

Desafíos para la garantía del derecho a la salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia en 2019

Mariana Calderón-Jaramillo¹
Rocío Murad²
Ángela Cifuentes³
Johan Sebastián Ariza⁴
Marcela Sánchez⁵
Juan Carlos Rivillas-García⁶

¹Magíster en Estudios Sociales de la Ciencia. Socióloga. Analista de investigación cualitativa. Dirección de Investigaciones-Asociación Profamilia. Bogotá D.C. Cundinamarca. Colombia.

²Especialista en Demografía. Estadística. Coordinadora de investigación sociodemográfica. Dirección de Investigaciones-Asociación Profamilia. Bogotá D.C. Cundinamarca. Colombia.

³Magíster en Sociología. Filósofa. Analista de investigación cualitativa. Dirección de Investigaciones-Asociación Profamilia. Bogotá D.C. Cundinamarca. Colombia.

⁴Antropólogo. Analista de formulación de investigaciones. Dirección de Investigaciones-Asociación Profamilia. Bogotá D.C. Cundinamarca. Colombia.

⁵Ingeniera de Sistemas. Coordinadora de investigación operativa. Dirección de Investigaciones-Asociación Profamilia. Bogotá D.C. Cundinamarca. Colombia.

⁶Magíster en economía y políticas de salud. Administrador de servicios de salud. Director de Investigaciones-Asociación Profamilia. Bogotá D.C. Cundinamarca. Colombia.

Correspondencia: Srta Mariana Calderón-Jaramillo. Correo electrónico: macalderonja@unal.edu.co

Apoyos recibidos: Esta investigación fue financiada por Asociación Profamilia en alianza con La Oficina de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA de USAID).

Resumen

Introducción: Desde el 2016 Colombia enfrenta un escenario humanitario generado por la llegada de población migrante y refugiada venezolana. En respuesta, el sistema de salud colombiano ha buscado garantizar el acceso de esta población a los servicios de salud. Sin embargo, en la práctica permanecen diferentes desafíos para garantizar la cobertura universal en salud en sus tres dimensiones. **Objetivo:** Profundizar en el conocimiento que se tiene sobre los desafíos que enfrenta la población migrante y refugiada venezolana en el derecho a la salud en Colombia en el 2019. **Materiales y métodos:** Se realizó una investigación cualitativa con 12 grupos focales de migrantes y refugiados venezolanos en seis ciudades de Colombia que en el 2019 concentraban los volúmenes más altos de población migrante y refugiada. **Resultados:** Se identificaron barreras en los tres pilares de la cobertura universal en salud. En aseguramiento se evidenció que la población migrante y refugiada venezolana, tanto irregular como regular, está enfrentando barreras para la afiliación al sistema de salud; en acceso a los servicios se identificaron dificultades generadas por las diferentes interpretaciones que los prestadores hacen de las urgencias médicas; en protección financiera se identificó que las personas migrantes y refugiadas están asumiendo los costos económicos de buena parte de los servicios de salud que requieren. **Conclusiones:** Entre la población migrante y refugiada venezolana tanto en condición irregular como regular se identificaron barreras en la implementación de la política para la atención en salud, las cuales están afectando la realización de la cobertura universal en salud. **MÉD.UIS.2021;34(3): 47-59.**

Palabras clave: Migrantes. Sistemas de salud. Cobertura universal de salud. Derecho a la salud. Inequidad social.

Challenges for guaranteeing the right to health of Venezuelan migrant and refugee population in Colombia in 2019

Abstract

Introduction: Since 2016, Colombia faces a humanitarian scenario generated by the arrival of the Venezuelan migrant and refugee population. In response, Colombian health system has sought to guarantee access to health services for this population. However, in practice, different challenges remain to guarantee universal health coverage in its three dimensions. **Objective:** to deepen the knowledge on the challenges faced by the Venezuelan migrant and refugee population in the right to health in Colombia in 2019. **Materials and methods:** Qualitative research with twelve focus groups held with Venezuelan migrants and refugees in six cities in Colombia that in 2019 had the highest volumes of migrant and refugee populations. **Results:** Barriers were identified in the three pillars of universal health coverage. In assurance it was evidenced that the Venezuelan migrant and refugee population, both irregular and regular, is facing barriers in joining the health system; difficulties generated by the different interpretations that providers make of medical emergencies were identified in access to services; in financial protection, it was identified that migrants and refugees are assuming as economic costs an important part of the health services they require. **Conclusions:** Among the Venezuelan migrant and refugee population, both in irregular and regular condition, barriers were identified in the implementation of the health care policy, which are affecting the realization of universal health coverage. **MÉD.UIS.2021;34(3): 47-59.**

Keywords: Transients and Migrants. Health services. Universal health coverage. Right to healthcare. Social inequality.

¿Cómo citar este artículo? Calderón-Jaramillo M, Murad R, Cifuentes A, Ariza JS, Sánchez M, Rivillas-García JC. Desafíos para la garantía del derecho a la salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia en 2019. **MÉD.UIS.2021;34(3): 47-59.** doi: [10.18273/revmed.v34n3-2021005](https://doi.org/10.18273/revmed.v34n3-2021005)

Introducción

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, hacen parte de la iniciativa de las Naciones Unidas para darle continuidad a los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la apuesta por avanzar hacia el desarrollo de los países. Estos objetivos fueron pactados en el 2015 por los 193 Estados miembro de la ONU, de la cual Colombia es parte, y establecen entre sus metas en salud y bienestar, garantizar la cobertura universal en salud a toda la población¹. En años recientes los estados y las agencias internacionales han trabajado para que los servicios de salud sean accesibles, de calidad y no supongan riesgos económicos a quienes los utilizan. A pesar de estos esfuerzos, persisten numerosos retos para garantizar la cobertura universal en salud; uno de los cuales tiene que ver con la garantía del derecho a la salud de la población migrante y refugiada².

La Organización Panamericana de la Salud define la cobertura universal en salud como la posibilidad de que todas las personas y comunidades tengan un acceso equitativo a los servicios de salud, los cuales deben ser garantizados de manera integral y sin generar dificultades financieras sobre las personas³. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la cobertura universal en salud está compuesta por tres dimensiones interconectadas entre sí, que se piensan como el cubo de la cobertura universal y

hacen referencia al aseguramiento, la prestación de los servicios y la protección financiera⁴. Mientras que el aseguramiento hace referencia a la población que está cubierta por el sistema de salud y cuenta con un plan de beneficios, la prestación de los servicios hace referencia a las necesidades que se atienden en el marco de los planes de beneficios. Finalmente, la protección financiera señala la proporción de costos que son asumidos por el sistema y por las personas de acuerdo con las modalidades de aseguramiento.

Avanzar en la cobertura universal en salud supone el trabajo de los países para avanzar en tres metas que operativizan esta definición⁵: mejorar la equidad en el uso de servicios (reducir las necesidades insatisfechas en salud); mejorar la calidad de la atención; y reducir los daños financieros que enfrentan los hogares y las personas como consecuencia de pagar por esos servicios de salud. Muchos países, sin distinción de sus niveles de ingresos, enfrentan problemas para hacer efectiva esta implementación. En años recientes los estados y las agencias internacionales han trabajado para que los servicios de salud sean accesibles, de calidad y no supongan riesgos económicos a quienes los utilizan.

El siglo XXI se ha caracterizado por una intensificación de los fenómenos migratorios transnacionales, los cuales han traído diferentes consecuencias sobre la salud de las poblaciones migrantes y de acogida.

Aunque es claro que la migración es un determinante de la salud⁶, la relación entre este fenómeno y la salud es compleja y heterogénea. Esto quiere decir que las consecuencias de la movilidad humana sobre la salud de las personas no son necesariamente negativas o positivas, sino que dependen de los contextos específicos en los cuales ocurre⁷. Los desplazamientos y movimientos generados por crisis humanitarias en muchas ocasiones están acompañados por la fractura de los sistemas de salud de los países de origen, pero, dependiendo de los lugares de tránsito y de llegada, la población migrante puede resolver o no de manera satisfactoria sus necesidades en salud.

En este sentido, la migración supone retos para los sistemas de salud de los países y en especial para la garantía de la cobertura universal en salud. La apuesta por garantizar el derecho a la salud de todas las personas pasa por el reconocimiento de las identidades, necesidades y circunstancias de las personas cuando requieren servicios de salud, pero también por la identificación de posiciones de vulnerabilidad crítica de algunas personas, como lo son las personas migrantes y refugiadas, y dentro de ellas, las personas que se encuentran en situación de irregularidad⁸.

Aunque la migración venezolana ha marcado buena parte de lo que va del siglo XXI en América Latina, la heterogeneidad de este proceso ha generado diferentes retos para la garantía de la cobertura universal en salud en los países receptores. Colombia es el país que ha recibido los mayores volúmenes de población migrante venezolana: según Migración Colombia hacia finales del 2019, se encontraban en el país más de 1,7 millones de personas, las cuales se concentran en 10 de sus 32 departamentos⁹.

La atención al fenómeno migratorio venezolano en Colombia ha supuesto la creación de estrategias por parte del Estado y de los gobiernos locales, así como de agencias de cooperación internacional y organizaciones no gubernamentales, cuyos esfuerzos buscan resolver las necesidades que enfrenta la población migrante venezolana en vivienda, alimentación, educación, salud y empleo. En este contexto, el Consejo Nacional de Política Económica y Social, que es la autoridad máxima de planeación en Colombia, expidió el CONPES 3950¹⁰ el cual señala que la atención en salud para la población migrante se ha caracterizado por los altos costos que supone para el sistema de salud colombiano, y por el bajo porcentaje de aseguramiento en salud de la población migrante venezolana.

En Colombia existen cuatro regímenes de Seguridad Social en Salud: contributivo, subsidiado, especial y de excepción. Al régimen contributivo se afilian quienes tienen un contrato de trabajo, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago; al régimen subsidiado pertenecen las personas sin capacidad de pago que contestan una encuesta de caracterización con la cual se determina su situación socioeconómica y se asigna el monto de los subsidios; a los regímenes especial y de excepción pertenecen las fuerzas militares, la policía nacional, los empleados de Ecopetrol, el magisterio (docentes) y los funcionarios de las universidades públicas.

Esta falta de aseguramiento en salud se encuentra relacionada con el hecho de que en el actual contexto migratorio el 57,4% de migrantes están en situación de irregularidad⁹. A ello se le suma que Colombia aún no cuenta con herramientas suficientes para la regularización e integración de la población migrante¹¹; a su vez, la población migrante regular también enfrenta numerosas barreras para su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), relacionadas con un desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud, falta de información al interior de las instituciones y largos procesos burocráticos¹².

Las necesidades en salud de la población migrante venezolana en Colombia son urgentes y están relacionadas con el bienestar de toda la población presente en el territorio colombiano⁷. En este sentido, el sistema de salud colombiano está en la obligación de responder a las necesidades específicas de la población migrante venezolana^{10,13}. Sin embargo, estas respuestas no han sido suficientemente documentadas. Las precarias condiciones de vida de buena parte de la población migrante llaman la atención sobre la necesidad de identificar los problemas que están enfrentando en el acceso a los servicios de salud¹⁴⁻¹⁵.

En el contexto colombiano diferentes herramientas se han creado para monitorear la situación en salud de la población migrante venezolana. El Instituto Nacional de Salud ha contribuido con la vigilancia epidemiológica y el reporte de la situación de salud de la población migrante¹⁶; por su parte el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) creó mediante la circular 00029 de 2017 un Cubo de prestación de servicios de salud de atenciones realizadas a personas extranjeras dentro de los servicios de salud colombianos¹⁷.

Algunos indicadores que permiten dar cuenta de la precaria situación en la que se encuentra la población migrante y refugiada en Colombia y su relación con la salud son, por ejemplo, el reporte del MSPS, según el cual de las 8.209 mujeres gestantes que llegaron a Colombia desde Venezuela 6.304 no tuvieron ningún control prenatal¹⁸, el hecho de que de acuerdo con los datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social en el 2019 el 85% de las atenciones a niñas y niños venezolanos fueran por infecciones respiratorias agudas, el 46% de las atenciones en salud materna fueran por morbilidad materna extrema, y el 39% de las atenciones por enfermedades infecciosas fueran por VIH/Sida¹⁹. Las precarias condiciones de vida de buena parte de la población migrante y refugiada, sus necesidades de servicios básicos de salud, las barreras para el aseguramiento y expectativas frente al sistema de salud colombiano están afectando la garantía del derecho a la salud de esta población¹¹.

Adicionalmente, se han adelantado diferentes investigaciones sobre la salud de esta población, algunas se han referido a sus modos de vida y a la salud mental, mientras que buena parte de ellas se han concentrado en las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante y refugiada venezolana^{15,20-21}. Con todo, todavía persisten numerosas preguntas respecto a la salud de la población migrante y a sus necesidades, barreras y expectativas frente al sistema de salud colombiano¹¹.

En general, estos análisis han llamado la atención sobre el hecho de que las necesidades insatisfechas en salud de la población migrante venezolana en Colombia son múltiples y la demanda de servicios de salud se ha incrementado en los últimos tres años. Entre enero y octubre del 2019, 372.835 personas migrantes y refugiadas provenientes de Venezuela habían accedido a los servicios de salud en Colombia, lo cual supuso un aumento del 46% con respecto a la misma población atendida en el año anterior¹⁹. Colombia ha realizado ajustes que facilitan la regularización²², pero aún no se cuenta con mecanismos suficientes para garantizar dicho proceso a pesar del decreto 216 recientemente expedido conocido como el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos, que además de proteger a esta población busca facilitar los procesos para su regularización¹³. Sin embargo, persisten barreras en el acceso a los servicios de salud, incluso para la población migrante regular que cuenta con capacidad de pago¹².

Como ya se ha mencionado, esta población sigue enfrentando barreras en el acceso a los servicios de salud a pesar de los múltiples esfuerzos por parte del gobierno, agencias de cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales y miembros de la sociedad civil que han trabajado para resolver las necesidades en salud de las personas migrantes y refugiadas. En este sentido, este artículo busca profundizar en las percepciones que tiene la población migrante y refugiada venezolana que se encontraba en el 2019 en seis ciudades de Colombia, frente a la garantía del derecho a la salud, mediante la exploración de las tres dimensiones de la cobertura universal en salud.

Materiales y métodos

Diseño y tipo de estudio

Este es un estudio cualitativo de investigación basado en la teoría fundamentada (también conocida como “grounded theory”) con el fin de comprender la realidad con base en categorías inductivas y categorías emergentes propuestas por las experiencias de las personas²³. Para el cumplimiento del objetivo se realizaron grupos focales de discusión con población migrante y refugiada de origen venezolano.

La investigación se llevó a cabo en Barranquilla, Bogotá, Cartagena, Cúcuta, Riohacha y Santa Marta, las cuales fueron seleccionadas por concentrar los mayores volúmenes de población migrante y refugiada venezolana en el 2019. La **figura 1** presenta un resumen de la información recolectada (**Figura 1**). Con respecto a los grupos focales, se realizaron en total 12 grupos focales con personas migrantes y refugiadas venezolanas mayores de 18 años y separadas por sexo; de esta manera en cada uno de los municipios seleccionados se realizó un grupo focal con hombres y un grupo focal con mujeres.

Reclutamiento de los participantes de los grupos focales

La búsqueda y reclutamiento de los participantes a la investigación tuvo una duración de una semana y se llevó a cabo entre 20 y 26 de octubre de 2019. Los participantes de los grupos focales fueron invitados mediante una estrategia de muestreo no probabilístico por redes, centrada en las clínicas de Profamilia y apoyadas por algunas organizaciones que atienden a esta población. Uno de los sesgos de selección de este tipo de muestra no probabilística

es que las redes y clínicas tienden a seleccionar migrantes con características similares; para mitigar este sesgo se buscó una participación diversa de la población migrante en las ciudades según grupos de edad y género, situación migratoria, actividad económica. Sin embargo, la mayoría de las

personas participantes eran personas que no habían regularizado su situación y que no contaban con un trabajo formal, dejando de lado las experiencias de personas que probablemente están en una mejor posición frente al sistema de salud.

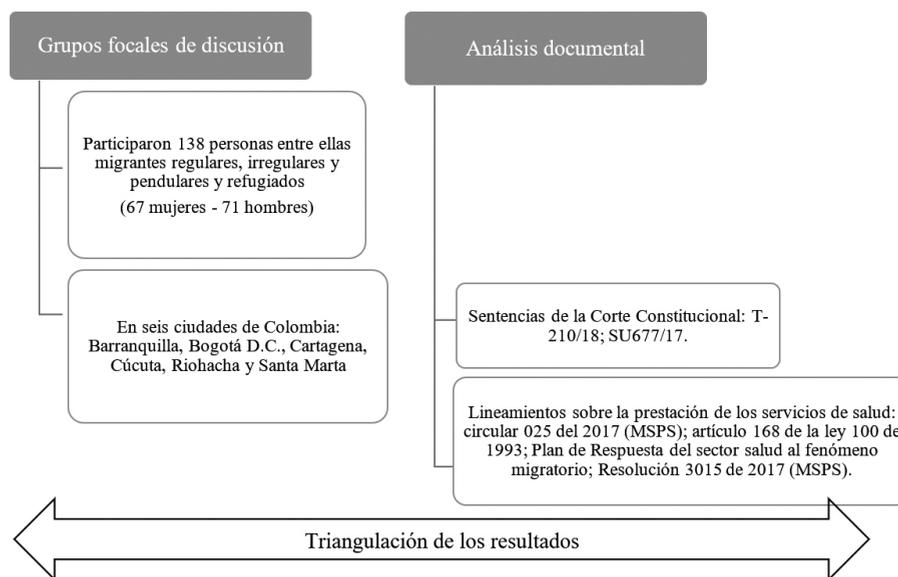


Figura 1. Descripción de los materiales utilizados durante la investigación.

Fuente: autores a partir del protocolo de investigación.

El proceso de organización de los grupos focales respondió a los siguientes procedimientos. Los grupos focales fueron presenciales y se realizaron dos por cada ciudad según sexo (un grupo para las mujeres y otro para los hombres); estos tuvieron lugar en las seis ciudades casi de forma simultánea y fueron llevados a cabo entre 28 de octubre y 5 noviembre de 2019. La duración promedio de los grupos focales varió entre 60 – 90 minutos. Por otro lado, los criterios de inclusión de los participantes fueron: ser hombre o mujer migrante y/o refugiado venezolano mayor de 18 años y residir en alguna de las seis ciudades seleccionadas para la investigación; se excluyeron personas colombianas retornantes. Aquí vale la pena mencionar que el tipo de migrante (irregular, regular, pendular) o tenencia de un Permiso Especial de Permanencia no fueron criterios para excluir participantes en el estudio.

Con respecto a la muestra, en total 138 migrantes y/o refugiados participaron del estudio, con un promedio de 11,5 participantes por cada grupo focal; 3 personas fueron excluidas de la investigación porque no eran migrantes o refugiados de origen venezolano.

En total, se realizaron 12 grupos focales, uno con hombres y otro con mujeres en cada uno de los municipios en los que se realizó la investigación. La muestra no probabilística tuvo paridad en términos de sexo-género, el 49% de las participantes eran mujeres; la mayoría de las personas participantes (52,9%) estaban entre los 18 y los 29 años, aunque también se contó con una participación importante de personas entre los 30 y los 49 años (29,0%) y en menor medida personas mayores de 50 años (10,9%); el 7,3% de las personas participantes no respondió a esta pregunta. Finalmente, las personas participantes de los grupos focales provenían de 16 de los 24 estados que componen Venezuela. Para todos los municipios el tiempo medio de permanencia en Colombia de los participantes fue de 12,35 meses, este tiempo fue mucho menor en las ciudades fronterizas, en Riohacha el tiempo medio fue de 4,7 meses y en Cúcuta de 6,4; finalmente, los valores más altos del tiempo medio de permanencia en Colombia se presentaron en Cartagena (19,5 meses) y Barranquilla (18,9 meses). Es relevante aclarar que no se realizó ningún seguimiento posterior a la implementación de la investigación.

Instrumento para grupos focales

Para la realización de los grupos focales se diseñó un instrumento que fue probado en dos grupos focales realizados en el municipio de Soacha (Cundinamarca); posteriormente, se ajustó de acuerdo con los resultados de la prueba piloto: se detectó que la estructura del instrumento requería cambios para facilitar la fluidez de los relatos y la necesidad de reformular algunas preguntas para facilitar su comprensión. El instrumento aplicado exploró los siguientes ejes temáticos: necesidades, en esta sección se indagó sobre las preocupaciones que sienten las personas migrantes respecto a su salud dentro del contexto migratorio, con especial énfasis en la salud mental; barreras de acceso en la atención en salud, sección en la que se indagó en mayor detalle sobre algunas de las preocupaciones expresadas en la sección anterior y que estaban directamente relacionadas con barreras de acceso a los servicios de salud. El punto de esta sección fue profundizar en estas barreras.

Otro de los ejes temáticos fue la cobertura universal en salud, en esta sección se indagó sobre el conocimiento de la población migrante y refugiada de los servicios de salud, la oferta y la protección financiera dentro de la respuesta humanitaria. La discusión en esta sección estuvo principalmente orientada por 3 grandes preguntas: ¿A quién se cubre? ¿Qué servicios de salud son cubiertos?, y ¿Cuál es la proporción de costos cubiertos? Cada uno correspondiente a uno de los componentes de la cobertura universal en salud. Finalmente, se exploró el eje temático de desenlaces, experiencias y expectativas, en donde se indagó sobre las expectativas frente a su salud como personas migrantes en Colombia, esto para un total de cuatro ejes temáticos.

Es importante aclarar que este artículo se estructura principalmente según las experiencias de los migrantes y refugiados con respecto a las tres dimensiones indagadas de la Cobertura universal en salud dentro de la respuesta humanitaria: aseguramiento en salud; servicios de salud y mecanismos de protección financiera. En otros artículos se abordan las necesidades y barreras de acceso en salud de la población migrante.

Análisis de la información

Los grupos focales fueron grabados, transcritos y posteriormente codificados mediante el software N-Vivo 12, por una de las autoras de este artículo, que validó las categorías de análisis con todo el equipo de investigadores; en este sentido, las categorías de codificación están alineadas con las temáticas abordadas por el instrumento. Posteriormente, se contrastó esta información con los resultados del análisis documental que se hizo de los lineamientos y la jurisprudencia existente respecto a la atención en salud de la población migrante en Colombia. Finalmente se sintetizaron los resultados de ambos métodos al analizar las tres dimensiones de la cobertura universal en salud: aseguramiento, servicios de salud y protección financiera.

Resultados

Los resultados presentados a continuación se encuentran organizados de acuerdo con las tres dimensiones de la cobertura universal en salud: i) aseguramiento en salud, ii) prestación de servicios de salud y iii) mecanismos de protección financiera. Aunque en la práctica estos temas se encuentran yuxtapuestos, el análisis propuso separarlos con el fin de identificar de manera concreta las necesidades y dificultades que están enfrentando las personas migrantes y refugiadas en materia de salud. En esta sección se presenta primero un resumen de los resultados obtenidos mediante los grupos focales y el análisis documental, y en segundo lugar un análisis a profundidad de la información recolectada mediante los grupos focales.

Respecto a la respuesta del sistema de salud colombiano y los vacíos y problemas que persisten, la **tabla 1** recoge algunas de las acciones que ha implementado el sistema de salud colombiano como parte de la respuesta ante la emergencia humanitaria (**Tabla 1**). Igualmente, describe los desafíos y problemas en la práctica que se pudieron recoger de las percepciones y experiencias de las personas migrantes y refugiadas entrevistadas.

Tabla 1. Respuestas del sistema de salud y desafíos y problemas en la práctica, enfrentados por la población migrante y refugiada.

Dimensión Cobertura Universal en Salud	Documentos que orientan la respuesta del sistema de salud colombiano	Desafíos y problemas en la práctica enfrentados por la población migrante
Aseguramiento en salud	Afilación al SGSS Extranjeros, migrantes o refugiados deben inscribirse a una EPS y contar con algún documento de permanencia legal en Colombia, para acceder al SGSS.	<ul style="list-style-type: none"> • Imposibilidad de afiliarse al sistema de salud, incluso aun regularizando su situación migratoria. • Falta de información de calidad sobre cómo navegar a través del sistema de salud colombiano. • Precarias condiciones laborales que dificultan el aseguramiento
	Lineamientos para la afiliación en salud: Circular 025 de 2017 del MSPS	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de los lineamientos para afiliación al sistema de salud a nivel local y territorial.
	Garantía del derecho a la salud desde las entidades territoriales.	<ul style="list-style-type: none"> • Vulneración del derecho de la salud por parte de las mismas entidades territoriales. • Desconocimiento por parte de la entidad territorial del flujo de recursos desde el gobierno nacional para atender la salud de las personas migrantes y refugiadas.
Prestación de servicios de salud	<p>Cuatro componentes de la prestación de servicios.</p> <p>1. <u>Atención de urgencias:</u> Artículo 168 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y la Ley 1751 de 2015.</p> <p>2. <u>Vigilancia epidemiológica:</u> - Contención de enfermedades de interés en salud pública. - Cerco nacional de vacunación.</p> <p>3. <u>Garantía del aumento de aseguramiento en salud:</u> - Estrategia de afiliación para retornados al SGSS (Subsidiado) - Estrategia para la población registrada con PEP (avanzando en afiliación régimen subsidiado y caracterización del SISBÉN).</p> <p>4. <u>Estrategia de atención de grupos y eventos prioritarios:</u> - Intensificar labores de fortalecimiento institucional y vacunación - Equipos de apoyo para fortalecer el monitoreo mediante el SIVIGILA - Atención prioritaria extramural, PyP y manejo clínico de nutrición y cuidado materno-infantil y VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente apropiación de los lineamientos del gobierno para garantizar la atención en urgencias. • Ambigüedades en la interpretación de las urgencias, que como resultado crea barreras en el acceso. • Xenofobia y discriminación por parte de los prestadores de los servicios de urgencias. • Reforzar la vigilancia epidemiológica en situaciones de salud, principalmente en las enfermedades infecciosas de niñas y niños, violencia de género y salud mental de la población migrante y refugiada. • Reforzar la atención primaria de los niños y las niñas para responder a necesidades de nutrición, infecciones y salud mental. • Las personas migrantes desconocen los lineamientos y la oferta de servicios de salud. • Falta de acceso a exámenes de diagnóstico y diagnósticos tempranos, principalmente aquellas en condición irregular. • Necesidad de implementar actividades preventivas en salud • Exclusión social en el acceso a diagnósticos, tratamientos y cuidados continuos.
	<p>Derecho a la atención en salud: Corte Constitucional: T-210/18</p> <p>Derecho a la atención en Salud materna: Corte Constitucional: SU677/17.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de la jurisprudencia de la Corte Constitucional a nivel local y territorial. • Vulneraciones del derecho a la atención en salud, en particular para mujeres migrantes gestantes, adolescentes, adultos y adultos mayores. • Persiste la imposibilidad de acceso a suministros médicos y medicamentos. • Vacío en el acceso a controles prenatales y servicios postparto para las mujeres migrantes y refugiadas, principalmente irregulares. • Ajustar los servicios de salud materna e infantil a las necesidades y especificidades de las mujeres gestantes. Eliminar todas las formas de barrera y estigma.
Protección financiera	Derecho a la salud sin importar la falta de recursos económicos de quien la requiere. Corte Constitucional SU677/17.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de oportunidades de trabajo, gasto de bolsillo en salud y empobrecimiento; a pesar de tener un estatus migratorio regularizado. • Cobros por atención primaria. • Cobros por exámenes de diagnóstico. • Cobros por suministros médicos y medicamentos. • Cobros por suplementos nutricionales.

PEP: Permiso Especial de Permanencia; PyP: Promoción y Prevención. SGSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud; MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social; EPS: Empresa Promotora de Prestación de Servicios.

Fuente: autores a partir del análisis de los grupos focales y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

A continuación, se analizan con mayor profundidad las barreras y dificultades enfrentados por la población participante de la investigación en cada una de las dimensiones de la cobertura universal en salud.

Aseguramiento en salud

Durante los grupos focales se evidenciaron los retos que enfrenta el país para garantizar el aseguramiento de la población que se encuentra dentro del territorio nacional, que incluye a la población migrante y refugiada. Entre las personas participantes de la investigación se identificaron barreras y dificultades para lograr el aseguramiento al SGSSS relacionadas con el estatus migratorio (regular o irregular), las trabas burocráticas y la desinformación por parte de los funcionarios y las instituciones a cargo del proceso.

En lo referente al estatus migratorio se evidenció que las personas migrantes irregulares o quienes por alguna razón han perdido sus documentos, enfrentan los mayores obstáculos para lograr el aseguramiento. Al respecto, la falta del PEP, documento que permite la identificación de los nacionales venezolanos en Colombia y que les permite una estancia temporal en el país en condiciones regulares, supone la imposibilidad de la población migrante y refugiada para afiliarse al régimen subsidiado y para conseguir un empleo en el sector formal que garantice su afiliación al régimen contributivo:

- “Yo los veo bien, es que nos limita porque no tenemos [silencio]
- El papel pertinente.
- No tenemos carné.
- O sea, no tenemos el SISBÉN, y para adquirir eso ya tenemos la barrera.
- Por lo menos un ejemplo, una cosa que voy a decir, ahorita las personas que están tienen ya vivienda, eso lo he visto yo, están en su vivienda, llega el SISBÉN, usted vive en este barrio, llega el SISBÉN, y a ese lo censan.
- Entonces necesitaríamos una estabilidad.
- Pero es por lo mismo, porque ya tiene dónde vivir, entonces ya tú vas a tener tu cobertura ahí, y ahorita nosotros que estamos en calidad de refugiados, si nos permiten el SISBÉN. [Pero] si yo me voy para Bogotá, y tú te vas para Perú, mientras

tú llegas a Perú tú no puedes firmar una asistencia en Barranquilla.”

Participantes de grupo focal con mujeres en Riohacha.

En general, se identificaron diferentes situaciones de personas migrantes y refugiadas sin aseguramiento: personas irregulares sin PEP y sin afiliación al SGSSS, personas con PEP pero que no cuentan con afiliación y personas con PEP cuya afiliación está en trámite. Ahora bien, aunque la falta de este documento es la principal barrera para lograr el aseguramiento, no es la única. Las personas que sí cuentan con este, pero no han logrado el aseguramiento señalaron que a pesar de tener la opción de afiliarse al SGSSS, se sienten abrumados por la burocracia y los trámites que acompañan el proceso:

“La preocupación es, aquí, prácticamente nosotros un día perdido de no camellar, un día de preocupación para uno en la semana. O sea, a veces uno prefiere irse a camellar que hacer la diligencia de sacar el PEP, que es el permiso de permanencia, a través de eso viene lo del SISBÉN, hasta un mini trabajo [...]”

Participante de grupo focal con hombres en Barranquilla.

Así mismo, los procesos para lograr la afiliación fueron descritos como “engorrosos”, “desgastantes” y “demorados”, por lo cual en muchas ocasiones, aunque es una prioridad lograr el aseguramiento, la necesidad de ocuparse en actividades económicas para garantizar su supervivencia les impide la realización de los trámites necesarios.

Finalmente, las dificultades para el aseguramiento también se ven agudizadas por el desconocimiento de la población migrante sobre el funcionamiento del SGSSS; durante los grupos focales pudo evidenciarse la desinformación de las personas migrantes y refugiadas acerca de cuáles eran los tipos de afiliación posibles, cómo funciona el SISBÉN y cuáles son los trámites para obtener el PEP.

Prestación de servicios de salud

Dadas las respuestas de las agencias humanitarias y del gobierno colombiano, la población migrante y refugiada ha logrado acceder a servicios de salud, sin embargo, el acceso ha sido diferenciado según la

septiembre-diciembre

situación particular de aseguramiento de las personas y el lugar en el que se encuentran. Aunque el MSPS acata las normativas internacionales respecto al hecho de que toda urgencia debe ser atendida, durante los grupos focales se identificaron dos barreras principales: entre los prestadores de servicios existen diferentes interpretaciones sobre qué urgencias deben atender; y las necesidades en salud de la población migrante y refugiada no solo están en el espectro de las urgencias médicas, sino que también se concentran en cuidado y tratamiento continuo de enfermedades crónicas.

Respecto a la primera barrera, durante los grupos focales se identificó que la negación de los servicios de urgencia para la población migrante y refugiada era principalmente resultado de la desinformación, el estigma y la xenofobia por parte de los prestadores de servicios de salud:

“Bueno, según tengo entendido en cuestiones de salud, los primeros auxilios deben ser prestados - no importa si la institución es pública o privada - en cualquier parte del mundo, cosa que he visto que acá no se presta. Según el caso ¿me entiende? entonces son cuestiones que no prestan atención a lo que es por ejemplo urgencias o emergencias, si uno no tiene por ejemplo una buena EPS que pueda costearlo [...]”

Participante de grupo focal con hombres en Cartagena.

La negación de los servicios de urgencias a la población migrante y refugiada fue un tema recurrente que no solo permitió identificar las barreras impuestas por parte de los prestadores, sino también el desconocimiento por parte de la población venezolana de sus derechos en el acceso a los servicios de salud. En términos de las barreras impuestas por parte de los prestadores, se evidenció que en varias ocasiones habían negado la atención a migrantes que presentaban urgencias, como partos y accidentes. Adicionalmente, muchos de los participantes de la investigación que mencionaron haber acudido a un servicio de salud de urgencias en Colombia, reportaron que no habían obtenido información previa sobre qué es considerado una urgencia, cómo se determina, y en qué lugares se prestan estos servicios. Al respecto se pudo identificar que estos conocimientos se adquieren mientras la urgencia ocurre, dificultando la búsqueda y exigencia oportuna de los servicios.

Desafíos para la garantía del derecho a la salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia en 2019

En cuanto a la segunda barrera, a las necesidades en salud que no son urgencias médicas, se identificó que es necesario garantizar el acceso a los servicios de atención básica, especializados y de cuidado continuo e integral. El hecho de que las personas que no cuentan con aseguramiento, no tengan acceso a servicios de salud diferentes a urgencias, tiene efectos sobre su salud y contribuye a que los desenlaces en su salud sean negativos:

“Como dijo ella, no tenemos cómo hacernos un chequeo de mamografía, citología, si estamos enfermas, por ejemplo, yo, hace como un mes me enfermé y fui para el médico y no me aceptaron porque era venezolana, tenía que pagar la consulta.”

Participante de grupo focal con mujeres en Barranquilla.

Una de las principales preocupaciones de quienes han experimentado la falta de atención y tratamiento médico es que, sin la atención adecuada durante los primeros síntomas, la situación puede empeorar y generar mayores afectaciones y complicaciones; por ejemplo, las dificultades de acceso a consultas prenatales de las mujeres gestantes pueden impedir prevenir problemas durante el parto. Además, durante las conversaciones se pudo identificar que la falta de acceso a los servicios los impulsa a la automedicación o a no acudir a los servicios de salud por la misma u otra causa:

“[...] estábamos haciendo la cola para que nos atendieran porque estaba así con bastantes flemitas y nos dijeron: — ¿tiene PEP? - no, - chao, adiós papá—. Compré un remedio y se lo di, en la farmacia pregunté, se llama Mucosina, me lo vendió el doctor, el que atiende...”

E: ¿El de la droguería?

P: El que atiende, me dice, déselo tantas horas, tantas gotas y gracias a Dios se me mejoró.”

Participante de grupo focal con hombres en Bogotá.

Con relación a las dificultades que enfrenta la población migrante y refugiada para acceder a servicios especializados de cuidado continuo e integral se debe tener en cuenta que algunos de los participantes de los grupos focales mencionaron que ellos o sus parientes habían salido de Venezuela por necesidades en salud que ya no están siendo

atendidas en Venezuela debido a la crisis, lo cual supone riesgo para la garantía de sus derechos. Según las y los participantes, el sistema de salud colombiano parece no haber diseñado estrategias suficientes para garantizar la prestación de estos servicios a población migrante y refugiada irregular; frente a esto, algunas de las necesidades en salud que mencionaron fueron: exámenes y servicios de apoyo diagnóstico, por los cuales generalmente se les cobra como particulares; y servicios médicos especializados necesarios para el tratamiento de neoplasias, enfermedades del corazón, dolores crónicos, entre otras.

Protección financiera

La población migrante y refugiada en Colombia enfrenta condiciones específicas de vulnerabilidad relacionadas con la precariedad de las condiciones laborales, el estatus migratorio y la falta de aseguramiento en salud. En este contexto, el acceso a los servicios de salud tiene consecuencias económicas negativas sobre las vidas de las personas migrantes y refugiadas. Las dificultades antes mencionadas en términos de aseguramiento y acceso a los servicios de salud han ocasionado que en muchas ocasiones las personas migrantes y refugiadas se vean obligadas a pagar altos costos por los servicios que requieren:

“Y nosotros venimos de Venezuela, recuerdo [...] porque mi mamá es colombiana, mi mamá tuvo muchos privilegios en cuanto a salud, o sea, allá te pueden atender, sin documentos, pero te atiende, el ecuatoriano, el venezolano. Y nosotros hemos llegado aquí y eso no ha sucedido; entonces, mi esposo tiene un dolor de muela, con una muela caída, 30 mil pesos, [pero] que, si yo pago los 30 mil pesos no como, entonces es algo que para mí no está bien.”

Participante de grupo focal de mujeres en Santa Marta.

La población migrante y refugiada ha tenido que asumir como gasto de bolsillo los costos de la atención, el tratamiento, y la hospitalización, sin haber recibido suficiente información acerca del porqué de estos cobros, ni de si tienen o no el derecho a recibir los servicios sin asumir estos costos. Si bien esta situación se exagera entre quienes se encuentran en situación de irregularidad, también fue mencionada por las personas que se encuentran

afiliadas al SGSSS a quienes en diferentes ocasiones y para ciertos servicios se les han impuesto costos por la atención que reciben. Durante los grupos focales se pudieron identificar anécdotas que hacían referencia a cuentas de más de 1 millón de pesos por cirugías; a las dificultades de asumir los costos de los medicamentos recetados por el personal prestador de servicios; e incluso a cuentas no pagadas que les habían obligado a huir de los servicios porque no contaban con el dinero suficiente para pagarlos o por temor a los costos de la atención recibida.

“Y eso es un trauma, entonces, si te lo ven, sí, pero como “no es nada grave señora, tiene que pagar \$18.000”, la pura consulta, más los medicamentos que el niño requiera y si se queda hospitalizado es otra cantidad de plata. Y uno aquí que no tiene trabajo porque como uno no tiene papeles, no tiene trabajo físico y de dónde saca uno, o sea que para una emergencia mínimo tiene que llevarse por bajito \$50.000 pesos, para una emergencia.”

Participante de grupo focal con mujeres en Barranquilla.

Sin embargo, no debe dejar de mencionarse que algunas de las personas que participaron de la investigación mencionaron que incluso siendo migrantes irregulares habían tenido acceso a servicios de salud sin costo. Lo anterior es el resultado del trabajo de fundaciones, agencias de cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales y organizaciones privadas, y algunas instituciones del sistema de salud que se han concentrado en suplir muchos de los servicios, medicamentos e insumos por los cuales la población migrante y refugiada habría tenido que pagar. A pesar del aumento de las ayudas, según la perspectiva de algunas de las personas que participaron de esta investigación, estas parecen seguir siendo insuficientes para satisfacer sus necesidades en salud.

Discusión

A partir de los anteriores resultados puede identificarse que la población migrante y refugiada de origen venezolano no está logrando una cobertura universal en salud en ninguna de las tres dimensiones que hacen parte de la cobertura universal en salud: aseguramiento, prestación de servicios y protección financiera dentro del territorio colombiano. Si bien es cierto que el proyecto de la Cobertura Universal

septiembre-diciembre

en Salud implica retos y desafíos para los sistemas de salud de todo el mundo²⁴, estos retos se agudizan en los contextos migratorios, particularmente porque la población migrante y refugiada suele ser dejada atrás²⁵. Al respecto, la evidencia existente ha llamado la atención sobre la necesidad de garantizar la cobertura universal en salud a la población migrante y refugiada, y particularmente a la población migrante irregular que suele enfrentar las mayores vulnerabilidades^{6,8}.

Sin embargo, es importante reconocer que garantizar la cobertura universal en salud sigue siendo un reto para la población colombiana y que en este sentido muchas de las dificultades que está enfrentando la población migrante venezolana en la garantía de su derecho a la salud, son similares a las que enfrenta la población colombiana¹¹. Esto fue incluso identificado durante los grupos focales por parte de las personas participantes de la investigación. A pesar de eso, los resultados permiten identificar dificultades específicas que tienen que ver con la condición de ser migrantes, o personas sin nacionalidad colombiana, los lugares de llegada y tránsito en los que buscan los servicios de salud, y las formas de violencia, discriminación y xenofobia¹².

Para ello el punto de partida es que la cobertura universal en salud es una herramienta fundamental, aunque no la única, para que en la práctica se garantice el derecho a la salud. Si bien es cierto que el sistema de salud colombiano también enfrenta numerosos retos en la garantía del derecho a la salud de la población colombiana y aún no ha logrado la cobertura universal en salud, entender la migración de manera positiva permite evidenciar cómo el fenómeno migratorio exacerba algunos de los vacíos y problemas del sistema de salud de la población de acogida, a la vez que se presenta como una oportunidad para mejorar estos problemas y posibilitar una reflexión sobre sistemas de salud más completos y resilientes⁷.

En el contexto colombiano se ha adelantado muy poca investigación sobre la garantía de la cobertura universal en salud para esta población, en su mayoría la investigación se ha concentrado en la identificación de necesidades y barreras en el acceso a servicios específicos de salud^{15-16,20-21}. Específicamente se han encontrado trabajos que exploran las necesidades percibidas por la población migrante^{11,15} y un estudio comparativo sobre las políticas internacionales en salud en México y Colombia²⁶. Adicionalmente, una

Desafíos para la garantía del derecho a la salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia en 2019

investigación del contexto chileno dio cuenta de que las necesidades en salud a corto y a mediano plazo son menos percibidas entre la población migrante comparada con la población de acogida²⁷, lo cual puede indicar que las dificultades en el acceso a los servicios tienen efectos negativos sobre la demanda.

En el caso español, los estudios sobre el acceso a la salud de la población migrante señalan que la población migrante y receptora tiene necesidades en salud similares²⁸, y adicionalmente que el personal de salud considera que la población migrante no está enfrentando barreras²⁹. Aunque los resultados de estas investigaciones contrastan con los presentados en este artículo, lo cual seguramente es resultado de las diferencias en el fenómeno migratorio, dan cuenta que como parte de los procesos de aceptación e integración de la población migrante se hace necesario el trabajo con el personal de salud para la eliminación de barreras, así como la resolución de los problemas de la población migrante en igualdad de condiciones frente a la población receptora.

Por otro lado, un estudio publicado en el 2018 sobre salud y migración desde la perspectiva Iberoamericana³⁰ ha señalado que el acceso y la cobertura universal en salud de la población migrante en la región es deficiente y que a pesar de los diferentes mecanismos con los que se cuentan en los países para atender las necesidades en salud, los migrantes irregulares están más expuestos a enfrentar barreras y problemas de aseguramiento, lo cual coincide con los resultados de esta investigación.

A pesar de lo anterior, la presente investigación también presenta algunas limitaciones relacionadas con el diseño metodológico. En primer lugar, al tratarse de un estudio cualitativo sus conclusiones no son representativas de la población migrante ni de las ciudades analizadas, sin embargo, permiten conocer de primera mano las experiencias, necesidades y barreras enfrentadas por una población sobre la cual aún no se tiene suficiente información.

En segundo lugar, la investigación con población migrante supone retos, particularmente por las dificultades de convocar a las personas que actualmente se encuentran en proceso migratorio. A pesar de ello, durante los grupos focales se buscó contar con la participación de personas con diferentes experiencias migratorias, aunque esto dependió de las dinámicas de cada una de las ciudades en las cuales se recolectó la información.

Finalmente, una de las dificultades metodológicas tiene que ver con la imposibilidad de identificar las diferencias en la situación de la población migrante y refugiada, esto se debe en parte al contexto específico de Venezuela y al hecho de que la solicitud de refugio no supone que necesariamente las personas se presenten como refugiadas.

En resumen, los resultados de este trabajo siguen siendo superficiales respecto a la complejidad de la relación entre migración y salud; El Reporte Mundial de Migración de la Organización Internacional para las Migraciones⁷ ha señalado que la relación entre migración y salud es dinámica y compleja y sigue pendiente profundizar en los efectos que la migración de la población venezolana está teniendo sobre la salud de la población migrante, refugiada y de acogida en Colombia desde diferentes enfoques.

Conclusión

Este estudio identificó desafíos en las tres dimensiones de la cobertura universal en salud que limitan el acceso efectivo a la atención en salud de los migrantes y refugiados en Colombia. En aseguramiento en salud los migrantes y refugiadas esperan recibir información de alta calidad sobre el derecho a la salud y lograr el aseguramiento al sistema de manera rápida y efectiva. En la prestación de servicios de salud esperan encontrar una oferta de prestadores de servicios de salud que apropien los lineamientos del gobierno de forma efectiva y equitativa, y libre de discriminación y xenofobia. Y con respecto a aumentar los mecanismos de protección financiera la expectativa es la eliminación de pagos directos. Esta evidencia puede contribuir como un insumo para mejorar las estrategias y los mecanismos de aseguramiento en salud, prestación de servicios de salud y protección financiera de los migrantes y refugiados venezolanos.

Agradecimientos

A las personas migrantes venezolanas, hombres y mujeres que contribuyeron con su valioso tiempo compartiendo sus historias, intereses y necesidades durante los grupos focales, aun cuando estaban pasando momentos difíciles. Al personal de Profamilia en cada una de las ciudades en que se llevó a cabo la investigación por apoyar la realización del trabajo de campo.

Consideraciones éticas

Esta investigación fue revisada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de Profamilia (CEIP) mediante el oficio CEIP-2019-19. De acuerdo con el artículo 11 de la Resolución N2 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, este estudio no supuso riesgos para sus participantes.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. [Internet]. Folleto sobre los objetivos de desarrollo sostenible. 2015. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/corporate/sustainable-development-goals-booklet.html>
2. Pérez A. Hacia la cobertura sanitaria universal. El concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2013; 87(1): 1-2. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17025627001>
3. OPS: Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Cobertura universal de Salud. Preguntas Frecuentes. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9748:cobertura-universal-salud-preguntas-frecuentes&Itemid=40690&lang=en
4. WHO: World Health Organization [Internet]. Health Financing for Universal Health Coverage.
5. World Health Organization. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts. Health financing guidance note No 9. Conference Copy. Geneva: WHO; 2019.
6. Abubakar I, Zumla A. Universal health coverage for refugees and migrants in the twenty-first century. BMC Med. 2018; 16: 216.
7. International Organization for Migration. World Migration Report 2020. Geneva: IOM; 2019.
8. Onarheim KH, Melberg A, Meier BM, Miljeteig I. Towards universal health coverage: including undocumented migrants. BMJ Glob Heal. 2018; 3: e001031.
9. Migración Colombia. Total de Venezolanos en Colombia. Corte a 31 de diciembre de 2019. Bogotá: Migración Colombia; 2019.
10. Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 3950: Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. Bogotá: DNP; 2018.
11. Fernández-Niño JA, Luna-Orozco K, Navarro-Lechuga E, Flórez-García V, Acosta-Reyes J, Solano A, et al. Necesidades percibidas de salud por los migrantes desde Venezuela en el asentamiento de Villa Caracas – Barranquilla, 2018: reporte de caso en salud pública. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud. 2018; 50(3): 269-76.
12. Asociación Profamilia, OFDA. Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria? Bogotá: Profamilia; 2020.
13. Ministerio de Relaciones Exteriores. Decreto 216. Bogotá: Ministerio de Relaciones Exteriores, República de Colombia; 2021.
14. Bermúdez Y, Mazuera-Arias R, Alborno-Arias N, Peraza, Morffe MA. Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran (9 de abril al 6 de mayo de 2018). San Cristóbal, Venezuela: Servicio Jesuita a Refugiados (SJR); 2018.
15. Asociación Profamilia. International Planned Parenthood federation. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante

septiembre-diciembre

- venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. Bogotá; 2019.
16. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal: Análisis del riesgo en Salud pública en el marco del flujo migratorio. Bogotá; 2019.
 17. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular externa 000029. Bogotá; 2017.
 18. Ministerio de salud y protección social. Aseguramiento y atención a población migrante proveniente de Venezuela. Bogotá; 2018.
 19. Asociación Profamilia, Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional. Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA-USAID). Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria?. Bogotá; 2020.
 20. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Sobczyk RA, Acosta-Reyes J, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2019; 51(3): 208-19.
 21. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Migrantes venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Bogotá; 2019.
 22. Ministerio de relaciones exteriores. Gobierno Nacional lanza paquete de medidas para regularización de ciudadanos venezolanos[Internet]. *Migraciones Colombia*. 29 de enero de 2020.
 23. Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Qual Sociol*. 1990; 13: 3-21.
 24. Torres-Lagunas MA. La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. *Enferm Univ*. 2018; 15(4): 329-31
 25. Organización Internacional de Migración. Cobertura sanitaria universal “No dejar a ningún migrante atrás” [Internet]. 2019; 1-4. Available from: <https://www.iom.int/es/resources/cobertura-sanitaria-universal-no-dejar-ningun-migrante-atras>
 26. Bojorquez I, Flórez-García V, Calderón-Villarreal A, Fernández-Niño JA. Health Policies For International Migrants: A Comparison Between Mexico and Colombia. *Heal Policy OPEN*. 2020; 1.100003
 27. Cabieses B, Oyarte M. Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud. *Rev Saude Publica*. 2020; 54: 20.
 28. López Rillo N, Epelde F. Valoración del uso que hace la población inmigrante de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2010; 22(2): 109-12.
 29. Llosada Gistau J, Vallverdú Duch I, Miró Orpinell M, Pijem Serra C, Guarga Rojas À. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: La voz de los profesionales. *Aten Primaria*. 2012; 44(2): 82-8.
 30. Ortega MÁF, Prato JBR, Mendoza RD, Vázquez JM, Dias MCDC, Losada ADA, et al. La salud de los migrantes y los servicios de salud en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018; 13(Suppl 1): 84-112.