de formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ahora bien, tratándose de la atención de urgencias, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001, toda persona nacional o extranjera tiene derecho a recibir dicha atención. Ello se reafirma en los artículos 10 y 14 de la Ley 1751 de 2015, al referirse a los derechos y deberes de las personas relacionados con la prestación de servicios de salud, frente a la atención de urgencias y en el Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.5.3.2.2, en relación con la obligatoriedad de la atención de las urgencias por parte de todas las IPS “independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio”.

Como corolario de lo anterior, y en relación con el ejercicio del derecho a la salud de las personas inmigrantes, la misma Corte Constitucional, en las sentencias SU-677 de 2017 y T-210 de 2018, ha instado a la protección especial de dicha población y a “avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho a la salud de los migrantes sin importar su estatus migratorio, especialmente respecto de aquellos en mayor situación de vulnerabilidad (niños, niñas, madres cabeza de hogar)”.

Cuadro 4. Principales circulares para la atención del fenómeno migratorio- MSPS  
Período 2014-2017. procedente de la República Bolivariana de Venezuela

| <b>Circular</b>  | <b>Propósito</b>   |
|--|--|
| <b>Circular Externa 040 de 2015</b>  | Lineamientos en Salud para la gestión de alojamientos temporales.  |
| <b>Circular Externa 006 de 2016</b><br><b>Circular Externa 040 de 2016</b> | Declaración de alerta hospitalaria – Enfermedad por virus Zika<br>Vigilancia epidemiológica intensificada para difteria en departamentos fronterizos con República Bolivariana de Venezuela. |
| <b>Circular Externa 014 de 2017</b>  | Directrices para el control de la fiebre amarilla y exigencia de certificación internacional o carné nacional de vacunación.   |
| <b>Circular Externa 0004 de 2018</b>                                       | Instrucciones para la ejecución de las acciones de salud pública en el marco de la Ley de Garantías Electorales, vigencia 2018.  |

Fuente: Minsalud, 2018

De manera inicial, la normatividad expedida por el gobierno colombiano estaba relacionada a atender las “urgencias” en salud pública que se presentaban y de las que se desconocían como accionaban las autoridades en salud del vecino país.

Se evidencia entonces una atención por eventos como Zika, Chikunguña, fiebre amarilla, Dengue, entre otros.

Además de esta normatividad en salud, el país, muestra una evolución para facilitar el proceso migratorio de las personas provenientes de Venezuela como se ve en el siguiente cuadro:

**Cuadro 5. Evolución normativa en materia migratoria en Colombia**

| <b>Disposición</b>             | <b>Tema que regula</b>  |
|--------------------------------|---|
| <b>Decreto 2955 de 1980</b>    | Disposiciones sobre la expedición de visas y el control de extranjeros  |
| <b>Decreto 666 de 1992</b>     | Define las diferentes clases de visas   |
| <b>Decreto 2371 de 1996</b>    | Ajusta el decreto 666 de 1992   |
| <b>Decreto 1239 de 2003</b>    | Crea la Comisión Nacional Intersectorial de Migración   |
| <b>Ley 1465 de 2011</b>        | Crea el Sistema Nacional de Migraciones -SNM  |
| <b>Ley 1565 de 2012</b>        | Reglamenta la migración de retorno de los colombianos residentes en el extranjero   |
| <b>Decreto 1067 de 2015</b>    | Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Relaciones Exteriores  |
| <b>Resolución 5797 de 2017</b> | Crea un Permiso Especial Permanencia (Migrantes Venezolanos)  |
| <b>Resolución 1272 de 2017</b> | Implementación Permiso Especial de Permanencia - PEP  |
| <b>Decreto 1288 de 2018</b>    | Se adoptan medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV) a la oferta institucional y se dictan otras medidas sobre el retorno de colombianos. |

| Disposición                     | Tema que regula  |
|---------------------------------|--|
| <b>Resolución 2033 de 2018</b>  | Implementa el Permiso Especial de Permanencia (PEP) para los nacionales venezolanos que se inscribieron en el RAMV |
| <b>Resolución 10677 de 2018</b> | Establece un nuevo término para acceder al permiso especial de permanencia (PEP)                                   |

Fuente: Migración Colombia, 2020

De acuerdo con lo referenciado por los actores claves identificados existen diferencias en la atención de la población migrante en condición regular e irregular. Las personas que ingresan al país de manera regular pueden afiliarse al SGSSS, dependiendo de su capacidad de pago. Si tienen un empleo o recursos económicos, pueden afiliarse al régimen contributivo. Si no poseen recursos económicos, tienen derecho a afiliarse al régimen subsidiado y así podrían recibir todos los servicios incluidos en los planes de beneficios; solo bastaría con pagar una cuota moderadora.

Sin embargo, en lo que respecta a la información suministrada por el personal de salud, fueron identificadas brechas frente al conocimiento sobre las rutas establecidas para el aseguramiento y la atención en salud de esta población, pues manifiestan no se encontrarse capacitados o informados al respecto. Adicionalmente, las personas migrantes relatan la baja difusión de información relacionada con estos aspectos (aseguramiento y atenciones en salud), por lo que no buscan acceder al aseguramiento por considerar que no tienen derecho o por temor identificados y de esta manera deportados a sus lugares de origen. Para lo anterior, el Ministerio Público a través de las personerías, las organizaciones de cooperación internacional y las diferentes organizaciones de sociedad civil, brindan asesoría legal para garantizar el acceso a la atención en salud.

La población migrante irregular, según a la normatividad vigente, tienen derecho a la atención en salud por servicio de urgencias (incluyendo los casos de violencia sexual), atención en salud de todas las enfermedades que son eventos de interés en salud pública (existe un vacío frente a la atención VIH, por considerarse un evento de alto costo) y vacunación sin barreras, de acuerdo al esquema establecido por el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de Colombia (excepto vacunación contra Covid-19). Sin embargo, el acceso a algunos de los servicios descritos significa un gran reto para esta población, debido al desconocimiento del sistema de salud para su ejecución.

Adicionalmente, la atención básica o atención primaria en salud, no está contemplada o garantizada por el gobierno nacional. Esto pone en riesgo las personas con enfermedades crónicas o transmisibles, quienes no pueden ser atendidas por urgencias, por la naturaleza de la patología, pero en cambio, si requieren el ingreso a programas de protección específica para reducir el daño en salud por las enfermedades preexistentes.

Para reducir la brecha de atención en salud en estas poblaciones, los organismos de Cooperación Internacional, que se articulan a través del Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos, definen las acciones a realizar, teniendo en cuenta los perfiles epidemiológicos y las prioridades en la atención en salud. Para esto, algunos contrataron

atenciones en salud básica con Instituciones de Primer Nivel públicas o privadas. Estos servicios en primera instancia estuvieron enfocados principalmente a mujeres gestantes y a la niñez, sin embargo, ante la alta demanda de la atención de personas con enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas se ha ido ampliado el portafolio de servicios.

Desde las organizaciones de sociedad civil siguen identificando grandes demoras y dificultades en la atención, porque no se cuenta con un censo claro de la población migrante irregular en cada territorio y por lo tanto no se conoce la cobertura real de estas atenciones; la percepción de algunos líderes es que las acciones solo se direccionan a grupos ya establecidos de población migrante, sin alcanzar la población pendular. Las personas migrantes que no accedan a estos servicios brindados por la cooperación internacional y por las organizaciones de sociedad civil, deben cubrir de manera particular todos los servicios, asumiendo altos gastos de bolsillo para garantizar la atención en salud.

El otro tema descrito por algunos de los entrevistados es que la cooperación internacional está realizando acciones puntuales, sin embargo, en el país no se está generando la capacidad instalada para garantizar el abordaje de esta población de manera integral.

### **8.1.2. Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (2018)**

El Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV) realizado en el 2018, fue desarrollado como instrumento de caracterización de la población en condición irregular con vocación de permanencia para la definición de política pública y permitió contar con una descripción general de esta población (en medio de una dinámica siempre cambiante). Esta población entra en proceso de regularización mediante el Decreto 1288 de 2018, que amplía las condiciones del Permiso Especial de Permanencia (PEP).

En ese momento, el total de personas registradas fue de 442,462 (253,575 familias), de los cuales el 49.7% son mujeres, 50.2% son hombres y 0.07% tras género. El 27% corresponden a niños, niñas y adolescentes (de los cuales el 43% son menores de 6 años); un 71% son adultos entre los 18 y los 59 años y tan solo 2.5% mayor de 60 años. Los territorios en los que más se concentra la población corresponden a Norte de Santander (18.6%), La Guajira (16.9%), Bogotá (9.8%), Atlántico (9.7%), Magdalena (6.9%), Arauca (5.9%) y Bolívar (5.5%). Villa del Rosario y Paraguachón son los principales puntos de entrada de esta población. Estas personas provenían de diferentes estados venezolanos.

El 42% refieren que personas de su grupo familiar permanecen en República Bolivariana de Venezuela, en su mayoría son cabezas de hogar (52%) y en un 36% registran un solo integrante de la familia (lo que concuerda con una reunificación familiar posterior, aunque la mayoría -63% - son solteros).

Un 24% tienen familiares colombianos y algunos viven con ellos; Se reportaron 8,209 mujeres gestantes y 7,496 mujeres en período de lactancia (la mayor parte sin control prenatal ni seguridad social). Un 2.6% de la población presenta algún tipo de discapacidad (11,648 personas).

El auto reporte de enfermedad evidenció que patologías crónicas como Hipertensión Arterial, Diabetes, Enfermedad pulmonar y enfermedades cardíacas son las que más se

presentan; aunque existe un reporte importante de casos de cáncer y alteraciones de salud mental. En cuanto a enfermedades infectocontagiosas, se reportan casos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), *Tuberculosis (TB)* y VIH/SIDA.

Tanto las condiciones crónicas (por la descompensación, complicaciones y deterioro) como las infectocontagiosas (que además determinan un riesgo de transmisibilidad) requieren de un tratamiento y seguimiento que en muchos casos no se está realizando. Con un nivel de escolaridad generalmente de básica secundaria o primaria, dedicados en gran parte al trabajo informal, independientes o desempleados; esta población tiene en su gran mayoría la expectativa de establecerse en Colombia. Tan solo un 8.6% refieren querer regresar a República Bolivariana de Venezuela y un 2% esperan transitar hacia otro país. De los niños, niñas y adolescentes registrados, tan solo un 28% se encuentran estudiando.

Para el año 2020, el porcentaje de afiliación al SGSSS por parte de migrantes venezolanos regulares, según cifras del Minsalud, fue del 17%.

### **8.1.3. Estatuto Temporal de Protección**

El decreto 216 del 01 de marzo de 2021 adopta el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos Bajo Régimen de Protección Temporal y dicta otras disposiciones en materia migratoria.

Este Estatuto, es un mecanismo complementario al régimen de protección internacional de refugiados, que permite llenar los vacíos existentes en este régimen, con base en la realidad migratoria y la capacidad de respuesta que tiene el país en materia institucional, social y económica.

Es una estrategia del actual Gobierno que busca establecer mecanismos o soluciones que trasciendan en el tiempo, basados en el comportamiento del fenómeno migratorio y la protección de los derechos humanos de la población migrante que se encuentra actualmente en mayor condición de vulnerabilidad.

Nace del compromiso que adquirió Migración Colombia para definir nuevos mecanismos de flexibilización migratoria, los cuales permitan la integración de la población migrante venezolana a la vida productiva del país, a partir de su regularización y tiene como finalidad ofrecer resguardo a las personas que huyen de su país de origen por causa de la crisis.

El objetivo del estatuto temporal de protección es permitir el tránsito de los migrantes venezolanos que se encuentran en el país de un régimen de protección temporal a un régimen migratorio ordinario, es decir, que los migrantes venezolanos que se acojan a la medida tendrán un lapso de 10 años para adquirir una visa de residentes. Esta medida busca estimular el tránsito al régimen migratorio ordinario y disminuir las cifras de migración irregular actuales y futuras.

El presente estatuto temporal de protección estará dirigido a aquellos migrantes venezolanos que se encuentran en Colombia de manera regular, bien sea porque son

beneficiarios de un permiso de ingreso y permanencia, porque realizaron una prórroga de permanencia o porque cuentan con un PEP. También se beneficiarán de este estatuto temporal de protección los migrantes venezolanos solicitantes de refugio y que sean titulares de un salvoconducto SC-2.

Frente a los irregulares, podrán beneficiarse con este estatuto temporal de protección, aquellos migrantes venezolanos en condición de irregularidad que demuestren que se encontraban en Colombia a 31 de enero de 2021. Adicionalmente como una medida para desincentivar la irregularidad, se propone que aquellos migrantes venezolanos que ingresen de manera regular al país durante los primeros dos (2) años de vigencia del Estatuto, se beneficien del mismo.

Para las atenciones en salud, tendrá como ventaja que el beneficiario de este estatuto podrá acceder a la afiliación en el SGSSS ya sea en el régimen contributivo o subsidiado.

Con corte a 11 de mayo se contaban con 500.000 migrantes venezolanos registrados en la plataforma de migración Colombia, después de que esta fuera activada el pasado 05 de mayo de 2021. En esta etapa, el registro se realiza mediante el mecanismo de Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos, el mismo realizado en el 2018. Este registro se hace en línea y cuenta de manera adicional con una encuesta socioeconómica que el migrante (regular o irregular) debe diligenciar.

## **8.2. Aspectos contextuales**

La crisis económica, política y social que vive Venezuela ha generado un ingreso acelerado de personas provenientes del vecino país que buscan mejores condiciones de vida, en Colombia o en otros países de la región. Según datos de Migración Colombia, al 31 de enero de 2021, se contaban alrededor de 1'742,927 ciudadanos venezolanos, de los cuales el 56% corresponden a migrantes irregulares (Migración Colombia, 2021).

Ante el panorama que viene incrementando y que se está viviendo desde el año 2014, el gobierno nacional ha venido desarrollando una serie de lineamientos, directrices y similares que permitan atender de una o de otra manera la situación de los migrantes venezolanos en el territorio nacional.

El Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio, emanado por el Ministerio de Salud (Minsalud) en el año 2018, recoge el panorama que a la fecha se estaba viviendo en nuestro país y que, para este momento, difiere es en el número de personas presentes en el territorio nacional.

Dadas las magnitudes, la dinámica creciente y la permanencia en el tiempo de la situación generada por el fenómeno migratorio venezolano, que implica volúmenes inusitados de personas vulnerables, originadas en las condiciones que vive el país vecino, en materia política, económica y de salubridad, es necesario que el Estado colombiano defina mecanismos de gestión y articulación desde el sector salud para diseñar e implementar una respuestas coordinadas y eficaces que permita reforzar capacidades institucionales en los departamentos y municipios de la zona de frontera y demás territorios y comunidades



receptoras de los migrantes y, de esa manera, afrontar de mejor manera las necesidades derivadas de un fenómeno que por definición, es complejo, y con afectaciones también a las comunidades de acogida a las puede incrementar también sus niveles de vulnerabilidad (Minsalud, 2018).

Dicho Plan se centró de manera inicial en tres puntos: i) Viabilizar la atención de urgencias para el caso de los inmigrantes en situación irregular, ii) Acceder al aseguramiento de una parte de esta población de acuerdo con su estatus migratorio y iii) Fortalecer la gestión de la salud pública en las entidades territoriales más afectadas (Ministerio de Salud, 2018, Plan de Respuesta).

### **8.2.1. Eventos o condiciones prioritarias en salud en situaciones de migración.**

La condición de vulnerabilidad de gestantes, quienes inician controles prenatales de manera tardía, o no los realizan, presentan mayor riesgo biopsicosocial; también ocurre con niños, niñas y adolescentes migrantes, pues la promoción y la prevención no están dentro de las prioridades de las familias que ocupan su tiempo en tratar de sobrevivir en medio de condiciones precarias. Así, la vulnerabilidad de estos grupos se incrementa y se traduce en resultados adversos en salud.

Los niños, niñas y adolescentes menores de 20 años, configuran el grupo más importante del total de personas que residen fuera de su país, particularmente el grupo de niños no acompañados, el cual ha aumentado entre 33% y 400% entre 2011 y 2014, según señala ACNUR.

En el caso de las mujeres migrantes, se resalta la discriminación asociada a la gestación, sin acceso a servicios de atención, incluso para la interrupción del embarazo en los casos previstos por la Corte Constitucional Colombiana en la sentencia C-355 de 2006, sumándole a esto que no pueden contar con licencias de maternidad y en la mayoría de los casos no cuentan con atención obstétrica. En estos grupos, se ha descrito mayor incidencia de muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro y bajo peso al nacer en niños nacidos de madres con antecedente de migración; así mismo, la condición de migrantes en niños, niñas y adolescentes ha sido asociada a mayor prevalencia de caries dentales, algunas enfermedades infecciosas y obesidad; como también, a problemas de salud mental y dificultades para la integración psicosocial. Así mismo, se reconocen grandes desafíos para la integración escolar y social de estos niños en los entornos de acogida.

Algunas condiciones presentan prevalencias mayores en los migrantes que llegan a entornos urbanos. Así, se ha evidenciado en condiciones como el VIH/SIDA, donde se ha encontrado prevalencia 4 veces superior en la India en los migrantes de zonas urbanas, frente a la prevalencia nacional; así mismo, la OMS ha señalado que la migración se vincula con un mayor riesgo de adquirir Tuberculosis que como en el caso de Sudáfrica, la prevalencia es mucho mayor en la población migrante internacional y las poblaciones que se desplazan que entre la población no migrante.

Los efectos de las condiciones no transmisibles como: afecciones cardíacas, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, tipo asma y diabetes, también se incrementan en las personas migrantes y se han visto asociadas a procesos de aculturación negativa, con cambios en los hábitos de vida especialmente alimentarios, falta de ejercicio, consumo de bebidas alcohólicas y tabaco y finalmente falta de continuidad en los tratamientos. Concomitantemente, se registra un aumento de la vulnerabilidad psicológica derivada del efecto de movimientos forzosos, la separación de familiares y amigos, unidos al riesgo de discriminación, explotación o violencia.

Cabe resaltar que las personas interactúan, afectan y adoptan el perfil de salud de las comunidades a lo largo de su ruta de migración, lo cual es determinante en la aparición de enfermedades previamente desconocidas, como el SARS y de manera especial, la reaparición o reemergencia de enfermedades como la malaria y la tuberculosis en zonas donde sus tasas de incidencia parecían controladas. Aunque no se ha encontrado una relación sistemática entre la migración y la importación de enfermedades infecciosas, una asociación de ese tipo dependerá de la prevalencia de tales condiciones en los países de origen y/o los de tránsito, las cuales pueden ser propicias, por ejemplo, para un mayor riesgo en la transmisión de Tuberculosis; por hacinamiento, carencias de saneamiento básico en los lugares de asentamiento o de vivienda, entre otras.

En el caso de República Bolivariana de Venezuela como país de origen de la cuarta ola de migración en Colombia, se destaca en comunicado dirigido por parte de cuatro exministros de Sanidad y Asistencia Social de ese país al señor Ministro de Salud y Protección Social de Colombia, que se ha presentado en los últimos años incremento en los casos de malaria; así mismo refieren la reaparición de epidemias de enfermedades transmisibles prevenibles con vacunas como difteria y sarampión; aumento de los casos de mortalidad materna e infantil. Todo ello asociado a escasez de medicamentos, productos biológicos, reactivos y pruebas diagnósticas y de otros insumos utilizados en los servicios públicos y privados de salud, agravado por el éxodo hacia el exterior del recurso humano calificado en salud.

### **8.3. Aspectos relacionados con la organización del sistema de salud**

#### **8.3.1. Sistema de Seguridad Social en Colombia**

La Ley 789 de 2002, definió el sistema de protección social colombiano, como las acciones públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de la población, mediante la garantía de derechos como salud, pensiones y trabajo a través del Sistema de Seguridad Social Integral.

Adicionalmente, buscó articular diferentes programas asistenciales, en el Sistema Nacional de Bienestar Familiar coordinado por el ICBF. Por otra parte, consideró el Sistema de Protección Laboral; el Sistema de Formación Profesional del Sena; y el Sistema de Compensación Familiar con sus componentes de subsidio familiar y otros servicios de las cajas de compensación familiar (DAFP, 2002).

En el Anexo 6, se describe el marco legal de la protección social en Colombia, en el cual se evidencia, la transición y evolución que ha tenido la normatividad en Colombia, desde la constitución Política, hasta las últimas leyes y sentencias constitucionales.

En todos los casos, lo que ha buscado la normatividad es salvaguardar el derecho a la vida, la salud, la vivienda digna, la educación entre otros, como derechos fundamentales para todas las personas en territorio colombiano.

El Sistema de Seguridad Social Integral vigente en Colombia fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales pueden tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana.

Hace parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y de servicios complementarios, incorporados en la Ley 100 de 1993 y en otras normas.

La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y es prestado por entidades públicas y privadas.

De acuerdo con la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia se compone de los sistemas de pensiones, de salud y de riesgos laborales y de los servicios sociales complementarios.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso al servicio a toda la población, en todos los niveles de atención. Es operado por las Entidades Administradoras de Regímenes de Beneficios (EAPB) y la prestación del servicio está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

En general, el número de afiliados al SGSSS se ha incrementado a lo largo de los años. De esta manera, la cobertura ha crecido desde el 29.21% en 1995 hasta el 97.78% registrado al cierre del 2020, al régimen contributivo (asalariados) se encuentra afiliada aproximadamente el 45% de la población, al régimen subsidiado el 50% y el porcentaje restante corresponde a régimen especiales como docentes, fuerzas militares y los que no cuentan con aseguramiento es cercano al 2%.

Sin duda el logro más impresionante desde la Ley 100 de 1993, es la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, la cual regula el derecho fundamental a la Salud, basada en unos principios y elementos esenciales que serán los encargados de impactar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con el fin de asegurar una atención acorde a las necesidades de la población.

Con esta ley, se establecieron políticas que definieron nuevos esquemas de beneficios y unos nuevos criterios en la prestación de los servicios, cambios que involucran a todos los actores del sistema y que requirieron que estos adoptaran una nueva actitud frente al mismo, entendieran la salud como un concepto integral e integrador y comprendieran que los

determinantes de esta son dinámicos, cambiantes y requieren de su participación activa; que se convirtieran en protagonistas de estos cambios y que hicieran parte de la formulación de iniciativas tendientes a consolidar y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud (Ramírez, A., Rocha, D., Durango, L., Rodríguez, S. 2016).

### **8.3.2. La salud pública en el marco legal colombiano**

La Constitución Política en el artículo 49 de, dicta la prestación de salud, como servicio público esencial obligatorio, que se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado".

El MSPS (2013), adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, a través de la Resolución 1841 de 2013, mediante el que se establecen como objetivos del país: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, y plantea las metas y las estrategias para su cumplimiento, incorporando los enfoques de derechos, de ciclo de vida, de género, diferencial, étnico y el modelo de determinantes sociales de salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por Colombia, las políticas sociales transversales a otros sectores y las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, las entidades territoriales y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El PDSP responde a las políticas de salud priorizadas y fundamentadas en el análisis de la situación de salud, cuya formulación y puesta en marcha, genera un gran impacto en los indicadores de salud, dentro de los cuales se encuentra la reducción de la morbimortalidad derivada de la tuberculosis. Que la Resolución 2626 de 2019 del MSPS (2019), adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, en concordancia con los compromisos adquiridos para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS para el 2030, Colombia, trabaja por el logro de las metas en la prevención, atención y control de la tuberculosis, planteadas en la Estrategia Mundial hacia el Fin de la Tuberculosis 2015-2035, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud - OMS y materializada en el Plan de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis para la Región de las Américas 2016-2019 de la OPS.

El artículo 2 de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) , estableció, respecto de la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud, que este "Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud" y para ello "El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas (Congreso de la República, 2015).

En la Ley 1955 de 2019, se expidió el Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad", en sus bases, componente III "Pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a los

mercados”, dispone en el numeral “2. Objetivos y Estrategias”, subnumeral 2, como objetivo el de “Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos”, en el que se determinó como uno de sus objetivos, priorizar las intervenciones en salud pública, entre las que se encuentra la tuberculosis, para lo cual, bajo el liderazgo de este Ministerio, se establecerán estrategias territoriales para el fortalecimiento de capacidades básicas y gestión de la salud pública (DAFP, 2018).

### **8.3.3. Modelo integrado de la atención en Salud.**

La Resolución 2626 de 2019 adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, que comprende entre sus acciones, la línea de salud pública, en el marco de la cual, se deben desarrollar acciones como la de “Definir, implementar y evaluar políticas públicas sectoriales e intersectoriales y acciones desarrolladas por todos los sectores y las organizaciones sociales o comunitarias sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud y su incidencia en los resultados en salud, en la reducción de inequidades y en las metas sectoriales e intersectoriales (MSPS, 2019). Adicionalmente, se establecen Rutas de Atención integradas en Atención en Salud (RIAS), de las cuales se han construido dos Maternidad Seguridad y Perinatal y Promoción y mantenimiento de la salud.

## **8.4. Factores determinantes de situación de población migrante frente a la TB**

El Estado colombiano cuenta con un marco de política en relación con la migración, establecido en la Política Integral Migratoria, el Sistema Nacional de Migraciones y que opera de manera coordinada a través de la Comisión Nacional Intersectorial para las Migraciones. Se han desarrollado disposiciones constitucionales y legales que amparan los derechos de las personas que habitan y que transitan el territorio, incluyendo la atención en salud de ciudadanos extranjeros, cualquiera sea su procedencia. Al respecto, además del artículo 49 de la Constitución Política de Colombia (mod. A.L. 2 de 2009), en correspondencia con el artículo 100 del mismo ordenamiento, los artículos 3° y 156 literal b), de la Ley 100 de 1993, el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 y el 6° de la Ley 1751 de 2015, establecen la garantía del derecho a la salud para todos los residentes en el territorio nacional. Esta última norma anotada, señala que “el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo...”, entendiendo así mismo que “los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida”; lo que incluye a la población colombiana y extranjera que resida en el país.

Los artículos 43 a 45 de la Ley 715 de 2001, atribuyen a las entidades territoriales la función de materializar dicha garantía en lo “no cubierto con subsidios a la demanda”, además de señalar a la nación como responsable de formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ahora bien, tratándose de la atención de urgencias, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001, toda persona nacional o extranjera tiene derecho a recibir dicha atención. Ello se reafirma en los artículos 10 y 14 de la Ley 1751 de 2015, al referirse a los derechos y deberes de las personas relacionados con la prestación de servicios de salud, frente a la atención de urgencias y en el Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.5.3.2.2, en relación con la obligatoriedad de la atención de las urgencias por parte de todas las IPS “independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio”.

En el Capítulo 2. Atención de urgencias, emergencias y desastres de ese decreto, se define lo concerniente a la atención de urgencias, y las sanciones para los agentes del sistema de salud que las incumplan. En este mismo sentido, la Sentencia C-834/07 reitera que en jurisprudencia constante, la Corte Constitucional ha sostenido que toda persona, incluyendo por tanto los extranjeros que se encuentren en Colombia, tienen derecho a un mínimo vital, en tanto que manifestación de su dignidad humana, es decir, “derecho a recibir una atención mínima por parte del Estado en casos de externa necesidad y urgencia, en aras a atender sus necesidades más elementales y primarias”, sin que este señalamiento sea una restricción al legislativo para “ampliar su protección con la regulación correspondiente.

Como corolario de lo anterior, y en relación con el ejercicio del derecho a la salud de las personas inmigrantes, la misma Corte Constitucional, en las sentencias SU-677 de 2017 y T-210 de 2018, ha instado a la protección especial de dicha población y a “avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho a la salud de los migrantes sin importar su estatus migratorio, especialmente respecto de aquellos en mayor situación de vulnerabilidad (niños, niñas, madres cabeza de hogar)”.

El estatus migratorio, es el principal determinante para que la población migrante pueda acceder a los servicios de salud, diferentes a las urgencias vitales. Si se es MV con estatus regular y un documento de identificación válido en territorio colombiano, esta persona tiene la opción de afiliarse al SGSSS ya sea en el régimen contributivo o el régimen subsidiado.

Esta situación fue identificada tanto por población migrante como no migrante en las encuestas, y refrendada por personas de Agencias de cooperación internacional, en sus entrevistas.

#### **8.4.1. Experiencias y buenas prácticas de abordaje en salud y migración**

Con respecto a toda la información recolectada en la revisión de fuentes secundarias y en el trabajo de campo con los diferentes actores claves del sistema de salud, se evidencia un gran fraccionamiento en la atención de salud de las personas migrantes. El contexto es diferente de acuerdo con la condición de su estatus migratorio, como regular o irregular: La población en condición irregular no accede al sistema de seguridad social en Salud en Colombia, por lo tanto, sólo acceden a la atención por urgencias vitales, servicio que generalmente es gratuito.

En algunas instituciones se identificó el cobro de una cuota de recuperación, para lo cual se cuenta con una ruta legal con la personería, entidad que pertenece al Ministerio Público, para realizar el proceso del desmonte del pago y en caso que se vulneren los derechos de atención integral se accede a una figura jurídica denominada tutela, a través de la cual se obliga a la entidad territorial y a las IPS a garantizar la atención integrada sin el cobro de copagos o cuotas moderadoras o de recuperación. Las personas migrantes en condición irregular acceden a los servicios básicos de salud que sean brindados por los organismos de Cooperación Internacional u ONG. No acceden a atención ambulatoria, programas de protección específica ni a programas de protección especial.

La población regular tiene el derecho de ingresar al sistema de seguridad social en salud, sin embargo, en las entrevistas realizadas a la población migrante informan que cuentan con poca educación al respecto y en muchos casos no conocen las rutas para el acceso. El proceso para acceder se realiza en primer lugar a través de una encuesta que llamada SISBEN se asigna un puntaje y se inscribe a una EAPB, quien presta los servicios incluidos en los planes básicos de atención en las instituciones Prestadoras de su red. Para los servicios de alta complejidad se requieren procesos de autorización.

Con lo que se relaciona con el programa de tuberculosis la población migrante irregular solo podría acceder al suministro de los medicamentos, sin contar con el seguimiento clínico y bacteriológico respectivo, sin embargo, en las entidades territoriales se generan diferentes mecanismos para brindar estas atenciones a través de los componentes de salud pública de las entidades territoriales o de las Empresas Sociales del Estado. Los servicios que se brindan son de manera gratuita.

Las barreras identificadas son de acceso al sistema de salud y para la atención en salud en programas ambulatorios, los procesos que se llevan en la mayoría de las entidades territoriales son de manera fraccionada, sin lograr una articulación intersectorial. Adicionalmente los programas de bienestar social no benefician a toda la población migrante en condiciones de vulnerabilidad.

A continuación, se podrá ver de manera más clara aquellas barreras identificadas en las encuestas realizadas a los usuarios que, tal vez, impiden acceder a los servicios de salud relacionados con la TB:

**Cuadro 6. Barreras que impiden acceder a los servicios de TB**

| <i>Ciclo de atención</i>                                  | <i>Barreras</i>  |
|---|--|
| <i>Recibir apoyo para la detección ante síntomas (SR)</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de acceso al aseguramiento en la población irregular y falta de conocimiento de la ruta para acceder y ser afiliados a una EAPB subsidiada parte de la población en condición regular.</li> <li>• Desconocimiento de las rutas de atención en salud, por parte de la población migrante</li> <li>• No consulta por parte de las personas migrantes por temor a acciones legales y riesgo de deportación.</li> </ul> |

*“La población migrante no se cuenta priorizada en los planes y proyectos de los niveles municipales ni departamentales, por lo tanto, no se dirigen acciones de abordaje diferencial para la atención en salud y no se adecuan estrategias de detección de sintomáticos respiratorios en estas poblaciones”*

- No se cuenta con caracterización de la población a nivel municipal, por lo que es difícil identificar condiciones de vulnerabilidad tales como hacinamiento, inseguridad alimentaria.
- Se identifica la falta de conocimiento por parte del personal de salud de las rutas establecidas para la atención de población migrante, lo que genera desinformación y acciones que no corresponden a los lineamientos nacionales del abordaje de eventos de interés en salud pública.

*“La dificultad que se tiene especialmente para la atención de personas con Diagnóstico de TB precisamente está centrada en el Diagnóstico de esta enfermedad por que muchas personas ingresan no regularizadas al país sin una cedula de extranjería sin documentos de identificación entonces poder hacer como tal la captación de SR es compleja”*

- Dentro de las acciones implementadas por los organismos de cooperación se encuentran priorizadas poblaciones y patologías específicas (mujeres gestantes, niños, VIH, COVID), sin visibilizar la necesidad de priorizar otras enfermedades tales como la TB para cumplir el algoritmo diagnóstico.

*“Por consulta externa no llegan por primera vez si no después de hospitalización, la mayoría vienen del nivel hospitalario”*

- Las Organizaciones de Base Comunitaria también refieren la falta de apoyo y la no articulación con las entidades territoriales para la priorización de la captación de sintomáticos respiratorios en población migrante.

*“Lo primero es tener una ruta de atención para población migrante, sin ninguna duda porque puede que exista, pero no opera la verdad no está funcionando, lo segundo es que luego de establecer una ruta todos lo conozcan porque cuando me citaste para esta reunión hice un sondeo en la red, con más de 50 puntos de atención en Medellín, y créeme que todo mundo está de diferente manera con diferentes conceptos unos atienden otros no atienden entonces creo que después de que la ruta exista la gente la domine y la trabaje*



|   |   |
|---|---|
|   | <p><i>y desde lo que he venido trabajando estando antes desde la otra parte del convenio y ahora desde acá es que tenemos la idea que solamente tiene la población migrante derecho a entregarles tratamiento y a la baciloscopia, pero esta población se nos está quedando sin los controles, sin especialistas si lo requieren o sin otros paraclínicos entonces yo pienso que esas son las 3 principales necesidades.”</i></p>   |
| <p><i>Recibir diagnóstico correcto y oportuno</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demoras en las consultas en los primeros niveles de atención o múltiples consultas, lo que lleva a la población migrante a acceder a la atención por los servicios de urgencias y a la alta proporción de diagnósticos en los niveles hospitalarios.</li> </ul> <p><i>“Se podrían realizar captación de sintomáticos respiratorios a través del plan de intervenciones colectivas, sin embargo, la realización del algoritmo diagnóstico corresponde a los prestadores, por lo tanto, en la población regular afiliada corresponderá a la IPS. En caso de ser población migrante en condición irregular no se le realizan los exámenes correspondientes, debido a que estas personas solo pueden acceder a urgencias y los cooperantes realizan la baciloscopia más porque se les solicita el favor ”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demora en la revisión de exámenes.</li> <li>• La falta de información veraz suministrada por la población migrante lo que dificulta su ubicación para la entrega de resultados de exámenes.</li> <li>• Desconocimiento de las personas migrantes sobre la ruta de atención.</li> <li>• No existen rutas estandarizadas de atención para población en condición irregular.</li> <li>• Existen barreras para el acceso a las pruebas moleculares y cultivo en medio líquido, tal como lo dicta el algoritmo diagnóstico de TB.</li> <li>• Contratación fraccionada por parte de las EAPB lo que genera reprocesos y demoras para acceder a los servicios y exámenes para realizar el diagnóstico de TB.</li> </ul> <p><i>Si es población regularizada subsidiada ellos tendrían la barrera que tiene toda la población en este momento y es que alguna de las aseguradoras sobre todo las subsidiadas no garantizan la contratación de los servicios particular, ahí sería si esta regularizado podrían meter la prueba molecular y el cultivo en medio líquido entonces si esta regularizado podrían haber barreras especialmente en esas zonas donde son departamentos de frontera allí en estas</i></p> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p><i>zonas no tenemos laboratorios que procesen pruebas de biología molecular.</i></p>  |
| <p><i>Recibir tratamiento supervisado</i></p>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la revisión secundaria, así como en las entrevistas no se identifican barreras en la entrega de medicamentos antituberculosis de primera y segunda línea, debido a que el Ministerio de Salud y la Protección Social realiza compras centralizadas de estos medicamentos y se distribuye a las IPS a través de las entidades territoriales departamentales y municipales para TB sensible, farmacorresistente y TB latente.</li> </ul> <p><i>“Si se llega a Diagnóstico de tuberculosis independiente de su estatus migratorio lo que se espera es que a ese paciente en efecto se le dé el tratamiento bien sea para TB sensible, resistente o infección latente, eso también es algo importante que tiene nuestro país y es garantizar en parte el tratamiento de TB”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las personas afectadas por TB en condición irregular entrevistadas informan que no tuvieron ninguna dificultad para la entrega de medicamento antituberculosis; las dificultades se presentan es para los seguimientos por el médico y el laboratorio, debido a que en muchas ocasiones les corresponde pagar estos servicios de manera particular.</li> </ul> <p><i>“Hay unos muy juiciosos y adherentes, hay otros que, por las condiciones, requieren entrega de tratamiento a través de promotor porque no clasifican para un DOTS virtual no tiene teléfono no tenemos como hacerle algún tipo de seguimiento a la supervisión de ese tratamiento”</i></p> <p><i>“Muchas veces los programas tienen las dudas de decir si le inicio un tratamiento, porque no puedo asegurar si se lo voy a seguir; si es una persona que está de paso o sabemos que no tiene vocación de permanencia entonces incluso hay casos en donde el mismo programa quisiera no iniciar, pero mayor incluso de que una persona pueda caer en un proceso de reiniciar varias veces tratamiento o de abandonarlo y que después con el tiempo genere una resistencia, es un riesgo que es latente”</i></p> |
| <p><i>Recibir apoyo para la adherencia al tratamiento</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo para la no adherencia tales como la falta de dinero para desplazarse a las instituciones, factores sociales y personales como la farmacodependencia, la desnutrición y la</li> </ul>   |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>falta de recursos económicos que hace que sean personas que se mueven entre un territorio y otro.</p> <p><i>“La clave es la parte nutricional que es definitivamente la barrera más grande que podemos tener es la protección alimentaria, sé que desde el ICBF hay una ruta especial que se trabaja especialmente con niños, pero para adultos es muy limitada entonces considero que la parte nutricional debería ser el fuerte que deberíamos trabajar con esta población”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el Municipio de Cúcuta, en Norte de Santander el 50% de las personas afectadas por TB, egresan del programa como perdidas en el seguimiento, no se logra lograr la adherencia al tratamiento, son pacientes sin vocación de permanencia.</li> </ul> <p><i>“De forma general en el país el tratamiento se cubre lo que es diagnóstico ya sabemos que por atención inicial de urgencias se puede gestionar, pero en el tema de controles por médico enfermera, exámenes de laboratorio. eso no está contemplado; de todas maneras, hay unos proyectos de cooperación con el Fondo Mundial en 6 ciudades principales en Colombia donde hay equipos de salud pública que están o han sido contratados para generar algún tipo de resolutivez en este sentido. Algunas ONG también especialmente en Cúcuta allí se han desarrollado algunas actividades de articulación con población migrante, desafortunadamente en este momento es complejo garantizar la atención que se requiere, aunque hay unas entidades territoriales que, si lo realizan, pero esto depende en parte de la disponibilidad de recursos financieros”.</i></p> |
| <p><i>Recibir atención posterior al tratamiento</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de información de contactos tanto con la persona afectada como con la familia.</li> <li>• Gran movilidad de la población migrante, gran proporción de las personas con diagnóstico de TB no tienen vocación de permanencia.</li> <li>• No hay notificación de cambios de residencia por parte de la población migrante.</li> </ul> <p><i>“En el estudio de contactos porque si yo tengo un caso en una familia donde viven 20 en un cambuche los 20 deberían hacer un estudio de contacto identificar si son sintomáticos y canalizan, lo que si se ha observado y ha agudizado con la pandemia es que las acciones extramurales de vigilancia de seguimiento a contactos especialmente en estas poblaciones ha sido limitada entonces si también el énfasis que deberíamos hacer es que prioricen esa estrategia de búsqueda especialmente en el contacto de los casos de</i></p>  |

|  |   |
|--|---|
|  | <i>las familias se genere una intervención a la persona a su a la familia. Me parece clave hablar de una respuesta integrada no de TB como un proyecto específico”.</i> |
|--|---|

Con el desarrollo de las encuestas y entrevistas, se pudieron establecer algunos factores que podrían influir en la demora de la atención en salud a la población migrante venezolana, que estén afectados por la TB o por otra dolencia. Como se evidencia en el cuadro a continuación:

Cuadro 7. Factores que influyen en la demora de atención en salud a población migrante con TB

| Ítem | Concepto  | Factores encontrados   |
|------|---|--|
| 1    | Reconocimiento de síntomas relacionados con la enfermedad   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las personas con síntomas respiratorios se enfocan en que padecen COVID 19, por lo que les da temor consultar.</li> </ul>   |
| 2    | Relacionada con tomar la decisión de buscar atención en salud.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento de las rutas de atención.</li> <li>• Temor a no recibir atención.</li> <li>• Las personas en condición irregular solo tienen derecho a la atención por urgencias, por lo que si no cumplen el criterio en el triaje no son atendidos</li> </ul>   |
| 3    | Relacionada con todos aquellos factores y recorridos una vez se tomó la decisión de buscar atención en los servicios de salud.                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demora para el reconocimiento de la enfermedad por parte del personal de salud, debido a que el diagnóstico lo enfocan solo a COVID.</li> <li>• Se debe consultar en varias instituciones para lograr acceso a la realización de los exámenes requeridos.</li> <li>• Manejo sintomático sin realización de exámenes adicionales a COVID por lo que se deben hacer múltiples, hasta que se llega al nivel hospitalario.</li> </ul>   |
| 4    | Tiene que ver con las experiencias de atención en la institución de salud, desde el momento en que la persona asume una posición de paciente o usuario. | <p>En la atención de urgencias y en el nivel hospitalario las atenciones son adecuadas y se cumplen con los lineamientos del programa, realizan todos los exámenes y evaluaciones por especialista sin ninguna dificultad. En el ámbito ambulatorio se presentan dificultades por el desconocimiento del personal de salud sobre la ruta unificada de atención de población migrante. En términos generales la población migrante relaciona ser bien atendida en los servicios de salud, resaltan la falta de conocimiento por parte del personal de salud para darles claridad sobre las rutas y procesos para acceder al sistema de salud.</p> |

## 9. Bibliografía

Banco Mundial. Colombia el panorama general. Consultado en <https://www.bancomundial.org/es/country/colombia/overview>

Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100 de 1993. Obtenido de: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/51140/LEY+100-1993.pdf>

Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1122 de 2007. Ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Congreso de la República de Colombia (2015). Ley estatutaria 1751 de 2015. Obtenido de: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)

Corte Constitucional de Colombia (2009). Sentencia T-546/09. Obtenido de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2009/T-546-09.html>

Corte Constitucional de Colombia (2014). Sentencia T 029. Obtenido de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/T-029-14.html>.

DAFP (Departamento administrativo de la función pública) (2002). Ley 789 de 2002. Obtenido de: [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=6778](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=6778).

DAFP (Departamento Administrativo de la Función pública) (2007). Decreto 4747 de 2007. Obtenido de: [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=2795](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=2795).

DAFP (Departamento administrativo de la Función pública) (2009). Decreto 2055 de 2009. Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, CISAN. Obtenido de: [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=3633](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=3633)

DAFP (Departamento administrativo de la función pública) (2018). Plan de desarrollo en Colombia. 2018-2022. Obtenido de: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Paginas/Plan-Nacional-de-Desarrollo.aspx>

DANE Boletín técnico. Encuesta de Convivencia y Seguridad Ciudadana (ECSC). 2018

DANE. Boletín Técnico. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). Abril 2021. Obtenido en: [https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo#:~:text=Para%20el%20mes%20de%20abril,2020%20\(51%2C8%25\)](https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo#:~:text=Para%20el%20mes%20de%20abril,2020%20(51%2C8%25).).

Diario La República, 2021. Consultado en: <https://www.larepublica.co/economia/mas-de-21-millones-de-personas-viven-en-la-pobreza-y-74-millones-en-pobreza-extrema-3161813>

Diario La República. 2021. Consultado en:

<https://www.larepublica.co/economia/este-es-el-mapa-de-los-estratos-en-las-grandes-ciudades-del-pais-2866032>

DNPS (Departamento Nacional de la Prosperidad Social en Colombia) (2020). Obtenido de: <https://prosperidadsocial.gov.co/>

Eslava-Schmalbach, J (2012). Revista Biomédica. "Inequidad" de la expectativa de vida al nacer por sexo y departamentos de Colombia. Obtenido de: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i3.81>

Fundación Éxito. Índice de desnutrición crónica 2020. Obtenido en: <https://www.fundacionexito.org/sites/default/files/publicaciones/Reporte%20Anual%20I%CC%81ndice%20DNC%202020-1.pdf>.

Gobierno de Colombia (1991). Constitución Política de Colombia. Obtenido de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>

ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) (2020). Obtenido de: <https://www.icbf.gov.co/>

Martínez S (2018). Costos de bolsillo de pacientes con diagnóstico de tuberculosis en Colombia. An Fac med. 2017;78(1):37-40. Obtenido de: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i1.13019>

Ministerio del Ambiente y Desarrollo Sostenible. 2018. Obtenido en: <https://www.minambiente.gov.co/index.php/component/content/article/1801-plantilla-#:~:text=De%20acuerdo%20con%20los%20an%C3%A1lisis,el%20tercer%20factor%20generador%20de>

Ministerio de Comercio, industria y turismo de Colombia. Oficina de estudios económicos, Contexto Macroeconómico de Colombia, fecha de actualización 15/04/2021. Obtenido de: <https://www.mincit.gov.co/getattachment/1c8db89b-efed-46ec-b2a1-56513399bd09/Colombia.aspx>

Ministerio de Justicia (2001). Ley 691 de 2001. Participación de los Grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Obtenido de: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1666556>.

Ministerio de Justicia de Colombia (2003). Ley 860 de 2003. Obtenido de: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1669756>.

Ministerio del trabajo. República de Colombia (2014). Decreto 1477 de 2014. Obtenido de: [https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/36482/decreto\\_1477\\_del\\_5\\_de\\_agosto\\_de\\_2014.pdf/b526be63-28ee-8a0d-9014-8b5d7b299500](https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/36482/decreto_1477_del_5_de_agosto_de_2014.pdf/b526be63-28ee-8a0d-9014-8b5d7b299500).

MSPS (Ministerio de la Protección Social) (2006). Decreto número 1011 de 2006. Obtenido de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf).

MSPS (Ministerio de Salud y la Protección Social) (2020). Comportamiento de la tuberculosis y avances en la implementación del plan estratégico hacia el fin de la tuberculosis en Colombia 2016-2025. Obtenido de: [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia) (2016). Decreto número 780 de 2016. Obtenido de: <https://www.ins.gov.co/Normatividad/Decretos/DECRETO%200780%20DE%202016.pdf>.

MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia) (2016). Resolución 429 de 2016. Obtenido de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf)

MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social) (2000). Resolución 412 de 2000. Obtenido de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200412%20DE%202000.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200412%20DE%202000.pdf)

MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social) (2013). Resolución 1841 de 2013. Obtenido de: [https://www.redjurista.com/Documents/resolucion\\_1841\\_de\\_2013\\_ministerio\\_de\\_salud\\_y\\_proteccion\\_social.aspx](https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_1841_de_2013_ministerio_de_salud_y_proteccion_social.aspx).

MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social) (2019). Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio en Colombia. En: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/PLAN%20DE%20RESPUESTA%20EN%20SALUD%20AL%20FENOMENO%20MIGRATORIO%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/PLAN%20DE%20RESPUESTA%20EN%20SALUD%20AL%20FENOMENO%20MIGRATORIO%20(1).pdf)

MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social) (2019). Resolución 2626 de 2019. Obtenido de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf)

OIM (s/f) Conceptos generales sobre la migración. Ver: <http://www.OIM.org.co/node/13>. Portafolio. 2020. Obtenido de: <https://www.portafolio.co/mis-finanzas/vivienda/mas-de-un-tercio-del-pais-en-deficit-habitacional-540036>.

Ramírez, A., Rocha, D., Durango, L., Rodríguez, S. (2016). Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Rev. CES Derecho, 7(2), 13-41.

Universidad de Barcelona. Fundación Solidaridad, 2017. Obtenido de: <http://www.solidaritat.ub.edu/observatori/esp/colombia/datos/sistema1.htm#anchor225592>





## 10. Anexos

## Anexo 1. Relación de entrevistados/ encuestados

| Sector                    | Sector o Tipo de Organización                     | Si es sector público consignar nombre completo de las unidades hasta llegar al mayor nivel de sector   | Nombre de la Organización  | Siglas         | Organización territorial (tercer nivel) | Socio de ACNUR (Si o No) |
|---------------------------|---|--|--|----------------|---|--------------------------|
| Público                   | Sector salud                                      | Subdirección de Enfermedades Transmisibles. Grupo Enfermedades Emergentes, Reemergentes y Desatendidas | Ministerio de Salud y Protección Social  | MSPS           | Nacional                                | NO                       |
| Cooperación internacional | Naciones unidas / Otras (Cooperación Belga, etc.) | Área Prevención y Control de Enfermedades CDE  | Organización Panamericana de la Salud  | OPS            |   | NO                       |
| Sociedad civil            | Sector social                                     | Observa TB   | Observatorio Social en Tuberculosis Colombia   |                |   | NO                       |
| Cooperación internacional | Sector Social                                     | Programa de Migración y Salud  | Organización Internacional para las Migraciones  | OIM            | Departamental/Antioquia                 | NO                       |
| Público                   | Sector Salud                                      | Alcaldía de Medellín   | Secretaria de Salud de Medellín  |                | Municipal, Medellín                     | NO                       |
| Público                   | Prestador de Salud/ Público                       | Empresa Social del Estado Metrosalud/Alcaldía de Medellín  | Empresa Social del Estado Metrosalud/Sede Guayabal, Sacatín, San Javier  |                | Municipal, Medellín                     | NO                       |
| Público                   | Sector Salud                                      | Gobernación de Antioquia   | Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia/Dimensión Vida Saludable y enfermedades transmisibles |                | Departamental/Antioquia                 | NO                       |
| Público                   | Prestador de Salud/ Público                       | Centro de Salud Playa Rica/Empresa Social Bellosalud/Alcaldía de Bello                                 | Centro de Salud Playa Rica, Zamora/ Empresa Social del Estado Bellosalud   | ESE BELLOSALUD | Municipal/Bello                         | NO                       |
| Público                   | Sector Salud                                      | Alcaldía de Bello  | Secretaría de Salud de Bello   |                | Municipal/Bello                         | NO                       |
| Público                   | Sector Salud                                      | Alcaldía de Itagüí   | Secretaria de Salud y Protección Social Itagüí   |                | Municipal/ Itagüí                       | NO                       |

| Sector         | Sector o Tipo de Organización                                       | Si es sector público consignar nombre completo de las unidades hasta llegar al mayor nivel de sector        | Nombre de la Organización   | Siglas  | Organización territorial (tercer nivel) | Socio de ACNUR (Si o No) |
|----------------|---|---|---|---------|---|--------------------------|
| Público        | Sector Salud  | Gobernación de Norte de Santander   | Instituto Departamental de Salud/Dimensión Vida Saludable y enfermedades transmisibles                      | IDS     | Departamental/Norte de Santander        | No                       |
| Público        | Sector Salud  | Alcaldía de Cúcuta  | Secretaria de Salud de Cúcuta/ Subsecretaria de Aseguramiento   |         | Municipal, Cúcuta                       | NO                       |
| Público        | Prestador de Salud/ Público   | Puesto de Salud de la Parada/Empresa Social del Estado Hospital Jorge Cristo Sahium/Alcaldía de Cúcuta      | CS Nino Cecilia, Empresa Social del Estado Hospital Jorge Cristo Sahium                                     |         | Municipal, Cúcuta                       | NO                       |
| Público        | Prestador de Salud/ Público   | Puesto de Salud Villa del Rosario Empresa Social del Estado Hospital Jorge Cristo Sahium/Alcaldía de Cúcuta | Puesto de Salud Villa del Rosario Empresa Social del Estado Hospital Jorge Cristo Sahium/Alcaldía de Cúcuta |         | Municipal, Villa del Rosario            | NO                       |
| Público        | Prestador de Salud/ Público   | Empresa Social del Estado IMSALUD/Alcaldía de Cúcuta  | Empresa Social del Estado IMSALUD   |         | Municipal, Cúcuta                       | NO                       |
| Público        | Prestador de Salud/ Público   | /Empresa Social del Estado Erasmo Meoz/Alcaldía de Cúcuta   | Hospital Erasmo Meoz  |         | Municipal, Cúcuta                       | NO                       |
| Público        | Migraciones o similar / Defensoría / Procuraduría /otros (detallar) | Personería de Medellín/ Ministerio Público  | Personería de Medellín/Ministerio Público   |         | Municipal, Medellín                     | NO                       |
| Sociedad civil | OBC (Organización de base comunitaria)                              |   | Generación PJ   |         |   | NO                       |
| Sociedad civil | OBC (Organización de base comunitaria)                              |   | Corporación Colonia Venezolana en Colombia  | COLVENZ |   | NO                       |
| Sociedad civil | OBC (Organización de base comunitaria)                              |   | Alianza de Comunicadores Venezolanos en Antioquia   | ACVA    |   | NO                       |
| Sociedad civil | OBC (Organización de base comunitaria)                              |   | Corporación Voluntariado Venezolano   |         |   | NO                       |

| Sector                    | Sector o Tipo de Organización                     | Si es sector público consignar nombre completo de las unidades hasta llegar al mayor nivel de sector  | Nombre de la Organización   | Siglas               | Organización territorial (tercer nivel) | Socio de ACNUR (Si o No) |
|---------------------------|---|---|---|----------------------|---|--------------------------|
| Cooperación internacional | Naciones unidas / Otras (Cooperación Belga, etc.) |   | Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados/GIFMM | ACNUR/GIFMM          | Departamental/Antioquia                 | SI                       |
| Cooperación internacional | Sector Social                                     | Programa de Estabilización y Emergencias  | Organización Internacional para las Migraciones/ GIFMM ANTIOQUIA  | GIFMM ANTIOQUIA      | Departamental/Antioquia                 | SI                       |
| Sociedad civil            | OBF (Organización basad en la fe)                 |   | Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales         | ADRA GIFMM ANTIOQUIA | Departamental/Antioquia                 | SI                       |
| Privado                   | Prestador de salud/ Privado                       | Institución Prestadora de Servicios de Salud COOPSANA/ Empresa Administradora de Planes de Beneficios SURA  | COOPSANA, Sede Programa de Tuberculosis y Lepra                   |                      | Departamental/Antioquia                 | NO                       |
| Sociedad civil            | OBC (Organización de base comunitaria)            |   | Fundación ANCLA   |                      | Departamental/Antioquia                 | NO                       |
| Sociedad civil            | OBC (Organización de base comunitaria)            |   | Corporación Pazaporte   |                      | Distrito de Barranquilla                | NO                       |
| Sociedad civil            | OBC (Organización de base comunitaria)            |   | Casa de amigos con Alcance Mundial                                |                      | Distrito de Cartagena                   | NO                       |
| Privado                   | Prestador de salud/ Privado                       |   | Hospital Universitario San Vicente Fundación                      |                      | Departamental/Antioquia                 | NO                       |
| Público                   | Sector Salud                                      | Programa Distrital de Control de Tuberculosis y Eliminación de Hansen, Subdirección de Determinantes en Salud. Secretaría Distrital de Salud Bogotá | Secretaría Distrital de Salud                                     |                      | Distrito de Bogotá                      | NO                       |

## Anexo 2. Análisis de entrevista y grupos focales (agrupado por sectores)

### Análisis de entrevistas de los tomadores de decisiones

Colombia se ha alineado con todos los instrumentos del derecho internacional, con lo cual se generan obligaciones en relación a la protección de la población migrante.

Entre estas políticas que han servido al país como carta de navegación se resaltan las siguientes:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos,
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),
- Convención Internacional Sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familiares,
- el Reglamento Sanitario Internacional.

Esto llevó a que en el año 2013 se formulara el Plan Fronteras para la Prosperidad, cuyo Objetivo fue “Impulsar el desarrollo social y económico de las regiones de frontera y su integración con los países vecinos y en 2018 se genera el documento del plan de respuesta al fenómeno migratorio.

En un alto porcentaje de la población encuestada de los diferentes sectores se evidencia que el 53% está de acuerdo que existe compromiso de las autoridades en apoyar la población migrante. De acuerdo con lo relacionado con los niveles y sector, se evidencia que existe apoyo en el sector salud, sobre todo en la población regular, quienes acceden a los servicios a través del aseguramiento al régimen subsidiado.

De acuerdo a la percepción de los entrevistados donde hay grandes avances es en el sector de educación, allí se han logrado derribar algunas barreras y los niños en edad escolar independiente de su situación migratoria logran acceder a la educación. También se brindan apoyos en albergues temporales, así como implementación y acompañamientos en la activación de rutas para la formalización en el empleo para la población migrante venezolana.

El nuevo estatuto temporal de protección para la población migrante venezolana que pretende regularizar a toda la población migrante que está en el territorio nacional es una apuesta histórica en la garantía de los derechos no solo en temas de salud si no en todos los temas de integración socioeconómica y cultural.

Uno de los grandes desafíos de las políticas públicas es lograr la atención integral. Como se ha mencionado, el no reconocimiento de las poblaciones migrantes en el sistema de salud nacional genera una brecha en el acceso a los servicios, especialmente para eventos de interés en salud pública. Existen retos de diferentes índoles: retos que van desde el mismo proceso migratorio por las dinámicas migratorias en el país, el cual no solo se comporta como un país receptor sino también un país de tránsito de población que busca llegar a otras latitudes en el continente sur; otra condición es que también se cuenta con población migrante que se mueve constantemente entre ciudades y regiones del país. Todas estas dinámicas hacen compleja la estandarización de procesos para que las personas puedan

acceder de una manera regular a servicios de salud, por lo que las políticas deberían enfocarse a la población con vocación de permanencia.

## **Entrevista al personal de la Autoridad Nacional de Salud y el Programa Nacional de TB**

La posición del Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT) está soportada en la resolución 227 de 2020, la cual es de alcance nacional y de obligatorio cumplimiento en todo el territorio.

El artículo tercero expresa las responsabilidades de los prestadores de los servicios de salud a la población migrante, así como la articulación con otros sectores y con las Organizaciones de Base Comunitaria para posibilitar la atención inicial de urgencias de las personas que no están regularizadas y la administración del tratamiento supervisado en todos los casos diagnosticados.

Si se cumpliera cabalmente la resolución no debería de existir ninguna barrera en lo que se relaciona con el tratamiento de TB; sin embargo, existen grandes brechas en lo que corresponde a los responsables del pago de la prestación de servicios a personas en condición irregular. El Programa de Control de Tuberculosis, está logrando importantes acercamientos y trabajo articulado con la sociedad civil, a través del Observatorio Social en Tuberculosis, allí existe una mesa de trabajo específica en el componente de TB y migración, en la cual se deben generar estrategias de incidencia política para lograr el abordaje integral en salud de los grupos más vulnerables.

El nivel nacional gira recursos de transferencias de destinación específica para los niveles departamentales, con lineamientos dirigidos a la asistencia técnica y al abordaje de poblaciones priorizadas (puede incluir a la población migrante); de acuerdo al perfil epidemiológico de los territorios podrían destinar recursos para el abordaje diferencial de TB en población migrante. En la entrevista realizada al Coordinador Nacional se resalta la preocupación por la atención no integral de la población migrante irregular.

## **Entrevista a los trabajadores de la salud**

La población migrante venezolana está llegando con grandes necesidades en todos los aspectos. Las condiciones precarias a nivel socioeconómico, al no contar con ingresos permanentes y tener que dedicarse a trabajos informales, así como la inseguridad alimentaria son algunos de los grandes problemas que se identifican en esta población. A esto se suma, que las personas migrantes llegan a vivir en inquilinatos con graves problemas de salubridad y hacinamiento. En la fase migratoria actual está llegando población con condiciones mayores de pobreza de acuerdo con lo que relatan los diferentes actores.

La población migrante venezolana con estatus migratorio regular, pueden acceder a los servicios de salud, a través de la afiliación a una EAPB del régimen subsidiado o contributivo de acuerdo con su estatus laboral y capacidad de pago. Con esta vinculación al SGSSS, estas personas pueden acceder a todos los servicios incluidos en los planes de beneficios, incluyendo la atención gratuita en los programas de promoción y prevención, dentro de los que se encuentra el programa de tuberculosis, por lo tanto, todas las atenciones, paraclínicos se reciben sin el pago de cuotas moderadoras o copagos.

En la población irregular el proceso de atención se dificulta debido a que no tienen derecho al aseguramiento en salud; en lo que respecta a tuberculosis, tienen derecho a la entrega sin barreras del tratamiento antituberculosis. Sin embargo, en muchas ocasiones no se logra adecuado diagnóstico y en la mayoría de los casos, no se puede realizar un seguimiento del paciente en particular. Para garantizar el acceso a algunos servicios del primer nivel de atención, algunas entidades territoriales municipales y las IPS han generado procesos internos para la priorización de la atención con recursos de salud pública, sin embargo, no es una ruta estandarizada en todos los territorios, ni en todas las instituciones.

Adicionalmente, no se garantiza el algoritmo diagnóstico completo, ni la atención por especialistas o servicios de mediana y alta complejidad en caso de ser requeridas. En estos casos las personas deben pagar de manera particular todos los servicios recibidos sino existe una estrategia de apoyo en el territorio.

Se identifica que la gran proporción de personas afectadas se diagnostican en el nivel hospitalario, la gran mayoría son personas con TB pulmonar, altas cargas bacilares y en condiciones avanzadas de la enfermedad.

En algunas entidades territoriales se identifican avances en la articulación con los programas ofertados por la cooperación internacional y con la sociedad civil. Sin embargo, dentro de las entrevistas no se identificó una articulación del Programa Nacional con los tomadores de decisiones en el componente de Migración.

## **Entrevistas a líderes migrantes y población migrante general**

Las personas migrantes entrevistadas consideran que el país realiza grandes esfuerzos para avanzar en su atención integral, informan que no sienten situaciones de rechazo o estigma, informan que hay ciudades donde se sienten más acogidos. Una gran proporción afirman que los que tienen permiso de permanencia y pueden trabajar legalmente, reciben el mismo valor del salario mínimo que la población colombiana.

Describen que las rutas para acceder a los servicios de salud no se difunden de manera masiva por lo que existe gran desconocimiento en este tema, tanto en usuarios como en prestadores.

De acuerdo con la percepción de los líderes, está llegando población en condiciones socioeconómicas de mayor vulnerabilidad, están ingresando de manera irregular por las trochas, personas severamente enfermas, en condición de calle, sin ninguna red de apoyo en Colombia, por lo que llegan en muy malas condiciones.

Los líderes mencionan que reciben ayudas de paquetes y bonos para vivienda, asesoramiento legal, sin embargo, por la alta movilidad de las personas migrantes no todos acceden a los servicios y ayudas ofertadas en los territorios.

La percepción de la población migrante con respecto a los servicios de salud es coherente con los demás actores entrevistados, donde se resalta la falta de información clara y precisa sobre de rutas de acceso a salud para la población migrante regular. Resaltan la poca información que tiene el personal de salud, lo que genera más demoras en la atención.



Con respecto a la población irregular resaltan la falta de acceso a la atención en salud y el derecho a solo la atención de urgencias lo que pone en riesgo a las personas que sufren patologías de diferentes índoles tales como enfermedades crónicas, transmisibles, salud mental, que al no ser enfermedades que ameriten urgencias se quedan sin el abordaje adecuado.

En conclusión, la gran brecha que se identifica es la falta de una política pública en salud que genere herramientas para garantizar la atención en salud básica de la población migrante venezolana. Aunque los MV regulares tienen la opción de afiliarse al SGSSS, la mayoría no lo hace por desconocimiento, perdiendo así la oportunidad de recibir una atención integral en salud. Otra situación es con los MV irregulares, quienes deben pagar de su propio bolsillo o encontrar en la cooperación internacional o nacional, opciones de atención, que en la mayoría de los casos es limitada, debido al origen de los recursos o de los donantes de los mismos. Y en términos del programa de Tuberculosis, es necesario garantizar la atención desde el proceso de búsqueda, detección, tratamiento y seguimiento, de manera integral, sin importar el estatus migratorio de la persona enferma.

La creación de una ruta de atención en salud para población migrante venezolana podrá disminuir el riesgo y la perpetuación de la transmisión de enfermedades infectocontagiosas al no ser tratadas de manera oportuna y adecuada.

## **Sistema y servicios de salud**

### **Notificación y gestión de enfermedades transmisibles**

El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, fue creado para realizar la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población Colombiana, con el fin de: \*orientar las políticas y la planificación en salud pública \*tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud \*optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones \*racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva, dentro de las variables incluidas en este sistema de información se cuenta con la de identificación de población migrante, lo que permite contar con una caracterización sociodemográfica de las personas que son atendidos en un nivel institucional y tienen el diagnóstico de un evento de interés en salud pública. Una vez el caso es notificado, cada Secretaria de Salud tiene la responsabilidad de realizar las visitas epidemiológicas de campo, teniendo en cuenta el proceso que debe llevarse a cabo y que se encuentra descrito en cada uno de los protocolos, en este documento también se describen las responsabilidades que deben cumplir cada uno de los actores del sistema de salud.

En lo que respecta a tuberculosis además de la notificación obligatoria, que permite la identificación de los casos, se cuenta con un seguimiento nominal durante el tratamiento y hasta la finalización de éste, en los formatos establecidos por el Programa Control de Tuberculosis Nacional (PNCT).

Cuando un caso es notificado se realiza la visita epidemiológica de campo para identificar los contactos y lograr la identificación de sintomáticos respiratorios, en la población migrante este proceso no se garantiza de manera integral pues no se logra estudiar ni dar profilaxis a los contactos en riesgo pues tendrían acceder de manera oficial al sistema de salud.

Las personas que ingresan al país en Condición Irregular, de acuerdo con la normatividad vigente, solo tienen acceso al sistema de salud en la atención por urgencias, por no contar con un registro oficial en el país, no son ingresados al sistema de seguridad social en salud de manera sistemática, por lo tanto, tampoco acceden a programas de promoción y prevención.

### **Registros médicos y acciones de promoción de la salud en población migrante**

Teniendo en cuenta la información recolectada durante las entrevistas se identifica que, en los diferentes territorios del país, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) ofrece programas de salud dirigidos a la población migrante en los cuales se priorizan la atención de mujeres gestantes y niños. Otras Organizaciones tales como ADRA, AID For Aids también identificadas dentro de las entrevistas brindan atención en salud, lo correspondiente al primer nivel de atención, y a personas viviendo con VIH. De acuerdo con lo descrito por los diferentes actores cuando requieren apoyo con personas migrantes venezolanas sin PEP, realizan actividades por "favor", no se cuenta con rutas de atención esta ni articuladas.

**¿Existe un protocolo para el tamizaje obligatorio de Migrantes? (VIH, tuberculosis). Si es así, ¿Cuál es el método de detección para cada condición de salud?**

No existe un protocolo para el tamizaje de tuberculosis y/o VIH; obligatorio para migrantes; las personas entrevistadas en algunas de las entidades territoriales, informan que al captar el sintomático respiratorio no lograrían realizar baciloscopias pues esto le corresponde a la parte de prestación y las personas tendrían que estar afiliados al sistema de salud, otras entidades territoriales como Medellín, Itagüí y algunas instituciones de Cúcuta informan que las realizan desde el componente de Salud pública. Sin embargo, solo se realiza la baciloscopia y no se cumple el algoritmo diagnóstico; a los sintomáticos respiratorios no les realizan pruebas moleculares ni cultivo ni pruebas de sensibilidad. Dentro de las acciones adelantadas por OIM en las jornadas de salud en los territorios priorizados no se tiene priorizado la captación de sintomáticos respiratorios, no se realiza búsqueda activa; para las personas migrantes irregulares para ser estudiado sería solo por la atención por urgencias.

**¿Cómo están afectando las restricciones de movilidad a causa del COVID, 19 la atención de salud a migrantes?**

Las restricciones de movilidad han dificultado las atenciones en servicios de salud de primer nivel de atención; las acciones de Promoción y Prevención se dejaron de prestar en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud. Adicionalmente, un número importante de las personas entrevistadas informa la gran dificultad que existe para lograr la continuidad en la comunicación con las personas migrantes, debido a su situación pendular

entre unos territorios y otros, la falta de información sobre números de contacto, el director de Colvenz informa en la entrevista *“que para los mismos venezolanos es difícil comunicarse con los compatriotas pues cambian de lugar de vivienda, lugares de teléfono, que iban a entregar más de 2.000 ayudas alimentarias y en el 30% no lograron contactarlos”*. Así mismo informaron esta misma situación en las Secretarías de Salud quienes son los responsables de las Visitas Epidemiológicas de Campo, cuando van a realizarles no logran contactar a la persona afectada y a sus familias.

### Personal Sanitario

**¿Está capacitado el personal sanitario que atiende a migrantes (por su ubicación geográfica) en mediación, diversidad cultural, salud mental y enfermedades prevalentes de los países de origen y de tránsito?**

De acuerdo, a lo relacionado por líderes de población migrante y por personas migrantes *“el personal de salud no conoce las normas, las rutas de atención y no se cuenta con la socialización de las organizaciones que pueden apoyar a las personas migrantes, por lo tanto siente que son desinformados y sufren de discriminación”*, en la ciudad de Medellín la epidemióloga de la Empresa Social del Estado Metrosalud con más de 50 puntos de atención no se cuenta con un proceso de socialización, ni una ruta estandarizada para la atención migrante, por lo tanto unos lo prestan y otros no.

**¿Existen bases de datos mantenidas regularmente o una lista de emergencias de personal sanitario capacitado en gestión de emergencias y competencia cultural?**

En algunas entidades territoriales tales como la ciudad de Medellín, cuentan con una línea de emergencia que se llama 123 social, donde las personas migrantes se pueden comunicar y le realizan el soporte psicosocial que requieran, de acuerdo a lo relacionado por la profesional especializada de la Secretaría de Bienestar Social de la Secretaría de Salud de Medellín.

**¿Existen procedimientos para integrar a voluntarios, organizaciones y otras entidades en el mecanismo de respuesta para grandes afluencias de migrantes?**

Procedimientos estandarizados no se lograron identificar, sin embargo, si existen organizaciones de base comunitaria que se han ido conformando, lideradas por personas migrantes ante la necesidad del apoyo y soporte y social especialmente para la población migrante venezolana.

### Insumos Materiales y Medicamentos

**¿Existen sistemas para la rápida adquisición y distribución de insumos de laboratorio? ¿Y para medicamentos?**

Los medicamentos antituberculosis de primera y segunda línea se entregan de manera centralizada desde el Ministerio de Salud a cada entidad territorial, la entrega del

medicamento no se evidencia como una barrera en ninguna de las entrevistas realizadas, sin embargo, sólo se garantiza el suministro del tratamiento sin garantizar el seguimiento clínico, bacteriológico, radiológico, por lo tanto, no se logra identificar la evolución del tratamiento y la condición de egreso.

### **¿En el último año ha existido desabastecimiento de medicamentos para la TB?**

En el país no se ha presentado desabastecimiento de medicamentos en el país. Se aseguran esquemas de tratamiento para casos de TB sensible y farmacorresistente a todos los casos independiente si están o no afiliados al sistema de seguridad social en salud.

### **¿Se han desarrollado algoritmos terapéuticos para enfermedades sindrómicas específicas o enfermedades que pueden sufrir migrantes que llegan en grandes grupos?**

No se cuentan con algoritmos diagnósticos para enfermedades sindrómicas.

Algunas agencias internacionales. Se realizan por algunas agencias de cooperación internacional, como OIM, tamizajes de SR para identificar posibles personas con TB y en época de pandemia con COVID.

### **¿Está disponible el tratamiento para los migrantes que han sido examinados?**

El tratamiento para tuberculosis está disponible para las personas migrantes y no migrantes, se entrega de manera centralizada desde el Ministerio de Salud, a las entidades departamentales desde donde se garantiza su entrega a la red de prestadores a través de las secretarías de salud municipales.

Los demás medicamentos que requiera el paciente deben ser gestionados a través de las EAPB del régimen subsidiado o contributivo, si cuenta con Permiso especial de permanencia y pueda acceder al sistema de salud. Las personas en condición irregular solo acceden a los tratamientos suministrados durante la atención de urgencias, por lo tanto, todo lo que requieran para el manejo de otras patologías lo deben gestionar de manera particular y con gastos de bolsillo.

### **Financiamiento para emergencias**

### **¿Se han designado fondos para la respuesta ante emergencias del sector de la salud?**

De acuerdo a la información suministrada por los actores claves en las entrevistas, inicialmente desde el Ministerio de Salud y Protección Social se asignaron unos recursos para atender a la población migrante irregular como personas pobres no aseguradoras y todos los procesos y procedimientos eran facturados desde las Instituciones prestadores de Servicios al nivel municipal y lo de alta complejidad al nivel departamental, sin embargo el recurso se agotó y no volvieron a destinar recursos para tal fin.

Las Organizaciones de Cooperación tales como OIM están realizando contratación con Instituciones prestadoras de servicios de salud para garantizar servicios de primer nivel grupos priorizados tales como gestantes, niños

### **¿Existen mecanismos para rápida movilización de fondos para emergencia?**

No se cuenta con recursos de movilidad rápida.

**¿Existe un plan de contingencia en caso de una gran afluencia de migrantes? ¿Qué servicios se prestan a los migrantes? ¿se dispone de fondos para una respuesta multisectorial tanto a nivel nacional como subnacional.**

Tal como se ha descrito previamente, no se cuenta con un plan de contingencia, se prestan servicios de urgencias para la población en condición irregular y las personas con PEP acceden al sistema y reciben todos los servicios incluidos en los planes básicos de atención.

Los fondos destinados básicamente provienen de los organismos de cooperación, lo que ha generado cierta inconformidad en las organizaciones de base comunitaria entrevistadas, pues afirman que no se está dejando capacidad instalada en el país en caso de que le corresponda liderar acciones en población migrante.

### **Coordinación interinstitucional**

¿El Programa Nacional de TB realiza programas específicos para migrantes? ¿Coordina con las organizaciones que prestan atención a migrantes? ¿Se comparten datos de salud de organizaciones no gubernamentales con el Ministerio de Salud?

En la resolución 227 de 2020, lineamiento técnico nacional de obligatorio cumplimiento cuenta con un aparte, el capítulo 8.5 correspondiente a la atención de población migrante afectada por tuberculosis.

Para el programa de Tuberculosis nacional por el contexto de vulnerabilidad social y económica representan una prioridad en su intervención, para lo cual los agentes del sistema de salud deberán propender por su adecuada atención y orientación.

Dentro de las responsabilidades descritas que deben ser cumplidas por los diferentes actores se resalta: Se debe contar con caracterización e identificación de la población migrante extranjera en el marco de las actividades individuales y colectivas a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios y Entidades Territoriales.

La población migrante regular debe ser afiliada al Sistema para el acceso a todas las tecnologías diagnósticas y de seguimiento existentes en el plan de beneficios.

La población migrante regular en tránsito deberá recibir atención en los servicios de urgencias con recursos de la entidad territorial y complementados con los recursos que se definan desde el nivel nacional y local.

Identificación de sintomáticos respiratorios en albergues de refugiados o migrantes, y la canalización a los servicios de la atención en salud.

Gestionar la articulación con las ONF u otras entidades para favorecer el diagnóstico y el control de la enfermedad en la población migrante.

Conformar equipos de abordaje integral y atención resolutive a población migrante con tuberculosis. Es esencial que se incorpore el componente de abordaje psicosocial con enfoque diferencial por curso de vida.

Reorganizar la red de prestación de servicios a partir del análisis de necesidades, incorporando modalidades de telesalud y teleasistencia.

A pesar de todo el abordaje integral que se dicta en el lineamiento, de acuerdo a las entrevistas realizadas, se está realizando atención fraccionada en las personas afectadas por tuberculosis y se agrava más aun el panorama en las personas en condición de irregularidad pues solo se les brinda de manera sistemática la atención de urgencias, el abordaje de cada persona afectada en condición de migración dependerá de la institución y el territorio donde se encuentre, pues no existe una ruta nacional que se está cumpliendo en la atención de las personas migrantes afectadas por tuberculosis.

**¿Existe un sistema de información sanitaria para los migrantes que permitiría compartir información con otras partes del sistema de salud tanto dentro del país como a través de las fronteras?**

Existe un sistema de notificación obligatoria para todos los eventos de salud pública priorizados por el Instituto Nacional de Salud, sin embargo, no se cuenta con información nominal de las atenciones de población migrante, incluso de acuerdo a lo suministrado en las entrevistas no se cuenta con un censo actualizado y con caracterización de la población migrante que se encuentra en el territorio nacional.

**¿Qué servicios brindan OIM, el ACNUR, la Cruz Roja u otra organización en el país? ¿Cómo coordinan OIM, ACNUR, Cruz Roja u otra organización), con las autoridades gubernamentales y ministerios de protección social?**

Los servicios que brindan son desde el componente de Bienestar Social, con apoyo alimentario, albergues temporales y atenciones en salud en grupos priorizados.

En el país las acciones se articulan a través del Grupo Inter agencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM):

Fue creado a finales del 2016. Tiene como objetivo principal coordinar la respuesta a las necesidades de refugiados, migrantes, retornados y poblaciones de acogida, de forma complementaria con el Gobierno. Funciona como un espacio de coordinación para la respuesta a la situación de refugiados y migrantes en Colombia. Es liderado conjuntamente por OIM y ACNUR y cuenta con un grupo nacional y representaciones en diferentes territorios del país, tiene 47 miembros, incluyendo 14 agencias de Naciones Unidas, 29 ONG internacionales y cuatro miembros del Movimiento de la Cruz Roja.

Las siguientes organizaciones hacen parte del Grupo Inter agencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM), los cuales son actores claves para ser entrevistados por lo que se seleccionarán otras instituciones además de la ACNUR y OIM:

- Acción Contra el Hambre (ACH),
- ACNUR (co-lead),
- Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos
- Asistenciales (ADRA),
- Aldeas Infantiles,
- Americare,
- Ayuda en Acción,
- BLUMONT,
- Caritas Germany,
- Caritas Suiza,
- Consejo Danés para Refugiados (DRC),
- Consejo Noruego para Refugiados (NRC),
- Cruz Roja Colombiana,
- Cruz Roja Noruega,
- Diakonie,
- Food and Agriculture Organisation (FAO),
- Fundación Panamericana para el Desarrollo (FUPAD),
- Halu,
- Humanity & Inclusion,
- ICRC,
- IFRC,
- ILO,
- iMMAP,
- International Rescue Committee (IRC),
- Mercy Corps,
- OCHA,
- OIM (Co-lead),
- OHCHR,
- ORC,
- OXFAM,
- PAHO/OPS, Plan International,
- Pastoral Social,
- RET International,
- Save the Children,
- Servicio Jesuita a Refugiados (SJR) Latin America and Caribbean,
- Servicio Jesuita a Refugiados (SJR) Colombia,
- Terre des
- Hommes Lausanne (TdH),
- TECHO,
- UNFPA,
- UN Women,
- UNICEF,
- UN Habitat,
- UNDP,
- War Child,

- World Vision.

**¿Se conocen y están disponibles los perfiles y estadísticas de salud de los países en los países de origen de los migrantes y están a disposición de los administradores de emergencias y del personal sanitario pertinente? ¿Se conocen los perfiles de salud y las estadísticas de los países de tránsito**

No se cuenta con dicha información, inclusive dentro de las entrevistas se evidencia que no existe articulación y proceso de referencia y contrarreferencia de personas afectadas por tuberculosis, en los pasos de frontera los pacientes en condición pendular viajan de un país a otro sin control y no adherentes al tratamiento antituberculosis, en el Departamento de Norte de Santander para el año 2019 se reportó una pérdida del seguimiento del 50%.



## Anexo 3. Análisis de encuesta para medir las expectativas de población migrante

### Interpretación de la encuesta

La encuesta para medir expectativas de los migrantes fue aplicada a 57 personas distribuida entre personas migrantes y no migrantes. A continuación, se relacionan los sectores a los cuales pertenecen las personas entrevistadas:

| Sector       | Número    | Porcentaje  |
|--------------|-----------|-------------|
| Cooperación  | 2         | 3,5         |
| Migrante     | 23        | 40,3        |
| Privado      | 1         | 1,7         |
| Público      | 20        | 35,2        |
| ONG          | 11        | 19,3        |
| <b>TOTAL</b> | <b>57</b> | <b>100%</b> |

El Alfa de Cronbach es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida.

#### Estadísticas de fiabilidad en población migrante

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados | N de elementos |
|------------------|---|----------------|
| 0,807            | 0,805   | 10             |

En este caso, con los resultados observados en la anterior tabla, se puede inferir que existe buena consistencia interna en la base de datos de población migrante, teniendo en cuenta que los valores del Alfa de Cronbach se encuentran entre el rango indicado (0,70-0,90).

#### Estadísticas de fiabilidad en población no migrante

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados | N de elementos |
|------------------|---|----------------|
| 0,807            | 0,805   | 10             |

Existe buena consistencia interna en la base de datos de población no migrante, teniendo en cuenta que los valores del Alfa de Cronbach se encuentran entre el rango indicado (0,70-0,90).

Para el análisis de los datos se tuvo en cuenta la nota técnica dos, en la cual se describen los ejes evaluados en cada pregunta:

| Ejes           | N° pregunta | Preguntas                           |                  | Ejes           |
|----------------|-------------|-------------------------------------|------------------|----------------|
| Sostenibilidad | 1           | Compromiso                          |                  | Sostenibilidad |
|                | 2           | Financiamiento                      |                  |                |
|                | 6           | Apoyo otras instituciones           |                  |                |
|                | 10          | Apoyo social estatal                |                  |                |
| Eficiencia     | 3           | Aceptación de la población nacional | Derechos humanos | Pertinencia    |
|                | 8           |                                     | Vivienda         |                |
|                | 9           |                                     | Trabajo          |                |
| Equidad        | 4           | Acceso a la salud                   |                  |                |
|                | 5           | Acceso a tratamiento                |                  |                |
|                | 7           | Adecuación a necesidades            |                  |                |

## EJE SOSTENIBILIDAD

### Pregunta 1. Compromiso

| Percepción de personas migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|----------------------------------|------------|-------------|
| Muy en desacuerdo                | 2          | 8,7         |
| En desacuerdo                    | 5          | 21,7        |
| <u>De acuerdo</u>                | <u>11</u>  | <u>47,8</u> |
| Muy de acuerdo                   | 5          | 21,7        |
| Total                            | 23         | 100,0       |

| Percepción de personas no migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|-------------------------------------|------------|-------------|
| Muy en desacuerdo                   | 1          | 2,9         |
| En desacuerdo                       | 7          | 20,6        |
| <u>De acuerdo</u>                   | <u>20</u>  | <u>58,8</u> |
| Muy de acuerdo                      | 6          | 17,6        |
| Total                               | 34         | 100,0       |

En ambos grupos encuestados, se evidencia que están de acuerdo con respecto a que hay compromiso de las autoridades en apoyar a los migrantes venezolanos, con una proporción de 47.8% y 58.8% respectivamente. Lo identificado en la percepción de los diferentes actores se correlaciona con lo identificado en las entrevistas, donde se evidencia que existe compromiso para la atención integral de las personas migrantes y dentro de lo que relatan el nuevo estatuto de protección temporal, que se encuentra en implementación y se tienen grandes expectativas que logren cerrarse brechas en algunos temas, entre ellos la atención en salud.

### Pregunta 2. Financiamiento

| Percepción de personas migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|----------------------------------|------------|-------------|
| En desacuerdo                    | 5          | 21,7        |
| <u>De acuerdo</u>                | <u>15</u>  | <u>65,2</u> |
| Muy de acuerdo                   | 3          | 13,0        |
| Total                            | 23         | 100,0       |

| Percepción de personas no migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|-------------------------------------|------------|-------------|
| Muy en desacuerdo                   | 1          | 2,9         |
| En desacuerdo                       | 6          | 17,6        |
| <u>De acuerdo</u>                   | <u>24</u>  | <u>70,6</u> |
| Muy de acuerdo                      | 3          | 8,8         |
| Total                               | 34         | 100,0       |

La población migrante percibe en un 65,2% de los encuestados, que el gobierno ha destinado presupuesto, para atender las necesidades de los migrantes; es el mismo caso en los encuestados "no migrantes" quienes tienen esta percepción en un 70,6%. Las personas entrevistadas resaltan el compromiso del gobierno y sobre todo de las agencias de cooperación y su trabajo articulado para lograr el financiamiento de las acciones que se deben realizar con la población migrante

### Pregunta 6. Apoyo otras instituciones

| Percepción de personas migrantes | Frecuencia | Porcentaje  | Percepción de personas no migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|----------------------------------|------------|-------------|-------------------------------------|------------|-------------|
| Muy en desacuerdo                | 3          | 13,0        | En desacuerdo                       | 17         | 50,0        |
| En desacuerdo                    | 6          | 26,1        | <u>De acuerdo</u>                   | <u>14</u>  | <u>41,2</u> |
| <u>De acuerdo</u>                | <u>14</u>  | <u>60,9</u> | <u>Muy de acuerdo</u>               | <u>3</u>   | <u>8,8</u>  |
| Total                            | 23         | 100,0       | Total                               | 34         | 100,0       |

Tanto la población migrante como la no migrante perciben que hay apoyo de instituciones privadas y religiosas principalmente en un 60,9% y 50% respectivamente.

### Pregunta 10. Apoyo social estatal

| Percepción de personas migrantes | Frecuencia | Porcentaje  | Percepción de personas no migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|----------------------------------|------------|-------------|-------------------------------------|------------|-------------|
| Muy en desacuerdo                | 3          | 13,0        | Muy en desacuerdo                   | 1          | 2,9         |
| En desacuerdo                    | 7          | 30,4        | En desacuerdo                       | 10         | 29,4        |
| <u>De acuerdo</u>                | <u>10</u>  | <u>43,5</u> | <u>De acuerdo</u>                   | <u>22</u>  | <u>64,7</u> |
| Muy de acuerdo                   | 3          | 13,0        | Muy de acuerdo                      | 1          | 2,9         |
| Total                            | 23         | 100,0       | Total                               | 34         | 100,0       |

Aunque hay porcentaje importante (30,4%) de participantes de la población migrantes, perciben que no hay apoyo social por parte del Gobierno, un 43,5% de la población migrante y un 64,7% de la población no migrante perciben que los migrantes sí reciben apoyo social. De acuerdo a lo identificado en las entrevistas realizadas a líderes sociales migrantes, informan la disponibilidad ayudas, en muchas ocasiones no son suficientes debido a el alto número de población irregular que sigue ingresando al país y la movilidad entre los territorios, lo que no permite contar con censos actualizados.

## EJE EFICIENCIA

### Pregunta 3. Aceptación de la población nacional. Discriminación (Xenofobia).

| Percepción de personas migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|----------------------------------|------------|-------------|
| <u>En desacuerdo</u>             | <u>14</u>  | <u>60,9</u> |
| De acuerdo                       | 6          | 26,1        |

|                |    |       |
|----------------|----|-------|
| Muy de acuerdo | 3  | 13,0  |
| Total          | 23 | 100,0 |

|                   |           |             |
|-------------------|-----------|-------------|
| Muy en desacuerdo | 2         | 5,9         |
| En desacuerdo     | 18        | 52,9        |
| <u>De acuerdo</u> | <u>14</u> | <u>41,2</u> |
| Total             | 34        | 100,0       |

| Percepción de personas no migrantes | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------|------------|
|-------------------------------------|------------|------------|

La población migrante percibe que "no" sufren discriminación, mientras que un porcentaje importante de los encuestados "no migrantes" (41,2%) perciben que los migrantes si sufren de discriminación constante por la población nacional. En las entrevistas realizadas a la población migrante informan que se han sentido acogidos en la mayoría de los territorios y resaltan que en algunas zonas del país como es Medellín, Barranquilla, reciben una mejor recepción y apoyo de la comunidad en general.

### Pregunta 8. Aceptación de la población nacional. Vivienda (Renta)

| Percepción de personas migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|----------------------------------|------------|-------------|
| <u>Muy en desacuerdo</u>         | <u>12</u>  | <u>52,2</u> |
| <u>En desacuerdo</u>             | <u>7</u>   | <u>30,4</u> |
| De acuerdo                       | 2          | 8,7         |
| Muy de acuerdo                   | 2          | 8,7         |
| Total                            | 23         | 100,0       |

| Percepción de personas no migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|-------------------------------------|------------|-------------|
| <u>Muy en desacuerdo</u>            | <u>8</u>   | <u>23,5</u> |
| <u>En desacuerdo</u>                | <u>14</u>  | <u>41,2</u> |
| De acuerdo                          | 12         | 35,3        |
| Total                               | 34         | 100,0       |

Tanto la población migrante (82,6%) como no migrante (64,7%) están en desacuerdo, en que sea difícil conseguir vivienda para arrendar por el hecho de ser migrantes. La población migrante entrevistada informa que es fácil lograr conseguir vivienda, cuando se realizan acuerdos de manera informal si mediar un contrato.

### Pregunta 9. Aceptación de la población nacional. Trabajo (Hombres)

| Percepción de personas migrantes | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------|------------|------------|
| <u>Muy en desacuerdo</u>         | 5          | 21,7       |
| <u>En desacuerdo</u>             | 10         | 43,5       |
| De acuerdo                       | 6          | 26,1       |
| Muy de acuerdo                   | 2          | 8,7        |
| Total                            | 23         | 100,0      |

|            |    |       |
|------------|----|-------|
| De acuerdo | 14 | 41,2  |
| Total      | 34 | 100,0 |

| Percepción de personas no migrantes | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------|------------|
| <u>Muy en desacuerdo</u>            | 3          | 8,8        |
| <u>En desacuerdo</u>                | 17         | 50,0       |

En lo que respecta a la pregunta, es más difícil para los migrantes masculinos conseguir trabajo, tanto en la población migrante como en la no migrante, están en desacuerdo, con un 65,2% y 58,8% respectivamente. Para los migrantes venezolanos entrevistados la dificultad mayor es encontrarse en condición irregular ya que genera barreras para acceder al tema laboral

## EJE EQUIDAD

| Percepción de personas migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|----------------------------------|------------|-------------|
| Muy en desacuerdo                | 4          | 17,4        |
| En desacuerdo                    | 7          | 30,4        |
| <u>De acuerdo</u>                | <u>7</u>   | <u>30,4</u> |
| <u>Muy de acuerdo</u>            | <u>5</u>   | <u>21,7</u> |
| Total                            | 23         | 100,0       |

| Percepción de personas no migrantes | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------|------------|
| <u>Muy en desacuerdo</u>            | 11         | 32,4       |
| <u>En desacuerdo</u>                | 19         | 55,9       |
| De acuerdo                          | 4          | 11,8       |
| Total                               | 34         | 100,0      |

La población migrante percibe en una proporción del 48% que no pueden acceder a los servicios de salud de manera gratuita, mientras que el 52% perciben que si acceden a los servicios de salud de manera gratuita. A diferencia de las personas no migrantes, el 88,2%, perciben que los migrantes venezolanos no pueden recibir servicios de salud de manera gratuita. De manera general los entrevistados informan las barreras de acceso para la población en condición irregular, debido a que tiene derecho solo a la atención por urgencias. Caso contrario a las personas en condición regular quienes tienen el derecho a recibir los servicios con la afiliación al régimen subsidiado.

| Percepción de personas migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|----------------------------------|------------|-------------|
| Muy en desacuerdo                | 1          | 4,3         |
| En desacuerdo                    | 6          | 26,1        |
| <u>De acuerdo</u>                | <u>11</u>  | <u>47,8</u> |
| <u>Muy de acuerdo</u>            | <u>5</u>   | <u>21,7</u> |
| Total                            | 23         | 100,0       |

### Pregunta 5. Acceso al tratamiento TB

| Percepción de personas no migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|-------------------------------------|------------|-------------|
| Muy en desacuerdo                   | 1          | 2,9         |
| En desacuerdo                       | 7          | 20,6        |
| <u>De acuerdo</u>                   | <u>14</u>  | <u>41,2</u> |
| <u>Muy de acuerdo</u>               | <u>12</u>  | <u>35,3</u> |
| Total                               | 34         | 100,0       |

Tanto la población migrante como no migrante tienen la percepción que los migrantes que tienen TB reciben la atención y medicamentos gratuitamente. Es general en todos los

actores resaltar que no existe dificultad para el acceso gratuito al tratamiento antituberculosis, sin embargo, si describen las barreras para el diagnóstico y el seguimiento durante el tratamiento.

### Pregunta 7. Adecuación a necesidades.

| Percepción de personas migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|----------------------------------|------------|-------------|
| <i><b>Muy en desacuerdo</b></i>  | <u>5</u>   | <u>21,7</u> |
| <i><b>En desacuerdo</b></i>      | <u>11</u>  | <u>47,8</u> |
| <b>De acuerdo</b>                | 6          | 26,1        |
| <b>Muy de acuerdo</b>            | 1          | 4,3         |
| <b>Total</b>                     | 23         | 100,0       |

| Percepción de personas no migrantes | Frecuencia | Porcentaje  |
|-------------------------------------|------------|-------------|
| <i><b>Muy en desacuerdo</b></i>     | <u>7</u>   | <u>20,6</u> |
| <i><b>En desacuerdo</b></i>         | <u>14</u>  | <u>41,2</u> |
| <b>De acuerdo</b>                   | 12         | 35,3        |
| <b>Muy de acuerdo</b>               | 1          | 2,9         |
| <b>Total</b>                        | 34         | 100,0       |

La población migrante y no migrante percibe, que el salario de los migrantes no es menor que el de los trabajadores nacionales. La percepción, especialmente de los migrantes venezolanos entrevistados en que cuando logran acceder a las ofertas laborales, reciben el mismo salario mínimo que la población colombiana.

## Anexo 4. Principales definiciones utilizadas

De acuerdo a la información plasmada en el informe principal, es importante tener en cuenta las siguientes definiciones, para facilitar el entendimiento del documento.

### 1. Definiciones relacionadas con la migración

Dichas definiciones fueron tomadas del documento publicado por la OIM en mayo del 2019 denominado “Glosario sobre migración” y de los documentos técnicos nacionales e internacionales consultados para el desarrollo de esta consultoría.

- Migrante<sup>2</sup>: Un término paraguas, no definido por el derecho internacional, que refleje la comprensión común de una persona que se aleja de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, temporal o permanentemente, y por una variedad de razones.
- Migrante en una situación regular<sup>3</sup>: persona extranjera que ingrese al territorio nacional presentando ante la autoridad migratoria su pasaporte vigente, documento de viaje o de identidad válido, según el caso (por ejemplo, permiso especial de permanencia -PEP-), y con la visa correspondiente cuando sea exigible. En todos los casos, deberá suministrar la información solicitada por la autoridad migratoria.
- Migrante en una situación irregular<sup>4</sup>: Se considera una persona con estatus migratorio irregular cuando ingresa al territorio nacional en los siguientes casos:
  1. Ingreso al país por lugar no habilitado.
  2. Ingreso al país por lugar habilitado, pero evadiendo u omitiendo el control migratorio.
  3. Ingreso al país sin correspondiente documentación o con documentación falsa.
- Pasajero de tránsito (migrante en tránsito)<sup>5</sup>: Persona que llegue por vía aérea, terrestre o marítima desde un Estado en el aeropuerto, punto fronterizo o puerto de un segundo Estado con el único objetivo de continuar su viaje a un tercer Estado.
- Retornado: Personas que regresan a su país de origen. Se consideran dos formas de retorno: Voluntario, cuando los inmigrantes deciden en cualquier momento durante su estancia en otro país, volver a su país de origen por voluntad propia y por su cuenta

<sup>2</sup> Glosario de Migración, tercera edición. Organización Internacional para las migraciones OIM

<sup>3</sup> Decreto 1067 de 2015, artículo 2.2.1.11.2.4

<sup>4</sup> Ibidem

<sup>5</sup> Idem, OIM, página 162.

e Involuntario, como resultado de la orden de deportación dictada por las autoridades del Estado de destino.

- Refugiado (Convención de 1951)<sup>6</sup>: Una persona que, debido a un temor fundado a ser objeto de persecución por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opinión política, esté fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, debido a ese temor, no esté dispuesta a valerse de la protección de ese país; o que, al no tener una nacionalidad y estar fuera del país de su antigua residencia habitual como consecuencia de tales acontecimientos, no pueda o, debido a tal temor, no esté dispuesto a volver a ella.
- Flujo migratorio (internacional)<sup>7</sup>: El número de migrantes internacionales que llegan a un país (inmigrantes) o el número de migrantes internacionales que salen de un país (emigrantes) en el transcurso de un período específico.

## 2. Definiciones relacionadas con el contexto y normatividad colombiana

- Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio<sup>8</sup>: Plan indicativo que busca orientar las acciones de manera fundamental hacia la atención en salud en territorio Colombiano a personas que ingresan en calidad de migrantes al país, ya sean estos nacionales de otros países, o bien, a colombianos de origen que están retornando a su patria.
- Colombianos retornados con sus familias<sup>9</sup>: Son personas de origen colombiano que han retornado al país por motivo de la situación social y política de Venezuela, ya sea porque fueron deportados, expulsados, o por voluntad propia. No se cuenta con datos que permitan establecer la magnitud y la dinámica de la migración de este grupo. Son acogidos por el Decreto 2228 de 2017, para su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el régimen subsidiado como población especial, a través de la elaboración de listados censales.
- Nacionales venezolanos en condición regular: Son personas de nacionalidad venezolana que ingresaron de manera regular a Colombia por alguno de los puestos de control fronterizo, con observación plena de la normatividad vigente.
- Inmigrantes con Permiso Especial de Permanencia (PEP)<sup>10</sup>: Corresponde a las personas que habiendo ingresado de manera regular, sobrepasaron los plazos normativos de permanencia en el país, solicitaron y les fue expedido el Permiso Especial de

---

<sup>6</sup> Glosario de Migración, tercera edición. Organización Internacional para las migraciones OIM

<sup>7</sup> Ibidem

<sup>8</sup> Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio. 2018. MinSalud

<sup>9</sup> Ibidem

<sup>10</sup> Ibidem



Permanencia. Los venezolanos migrantes regulares y portadores del PEP, se consideran residentes y pueden afiliarse al SGSSS, ya sea como dependientes o independientes. Si sus condiciones socioeconómico no les permiten realizar aportes al SGSSS, pueden solicitar la aplicación de la encuesta SISBEN y si llenan los criterios, afiliarse al régimen subsidiado.

- Nacionales Venezolanos en situación migratoria pendular: Son personas que portan la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF), que constituye el instrumento de Autorización de Tránsito Fronterizo para nacionales venezolanos mayores de edad y niños niñas y adolescentes, residentes en las zonas de frontera previamente definidas por Migración Colombia. Esta tarjeta sirve a personas venezolanas que por motivo de la dinámica fronteriza y de vecindad, requieran transitar por las zonas definidas, sin el ánimo de establecerse o desarrollar alguna actividad para la cual sea exigible Visa.
- Migrantes Venezolanos Irregulares: Son personas provenientes de República Bolivariana de Venezuela que ingresan al país sin el lleno de los requisitos de identificación y los trámites exigidos por la autoridad migratoria. Por lo tanto, no portan documento válido de identificación que permita realizar la afiliación en salud y así mismo garantizar otros derechos.
- Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>11</sup>: El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos mediante el cual el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a los(as) colombianos(as), de acuerdo con lo establecido en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016 y las normas que la reglamentan y desarrollan. Existen tres tipos de participantes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud: afiliados al régimen contributivo, afiliados al régimen subsidiado y Personas no afiliadas.
- Régimen Subsidiado: La población que no tiene recursos económicos y no puede aportar al sistema, es decir, aquellos que no tienen dinero suficiente para afiliarse al régimen contributivo o a un régimen excepcional.
- Régimen Contributivo<sup>12</sup>: El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.
- SISBEN: El Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) es una herramienta, conformada por un conjunto de reglas, normas y procedimientos

---

<sup>11</sup> Ley 1122 de 2007

<sup>12</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, consultado en:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/Paginas/regimen-contributivo.aspx>

para obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos en todos los departamentos, distritos y municipios del país.

El objetivo central del SISBEN es establecer un mecanismo técnico, objetivo, equitativo y uniforme de selección de beneficiarios del gasto social para ser usado por las entidades territoriales. Mediante la aplicación de una encuesta, permite identificar los posibles beneficiarios de programas sociales en las áreas de salud, educación, bienestar social, entre otras. El SISBEN es la puerta de entrada al régimen subsidiado.

## Anexo 5. Metodología utilizada

### 1. Diseño del estudio

El estudio es retrospectivo y transversal, con enfoque mixto (paralelo convergente). De acuerdo a la situación que se viene presentando con la migración desde Venezuela hacia Colombia, la información presentada en este estudio está orientada a esta población en particular (Migrantes venezolanos -MV-).

### 2. Sitio de estudio

Este estudio se desarrolló en Colombia, contando con información suministrada por actores claves de los departamentos de Norte de Santander, Antioquia (Valle de Aburrá), Atlántico y Bogotá Distrito Capital (DC).

Buscó evidenciar el panorama, sobre el cual se puedan construir recomendaciones para generar cambios en el marco institucional y en las políticas públicas vigentes, fundamentados en un diagnóstico actualizado de la realidad de la población MV en Colombia y su relación con la implementación del programa de TB.

### 3. Participantes

La selección de los participantes se realizó mediante de priorización de acuerdo a las necesidades de la consultoría para actores claves como: tomadores de decisiones en el ámbito del programa de tuberculosis o migración, prestadores de servicios de salud, organismos de cooperación y ONG, entre otros.; los líderes comunitarios, MV y MV afectados por tuberculosis, mediante referenciación de autoridades en salud y bajo la técnica de bola de nieve.

### 4. Instrumentos de recolección de datos

Se han propuesto los siguientes instrumentos:

- Guía de entrevista a tomadores de decisiones (públicos o privados) para asuntos relacionados con MV y/o TB.
- Guía de entrevista a grupos focales o individuos: trabajadores de salud
- Guía de entrevista a grupos focales o individuos: líderes o personas referenciadas de la población MV.
- Encuesta para medir las expectativas de los MV.
- Guía de búsqueda de información secundaria que incluye: Datos generales, información cuantitativa e información cualitativa que incluye las secciones de análisis del contexto social, económico, ambiental y político, sistema y servicios de salud, personal sanitario, insumos, materiales y medicamentos, financiamiento para emergencias y coordinación interinstitucional.

## 5. Métodos

La metodología incluyó el trabajo conjunto del equipo, mediante una revisión de fuentes secundarias, incluyendo los estudios ya existentes, estadísticas, normatividad vigente, artículos, noticias y otros para sustentar un análisis cuantitativo y cualitativo sobre la situación de la población MV, estimando de manera rigurosa su composición, el apoyo que reciben de las distintas organizaciones públicas y privadas, la normatividad vigente y su aplicación parcial o total, así como las barreras sociales, legales para el acceso a los servicios de TB. Asimismo, un análisis cualitativo del marco institucional y las políticas públicas existentes, preferentemente apoyado por datos cuantitativos, relacionados al apoyo a la población migrante.

El levantamiento de datos primarios, para validar los hallazgos y las recomendaciones de políticas, se realizó a través de:

- Entrevistas con tomadores de decisiones (públicos o privados) claves en asuntos de migrantes y/o TB: jefes de programa de TB, responsable del nivel central de la Autoridad nacional en salud en aseguramiento, funcionarios de la autoridad de migraciones, representantes nacionales de ACNUR y OIM, principales organizaciones no gubernamentales, entre otros.
- Entrevistas con líderes o personas referenciales de la población migrante en el país.
- Encuesta para medir las expectativas de los migrantes.
- Grupos focales o entrevistas (dependiendo de las normas de distanciamiento social establecidas para la prevención del COVID 19): con trabajadores de salud, responsable de centro y equipo de atención de TB en establecimientos de salud de primer nivel de atención.

El interés principal de la investigación fue identificar las variables que limitan el acceso a los servicios de salud a la población migrante con TB.

**Tabla 2.** Etapas en las cuales identificar barreras

| Identificar barreras que impiden acceder a los servicios para: |   |                                 |   |   |
|--|---|---------------------------------|---|---|
| Recibir apoyo para la detección ante síntomas (SR)             | Recibir diagnóstico correcto y oportuno | Recibir tratamiento supervisado | Recibir apoyo para la adherencia al tratamiento | Recibir atención posterior al tratamiento |

*Nota: La población migrante puede ingresar al país en cualquiera de las etapas*

A continuación, se describe el proceso detallado y las tareas que se siguieron:

### a) **Presentación formal de inicio del estudio**

El proceso se inició con la presentación formal a las autoridades sanitarias nacionales y de los otros sectores al inicio del estudio por parte de Socios en Salud. De esta manera, el

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, realizó la presentación del equipo consultor en los territorios priorizados en conjunto.

#### **b) Revisión de la información preliminar**

Un trabajo de gabinete precedió a la recopilación de información. El objetivo es recopilar y analizar la información existente sobre la demografía del país, la estructura del sistema nacional de salud, el marco jurídico existente, la historia y la tendencia de la afluencia de refugiados y migrantes, las cuestiones de salud en los países de origen de los migrantes y los riesgos para la salud que plantea su modo de viaje. El trabajo de gabinete se utiliza para adaptar el estudio al contexto nacional. Sobre la base de la información recopilada durante el trabajo de gabinete, se debe identificar el perfil de los informantes clave que deben ser consultados.

#### **c) Elaborar relación de informantes clave**

Se identificaron los múltiples actores que estarán involucrados en el proceso según la información de la revisión preliminar y de acuerdo a la experiencia del equipo investigador.

Se incluyeron en la relación de informantes al equipo del Programa Nacional de TB (PNTB) del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y de la Organización Panamericana de la Salud en Colombia (OPS).

También se logró involucrar a los representantes del programa de Migración y Salud de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), así como a representantes de ONGs que trabajan actualmente con MV en territorio colombiano, especialmente en buscar la garantía de los servicios básicos de salud.

#### **d) Trabajo de gabinete**

El trabajo de gabinete se realizó de manera simultánea con las entrevistas las entrevistas y reuniones con los informantes clave, así como las visitas programadas. Se logró utilizar la información disponible para obtener una comprensión sólida del sistema de salud existente, el marco jurídico en el que opera, el contexto actual del país de llegada y la capacidad y la preparación del sistema de salud para la llegada de los MV.

Se logró recopilar información relacionada con:

- Legislación nacional y tratados internacionales relativos a la salud, la migración y los derechos humanos de los que el país es parte o signatario;
- La organización de los sistemas de salud nacionales, regionales y locales;
- La organización de mecanismos nacionales de respuesta a emergencias;
- Identificación de las partes interesadas (actores clave) y su papel en la respuesta a una gran afluencia de migrantes;
- Tendencias históricas en la migración; Rutas migratorias recientes y potenciales, incluidos los países de origen y los lugares de destino probables en el país anfitrión;
- Revisión de los informes de los medios de comunicación sobre migración.

## 6. Plan de recolección de datos

Para las entrevistas y aplicación de encuestas con los participantes, se agendaron encuentros presenciales o virtuales, dependiendo de la disponibilidad y ubicación de la persona citada. En todos los casos, se aplicó el consentimiento informado, cuando se realizó entrevista. Se explicaron los objetivos de la consultoría y se resolvieron dudas frente a la misma.

Con el fin de garantizar el desarrollo de las acciones de manera virtual debido a la alerta sanitaria actual generada por la pandemia de Covid-19 y sus restricciones nacionales en cuanto a aglomeraciones, se transcribió la encuesta en un formulario de *Google Forms*, el cual contenía anexo el consentimiento informado, para su lectura previa al diligenciamiento en línea de la encuesta.

Con respecto a la recolección de información de fuentes secundarias, se realizaron revisiones de los links sugeridos, así como fuentes de información estadística y en salud del nivel nacional, regional y mundial. Se revisaron también notas de prensa, circulares técnicas y normatividad general que el país ha generado para la atención del fenómeno migratorio en Colombia.

## 7. Procesamiento y plan de análisis de datos

Para el procesamiento de los datos obtenidos del instrumento cuantitativo (encuesta), se realizó la transcripción de la misma a Excel, y se parametrizaron las respuestas.

El instrumento se aplicó con el fin de indagar información sobre la situación en el país de la migración relacionado con los ejes que puedan desencadenar futuras intervenciones. Se aplicó a los principales actores claves (autoridades en salud, personal de los establecimientos de salud, ONG, agencias de cooperación internacional, líderes de OBC, MV y otros actores). La encuesta consiste en 10 preguntas, la cual está parametrizada en escala de Likert que permitió relevar información sobre:

- Aceptación y pertinencia de futuras intervenciones.
- Eficacia y sostenibilidad de futuras intervenciones.
- Equidad en el acceso a los servicios.

La fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se estimó con el alfa de Cronbach, la medida de la fiabilidad asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988).

Para los datos obtenidos a través de datos cualitativos (entrevistas), se realizó a través del análisis de contenido. Para esto se grabaron las entrevistas realizadas a tres tipos de público:

- Informantes clave: jefe o equipo de programa de TB, funcionarios de la autoridad de migraciones, representantes OIM, principales ONG
- Personal de la Autoridad Nacional de Salud y el Programa Nacional de TB
- Líderes o personas referenciadas de la población MV afectadas o no por TB.

A cada persona entrevistada, se le leyó y socializó el consentimiento informado, y se procedió a grabar dicha entrevista. Una vez grabada, se transcribieron en Word, y se establecieron categorías y subcategorías de análisis. De la siguiente manera:

**Cuadro 8. Categorías para el análisis de entrevistas**

| <b>Categorías</b>   | <b>Subcategoría</b>  |
|---|--|
| Acciones del gobierno para el apoyo/protección a población migrante | Medidas implementadas por el gobierno  |
|   | Políticas públicas   |
|   | Integración socioeconómica   |
|   | Ejercicio de derechos  |
|   | Factores económicos, sociales, políticos y fiscales que limitan o facilitan la inclusión de población migrante |
| Ayudas para migrantes y acceso servicios de salud (TB)              | Que ayuda reciben migrantes  |
|   | Acceso a los servicios de salud y atención para TB   |
|   | ¿Quién los atiende?  |
|   | Costos o valores económicos de los servicios   |
| Protocolo o plan de respuesta para atención a migrantes             | Conoce algún protocolo o plan de respuesta para atención a migrantes   |
|   | Normas especiales para facilitar o regularizar el ingreso de migrantes a Colombia                              |

**Cuadro 9. Categorías para el análisis de entrevistas personal de salud**

| <b>Categorías</b>  | <b>Subcategoría</b>  |
|--|--|
| Posición del Programa Nacional de TB respecto a los migrantes                      | Destinación de recursos para atención  |
| Acceso al servicio de salud y TB   | Son gratuitos  |
| Políticas públicas   | De corto plazo atención en TB  |
|  | De mediano plazo atención en TB  |
|  | Paquetes de políticas nacionales o subnacionales para atención en TB a migrantes |
| Barreras que tienen los migrantes para acceder a los servicios de salud esenciales | Recibir apoyo para la detección ante síntomas (SR)                               |
|  | Recibir diagnóstico correcto y oportuno  |
|  | Recibir tratamiento supervisado  |
|  | Recibir apoyo para la adherencia al tratamiento                                  |
|  | Recibir atención posterior al tratamiento  |

Cuadro 10. Categorías para el análisis de entrevista a líderes o migrantes

| <b>Categorías</b>  | <b>Subcategoría</b>  |
|--|--|
| Rutas de los migrantes para llegar al país   | Son conocidas las rutas por las cuales ingresan los MV al país                                   |
| Situación actual socioeconómica de la población migrante                           |  |
| Necesidades de salud de la población migrante                                      | Se reconocen las principales necesidades de salud de población MV                                |
|  | Se conoce si se abordan estas necesidades mediante los servicios prestados por el sector público |
| Ayudas a población migrante  | Se conocen que ayudas reciben la población MV  |
|  | Se conoce qué organizaciones entregan esas ayudas  |
| Sugerencias y Expectativas para el gobierno actual para la atención a población MV | Atención en salud  |
|  | Atención para TB   |
|  | Apoyo Social   |

Posteriormente, se procedió a identificar el contenido de las categorías/subcategorías de las entrevistas, con el fin de cuantificarlas y relacionarlas con los resultados cuantitativos.



## Anexo 6. Marco Legal de la Protección Social en Colombia

| Tipología de la Norma          | Norma           | Año  | Objeto   |
|--------------------------------|-----------------|------|--|
| Constitución Política Colombia | Artículo de 13  | 1991 | Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica (Gobierno de Colombia, 1991).   |
| Constitución Política Colombia | Artículo de 48. | 1991 | La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social (Gobierno de Colombia, 1991).  |
| Constitución Política Colombia | Artículo de 49. | 1991 | La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Gobierno de Colombia, 1991). |
| Constitución Política Colombia | Artículo de 51  | 1991 | Todos los colombianos tienen derecho a vivienda digna. El Estado fijará las condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho y promoverá planes de vivienda de interés social, sistemas adecuados de financiación a largo plazo y formas asociativas de ejecución de estos programas de vivienda (Gobierno de Colombia, 1991).  |
| Constitución Política Colombia | Artículo de 54  | 1991 | Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud (Gobierno de Colombia, 1991).   |

|                                |                 |      |   |
|--------------------------------|-----------------|------|---|
| Constitución Política Colombia | Artículo de 67. | 1991 | La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura. La educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia (Gobierno de Colombia, 1991). |
| Ley                            | 100             | 1993 | El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten (MSPS, 1993).  |
| Ley                            | 691             | 2001 | Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia (Ministerio de Justicia, 2001).   |
| Ley                            | 1122            | 2007 | Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (Congreso de la República, 2007).  |
| Ley Estatutaria                | 1751            | 2015 | Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones (Congreso de la República, 2015).  |
| Decreto                        | 1011            | 2006 | Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (MSPS, 2006).   |
| Decreto                        | 4747            | 2007 | Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones (DAFP, 2007).  |
| Decreto                        | 780             | 2016 | Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (MSPS, 2016).  |
| Decreto                        | 1477            | 2014 | El presente decreto tiene por objeto expedir la Tabla de Enfermedades Laborales, que tendrá doble entrada: agentes de riesgo, para facilitar la prevención de enfermedades y la especial protección de personas afectadas por eventos de salud pública en el contexto laboral (Ministerio de Trabajo, 2014).  |
| Resolución                     | 412             | 2000 | Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda   |

|            |       |      |   |
|------------|-------|------|---|
|            |       |      | inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública (MSPS, 2012).   |
| Resolución | 429   | 2016 | Política de Atención Integral en Salud. La generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución (MSPS, 2016).   |
| Decreto    | 2055  | 2009 | El presente decreto tiene por objeto crear la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CISAN- la cual tendrá a su cargo la coordinación y seguimiento de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PNSAN-, siendo instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados en el desarrollo de esta (DAFP, 2009).   |
| Sentencia  | T-029 | 2014 | La alimentación adecuada es el derecho que tiene toda persona a tener acceso físico y económico a los elementos nutritivos específicos que requiere para su adecuado desarrollo físico y mental, es una garantía que se encuentra estrechamente vinculada con el derecho de toda persona a tener un nivel de vida adecuado y a estar protegida contra el hambre. La alimentación adecuada debe ser accesible a todos, aún más, si se trata de grupos vulnerables por su situación de pobreza o extrema pobreza, como los niños y niñas, a quienes el Estado debe prestarles atención prioritaria en los programas que promuevan su acceso a la alimentación (Corte Constitucional, 2014). |
| Ley        | 860   | 2003 | Derecho a una pensión por invalidez, causada por enfermedad (Ministerio de Justicia, 2003).   |
| Sentencia  | T546  | 2009 | A través de esta ley se establece un sistema de financiación de viviendas a largo plazo con el fin de hacer efectivo el derecho a la vivienda digna,  |

---

|     |      |      |  |
|-----|------|------|--|
|     |      |      | teniendo como objetivos resguardar el patrimonio de las familias, preservar y fomentar el ahorro para la construcción y financiación, proteger a los usuarios para facilitar el acceso a la vivienda en condiciones de equidad (Corte Constitucional, 2009). |
| Ley | 1955 | 2019 | Plan Nacional de Desarrollo: “Pacto por Colombia, Pacto por la equidad” (DAFP, 2018).  |

---

## Anexo 7. Sistema de gobierno y Distribución de poderes

En Colombia se cuenta con un sistema con tres divisiones el sistema legislativo, judicial y ejecutivo; cada uno con su función delimitada taxativamente.

### a) El presidencialismo en Colombia

El sistema de gobierno colombiano se caracteriza por ser presidencialista, al igual que el resto de los gobiernos de región. El presidencialismo colombiano ha generado una concentración del poder en manos del ejecutivo que queda reafirmada con la Constitución de 1991. El presidente de la república es el jefe de estado, de gobierno y suprema autoridad administrativa tal y como indica la Constitución de 1991 y se elige por voto directo y secreto de todos los/ciudadanos/as del país por un período de cuatro años sin posibilidad de ser reelegido. En caso de que ninguno de los candidatos consiga mayoría absoluta en la primera votación se llevará a cabo una segunda tres semanas después en la que participarán los dos candidatos más votados, el elegido será aquel que más votos obtenga. El ejecutivo estará formado por el presidente de la República, por los ministros de despacho y por los directores de departamentos administrativos, así como por los gobernadores, alcaldías, superintendencias, establecimientos públicos y empresas industriales o comerciales del Estado (Universidad de Barcelona, 2017).

### b) El poder legislativo

El legislativo está formado por dos cámaras: la Cámara de Representantes con 161 miembros y el Senado con 102. Los miembros de ambas cámaras son elegidos de forma directa por sistema proporcional, la duración de su mandato es de cuatro años y no pueden ser reelegidos de forma consecutiva. La abstención electoral junto con el fraccionamiento de los partidos políticos ha debilitado el papel del Congreso como órgano legislador y como centro del debate político y es muy impopular debido a la existencia de prácticas clientelares y de corrupción.

### c) El poder judicial

La rama judicial la forman la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado, el Consejo Superior de Judicatura, la Fiscalía General de la Nación, los tribunales y jueces civiles y militares. A la vez, el Congreso también podrá ejercer determinadas funciones legislativas. La Constitución de 1991 diseñó un modelo de justicia altamente politizado, y el resultado ha sido la existencia de injerencias del ejecutivo en los nombramientos clave del ramo, especialmente en el del Fiscal general, en el que se concretaron enormes poderes discrecionales. La Constitución de 1991 reorganizó el sistema de justicia civil que teóricamente es independiente del ejecutivo y el legislativo. Pero los miembros del aparato judicial son objeto de acciones intimidatorias cuando se tratan casos relacionados con miembros de las Fuerzas Armadas, paramilitares, guerrilleros o narcotraficantes.

#### d) Caracterización del Estado colombiano

El Estado colombiano se caracteriza por ser un ente débil, puesto en la mayoría de los casos al servicio de los intereses particulares de las elites que fueron representadas políticamente a través de la hegemonía liberal-conservadora durante el Frente Nacional y que actualmente continúan representadas a través de los liberales, conservadores o de sus propios partidos (como independientes). La debilidad del Estado se hace patente en su incapacidad para controlar la corrupción generalizada que implicó una deslegitimación de las instituciones públicas y privadas. Pero la corrupción también ha sido estimulada por la debilidad de los partidos políticos y por la existencia y arraigo del narcotráfico a todos los niveles (social, económico, político, etc.) de la sociedad colombiana. Asimismo, la situación de violencia continuada que vive el país desde la época del Frente Nacional ha contribuido a organizar las Fuerzas Armadas y prever otros mecanismos para combatirla con las armas, pero con resultados poco vistosos y con serias consecuencias respecto al tema de los Derechos Humanos.

El partido que actualmente gobierna, el Centro democrático, en cabeza del presidente Iván Duque Márquez, se autodenomina de centro-derecha. Tiene mayorías en el congreso, con un senado y una cámara de representantes con partidos afines al gobierno por lo menos en un 60%.

Si bien el actual presidente no cuenta con una amplia trayectoria en el contexto político, su experiencia se basa en algunos cargos diplomáticos y haber sido exsenador por el mismo partido político, en la anterior vigencia, se destaca por ser uno de los presidentes más jóvenes de la historia de Colombia (o tal vez, el más joven).

#### Otros actores importantes

Tradicionalmente las Fuerzas Armadas y la iglesia católica han jugado un papel importante en el sistema político colombiano.

#### e) Iglesia

Respecto a la Iglesia, se ha de decir que la iglesia católica colombiana ha sido una de las más ortodoxas, conservadoras y poderosas de las iglesias latinoamericanas. A finales de los años 80, la iglesia tenía gran influencia dentro del Partido Social Conservador y mantenía estrechas relaciones con diferentes gremios como la Unión de Trabajadores Colombianos y la Federación Agraria Nacional. Además, la iglesia tiene un papel importante en dos ámbitos sociales concretos: el de la educación y el de las actividades de beneficencia. La iglesia es un actor político con peso dentro de las decisiones políticas estatales, debido a la vinculación de la jerarquía católica con las clases altas y medias de la sociedad colombiana. La participación de la iglesia en la vida política se manifiesta en los procesos de pacificación y diálogo entre el Estado y los diferentes grupos guerrilleros.

#### f) Fuerzas Armadas

A su vez, las Fuerzas Armadas colombianas han sido tradicionalmente débiles, pobres y carentes de prestigio, pero tienen una influencia determinada dentro del Estado. En Colombia, las Fuerzas Armadas colombianas se han diferenciado de otras del continente por el hecho de que durante casi medio siglo han estado ocupadas de forma constante en operaciones militares activas (contra la guerrilla, los paramilitares, o contra los dos). La expansión del papel de los militares está ligada estrechamente al fenómeno rural y político de 'la violencia'. Al desaparecer gradualmente este enfrentamiento, surgió uno nuevo: la guerra de guerrillas. Así que el ejército siempre ha estado dividido en unidades pequeñas y disperso por el país, patrullando y rastreando por las zonas inseguras, rebeldes y hostiles. Acostumbrado a la guerra antisubversiva, compuesto por pequeños destacamentos, no ha sido el tipo de ejército que organiza golpes de Estado. Sin embargo, las Fuerzas Armadas colombianas, al menos a nivel local, ejercen cierta influencia ya que sus cuadros de mando subsisten con frecuencia a una administración civil que parece incapaz de cumplir con sus tareas. Las Fuerzas Armadas van aumentando su poder debido básicamente a la situación casi permanente de estado de sitio en la que ha vivido el país desde los tiempos del Frente Nacional.

El papel de las Fuerzas Armadas colombianas ha sido el de liquidar toda opción política que el sistema no haya podido absorber a través de la asimilación y el transformismo. El método utilizado es cerrar todas las salidas legales a los de fuera, recorriendo a las Fuerzas Armadas para acabar con los intransigentes que se hayan visto empujados a utilizar la violencia. De esta manera, las Fuerzas Armadas han constituido un elemento en el que el respeto dependerá de si el gobierno en el poder no cambie su trato respecto a los militares.

De hecho, los militares parecen ocuparse de cuestiones relacionadas con el orden público con una libertad casi total y se les ha relacionado con la 'guerra sucia' que sufre el país, a la vez que se han podido establecer relaciones entre los militares y los paramilitares.

### g) Grupos de presión económicos

Respecto a los gremios o asociaciones económicas, éstas se organizan en asociaciones con afiliados a nivel local y departamental. Los gremios existen en diferentes ámbitos como la agricultura, la banca, el comercio, la construcción, etc. Estos gremios se configuran como grupos de presión que influyen a los líderes gubernamentales para conseguir que se reglamenten políticas favorables a sus intereses. De hecho, durante los años 80, las decisiones en temas de política económica estuvieron en manos de comisiones compuestas por representantes de los diferentes gremios como ANDI (Asociación Nacional de Industrias), FNC (Federación Nacional de Cafeteros de Colombia), etc.

La parcelación del poder con la que ha funcionado Colombia, en la que cada sector recibía su parte del pastel, ha conseguido, hasta ahora, garantizar una especie de equilibrio y de estabilidad política entre los diversos sectores que participan en la distribución de recursos.

## h) Los narcotraficantes

Lograron penetrar el sistema financiero, económico, social, jurídico, policial y político del país. Se ha comprobado que financian grupos paramilitares, organizaciones de delincuencia común entre otros. Tienen control sobre tierras que pueden superar los cuatro millones de hectáreas de las mejores tierras y son terratenientes en 11 de los 32 departamentos de Colombia.

De esta manera, se produce una contrarreforma agraria, que afecta a un número importante de campesinos y que supone un elemento más a añadir a los factores que interactúan en la dinámica del conflicto interno colombiano.

## i) Sociedad civil

Asimismo, la sociedad civil colombiana, igual que el Estado, es débil. Formalmente existen multitud de organizaciones, que han sido objeto de diversos ataques y acciones violentas contra sus miembros, pero éstas no han conseguido articular las demandas de la población en relación con el Estado. Por su parte, el Gobierno actual, si bien llegó al poder con la mayoría de los votos en las elecciones del 2018, tuvo una contienda muy reñida con la oposición, y la diferencia de votos no superó el 2% de la votación total. Es por esto que se supone que el gobierno actual, no representa los intereses mayoritarios de la población, es incapaz de aplicar y hacer respetar la ley y ha facilitado el surgimiento de alternativas, a menudo armadas, de resolución de conflictos que a su vez genera una pérdida de legitimidad de las instituciones constitucionalmente establecidas; ejemplo de ello, es la situación que actualmente atraviesa el país, con protestas por más de 16 días en medio de la peor crisis sanitaria en el mundo.

A la vez el Estado colombiano sufre un deterioro progresivo de su imagen exterior debido a los informes desfavorables sobre la situación de los Derechos Humanos en el país.

Existen otros grupos al margen de la ley, pero con grandes implicaciones en los temas políticos, sociales y económicos del país:

## j) Grupos guerrilleros

La existencia de grupos armados ilegales ha sido un problema en Colombia desde los años cincuenta. La no resolución de los conflictos económicos y sociales de las zonas donde la violencia se extendió durante los 50 se puede considerar como origen del conflicto actual. La guerrilla cuenta con una base social principalmente en las zonas donde el Estado es ineficiente, débil o simplemente está ausente y en aquellas regiones donde los conflictos derivados de la cuestión de la propiedad de la tierra no se han resuelto. Asimismo, la existencia de grupos armados ilegales también se puede explicar por la práctica exclusionista practicada por los partidos dominantes.

## k) Grupos paramilitares



El paramilitarismo (la llamada derecha armada y declarada ilegal en 1989) adopta diferentes formas y diferentes nombres. Los grupos paramilitares parecen actuar bajo la premisa de la protección de determinados intereses tanto políticos, como económicos, con la defensa de sectores relacionados con la actividad agropecuaria y el narcotráfico.

Colombia ha vivido muchos momentos delicados al largo de su traumática historia, pero ahora parece estar recorriendo un camino desconocido en al menos tres ámbitos distintos: la protesta social, la economía y la representación política, con grandes descontentos entre la población y muchos desaciertos de los gobernantes. Actualmente, el país atraviesa por una grave crisis con una situación de pandemia desbordada, a lo que se suma un Paro Nacional, con grandes movilizaciones en todos los territorios, es un movimiento heterogéneo plagado de contradicciones y conflictos internos.

Las protestas ya lograron dos efectos inesperados en un país donde la movilización social, que era esporádica y tachada de "subversiva", rara vez tuvo consecuencias políticas: la retirada de la reforma tributaria y la caída del ministro de Hacienda, Alberto Carrasquilla.

Colombia ha sido un país sin muchos altibajos en lo político: salvo durante un pequeño periodo en los años 50, la democracia en su sentido más formal —elecciones cada cuatro años y transiciones de poder sin problemas— se ha mantenido intacta.

Aunque la violencia no ha dejado de ser un problema desde los años 50, el bipartidismo entre liberales y conservadores (que llegaron a alternarse en el poder por convenio) permitió que se generara la idea de que las instituciones democráticas no estaban en peligro.

Colombia siempre fue considerada, al menos en el exterior, como una democracia estable.

Pero en esta crisis la clase política se ha visto incapaz de llegar a resoluciones. El presidente Duque llamó a los militares a controlar la situación (aunque varios alcaldes se opusieron); algunos incluso, barajan escenarios de golpes de Estado y el líder en las encuestas para las elecciones de 2022 es un candidato de izquierda que militó en las guerrillas en los años 70s-80s, Gustavo Petro.