

**AVANCES EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A LAS MUJERES
MIGRANTES VENEZOLANAS EN EL GOBIERNO DE IVÁN DUQUE**

JULIAN GUILLERMO ORTEGA CARRASCAL

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS
MONOGRAFÍA DE GRADO**

2023

**AVANCES EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A LAS MUJERES
MIGRANTES VENEZOLANAS EN EL GOBIERNO DE IVÁN DUQUE**

JULIAN GUILLERMO ORTEGA CARRASCAL
Trabajo de grado para obtener el título de politólogo

Director: Diego Mauricio Moreno

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS
MONOGRAFÍA DE GRADO
BOGOTÁ D.C
2023

Agradecimientos

A mi querida madre por ser la mayor motivación en mi proceso académico y profesional, aunque no está aquí, le debo todo el agradecimiento de lo que he logrado.

A todos los docentes que hicieron parte de mi etapa académica y me apoyaron, en especial el docente Felipe Higuera y mi director Diego Moreno.

Abstract:

The Venezuelan migration to Colombia has been one of the most relevant events in the current history of Latin America. Each of the individuals who have made the decision to leave their place of origin has gone through a series of cost-benefit analyzes according to the possibilities of improving their family's and own's well-being in a new home. For this reason, it is essential to understand and analyze how each of the situations that have pushed migrants to seek a new destination have unfolded, as well as the responses and strategies adopted by States to give rise to the consequent scenarios of migration. Consequently, the present research work will seek to analyze how the advances in the provision of health to Venezuelan migrant women in Colombia were developed during the government of Iván Duque. Throughout what was explored, it was observed that the case study population is strongly differentiated by socioeconomic and geographical characteristics that affect the provision of the health service and, besides, it was verified how there is a series of successes and failures that, although they do not deny health care to Venezuelan women within the territory, they do make it difficult to provide health services to women.

Resumen:

La migración venezolana a Colombia ha sido uno de los eventos más relevantes en la historia actual de América Latina. Cada uno de los individuos que ha tomado la determinación de abandonar su lugar de origen ha pasado por una serie de análisis costo-beneficio conforme a las posibilidades de mejorar su bienestar y el de su familia en un nuevo hogar. Por esto, es primordial entender y analizar cómo se han venido desarrollando cada una de las situaciones que han empujado a los migrantes buscar un nuevo destino, como también a las respuestas y estrategias adoptadas por los Estados para dar pie a los escenarios consecuentes de la migración. En consecuencia, el presente trabajo de investigación buscará analizar cómo se desarrollaron los avances en materia de prestación de salud a mujeres migrantes venezolanas en Colombia durante el gobierno de Iván Duque. A lo largo de lo explorado, se observó que la población caso de estudio se encuentra fuertemente diferenciada por características socioeconómicas y geográficas que inciden en la prestación del servicio de salud y, a su vez, se comprobó cómo existe una serie de aciertos y desaciertos que, si bien no niegan la atención en salud a las mujeres venezolanas dentro del territorio, sí dificultan la prestación de servicios sanitarios hacia las mujeres.

Palabras clave:

Colombia, migración venezolana, sistema de salud colombiano, gobierno Iván Duque

Tabla de contenido

Introducción.....	6
Pregunta de investigación, hipótesis y objetivos:.....	17
Estado del Arte:	18
Vacíos de la investigación:.....	34
Relevancia:.....	35
Metodología:.....	36
Capítulo 1: Marco Teórico	39
Teorías de las migraciones:.....	39
Capítulo 2: las finalidades y propuestas de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud	44
Capítulo 3: el contexto de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, el Sistema de Salud colombiano y sus efectos en la población migrante venezolana.....	52
Capítulo 4: aplicación del modelo DOFA al caso a estudiar.....	66
Conclusiones.....	72

Introducción

Como es bien sabido, Venezuela ha vivido una compleja situación durante la primera década del siglo XXI, donde la desmedida administración de gobiernos como los de Hugo Chávez (2005-2013) y Nicolás Maduro (2013-) han llevado a que el país viva hasta la fecha una fuerte crisis generalizada a nivel económico, social, político, humanitario y migratorio.

Así pues, sectores como el de la economía culminaron en la precariedad del bienestar del pueblo venezolano, pues se presentaron dinámicas como el devaluó del Bolívar (moneda local), la caída de los precios del petróleo (mayor fuente de ingresos del Estado venezolano), la hiperinflación (alcanzando una tasa máxima de inflación en el 2018 del 65.374,08%), el crecimiento del desempleo y el subsecuente aumento de las tasas de delincuencia, entre otros (Ellner, 2019; Statista, 2023).

Así, se generaron problemáticas alrededor de la escasez de bienes de primordial consumo en los hogares venezolanos, para ejemplificar, en el año 2019 se calculaba que el número de salarios mínimos necesarios para comprar la totalidad de la canasta básica correspondía a 22 salarios para la fecha de abril (Chiquiza, 2019). Igualmente, se presentó una marcada declive en la prestación de servicios públicos, como en el caso del Sistema de Salud, Seguridad, Justicia, etc. Por otra parte, la persecución política y la marginalización de la población recrudesció la legitimidad del gobierno, dado su incesante uso de la violencia y por haber cooptado la institucionalidad en nombre del régimen de Nicolás Maduro y sus colaboradores (Ellner, 2019).

Con lo mencionado anteriormente, ya se empiezan a vislumbrar una serie de elementos que han conllevado a la migración de millones de venezolanos alrededor de las Américas. Así mismo, según el Informe sobre la Movilidad Humana Venezolana realizado en 2018, se identificó que existen unos factores de empuje específicos que han incidido en la emigración de esta población, donde, según los datos recogidos en una encuesta de selección múltiple aplicada a 14.578 individuos se indica que: un 72,3% ha emigrado debido a la inseguridad; un 70,8% por la zozobra de lo que pueda pasar en Venezuela, otro 63,1% afirma que lo hacen por la carencia de alimentos; mientras que un 62,9% lo hizo por los altos niveles

de estrés que experimentan en el día a día; un 58,8% por la falta de certidumbre de lo que va a pasar; y un 56,3% por la carencia de medicamentos (Albornoz et al., 2018; Ureña, 2021).

Ahondando en el tema de la salud, sin lugar a duda las diferentes crisis sociales que vive Venezuela han afectado gravemente la salud de los venezolanos, tanto por la desnutrición, como por la falta de medicamentos y la incapacidad del Sistema de Salud para atender correctamente a la población. Esta situación llevó a un equipo de *Human Rights Watch* a evaluar, de la mano de profesionales médicos de salud pública del Centro por la Salud Humanitaria de la Universidad John Hopkins y el Centro de Salud Pública y Derechos Humanos, la situación sanitaria en las fronteras colombianas y brasileñas que son adyacentes a Venezuela. Las conclusiones a las cuales han llegado los expertos dejan entrever una fuerte preocupación por la forma en la cual el gobierno venezolano ha administrado la salud pública, tanto por la escasez de medicamentos como por la falta de difusión de datos e indicadores de salud relevantes, situación que se ha venido presentando desde el 2015 cuando el Ministerio de Salud tomo dicha determinación. A pesar de esto, los pocos datos disponibles confirman los temores de los expertos, ya que se han venido presentando brotes de enfermedades como sarampión, difteria, malaria, tuberculosis, VIH, entre otros (Human Rights Watch, 2018).

Para hacer precisión, el aumento de enfermedades prevenibles mediante la vacunación ha sido una constante que demuestra cómo existen fallos en la cobertura del sistema de salud venezolano. Así, en el 2017 se registraron 7.300 casos de sarampión, para 2018 la cifra fue de 5.500 casos y 64 fallecidos. Esta situación es preocupante, si se tiene en cuenta que entre 2008 y 2015 no se registraron casos de sarampión, con la excepción de un caso registrado en 2012. Con respecto a la difteria, entre 2016 y 2018 se reportaron 2000 supuestos casos de esta enfermedad, de los cuales 1200 han sido confirmados y 200 fueron reportados como decesos. En cuanto a la malaria, las infecciones de este tipo han venido creciendo constantemente, pues de pasar de 36000 reportes en 2009, para el 2017 se detectaron 406000 casos, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este fenómeno es atribuido a la escasez de medicamentos, la falta de control de mosquitos y las actividades mineras ilegales (Human Rights Watch, 2018).

Frente a la tuberculosis, los casos aumentaron de 6000 en 2014 a 7800 en 2016, además, en informes preliminares se calculó que en 2017 se produjeron 10000 casos, siendo

la tasa de incidencia para dicha fecha la de 32,4 por cada 1000.000 personas. En cuanto a los pacientes con VIH, Venezuela es el único país de renta media del mundo donde pacientes con VIH se han visto obligados a suspender su tratamiento dada la escasez de medicamentos antirretrovirales. Por esto, el 87% de las cerca de 79.000 personas que viven con VIH no reciben el tratamiento antirretroviral que formalmente el gobierno venezolano debería garantizar. También se ha visto un crecimiento exponencial de las infecciones por esta enfermedad, viéndose un aumento de 24% entre 2010 y 2016; no obstante, sin lugar a duda el número de infecciones debe ser mayor, puesto que no todos los centros de salud cuentan con las herramientas necesarias para hacer pruebas de detección. Ya en el año 2020 se calculó que las tasas de infección de VIH en Venezuela habían ascendido a 6,7 por cada 100.000 habitantes, y la tasa de mortalidad ajustada por edad en 2018 fue de 13 por cada 100.00 habitantes (Human Rights Watch, 2018; OPS, s.f).

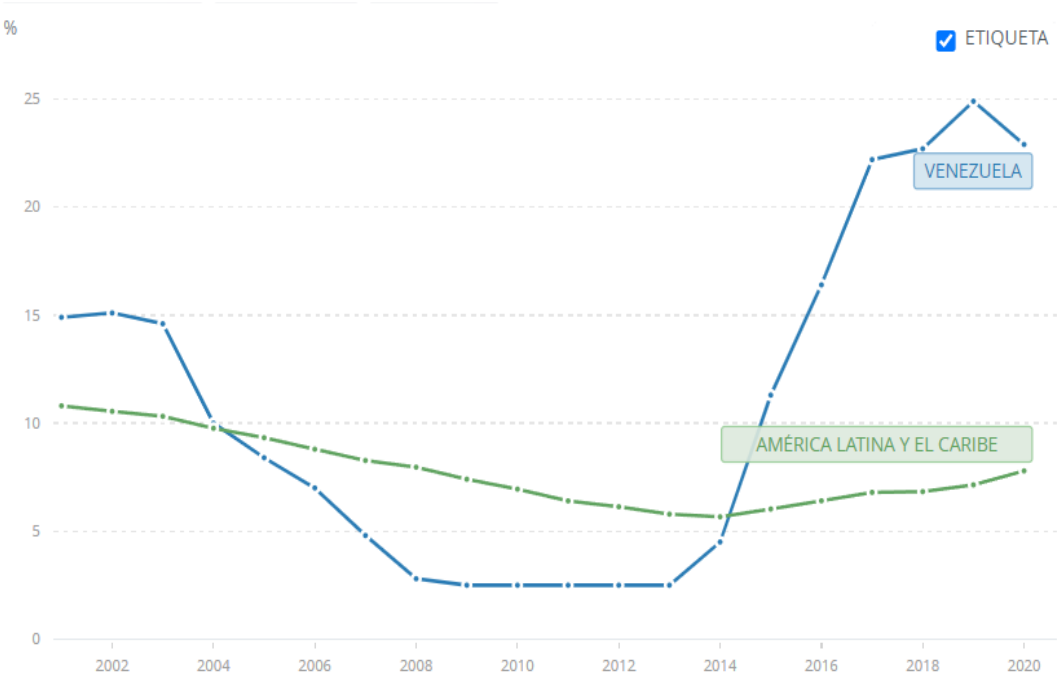
Igualmente, la mortalidad infantil se ha exacerbado, ya que en 2016 las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud de Venezuela registraron un crecimiento de la mortalidad materna del 65% y de la mortalidad infantil del 30% en el plazo de un año. Sin lugar a duda, un factor que ha infligido gran daño a la salud de los venezolanos es la escasez de alimentos y, por consiguiente, el aumento de la desnutrición. Aunque no se han publicado reportes oficiales desde el 2007 sobre el estado de la desnutrición en Venezuela, diferentes organizaciones se han encargado de estudiar este fenómeno. Por una parte, tres prestigiosas universidades venezolanas realizaron una encuesta nacional representativa donde hallaron que el 80% de los hogares venezolanos viven una situación de inseguridad alimentaria (no poseen una fuente segura de alimentos), registrando también que los venezolanos habían perdido en promedio unos 11kg a lo largo del 2017 (Human Rights Watch, 2018).

Por su parte, la organización humanitaria Cáritas Venezuela reportó la presencia de desnutrición aguda moderada a severa en niños de menos de cinco años, con índices que advierte un aumento del 10% en el primer semestre de 2017 y del 17% en marzo de 2018, lo cual encaja en los indicativos de una crisis de acuerdo con la OMS. Esta misma organización detectó en una encuesta llevada a cabo en 2018 que el 48% de las mujeres embarazadas que pertenecen a comunidades de bajos recursos afirman encontrarse en un estado de desnutrición aguda moderada o severa. Por último, el número de niños que ingresan a centros de salud por

desnutrición aguda ha pasado de 18% a 40%, según información proporcionada por profesionales de la salud venezolanos que se contactaron con *Humans Rights Watch* (Human Rights Watch, 2018).

Gráfico No. 1

Prevalencia de desnutrición (% de la población) – Venezuela, RB, Latin America & Caribbean



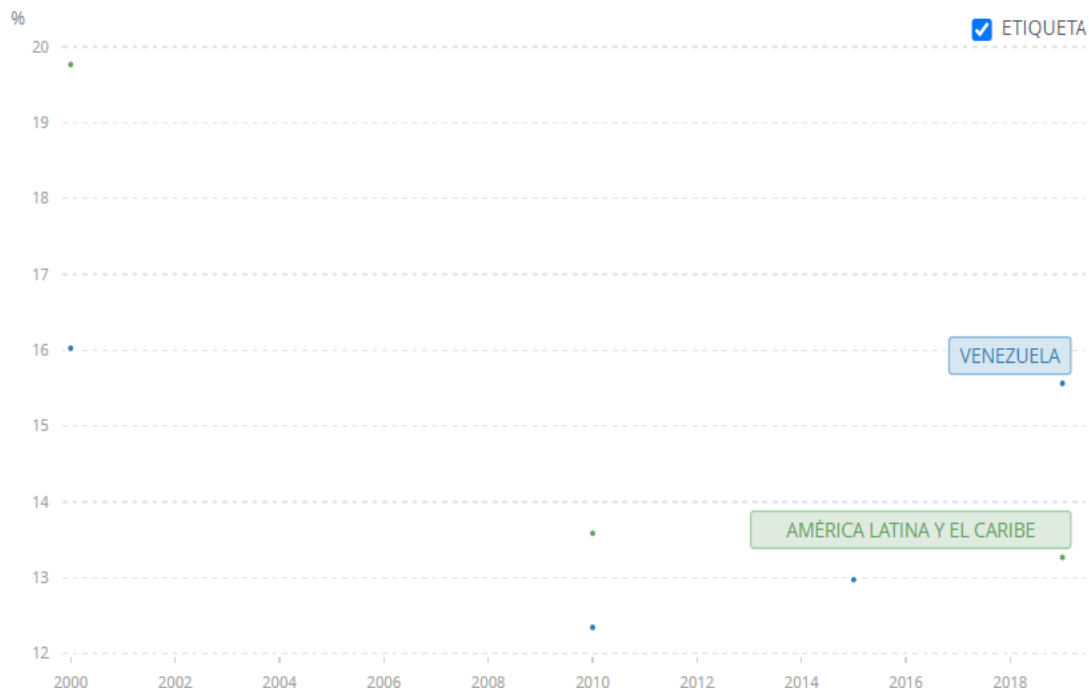
Recuperado de Prevalencia de *Prevalencia de desnutrición (% de la población) – Venezuela, RB, Latin America & Caribbean* por el Banco Mundial, s.f.

Como se puede observar, en Venezuela se ha venido produciendo un incremento constante de la prevalencia de la desnutrición con respecto al porcentaje de la población del país. Por una parte, esto responde a los factores derivados de las crisis que afronta el Estado bolivariano, pues se puede observar que el alza en el porcentaje de la población que entra dentro de esta categoría se produjo entre los años 2014 (5%) y 2017 (22%), y alcanzando un máximo en el 2019 (25%). Así mismo, se puede observar cómo existe una marcada diferencia entre los indicadores de Venezuela y los del resto de América Latina y el Caribe, pues esta

última delimitación político-geográfica ha demostrado una tendencia a la baja, donde el valor más alto corresponde al del año 2001 (11%) (Banco Mundial, s.f).

Gráfico No. 2

Causa de muerte, por enfermedades transmisibles y condiciones maternas, prenatales y en materia de nutrición (% del total) – Venezuela, RB, Latin America & Caribbean

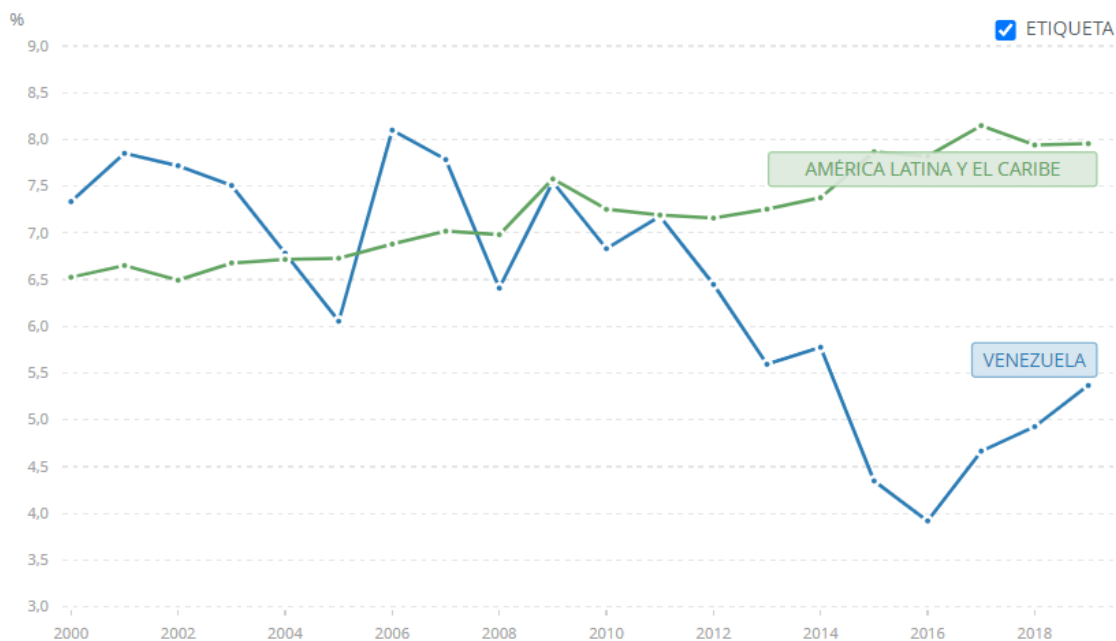


Recuperado de *Causa de muerte, por enfermedades transmisibles y condiciones maternas, prenatales y en materia de nutrición (% del total) – Venezuela, RB, Latin America & Caribbean* de Banco Mundial, s.f.

Por su parte, al analizar esta tabla, se puede deducir que si bien entre los años 2000 y 2010 Venezuela logró reducir fuertemente el porcentaje total asociado al indicador de causas de muerte, lo cierto es que este país vio un crecimiento de esta cifra hasta el punto de llegar en 2019 a un estimado muy cercano al de inicios de siglo, es decir, 19%. En contraparte, el panorama para América Latina y el Caribe refleja un abrupto declive de este indicador, pasando de 20% a inicios de los 2000 a un 13% para 2019 (Banco Mundial, s.f). En definitiva, esta situación vuelve a ser una consecuencia de las crisis que vive Venezuela.

Gráfico No. 3

Current health expenditure (% of GDP) – Venezuela, RB, Latin America & Caribbean



Recuperado de *Current health expenditure (% of GDP) – Venezuela, RB, Latin America & Caribbean* por Banco Mundial, s.f.

También es importante informar sobre las variaciones en el porcentaje del PIB dedicado al gasto en salud en Venezuela. A inicios del siglo XXI el gasto en salud en este país superaba con creces al promedio de América Latina y el Caribe, no obstante, si bien se puede denotar cómo existieron variaciones en el PIB destinado a este rubro, hasta el año 2010 es prudente afirmar que Venezuela poseía históricamente un gasto mayor en salud que el resto de la región. Pero después de esta fecha acontece un declive extraordinario, nuevamente relacionado a las crisis como la económica, que repercute negativamente en el porcentaje de gasto del PIB (Banco Mundial, s.f).

Ya ante la presencia de un sistema de salud deplorable, con falta de inversión e incapaz de garantizar el tratamiento a miles de venezolanos, se le suma a este contexto la llegada del Covid-19. En el año se detectaron 113.121 casos, es decir, 39992,2 contagios por cada millón de habitantes. Al año siguiente la cifra fue de 331.290 infectados, representando una proporción de 11693,7 personas por cada millón de personas. En cuanto a las muertes directas

producto del Covid-19, en el 2020 la cifra fue de 1025 personas y para el 2021 la cifra ascendió a 4299. Sin embargo, de acuerdo con estimaciones de la OMS, el número total de muertes en exceso (cifra más cercana al número real de fallecidos por causas directas o indirectas del Covid-19) para 2020 fue de 3642 casos y en 2021 correspondió a 18.684. Finalmente, se estima que para el 22 de julio de 2022, el 49% de la población dentro de territorio venezolano contaba con un esquema de vacunación completo contra el Covid-19 (OPS, s.f). Demostrando así que las fallas dentro del sistema de salud venezolano siguen presentándose a pesar de que los indicadores económicos y sociales apuntan a una leve reducción de los factores que han incidido en las crisis que se desarrollan dentro de este Estado.

Ahora bien, vale recalcar que el país que mayor número de inmigrantes venezolanos ha recogido corresponde a Colombia, ya que, si se observa la página de GOV.CO (en la sección de Datos Abiertos) se visualiza la información relativa a la prevalencia de un crecimiento continuo frente a la llegada de ciudadanos venezolanos, pasando de 329.478 en 2015 a un estimado de 1.095.706 para el 2019 (contando tanto a aquellos que permanecen de manera legal o ilegal según lo estipula la normatividad colombiana), mientras que para el 2021 se estima una cifra de alrededor de 1,7 millones, y sigue en aumento. Se debe tener en cuenta que es difícil tener un número exacto debido a que los flujos migratorios entre la frontera colombo-venezolana son constantes y una gran cantidad de estos trascurren por medio de trochas o accediendo a pagos con traficantes de personas, y a la misma institucionalidad para llegar a territorio colombiano (GOV.CO, s.f).

Por otra parte, si bien al momento de hablar de la población migrante venezolana se hace referencia a una diversidad de individuos, ya sea por condición sexual, edad, educación, etnia, etc. El presente escrito centrará su esfuerzo en ahondar la investigación en una categoría específica, es decir, las mujeres de nacimiento de origen venezolano que residen en Colombia. Según datos presentados por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), el porcentaje correspondientes al número de mujeres de origen venezolano del total de migrantes de esta población entre los años 2018 y 2021 fue respectivamente: 48,9%, 49,9% y 50,22%. Siendo estas cifras relativamente similares al número de hombres de origen venezolano que viven en Colombia (DANE, 2021).

A pesar de esta similitud en las proporciones entre hombres y mujeres migrantes, lo cierto es que cada grupo experimenta diversas dinámicas entorno a su estancia en Colombia y los diferentes desafíos que implica ser un migrante. En el año 2018, según el boletín La Violencia Contra las Mujeres Migrantes en Colombia, la población de mujeres migrantes en el país (no solo venezolanas) alcanzaba la cifra de 2.062.514, de las que la mayoría (38,8%) se encontraban entre las edades de 15 y 30 años; es también relevante señalar que entre las mujeres, solo dos grupos etarios superan el número de hombres en ese mismo grupo, se trata de las edades de 15 y 30 años (799.408 contra 730.087), y 46 a 60 años (256.288 contra 241.450). Por otro lado, el informe también recoge datos sobre la estratificación socioeconómica de las mujeres migrantes, destacando que gran número de esta población está repartida entre los estratos 1 (30,5%), 2 (33,2%) y 3 (23,3%). Así mismo, es fundamental apuntar al hecho de que en Colombia entre el 2018 y 2019 se calculó que el 2,4% de la población entró en la categoría de pobreza extrema, mientras que el 8,7% estrictamente en pobreza. A lo cual hay que agregarle elementos derivados de la llegada de población migrantes venezolana, como explica el ex director del DANE, Juan Daniel Oviedo, pues el flujo migratorio ha tomado incidencia dentro del rol de los hogares. (Álvarez, 2021; ABA ROLI et al., s.f).

Teniendo en cuenta esta situación, se han implementado diferentes políticas y planes de acción para hacer frente a la problemática migratoria, no obstante, si bien el grueso de estas medidas nació a la luz de la crisis migratoria venezolana, no se debe olvidar que ya existían demás documentos enfocados en abordar la cuestión migratoria. Por ejemplo, anterior a la administración 2018-2022, se puso en funcionamiento el CONPES 3603 de 2009 cuya producción constituyó una de las bases para concretar la Política Integral Migratoria (PIM) y su consecuente en escena dentro de todos los ministerios, así como de departamentos e instituciones, tanto a nivel local como nacional. Ahondando en la PIM, esta busca construir una política de Estado capaz de contener medidas y normativas ya existentes, donde la meta para su diseño esté compuesta por la participación de la totalidad de los actores institucionales nacionales que llevaban a cabo un rol determinante en los procesos migratorios que vive Colombia (Cancillería, s.f).

En este sentido, la PIM ha sido estructurada en tres fases. La primera trata la materialización de los principios dentro de esta política, a la cabeza de del Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia. En segundo lugar, se pretende dar a conocer los principios formativos de esta política a nivel nacional e internacional, siendo en el campo de lo local la tarea de la Comisión Nacional Intersectorial de Migración. Finalmente, frente al papel de la formulación, aprobación y evaluación de documentos CONPES nacidos de esta política, el ente encargado de institucionalizar estos procesos corresponde al Departamento Nacional de Planeación (DNP) (Cancillería, s.f).

Por otra parte, se presentó el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 durante la presidencia de Juan Manuel Santos, donde se resaltó la intención de mejorar la atención en el servicio a los procesos migratorios, la permanente actualización de las bases de datos para identificar a los afiliados al SGSS (Sistema General de Seguridad Social), y la implementación de una Política Migratoria Laboral para garantizar la igualdad de oportunidades para los migrantes, promoviendo de este modo acciones destinadas a aumentar la afiliación de esta población al Sistema de Protección Social; además, está el Plan de Fronteras para la Prosperidad formulado y ejecutado entre el 2010 y 2015, que tuvo como meta el apoyo e impulso para el desarrollo socioeconómico e inclusión de la población migrante (Departamento Nacional de Planeación et al., 2009).

Para el año 2017, a la cabeza del Ministerio de Relaciones Exteriores, se implementó el Permiso Especial de Permanencia (PEP) formalizado en la Resolución 5797 de 2017, establecido con la intención de autorizar la estadía de nacionales venezolanos que no buscan establecerse en Colombia, para que así accedan a condiciones de regularización migratoria, como también de oferta institucional en salud, educación, trabajo, atención a la niñez y adolescencia, aplicándose esto al nivel nacional, departamental y municipal; por otra parte, este permiso también ofrece la opción de ejercer una ocupación legal, como lo es una vinculación o contrato laboral (Cancillería. GOV, s.f). Adicionalmente, por medio del decreto 064 de 2020, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, se buscó priorizar la afiliación de la población pobre no asegurada, los recién nacidos, los menores de edad y su grupo familiar como también los migrantes venezolanos que cuentan con el PEP. Precizando en el caso de la población migrante venezolana, se espera que todos los

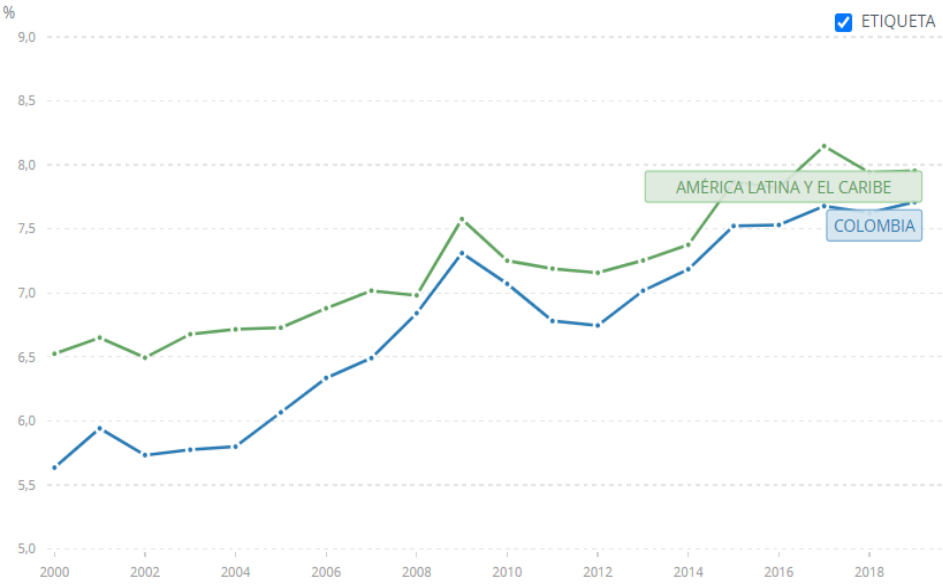
venezolanos que se encuentre regularizados por medio del PEP puedan afiliarse al Sistema de Salud Transaccional (SAT), con la ayuda de las entidades territoriales y los hospitales, ya que el SAT cumple el propósito de permitir a estas instituciones la capacidad de afiliar a la población de manera electrónica (Leal, 2020).

A lo anterior, vale agregarle lo propuesto en el CONPES 4067 de 2021, enfocado en concretar la superación de la pobreza por medio de mecanismos de pago por resultados en distintos programas sociales que incluyen a la población migrante en el campo de la inserción laboral (Departamento Nacional de Planeación et al., 2009).

Ahora bien, es importante señalar que sectores como el de la salud reciben una financiación importante para satisfacer las metas propuestas, ya que entre el 2017 y 2019 se calculó que se produjo un gasto fiscal de 1,31 billones de pesos, de lo cual el sector salud fue el más beneficiado (616 millones de pesos), seguido por educación (460.205 millones) y atención a Primera Infancia que 36.287 millones) (Álvarez, 2021).

Gráfico No. 4

Current health expenditure (% of GDP) – Colombia, Latin America & Caribbean



Recuperado de *Current health expenditure (% of GDP) – Colombia, Latin America & Caribbean* por Banco Mundial, s.f.

A pesar de lo anterior, bien es sabido que el sistema colombiano de salud presenta graves deficiencias en la atención del servicio que presta. Por ejemplo, en el año 2018 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) llevó a cabo un estudio alrededor del sistema de salud nacional, donde se concluyó que, a pesar de que Colombia posee la cobertura de salud más alta de toda América Latina, la percepción del 70% la población es negativa, haciendo que este sistema de salud se ubique entre los últimos puestos entorno a la calidad, acceso y coordinación de la prestación de salud en la región, además, el 31% de los colombianos encuestados afirma que tuvo acceso a un servicio de atención primaria el mismo día o al día siguiente de solicitarlo, mientras que el 80,1% de los colombianos compartió la opinión de que el sistema de salud requiere cambios fundamentales para garantizar su correcto funcionamiento (Portafolio, 2018).

Ante esta situación, y en el marco del *Healthcare Advance Conference 2018* (HAC2018), el entonces director Nacional de Acreditación Icontec, Carlos Édgar Rodríguez, aseguró que era necesario implementar y promover un sistema único de acreditación en salud, pues esta cuenta con el reconocimiento ISQua (*International Society for Quality in Health Care*) y ha demostrado mejorar la calidad de los hospitales más grandes en Colombia. Así, se propuso ante el gobierno de Iván Duque el desarrollo de acreditaciones exigentes para las EPS, las entidades territoriales de salud, como también para el progreso de estándares específicos para atención primaria en salud. En resumen, los temas propuestos dentro del HAC2018 fueron: cómo alinear los procesos de acreditación con calidad para la mejora de los establecimientos de salud su alcance en relación con la seguridad del paciente, los retos presentados por hospitales líderes en calidad de la región, y las propuestas estratégicas de expertos internacionales en el manejo de la preparación en casos de emergencias y desastres (Portafolio, 2018).

Por el contrario, según el Departamento de Planeación Nacional (entidad gestora del plan), el lento avance del PND 2018-2022 (a finales del año 2021 se calculó que su avance iba en un 62% y para el cierre del gobierno se preveía que este porcentaje llegara al 85%) provocó zozobra frente a aquellos que buscaban una mejora integral en el sistema de salud colombiano, ya que muchos sectores no lograron el cumplimiento de los indicadores

propuestos, pues entre los más atrasados se encuentran: inclusión (45,72%), ambiente (47,81%) y salud (48,67%) (Becerra, 2021).

En definitiva, el fenómeno migratorio venezolano ha traído consigo grandes retos a nivel nacional, como lo es en el caso del sector salud, uno de los más importantes para preservar la vida de las personas. Por lo cual, el gobierno de Iván Duque planteó una serie de políticas para la atención de la población proveniente del país vecino, tales como el CONPES 3950 de 2018, o el documento expedido en el 2020 por la Presidencia de la República llamado “Acoger, integrar y crecer”, en conjunto con un enfoque hacia las ciudades con mayor número de migrantes venezolanos. Con esto, se buscará en documento recoger la información más fundamental para entender el funcionamiento de la prestación del Sistema de Salud a la población migrante venezolana femenina (Gobierno Nacional de Colombia, 2020; Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Pregunta de investigación, hipótesis y objetivos:

En torno a la búsqueda de información y el planteamiento correspondiente al problema investigativo a tratar, se establece la siguiente pregunta. Durante el gobierno de Iván Duque, ¿qué factores de éxito y fracaso influyeron en la prestación adecuada del servicio de salud a mujeres migrantes venezolanas?

A partir de lo anterior, se establece que la hipótesis sostiene que las razones de éxito o desacierto en elementos como: la efectividad en el cumplimiento de las políticas nacionales y los lineamientos del servicio de salud para la población migrante femenina, o la variación de afiliaciones sujetas a los migrantes en el Sistema de Seguridad Social en Salud, juegan un papel imperativo a lo largo del periodo a analizar, puesto que demuestran hasta qué punto el gobierno colombiano (2018-2022) logró avances o no al momento de atender el fenómeno social a estudiar.

En este orden de ideas, el objetivo general de este documento busca determinar hasta qué punto los avances en la prestación del servicio de salud para la población migrante femenina procedente de Venezuela durante el gobierno de Iván Duque han resultado efectivos al momento de atender las necesidades sanitarias de la población en cuestión.

Por lo cual, se planten tres objetivos específicos:

1. Identificar la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y sus componentes.
2. Analizar la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud frente al fenómeno migratorio venezolano en Colombia, en el caso de la población femenina.
3. Evaluar a través del modelo DOFA los ejes de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud que inciden en la atención en sanitaria a mujeres migrantes venezolanas.

Estado del Arte:

En el presente apartado se desarrollarán algunos estudios y textos informativos que indagan temáticas relacionadas a la prestación del servicio de salud colombiano a migrantes venezolanos. Se aclara que si bien algunos de los documentos utilizados no tratan exclusivamente la realidad de la mujer venezolana, mientras que algunos sí lo hacen, esto se hace con la intención de presentar un panorama que permita dilucidar aspectos funcionales dentro del sistema de salud colombiano.

Para empezar, retomando la investigación realizada por Ana María López, Juan Manuel Vargas y Eunice Vargas-Valle titulada como “La afiliación al sistema de salud de personas migrantes en Colombia” - cuyo objetivo fue analizar la afiliación de migrantes venezolanos dentro del sistema de salud en áreas urbanas durante periodos de arribo, teniendo en cuenta factores demográficos y laborales- es prudente aclarar ciertas formalidades alrededor del sistema de salud, antes de explorar cuál es su relación con la prestación a los migrantes venezolanos. Así, en Colombia la afiliación a salud se realiza mediante una inscripción a una EPS (Entidad Promotora de Salud), con la cual se obtiene un carné de afiliación y se ingresa al SGSSS. De este modo, la persona es asignada a uno de los regímenes existentes (contributivo, subsidiado o especial) (López et al., 2021).

En cuanto a los regímenes, en el contributivo se encuentran todas aquellas personas con empleos formales, trabajadores oficiales, jubilados y trabajadores independientes que cuentan con la capacidad de pagar las cuotas determinadas por el sistema de salud. Por su parte, el subsidiado está compuesto por los sectores de la población menos favorecidos económicamente y, por ende, acceden al servicio de salud por medio de subsidios otorgados por el Estado. Conforme al régimen especial, dentro de éste se encuentran empleados oficiales de las Fuerzas Armadas de Colombia, la Policía Nacional, el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, funcionarios de universidades públicas, entre otros (López et al., 2021).

Al pertenecer a cada uno de estos grupos se goza de prestaciones diferenciadas dentro del servicio de salud. Por ejemplo, el régimen contributivo es acreedor de elementos del Plan Obligatorio de Salud (POS), como: medicina preventiva básica, consultas generales, especialidades médicas, laboratorios, fármacos, subvenciones por invalidez, licencia de maternidad o paternidad. Por el contrario, aquellos vinculados al régimen subsidiario no reciben prestaciones como: apoyo por invalidez, gestación o paternidad; sin embargo, estas personas no se ven en la obligación de pagar cuotas moderadoras, ni copagos, al hacer uso de los servicios del POS, como sí lo tienen que hacer los miembros del régimen contributivo. Es igualmente importante indicar que las personas que no cuentan con un seguro sanitario tienen el derecho de acceder a servicios de emergencia, sin tener que mostrar credencial alguna, así mismo, las personas pueden verse beneficiadas de los planes comunitarios desarrollados por los gobiernos locales o departamentales, ya sea en un lugar de tránsito o permanencia, o pueden ser partícipes de la asistencia provista por una ONG o entidad de orden internacional (López et al., 2021).

Otro punto para destacar en lo que respecta a la investigación de Juan Manuel Rodríguez es la referenciación de diferentes marcos normativos internacionales ratificados por el Estado colombiano en miras de proteger y amparar el derecho a la salud para la población migrante. Algunos de estos elementos legislativos son: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración de Nueva York para los Refugiados y Migrantes, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (López et al., 2021).

A nivel nacional, algunos de los lineamientos jurídicos existentes que buscan garantizar la atención en salud de la población migrante son: la Ley 100 de 1993, la Ley 715 de 2001 y el Decreto 780 de 2016. Frente a la implementación de las normas, por medio de la circular 025 de 2017, el Ministerio de Salud urgió a los funcionarios públicos de este sector a promover acciones para la afiliación de la población de origen venezolano al sistema de salud nacional. Así mismo, el DNP puso en desarrollo la Estrategia para la Atención de la Migración desde Venezuela, con la finalidad de identificar las necesidades más primordiales, en términos de salud, que solicitan los migrantes venezolanos, para que por medio de la asistencia técnica se logre vincular mayor número de migrantes regulares y mantener un seguimiento de los irregulares, incentivando así una mejoría en las capacidades de atención en salud pública para las comunidades descritas. Sin embargo, se afirma que a pesar de la intención de regularizar a la población migrante venezolana, lo cierto es que los programas en salud, en su mayoría, no contemplan a la población que reside en Colombia de manera indocumentada (López et al., 2021).

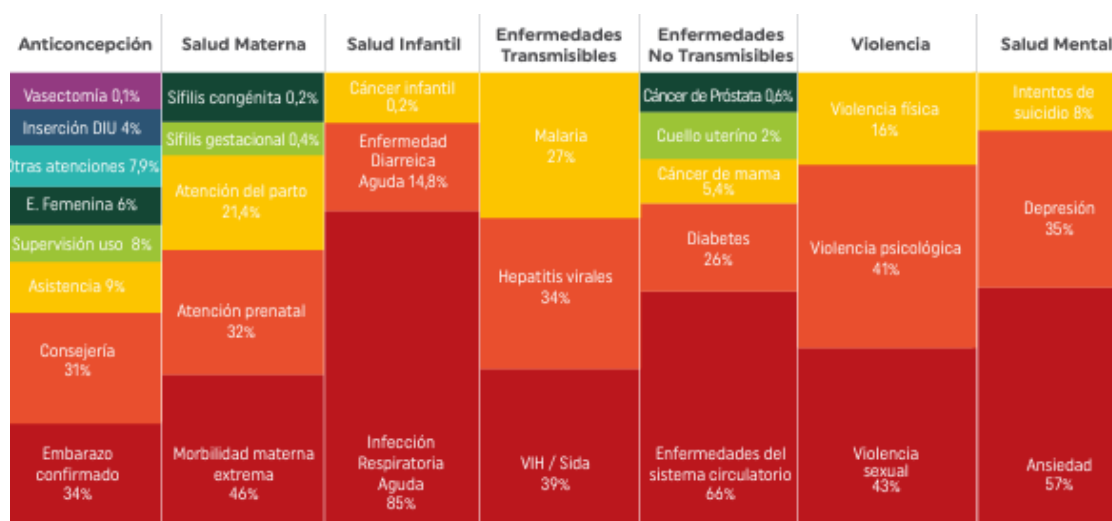
Además, Juan Manuel Rodríguez concluye una serie de hallazgos después de haber implementado una metodología cuantitativa de tipo explicativo con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) llevada a cabo en 2018, donde se tuvo en cuenta una muestra poblacional de 257.567 residentes en Colombia, de los cuales 5.990 nacieron en Venezuela. Entre lo encontrado se pudo comprobar una baja afiliación de los migrantes venezolanos dentro del sistema de salud colombiano y una reducción en la afiliación, dependiendo del periodo de llegada al país, es decir, quienes emigraron en fechas cercanas a 2018 se encuentran menos acogidos por dicho sistema. Así, según el GEIH 2018, solo el 24,5% de los migrantes venezolanos están afiliados al sistema de salud, mientras que la inscripción a caído conforme a las oleadas de llegada, por ejemplo, de 82,2% de afiliación entre aquellos que arribaron en 2013 o periodos anteriores, a 34,8% (2013-2017) y 10,4% (2017-2018) (López et al., 2021).

En el año 2020 la Asociación Profamilia presentó un documento sobre el servicio en salud para la población migrante a nivel nacional en lo corrido del 2019, donde se tuvieron en cuenta diferentes tipos de consultas solicitadas, siendo las más comunes las siguientes: Anticoncepción, donde los casos de mayor proporción fueron los de embarazo confirmado

con un 34%; Salud Materna, en la que se presenta un 46% de casos de morbilidad materna externa; Salud Infantil, dentro del cual se evidencia un 85% de consultas por infección respiratoria aguda; Enfermedades Transmisibles, en el que hay un 39% de casos por VIH/Sida; Enfermedades No Transmisibles, con un 66% de uso para enfermedades del sistema circulatorio; Violencia, donde el 43% en casos se presenta por violencia sexual; y Salud Mental, del cual un 57% fueron por diagnósticos relacionados con ansiedad (Asociación Profamilia, 2020).

Tabla No. 1

Proporción de uso de servicios de salud de la población migrante y refugiada en Colombia 2019



Recuperado de *desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia* por la Asociación Profamilia, 2020.

Así, en Colombia a lo largo del 2019 se evidenció un incremento del 46% de los casos atendidos dentro de las categorías presentadas con respecto al año 2018. De forma detallada, dentro del aspecto de salud sexual y reproductiva, los servicios de anticoncepción aumentaron un 96%; en salud materna, la sífilis gestacional tuvo un 249,5%; para salud infantil, los diagnósticos por cáncer crecieron en el 86,7%; en el servicio de salud adolescente el incremento fue del 99,5%; para enfermedades transmisibles hubo mayor aumento en casos por Hepatitis virales con un 151,8%; en el tema de enfermedades no transmisibles, los diagnósticos por cáncer de mama aumentaron 129,1%; en el caso de violencia hacia la mujer,

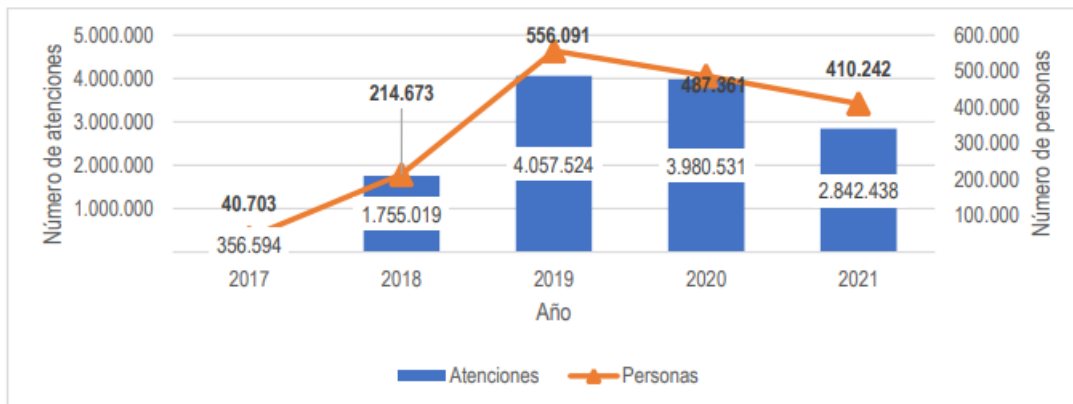
hubo un aumento del 92,3% para situaciones de violencia sexual; y en salud mental, donde se presentó un incremento en el uso de servicios por relacionados al tratamiento de la ansiedad, las cifras llegaron al 224,6% (Asociación Profamilia, 2020).

Según un documento del Ministerio de Salud, con el cual se buscó realizar seguimiento a la situación de la prestación de salud a la población migrante venezolana, entre marzo de 2017 y julio de 2019 dicho periodo se produjeron 3.555.717 atenciones en servicios sanitarios, de los cuales 412.904 hacen referencia a consultas externas, 402.963 para consulta de urgencias, 113.252 en urgencias, 83.445 en temas de hospitalización, y 2.543.153 de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Así mismo, en el caso de consultas externas, las ciudades donde se atendieron más personas procedentes de Venezuela entre 2017 y 2019 fueron: Bogotá (92.757), Cúcuta (41.056), Cali (39.950), Medellín (34.967) y Barranquilla (15.905). Para consulta de urgencias fueron: Bogotá (53.944), Riohacha (41.334), Cúcuta (38.511), Maicao (21.549) y Medellín (16.966). En urgencias fueron: Cúcuta (12.154), Medellín (9.788), Barranquilla (5.324), Ciénaga (5.261), Maicao (5.238) y Bogotá (4.953); en atenciones de hospitalización fueron: Bogotá (16.281), Cúcuta (9.732) y Medellín (5.177). En procedimientos, categoría donde no se muestra la distribución de casos por ciudad, se menciona que el 71,5% de las atenciones (Ministerio de Salud, 2019).

Para el corte del 30 de agosto de 2021 se habla de 12.992.106 atenciones en salud que se realizaron a 1.456.313 migrantes venezolanos, de los cuales se sigue viendo el mismo comportamiento creciente de casos, donde los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos equivalieron a 9.144.607, 2.078.967 por consulta externa, 1.135.780 en consulta por urgencias, 337.944 en urgencias, y 294.808 a causa de temas de hospitalización. Por otra parte, el 75% (9.744.752) de los casos atendidos corresponden a la población no afiliada al SGSSS, el 10,3% (1.342.243) a quienes están afiliados al régimen subsidiado, el 8,8% (1.147.805) de los afiliados al régimen contributivo, y el 5,8% (757.306) en situaciones donde se pagó de forma particular. Sin embargo, en el siguiente cuadro se muestra la variación en el comportamiento de la cantidad de casos que se atendieron entre marzo de 2017 y agosto de 2021, donde se evidenció que durante el 2019 se presentó el pico de atenciones, mientras que en los siguientes años hubo una disminución en los casos (Ministerio de Salud, 2021).

Tabla No. 2

Variación en porcentajes de la atención en salud entre 2017 y 2021 en Colombia



Recuperado de *seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de agosto de 2021* por el Ministerio de Salud, 2021.

Por otro lado, a pesar de que el PEP es el recurso más viable para la regularización de los migrantes en el territorio colombiano, para el 2019, tan solo un 27% de los beneficiarios del PEP se habían afiliado a alguno de los dos sistemas de seguro público (sistema contributivo o subsidiado de seguro público). Esto se debe a la poca socialización de dicho beneficio hacia esta población, la dificultad o lentitud del procesamiento de los trámites administrativos, y el hecho de que algunos no cuentan con los documentos necesarios para poder formalizar su estadía en Colombia. Además, otro factor que implica las diferencias en la administración de recursos para la atención de las necesidades que tienen los sujetos mencionados surge debido a que el gobierno nacional no puede tomar decisiones por encima de lo que estipule cada gobierno local, a pesar de que el Sistema de Salud en Colombia dependa de fondos nacionales. Por lo cual, los presupuestos en activos que están asignados para las diferentes localidades del país terminan siendo designadas con el condicionamiento de las situaciones o problemáticas más relevantes para la inversión en cada uno de los sectores que comprenden dentro de cada territorio (Selee & Bolter, 2020; Cordaro, 2020).

Por otra parte, el boletín “Acceso a salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil” presentado en el año 2022 por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, permite un acercamiento a las realidades específicas que viven las mujeres migrantes venezolanas en Colombia alrededor del acceso a salud, teniendo en cuenta la existencia de factores de inequidad e insuficiencia de los servicios sanitarios, produciendo un impacto directo en la salud reproductiva, materna y sexual de esta población. Lo anterior se debe a la persistencia de una mayor vulnerabilidad entre las mujeres migrantes en situaciones como la violencia sexual y de género, las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados, embarazos tempranos, abortos inseguros, morbilidad materna extrema y mortalidad materna; aunque también por el estado y capacidades del sistema de salud colombiano (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. p. 1).

Dentro de esta investigación se usó una metodología orientada por la información de las bases de datos encontradas en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), como los Registros Individuales de Prestación de Servicios (ROPS), la Circular 029, el Registro Único de Afiliados (RUAf-ND) y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Así mismo, se aclaró que la población objeto de estudio estuvo conformada por personas que recibieron atención en salud dentro de las siguientes categorías: mujeres en edad fértil (13-49 años), mujeres gestantes, nacidos vivos de mujeres de nacional venezolana que residen en Colombia, y mujeres de nacionalidad venezolana residentes en Colombia. Con la totalidad de la información suministrada en las bases de datos se desarrolló un análisis descriptivo donde los datos fueron desagregados en frecuencias absolutas y relativas, además teniendo en cuenta variables como: edad, régimen de afiliación al SGSSS, entidad territorial, y variables específicas aportadas por cada fuente utilizada (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. p. 1).

En primer lugar, se establece que, según cifras de Migración Colombia, el número de mujeres venezolanas acogidas por el Estatuto Temporal de Protección (ETPV), entre el 5 de mayo de 2021 y el 28 de febrero de 2022, fue de 1.019.149, de las cuales 782.729 (71,5%) se encuentran en edades fértiles. De estas mujeres se afirma que, de acuerdo con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), 328.857 se encuentran afiliadas en el SGSSS, siendo el

76% de estas mujeres pertenecientes a edades fértiles. Con respecto al régimen de afiliación, el 70,4% (204.733) se encuentran afiliadas al régimen subsidiario y el 29,5% (85.931) al régimen contributivo (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. p. 2).

Ahora bien, frente al número de mujeres en edades fértiles de origen venezolano que han recibido atención en salud, el Ministerio de Salud calcula que entre el 1° de marzo de 2019 y el 31 de diciembre de 2021 se han producido 6.668.427 atenciones en salud a 760.028 individuos. Además, estos datos permiten afirmar que al comparar el número de mujeres venezolanas atendidas durante 2021, se presenta un crecimiento de 16,2% a comparación de 2020, y un aumento del 11,2% frente al 2019. Se distingue que el 76,3% de las atenciones prestadas fueron dirigidas a población no afiliada, no obstante, es importante indicar que en el plazo de los tres años analizados se vio un incremento de la población afiliada al sistema de salud contributivo (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022, pp. 2-3).

Tabla No. 3

Distribución de mujeres migrantes procedentes de Venezuela en edad fértil atendidas en los servicios de salud, según régimen de afiliación al SGSSS, entre 2019 y 2021. Colombia

Régimen afiliación al SGSSS	Año						Total		
	2019		2020		2021				
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No afiliado	231.642	80,1	212.818	76,3	240.933	77,8	615.923	76,3	
Población afiliada	Contributivo	32.819	70,5	37.162	69,7	53.768	78,4	111.687	77,5
	Subsidiado	24.828	53,3	28.863	54,1	34.738	50,7	79.488	55,2
Total población afiliada	46.547	19,9	53.339	23,7	68.574	22,2	144.105	23,7	
Total	278.189	100	266.157	100	309.507	100	760.028	100	

Recuperado de *Acceso a la salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil* por el Observatorio Nacional de Migración y Salud – ONMS, 2022.

Además, si se mira la distribución de esta población conforme a la entidad territorial, el 72,1% se concentra en los siguientes departamentos y distritos: Bogotá, D.C, Medellín, Norte de Santander, Cali, Antioquia, La Guajira, Barranquilla, D.E, Riohacha, Santander y César (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. p. 3).

Distribución de mujeres migrantes procedentes de Venezuela en edad fértil atendidas en los servicios de salud, según departamento entre 2019 y 2021. Colombia

Departamento	Año			Total	%
	2019	2020	2021		
Bogotá, D.C.	52.493	52.097	68.111	157.413	20,7
Medellín	25.598	30.279	40.045	84.340	11,1
Norte de Santander	26.818	26.020	28.665	74.308	9,8
Cali, D.E.	17.615	15.009	19.687	43.754	5,8
Antioquia	8.308	12.285	20.144	36.651	4,8
La Guajira	15.171	11.780	10.493	33.551	4,4
Barranquilla, D.E.	12.017	10.001	12.436	31.305	4,1
Riohacha, D.E.	13.284	8.747	10.650	30.334	4,0
Santander	13.073	10.622	9.364	29.190	3,8
Cesar	14.798	10.638	6.854	27.157	3,6
Cartagena, D. E.	9.839	6.699	9.859	23.981	3,2
Cundinamarca	8.538	8.015	8.600	22.675	3,0
Santa Marta, D.E.	7.623	7.784	8.320	20.143	2,7
Arauca	6.912	6.276	6.678	17.931	2,4
Risaralda	4.938	5.572	7.145	16.204	2,1
Nariño	5.352	7.296	4.368	14.954	2,0
Meta	4.789	5.686	5.235	13.955	1,8
Boyacá	3.571	4.313	5.353	11.280	1,5
Valle del Cauca	3.293	3.962	4.695	11.051	1,5
Magdalena	5.176	3.589	2.213	9.793	1,3
Atlántico	5.229	2.743	2.216	9.155	1,2
Cauca	1.635	3.311	3.977	8.132	1,1
Bolívar	2.858	3.196	2.960	8.097	1,1
Casanare	2.911	2.586	3.165	7.865	1,0
Tolima	2.127	2.816	2.224	6.462	0,9
Córdoba	2.130	2.061	1.939	5.590	0,7
Putumayo	1.279	1.639	2.479	4.941	0,7
Vichada	1.129	1.478	1.956	4.071	0,5
Caldas	643	897	1.746	3.053	0,4
Huila	887	1.054	1.212	2.971	0,4
Sucre	889	802	1.148	2.677	0,4
Quindío	594	994	1.218	2.629	0,3
Guainía	735	601	934	1.898	0,2
San Andrés	671	35	34	724	0,1
Chocó	70	260	267	571	0,1
Guaviare	42	242	300	508	0,1
Caquetá	51	320	239	506	0,1
Amazonas	0	0	9	9	0,0
Vaupés	2	2	1	5	0,0
No definido	0	0	54	54	0,0
Total	278.189	266.157	309.507	760.028	100,0

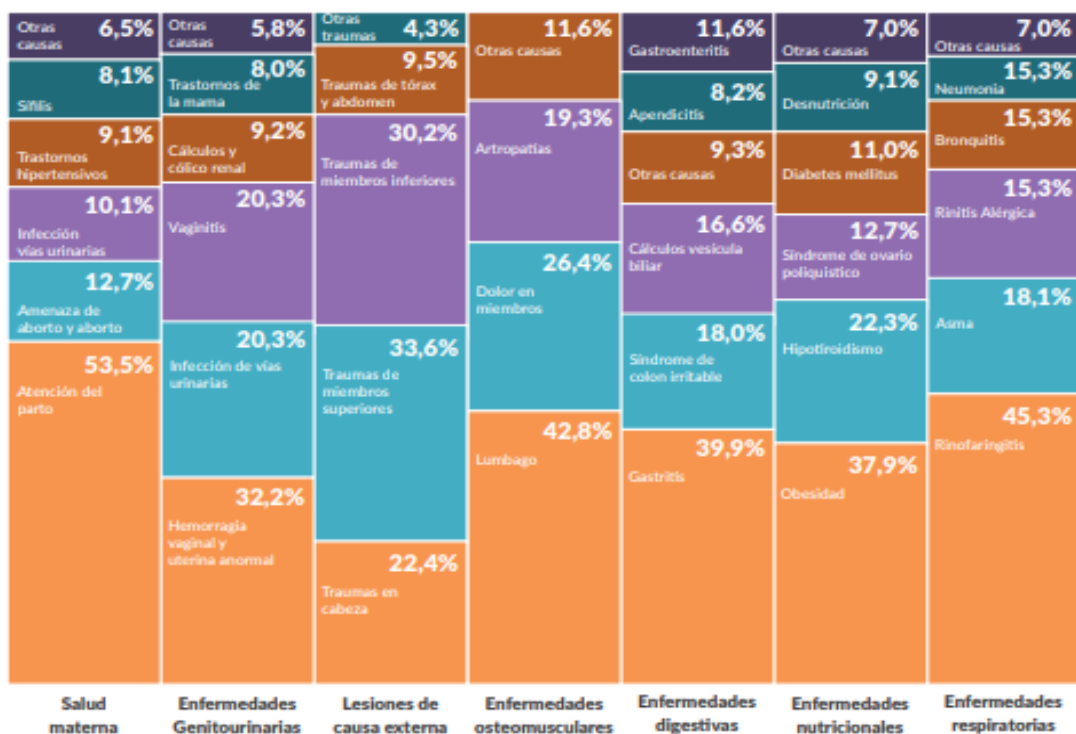
Recuperado de *Acceso a la salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil* por el Observatorio Nacional de Migración y Salud – ONMS, 2022.

Entre las razones que llevan a las mujeres migrantes venezolanas en edad fértil a acudir a los servicios de salud, se encontró que en el año 2021 las consultas fueron de los siguientes tipos: salud materna (38%), enfermedades genitourinarias (18,9%), lesiones causa externa (7,7%),

enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (6,5%), enfermedades digestivas (5,9%), enfermedades nutricionales (5%), enfermedades respiratorias (4,9%) y el 13,1% restante corresponde a otras causas (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. pp. 3-4).

Tabla No. 4

Demanda de servicios de salud en mujeres migrantes procedentes de Venezuela en edad fértil, 2021. Colombia



Recuperado de *Acceso a la salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil* por el Observatorio Nacional de Migración y Salud – ONMS, 2022.

En el tema de planificación familiar, se dice que los datos arrojados por la Circular 029 entre los años 2019 y 2021, un total de 117.611 migrantes venezolanos entre los 13 y 49 años han accedido a este servicio, siendo casi en su mayoría mujeres (97,4%). Además, entre estas mismas fechas se ha visto un aumento en el número de personas que acceden a consultas de planificación similar, pasando de un 49,4% a 92,8% (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. p. 4).

Tabla No. 5

Distribución de la población migrante procedente de Venezuela atendida en consulta de planificación familiar, entre 2019 y 2021. Colombia

Sexo	Año			Total	%
	2019	2020	2021		
Femenino	28.158	35.730	53.960	114.543	97,4
Masculino	506	1.254	1.321	3.068	2,6
Total	28.664	36.984	55.281	117.611	100,0

Recuperado de *Acceso a la salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil* por el Observatorio Nacional de Migración y Salud – ONMS, 2022.

De lo anterior, según el SGSSS, alrededor del 76,2% de los migrantes que accedieron a consultas de planificación familiar no se encontraban afiliados al sistema de salud, el 16,1% estaban inscritos en el régimen contributivo y el 8,75 al subsidiado (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. p. 5).

Tabla No. 6

Distribución de la población migrante procedente de Venezuela atendida en consulta de planificación familiar según régimen de afiliación al SGSSS, entre 2019 y 2021. Colombia

Régimen afiliación al SGSSS	Año						Total	%
	2019		2020		2021			
	No.	%	No.	%	No.	%		
No afiliado	21.569	75,2	26.516	71,7	43.230	78,2	89.646	76,2
Régimen contributivo	5.192	18,1	7.031	19,0	7.631	13,8	18.888	16,1
Régimen subsidiado	2.049	7,1	3.735	10,1	4.875	8,8	10.180	8,7
Total	28.664	100,0	36.984	100,0	55.281	100,0	117.611	100,0

Recuperado de *Acceso a la salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil* por el Observatorio Nacional de Migración y Salud – ONMS, 2022.

Para el tema de la planificación de larga duración (Dispositivo Intrauterino y el Implante Subdérmico), se constató que 65.558 mujeres migrantes venezolanas en edades fértiles accedieron a estos métodos, donde el 93,1% optó por el Implante Subdérmico. En

este sentido, se observa que al comparar el año 2021 con los años 2020 y 2019, se produjo un aumento de los accesos a los métodos de planificación, 64,4% y 223,4% de forma respectiva (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. p. 5).

Tabla No. 7

Distribución de la población migrante procedente de Venezuela atendida en consulta de planificación familiar según régimen de afiliación al SGSSS, entre el 2019 y 2021. Colombia

Método de planificación	Año			Total	%
	2019	2020	2021		
Femenino	1.122	1.691	1.832	4.627	7,1
Masculino	9.521	19.218	32.589	61.031	93,1
Total	10.628	20.881	34.379	65.558	100,0

Recuperado de *Acceso a la salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil* por el Observatorio Nacional de Migración y Salud – ONMS, 2022.

Al analizar la afiliación al SGSSS, el 84,1% de la población que accedió a métodos de planificación a largo plazo no estaba afiliada a al Sistema de Salud, el 9% se encontraba en el régimen contributivo y el 7% al subsidiado (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. p. 6).

Tabla No. 8

Distribución de mujeres migrantes procedentes de Venezuela en edad fértil, que acceden a métodos de planificación de larga duración, según régimen de afiliación al SGSSS, entre 2019 y 2021. Colombia

Régimen afiliación al SGSSS	Año						Total	%
	2019		2020		2021			
	No.	%	No.	%	No.	%		
No afiliado			17.283	82,8	29.380	85,5	55.129	84,1
Régimen contributivo	8.721	82,1	2.352	11,3	2.403	7,0	5.921	9,0
Régimen subsidiado	1.209	11,4	1.263	6,0	2.607	7,6	4.568	7,0
Total	10.628	100,0	20.881	100,0	34.379	100,0	65.558	100,0

Recuperado de *Acceso a la salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil* por el Observatorio Nacional de Migración y Salud – ONMS, 2022.

En el caso particular de las mujeres migrantes venezolanas gestantes atendidas por el sistema salud colombiano, los registros presentados en la Circular 029 para los periodos de 2019 y 2021 indican que fueron atendidas 128.843 gestantes en las IPS del país. A pesar de que se presentó un aumento de las gestantes atendidas entre 2019 y 2020, en 2021 se vio una disminución del 6,28%. Con respecto a la etapa de vida, el 69,9% se encontraban entre los 18 y los 28 años, aunque al revisar esta proporción poblacional para las fechas de 2019 y 2021, se concluyó la persistencia de una disminución progresiva, donde el año 2021 fue aquel que tuvo mayor disminución (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. p. 5).

Tabla No. 9

Datos de atenciones en salud a gestantes migrantes procedentes de Venezuela en Colombia, año 2019-2021

Características	Año					
	2019		2020		2021	
	No.	%	No.	%	No.	%
Atención a gestantes migrantes						
Gestantes atendidas	108.535		108.614		101.794	
Menor de 12 años	38	0,0	12	0,0	24	0,0
De 12 a 17 años	9.004	8,3	8.986	8,3	9.460	9,3
De 18 a 28 años	77.501	71,4	76.579	70,5	68.918	67,7
De 29 a 49 años	21.992	20,3	23.037	21,2	23.392	23,0
Atención a gestantes migrantes según Entidad Territorial						
Bogotá, D.C.	18.890	17,4	19.694	18,1	19.216	18,9
Norte de Santander	10.266	9,5	10.351	9,5	10.751	10,6
Medellín	10.026	9,2	11.166	10,3	10.696	10,5
Antioquia	4.639	4,3	6.769	6,2	7.318	7,2
La Guajira	5.425	5,0	5.848	5,4	5.477	5,4
Barranquilla	5.171	4,8	4.297	4,0	5.527	5,4
Call	6.904	6,4	5.134	4,7	3.545	3,5
Santander	5.820	5,4	4.237	3,9	3.227	3,2
Cundinamarca	4.529	4,2	4.360	4,0	2.976	2,9
Cesar	4.387	4,0	3.957	3,6	3.043	3,0

Recuperado de *Acceso a la salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil* por el Observatorio Nacional de Migración y Salud – ONMS, 2022.

Con respecto a los partos y las cesáreas practicadas a las mujeres migrantes venezolanas en Colombia, el RUAf-ND calcula que entre 2020 y 2021 se atendieron 138.857 nacimientos. De los cuales 61,9% fueron partos vaginales (incluidos partos espontáneos) y

los instrumentales, y los el 38,1% correspondieron a cesáreas (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. p. 6).

Tabla No. 10

Distribución de nacidos vivos de mujeres de nacionalidad venezolana según tipo de parto, enero 2020 – diciembre 2021. Colombia.

Características	Año		Total	%
	2020	2021		
Parto	43.865	42.035	85.900	61,9
Cesárea	25.804	27.153	52.957	38,1
Total	69.669	69.188	138.857	100,0

Recuperado de *Acceso a la salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil* por el Observatorio Nacional de Migración y Salud – ONMS, 2022.

Por otro lado, se tiene registrado que según el sitio de parto, el 98,4% tuvieron lugar en instituciones de salud y el 1,6% en domicilios. También es importante señalar que durante estos periodos se produjeron 18.783 mortinatos, es decir, en 2020 la cifra fue de 9660 mortinatos y en 2021 fue de 9.078. Además, a partir de la afiliación al SGSSS, el 84,6% de la población en cuestión al momento de la atención del parto no se encontraba afiliada al Sistema de Salud. Ahora bien, es imperativo afirmar que se produjo un aumento en la atención de partos en instituciones de salud de mujeres venezolanas para las fechas de mayo de 2021 y abril de 2022, pues se calculó que el 99,2% de los partos fueron en instituciones de salud y el 0,8% en domicilios (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022, pp. 6-11).

En cuanto al tema de morbilidad extrema (MME) y mortalidad materna de mujeres migrantes y refugiadas residentes en Colombia, la información del Instituto Nacional de Salud (INS) reportada por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) dio a conocer que entre 2019 y 2021 se reportaron 7.050 casos, destacando el año 2020 con el porcentaje más alto registrado (46,7%). El porcentaje de casos de mujeres dentro de estas dos categorías entre los años de 18 y 26 fue del 61%, mientras que el porcentaje de no afiliación al SGSSS correspondió al 83,5%. Adicionalmente, a través de la información recolectada por

el INS, en el 44,8% de los casos no hubo un acceso previo a consultas prenatales al presentarse el evento y un 45,7% tuvieron controles en el 1° trimestre de embarazo. Por su parte, las cifras de terminación de la gestación que requirieron cesárea fueron del 44,8% y un 29,3% de la población continuó en embarazo después del evento (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. p. 13).

Conforme a la ocurrencia del evento con relación a la terminación del embarazo, el 45,1% de los casos presentó el evento de MME anterior a la finalización del embarazo. Las principales causas de MME registradas fueron: preeclampsia severa (70,5%) y hemorragia obstétrica severa (14%) (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. p. 13).

Tabla No. 11

Características de los casos de Morbilidad Materna Extrema en gestantes de nacionalidad venezolana residentes en Colombia, años 2019-2021.

Año			
Casos de MME en mujeres de nacionalidad venezolana	Casos		
	2019	2020	2021
	2343	3291	1416
Curso de vida	%	%	%
12 a 17 años	9,0	9,4	10,7
18 a 28 años	61,8	62,5	58,8
29 a 54 años	29,2	28,1	30,6
Característica	Casos		
	2019	2020	2021
	% de mujeres venezolanas		
Afilación a SGSSS			
Contributivo	7,5	6,9	4,9
Subsidiado	12,8	9,6	7,7
No Asegurado	79,6	83,5	87,4
Número de controles prenatales			
0 consultas	49,3	48,2	37,0
Entre 1 y 3 consultas	20,7	22,5	26,6
4 o más consultas	30,1	29,3	36,4
Edad Gestacional al ingreso al control prenatal			
I trimestre	44,5	47,9	44,6
II trimestre	43,1	41,7	43,7
III trimestre	12,4	10,4	11,7
Terminación de la gestación			
Parto	20,0	21,6	20,7
Cesárea	46,6	43,9	44,0
Continúa embarazada	28,1	29,4	30,5
Aborto	5,3	5,0	4,7
Ocurrencia con relación a la terminación de la gestación			
Antes	47,5	46,9	40,8
Durante	35,8	35,7	41,3
Después	16,7	17,4	17,8
Criterio MME			
Preeclampsia severa	69,9	70,9	70,8
Hemorragia obstétrica severa	14,1	13,7	14,1
Infección Sistémica Severa	9,1	8,3	7,0
Eclampsia	6,2	6,6	7,3
Ruptura uterina	0,8	0,6	0,7

Característica	Casos		
	2019	2020	2021
	% de mujeres venezolanas		
Causas agrupadas			
Trastornos hipertensivos	74,9	77,0	77,2
Complicaciones hemorrágicas	10,3	10,6	10,3
Sepsis de origen obstétrico	2,4	1,9	2,2
Complicaciones del aborto	5,4	5,7	4,5
Sepsis de origen no obstétrico	1,7	1,4	1,1
Sepsis de origen pulmonar	0,6	0,3	1,3
Enfermedad preexistente que se complica	1,2	0,8	0,6
Otras causas	3,5	2,3	2,8
Entidad Territorial			
Bogotá, D. C.	42,1	36,6	10,3
Barranquilla, D. E.	8,1	13,3	0,1
Antioquia	5,7	8,2	9,8
Cundinamarca	6,3	5,3	10,9
Cartagena, D. E.	8,3	5,2	0,0
Santander	3,3	4,1	4,5
Norte de Santander	2,5	3,7	6,7
La Guajira	2,1	1,8	9,2
Santa Marta, D. E.	3,3	3,8	0,0
Magdalena	1,9	1,0	8,5

Recuperado de *Acceso a la salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil* por el Observatorio Nacional de Migración y Salud – ONMS, 2022.

En definitiva, se concluyeron los siguientes puntos. Primero, frente a la afiliación en el SGSSS de mujeres migrantes venezolanas en edad fértil y gestantes atendidas por el sistema de salud entre 2019 y 2021, se pudo comprobar un aumento del porcentaje de afiliación al régimen contributivo y subsidiado, no obstante, el porcentaje de mujeres que no se encuentran afiliadas al sistema de salud es mayor al 80%. Segundo, las entidades territoriales que registran una proporción mayor de atenciones en salud a la población de estudio son: Bogotá, Norte de Santander, La Guajira, Barranquilla, Santander, Antioquia, Cesar, Cali, Cundinamarca, Cartagena y Santa Marta. Tercero, a propósito del curso o etapa de vida, cerca del 60% de las atenciones en salud fueron prestadas a mujeres entre las edades de 18 y 28 años. Cuarto, el 38% de las mujeres migrantes venezolanas en Colombia que hicieron uso de servicios de salud en el año 2021 realizaron consultas relacionadas al embarazo, de las cuales se detectaron procesos infecciosos y trastornos hipertensivos, los cuales están entre las principales causas de morbilidad materna extrema (Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022. p. 14).

Con lo anteriormente mencionado, entre algunas organizaciones internacionales (agencias de la ONU, Médicos sin Fronteras, Recursos Asistenciales y la Cruz Roja

Internacional), en conjunto con el Ministerio de Salud de Colombia, se han realizado esfuerzos para mitigar algunas problemáticas o situaciones que presentan los venezolanos que residen dentro del país, por medio de equipos médicos con hospitales públicos. A pesar de esto, no logran cubrir necesidades más allá de las básicas, abandonando situaciones relevantes, como la atención reproductiva de las mujeres migrantes que necesitan de un acompañamiento puntual para el inicio y finalización de su etapa de gestación (Selee & Bolter, 2020).

Vacíos de la investigación:

En este hilo conductor de ideas, dentro de la búsqueda que se ha realizado para entender y desarrollar el estudio de caso del fenómeno migratorio venezolano, se encuentran varias fuentes que solo tratan a nivel teórico el tema, lo que hace que se aleje de algunas dinámicas actuales sobre la migración y solo se pueden tomar en cuenta algunos aspectos para comprender o relacionar la problemática, ya que, al plantear de forma generalizada los sujetos que comprenden la migración, se complica discernir de qué manera tratar la situación de las mujeres migrantes venezolanas y sus barreras para el uso de la atención en salud en Colombia. Así mismo, dentro del aspecto sobre la Política Nacional, se presentan vacíos institucionales que generan barreras propias del sistema en salud para la atención de la crisis a nivel nacional, así como también hay una falta de información clara sobre la cantidad de venezolanos, tanto de hombres y mujeres dentro del territorio, lo que complica el proceso a la hora de identificar las necesidades que tienen dichas personas. Por ende, al manejar información de diversas fuentes que al final algunas de ellas no concuerdan entre sí, se complejiza la elaboración de políticas en atención a la población migrante seleccionada en los temas de salud (Departamento Nacional de Planeación, 2018; Arango, 1985; Pinto, 2019; Ministerio de la Protección Social, 2005).

Con lo mencionado dentro de los vacíos, para tratar el caso de la atención en salud de mujeres migrantes venezolanas en Colombia, se resalta que, por la falta de información digital, es necesario acudir a entidades que manejen dicha situación, tales como la Secretaría de la mujer, Secretaría Distrital de Salud, Secretaría de Integración Social, o centros de salud

que traten las necesidades y casos que tienen los migrantes venezolanos, con el objetivo complementar las fuentes bibliográficas que se han investigado y utilizado (Departamento Nacional de Planeación, 2018; Arango, 1985; Pinto, 2019).

Por otro lado, la relación de dichos vacíos es de resaltar, debido a que, si no hay una identificación constante y verídica de la cantidad de venezolanos que entran en territorio colombiano, complica la elaboración de un análisis y plan estratégico en el que se puedan identificar a fondo las barreras, necesidades y problemáticas que tiene la población venezolana que migra a Colombia, o que ya está establecida en el país, como lo son las mujeres migrantes (regulares e irregulares) que necesitan una atención en salud. Igualmente, el vacío institucional que se presenta en el CONPES que aborda las políticas para tratar la migración desde distintos sectores (incluyendo el seleccionado), además del Permiso Especial de Permanencia, no cuenta con un medio o recurso que aumente la regularización de los venezolanos que emigran de su país al Estado colombiano, lo que complejiza adquirir su afiliación a la Seguridad Social, ya sea por régimen contributivo o subsidiado, para que puedan ser aplicables las políticas vigentes en salud hacia la población femenina del vecino país (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Relevancia:

Los contenidos del presente tema de investigación resultan de amplia significación para la comunidad académica y los formuladores de políticas públicas, específicamente para aquellos enfocados tanto en la población migrante como en el sistema de salud colombiano. Así, la diversidad de información encapsulada en este escrito permite observar una serie de indicadores sobre el comportamiento de la población venezolana en Colombia con respecto a la atención de salud en el periodo de la administración del expresidente Iván Duque, lo que en últimas constituye contenido para indagar en la profundidad de la situación migratoria en el país durante el periodo a estudiar, como también los fracasos y aciertos del gobierno colombiano entorno a la tarea de asistir medicamente a una población con características, necesidades y situaciones específica. Además, esto también permite entender cómo las capacidades del sistema de salud colombiano juegan un rol decisivo en la atención a la población migrante y los retos que esto conllevará para un futuro.

En segundo lugar, es válido afirmar que, como esta, existen pocas investigaciones tan rigurosas que profundicen en su generalidad sobre los avances en materia de salud en la atención a migrantes mujeres de origen venezolano durante el periodo en el que Iván Duque estuvo a cargo del ejecutivo. Por lo tanto, este documento puede ser utilizado para profundizar en dimensiones como comparaciones entre la atención de mujeres venezolanas por parte del sistema de salud colombiano durante diferentes administraciones, como también en la relación entre los propósitos y metas de los gobiernos colombianos y la atención sanitaria a migrantes que residen en el territorio. Por otra parte, este texto puede servir para entender cómo el fenómeno migratorio venezolano se ha desarrollado en el sector salud dentro del contexto colombiano, como insumo para el desarrollo de análisis regionales que tengan en cuenta el comportamiento de los sistemas de salud de los países receptores de migrantes venezolanos de sexo femenino con las demandas y características de esta población.

Por último, es contúndete señalar que este trabajo investigativo también busca resaltar una serie de necesidades específicas que la mujer migrante vive constantemente en Colombia. Razón por la cual este documento invita a entender la información y los datos como el reflejo de una realidad prevaleciente en la sociedad colombiana que debe ser tratada con especialidad y precisión, apuntado a la consecución de una serie de cambios, principalmente institucionales, que garanticen unas condiciones mínimas de acceso y calidad para población migrante femenina, esperando que esto no únicamente se quede plasmado en resoluciones, normas, decretos y demás, pues una aproximación correcta a esta serie de dinámicas desprendidas de los procesos migratorios con destino a Colombia, ha demostrado la importancia de un enfoque humanitario en esta situación.

Metodología:

Así pues, al examinar las motivaciones investigativas de este documento es prudente aclarar la orientación metodológica del presente estudio, para lo cual se utilizará la interpretación de la autora Dvora Yanow, quien invita a reconsiderar las categorías cualitativas y cuantitativas, tanto por su constitución histórica como por su aplicación a lo

largo del tiempo, ya que en los últimos años se ha venido apoyando cada vez más una serie de métodos que incluyen la adopción de herramientas informáticas dentro de estudios cualitativos, como también la implementación de perspectivas cualitativas para entender cómo operan fenómenos sociales y sus realidades, superando los límites de la interpretación únicamente numérica. En este sentido, es pertinente recordar que dentro de las Ciencias Sociales, incluyendo los estudios de políticas públicas, es persistente una fuerte categorización de tres métodos de investigación: cualitativos, cuantitativos y cualitativos-interpretativos (Fischer, 2007, pp. 405-407).

De modo tal, se implementará una investigación de tipo cualitativo-interpretativo, la cual invita a considerar el estudio de los fenómenos sociales y humanos como una realidad que tiene una aplicación metodológica que difiere del estudio de los fenómenos naturales y físicos. Por consiguiente, existen dos elementos que retoman el valor central de la humanidad en lo individual y lo comunitario: el primero es la centralidad de la producción de significado para la vida humana; mientras que el segundo afirma que las experiencias de los humanos están enmarcadas fuertemente por un contexto específico. Lo anterior conduce a que el investigador tenga en cuenta múltiples factores al momento de analizar el comportamiento de los individuos, razón por la cual se debe entender que la objetividad no es posible, pues la situación conduce a la formación de significados a partir de conocimiento previamente adquirido que construye entendimientos intersubjetivos (Fischer, 2007, p. 407).

Por ende, aquellos que hacen uso de la metodología interpretativa no sienten la necesidad de transformar las palabras en números a analizar. Por esto, este método está basado en la producción escrita de los datos “recolectados” por instrumentos de análisis, reportes y formatos de investigación. A partir de estos datos los investigadores que se ciñen por este tipo de técnica transforman los datos en palabras y les otorgan significados y fuentes de significados para construir y explorar categorías de análisis. De tal forma, esta metodología es funcional para la argumentación, deliberación y otros acercamientos dentro de la investigación de políticas públicas. Además, es particularmente importante señalar que para los investigadores interpretativos, la interacción tanto de la producción académica como del lector y los individuos que sirvieron como parte del estudio, posee un impacto dentro de las pretensiones y hallazgos del documento académico (Fischer et al., 2007, pp. 407-408).

En cuanto al método a aplicar dentro de esta investigación, se utilizará la fuente Interpretativa de Documentos, lo cual implica la sustracción de información sobre reportes periodísticos, escritos académicos, normas y políticas públicas, estudios, reformas, informes, entre otros. Con la información en mano, se procederá a aplicar una metodología específica para el análisis de datos, la cual corresponde al Análisis Crítico de Valores, dentro del cual se analizan las categorías que dan forma al objeto de estudio para así determinar y encontrar valores intrínsecos a la investigación (Fischer et al., 2007, p. 409).

Con todo esto, se pretende adaptar a la presente investigación un marco metodológico cuyas herramientas permitan la transformación de la información presentada en datos a categorías de análisis alrededor de los avances en la prestación en salud a las mujeres migrantes venezolanas durante el gobierno de Iván Duque. Por esto, se prioriza la necesidad de identificar la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (2005) y sus componentes. Además, se analizarán los postulados de esta Política para entender su comportamiento en relación con la población a estudiar (mujeres migrantes venezolanas), para así evaluar por medio de un modelo DOFA los factores (geográficos y socioeconómicos) que jugaron un papel determinante en la prestación del servicio de salud a migrantes femeninas durante el periodo a tener en cuenta.

Para precisar la utilización del modelo DOFA en este documento, se seguirán las apreciaciones estipuladas por el académico Humberto Ponce Talacón, quien en “Enseñanza e Investigación Psicología” presenta una serie de orientaciones y pasos para desarrollar este tipo de herramientas de análisis. Para comenzar, el modelo DOFA es un acrónimo que hace referencia a cuatro conceptos por medio de los cuales se evalúan factores de debilidad, oportunidades, fortalezas y amenazas, dentro de una organización. La practicidad de esta herramienta permite la toma de decisiones estratégicas para lograr solventar o enfrentar situaciones que amenacen a una institución, pero también permite detallar cuáles son aquellas prácticas positivas que mantienen el equilibrio en ciertos sectores (Ponce, 2007, p. 114).

Para identificar las fortalezas se tienen en cuenta todas aquellas funciones dentro de la organización que se realizan de manera correcta, en relación con las habilidades y capacidades del personal, la competencia dentro y fuera, y la gestión de los recursos valiosos. Las debilidades son aquellos factores que vulneran la organización que representan la

deficiencia en las actividades a realizar, en temas como: productos, distribución, comercialización y ventas, investigación, costos generales, estructura, organización, etc. Tras la identificación de los aspectos débiles y fuertes se pasa a la evaluación de ambos componentes, además, vale recordar que dentro de esta evaluación algunos factores son considerados como más preponderantes que otros, así, se entiende que las fortalezas vienen dadas por los activos competitivos y las debilidades por los pasivos competitivos (Ponce, 2007, p. 115).

Por su parte, las oportunidades son definidas como las fuerzas ambientales externas no controlables por la organización, pero elementos potenciales de mejoría o crecimiento, lo que permite formular nuevas estrategias que se adapten al entorno cambiante que enfrenta la institución. En cuanto a las amenazas, se entienden como la totalidad de las fuerzas ambientales no controlables, y componen fuerzas o aspectos negativos y problemas potenciales. La unión de las oportunidades y las amenazas permite observar el atractivo de la organización y, a su vez, la necesidad de optar por acciones estratégicas (Ponce, 2007, pp. 115-116).

En definitiva, el análisis de la DOFA sirve para crear un marco general sobre las posibilidades que existen dentro de las organizaciones a partir del análisis de los factores que inciden en las prácticas dentro del mismo sistema, a raíz de elementos externos e internos que terminan moldeando la “aparición” de la organización.

Capítulo 1: Marco Teórico

Teorías de las migraciones:

Ahora bien, teniendo en cuenta los propósitos de la presente investigación, se procederá a encasillar al documento bajo una de las muchas conceptualizaciones que existe sobre la palabra migración, con la finalidad de establecer una aproximación clara de lo que significa esta categoría. Así mismo, se hará uso de un conjunto de teorías que buscan orientar los objetivos e incógnitas que se puedan ir desarrollando a lo largo del ejercicio descriptivo y analítico de este estudio, para lo cual se aplicará una teoría sobre las migraciones, teniendo

en cuenta que los procesos migratorios de la población femenina de origen venezolano en Colombia derivan en una serie de retos y decisiones que la administración pública debe tratar, en este caso frente a la atención en salud.

En este sentido, la connotación a utilizar sobre migración será la empleada por la académica española Cristina Blanco -PhD en Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Deusto y Profesora Titular de Sociología de la Universidad del País Vasco, ampliamente reconocida por especialización en el campo de las Migraciones Internacionales- quien entiende la migración como un proceso constituido por tres subprocesos. Estas categorías dadas por la autora tienen la intención de reducir la ambigüedad que existe dentro del estudio de las migraciones con respecto a condiciones como la distancia o el tiempo de estadía, para así formular una apreciación más precisa sobre lo que es una migración y sobre lo que no lo es. La primera subcategoría, lo espacial, deduce que el proceso de emigrar requiere, por lo menos, de dos delimitaciones geográficas significativas (municipios, provincias, regiones o países); la segunda subcategoría, lo temporal, describe que el movimiento tiene que ser duradero y no esporádico. La última subcategoría, lo social, transmite la idea de que la migración trae consigo transformaciones importantes en el entorno físico y social (CVN, 2021; Micolta, 2005, p. 61).

A partir lo anterior, la autora entiende que las migraciones son desplazamientos duraderos que implican un cambio en las realidades político-administrativas, sociales y culturales en un periodo de tiempo relativamente duradero, aunque también entra dentro de esta definición todo cambio permanente de residencia que de lugar a una interrupción en una delimitación de origen para su reorganización en otro espacio geográfico. Contrariamente, los desplazamientos turísticos, los viajes de negocio o de estudio, no son considerados dada su transitoriedad y carencia de reorganización vital. Lo mismo sucede con la llegada a una nueva residencia dentro de un mismo municipio, porque esto no conlleva a un reajuste político-administrativo, y tampoco resulta del todo una interrupción de actividades previas (Micolta, 2005, pp. 61-62).

Así, todo proceso está constituido por una serie de momentos o etapas que configuran el cómo se ha venido desarrollando una práctica o situación, en el caso de la migración, Cristina Blanco establece los siguientes momentos: primero, la emigración, donde una persona o

grupo de personas abandonan su territorio de origen a lo largo de un periodo de tiempo largo e indefinido; segundo, la inmigración, ya cuando se produce el asentamiento de población foránea en una comunidad específica; tercero, el destino, con la llegada de un conglomerado humano a un territorio diferente a su seno comunitario, estas personas pasan a ser reconocidas como inmigrantes. Además, dentro de la primera fase, gracias al choque de perspectivas y realidades entre comunidades diferenciadas a raíz de la migración, existen tres elementos correlacionados (comunidad emisora, comunidad receptora y migrante individual o colectivo) y dos subprocesos migratorios (la emigración y la inmigración). Igualmente, existen tipos de migraciones de los cuales Cristina Blanco ofrece una definición. La tipología que presenta es la siguiente: a) Dado un límite geográfico (migraciones internas o externas); b) Establecidas por una duración (migraciones transitorias o definitivas); c) Por los sujetos que toman la decisión (migraciones espontáneas, dirigidas o forzadas); d) Y según las causas (ecológicas, políticas o económicas) (Micolta, 2005, pp. 62-65).

Entonces, la académica explica las categorías aportadas anteriormente. Conforme a las “migraciones internacionales”, compuestas por dos subcategorías, se establece que existen unos movimientos humanos que traspasan fronteras nacionales dependiendo de controles administrativos, en algunas ocasiones por parte del Estado emisor y siempre por el lado del Estado receptor. En este tipo de casos, existe formalmente procedimientos y normas que deben cumplir aquellos que buscan emigrar, pues de hacerlo conforme lo solicita la ley, su instancia sería la de inmigración legal, y de no cumplir, se encontrarían catalogados en inmigración ilegal. Vale hacer una salvedad, los términos de legal e ilegal corresponden a atributos ligados a hechos o situaciones, mas no personas; por lo tanto, resulta incorrecto o despectivo utilizar calificativos como inmigrantes ilegales o legales, a pesar de la gran popularidad de dichos términos, siendo la forma correcta de referirse a estas personas la de inmigrantes indocumentados o irregulares. Dentro de las migraciones internacionales, su segunda subcategoría es referente a los límites pactados por unidades territoriales más grandes que los Estados, como en el caso de la Unión Europea, donde existen una diferenciación pronunciada entre los ciudadanos que pertenecen y los que no pertenecen a esta comunidad (Micolta, 2005, p. 66)

Por otro lado, según su duración existen tres tipos. Las “migraciones transitorias” aglutinan a los migrantes que establecen su residencia de manera momentánea en determinado territorio, como es el caso de los trabajadores temporales. Las “migraciones de carácter permanente” son aquellas en las cuales los individuos residen de manera definitiva o prolongada en un espacio. Sobre la cuestión de los sujetos, Blanco afirma que las migraciones son espontaneas (el migrante decide voluntariamente salir de su país de origen dándose una falta de mediación institucional ante este proceso), dirigidas (el migrante es aquel que toma la decisión de emigrar, pero amparado por agencias facilitadoras en desplazamientos humanos) y forzadas (la emigración no se da de manera voluntaria, como tampoco el destino, generalmente). Por último, en la tipología de las causas de la migración se importan tres causas fundamentales: las ecológicas, dotadas por catástrofes naturales que afectan la estabilidad de un territorio que, en consecuencia, estimula la salida de su población; las económicas, donde el factor monetario juega un papel crucial en la elección voluntaria de emigrar; las políticas, en las cuales las intolerancias nacionalistas, religiosas y políticas dan forma a situaciones conflictivas, ya sean enfrentamientos bélicos o persecuciones, cual sea su tipo, que dan paso a la formación a las figuras de desplazados, exiliados, aislados o refugiados (Micolta, 2005, p. 66).

Como se ha podido observar, las aclaraciones brindadas por Blanco frente al concepto de migración, y sus derivados, encajan correctamente en el fenómeno a estudiar, pues, se entiende que la migración de población femenina de origen venezolano a Colombia se da gracias a la presencia de una diversidad de crisis y carencias que se generan en Venezuela, entre ellas la falta de medicamentos y la incapacidad del Sistema de Salud para dar abasto a las necesidades de la población. Esto terminó reflejándose en la presencia de las etapas descritas por Blanco, donde la mujer venezolana ha tenido que afrontar retos y situaciones al momento de encontrarse en una realidad política, económica, social y cultural diferente a la de su lugar de origen.

Entendido esto, ahora corresponde el momento de fijar una teoría sobre las migraciones que logre explicar el porqué de la migración venezolana a Colombia, haciendo énfasis en la población objeto de estudio. Por esto, la de Teoría de los Factores Push & Pull resulta una herramienta explicativa favorecedora para las motivaciones investigativas de este texto, por

su capacidad de entender cómo la diversidad de factores que empujan y atraen a los migrantes juega un papel fundamental al momento de entender por qué se producen los procesos migratorios.

Antes de explicar esta teoría, es vital informar que las bases de esta perspectiva nacen de los aportes de la Teoría Neoclásica, siendo esta especialmente fiel a las corrientes de la economía del siglo XX, las cuales parten de dos presupuestos: primero, el ser humano posee prácticas sedentarias por naturaleza debido a motivaciones económicas; segundo, al momento de emigrar los individuos toman decisiones racionales para maximizar las posibles ventajas que se puedan obtener en el proceso. Por consiguiente, para estas teorías las migraciones internacionales operan bajo una lógica individual de costo-beneficio con el propósito de maximizar la capacidad adquisitiva por medio del análisis de las tasas salariales entre los países de origen y de destino. Así mismo, ante el cambio de los flujos laborales, se presenta una baja en los salarios de los países de destino y un alza en los países emisores hasta lograr un punto de equilibrio, es decir, la tasa de emigración crece mientras la disparidad salarial aumenta (Micolta, 2005, pp. 67-68).

Retomando a la Teoría Push & Pull, este modelo tiene en cuenta elementos ligados tanto al lugar de origen como de destino para explicar los movimientos migratorios. Para esto, se debe entender que existen factores de expulsión (desventaja) y de atracción (ventaja) dentro de los espacios geográficos. Algunos de los factores de expulsión son: la presión demográfica, la falta de acceso a la tierra, los bajos salarios, los bajos niveles de vida, la falta de libertades políticas, la represión, y muchos más. En oposición, los factores de atracción son los elementos antónimos generadores de la expulsión. Las consideraciones costo-beneficio también forman parte de esta teoría, pues desde la racionalidad de cada individuo se estudia la decisión de emigrar o no. No obstante, se critica esta perspectiva por su supuesto ahistoricismo e individualismo, como también por afirmar que los individuos con menores rentas son aquellos que más tienden a emigrar, mientras que las investigaciones señalan que ese puesto le corresponde a la clase media (Micolta, 2005, p. 69).

A partir de esta explicación, es bastante prudente señalar que esta teoría puede enmarcarse correctamente en el caso a estudiar, puesto que contempla cómo factores no únicamente ligados al factor económico, pero que por defecto poseen una relación con este elemento,

hacen parte de las decisiones de las poblaciones migrantes. Por otro lado, si bien una de las críticas a esta teoría castiga la “incorrecta” asignación de clase de quienes deciden emigrar, si se observan los análisis y descripciones presentadas en la introducción del texto, es claro que las mujeres venezolanas en Colombia se encuentran repartidas, en su mayoría, entre las poblaciones más económicamente vulnerables, por tal motivo, en el contexto de esta investigación dicha afirmación no tiene efecto.

Capítulo 2: las finalidades y propuestas de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (2005) surgió como parte un esfuerzo adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social (en aquel entonces Ministerio de Protección Social) con la finalidad de definir un derrotero de mediano y largo plazo para el sector Salud. Así, esta política constituye el marco que promueve la actuación articulada, no exclusivamente de los actores que conforman la red de prestadores de servicios públicos y privados de salud, sino que también incluye otros sectores: la academia, las entidades territoriales, los reguladores, las organizaciones de usuarios y las entidades vinculadas con la investigación y el desarrollo. Por tal motivo, para la formulación de la política en conformidad a su enriquecimiento y ajuste, fue necesario implementar conocimientos multidisciplinarios e interinstitucionales, que a su vez se nutrieron de aportes de los actores anteriormente mencionados (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 7).

Todo esto tiene la intención de lograr que la información sobre la calidad se torne en un bien público que facilite la orientar las decisiones de los funcionarios en el sistema, y que además modernice las formas de operación de los prestadores públicos, consolidando de esta manera las redes de servicios de salud para optimizar los recursos y la mejora en el acceso y desarrollo de un sistema de incentivos para prestadores a lo largo y ancho de Colombia. Así, en la Política se reafirma la posición del Gobierno Nacional por fortalecer la prestación de los servicios para lograr, coherentemente, una digna y efectiva atención en salud, siendo este el fin último del Estado y de los involucrados, tanto privados como públicos, que conforman la red de servicios de salud (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 7).

En cuanto a la estructuración del documento que contiene la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, este se encuentra dividido en dos capítulos, el primero trae a colación la problemática y la formulación de la política en cuestión, por su parte, el segundo capítulo contiene el contexto y el ámbito de desarrollo de la política. Para su formulación, fue imprescindible establecer un acuerdo sobre los principios orientadores, partiendo estos por el reconocimiento de: la heterogeneidad del país, la descentralización, la posibilidad de diferentes modelos de prestación de servicios, la rendición de cuentas, la atención centrada en el usuario, la participación ciudadana y la salud como objetivo final del sistema. Con esto, los principios fueron fundamentados y desarrollados a partir de tres ejes: accesibilidad, calidad y eficiencia. Dentro de estos se definieron diversidad de estrategias, líneas de acción y proyectos o programas a ser ejecutados (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 9).

Por otra parte, frente al ámbito de la política de prestación de servicios, se aclara que existe un direccionamiento tanto a los prestadores privados y públicos de servicios de salud, cubriendo a la población asegurada y no asegurada del territorio colombiano. Así mismo, el cumplimiento de los objetivos y el desarrollo de las estrategias y líneas de acción requieren el compromiso de las autoridades sanitarias nacionales y locales de cumplir con la rectoría, la vigilancia, el trabajo articulado con los usuarios y demás, para demostrar un mejoramiento en el acceso, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud en Colombia (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 9).

Adicionalmente, dentro del marco de la Seguridad Social en Salud para Colombia, la salud pública es definida como un conjunto de políticas enfocadas en garantizar la salud de toda la población dentro del territorio, por medio de estrategias desde un enfoque individual y colectivo, donde los ejes centrales se basan en la vida, el bienestar y el desarrollo del país. También, la forma en la que se regula, modula y vigila dichos servicios son plenamente responsabilidad del mismo Estado, por lo que este entra a jugar un papel importante en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya que los objetivos de la salud pública se basan en: el fortalecimiento de la capacidad institucional para planificar y gestionar; el desarrollo de las condiciones en recurso humano en salud; y al elaborar procesos que complementen y mejoren el estado de salud desde los dos enfoques mencionados anteriormente (GOV.CO, s.f).

Retornando a la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Dentro del documento se encuentra formalmente la delimitación de una problemática en la prestación de servicios de salud. Aquí, se identifican algunos de los diagnósticos hechos a los prestadores de servicios de salud en Colombia (como los estudios realizados a raíz de la problemática hospitalaria en 1988 por parte de la Previsora SA, pero también otras investigaciones en temas como: el estudio sectorial en salud, los trabajos del Ministerio de Salud, entre otros). Así, se distingue que la problemática puede clasificarse en dos categorías: los problemas acumulados, los cuales son las situaciones percibidas antes del nuevo sistema de seguridad social que continúan; y los problemas emergentes, es decir, eventos que acontecen dadas las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano, los cambios político-administrativos que suceden a lo largo del tiempo o por los cambios en la situación de salud de la población (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 13).

A continuación se expondrán los problemas descritos en la Política. Para empezar, la evidencia demuestra una baja capacidad resolutive de las instituciones de baja y media complejidad, a partir de factores relacionados a la precaria actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura y la forma en la que se escoge e incorpora la tecnología dentro de estas instituciones. También se critica el régimen laboral en los hospitales públicos, puesto que la legislación que los rige dificulta la captación institucional de los retos derivados de los cambios en el Sistema de Salud, las modificaciones en el perfil epidemiológico de la población y en los modelos de prestación de servicios, incrementando así los costos de operación. Otro reproche va dirigido hacia las instituciones públicas, pues estas aún no han solventado el tema del pasivo prestacional, ya que persiste la ausencia de clarificación de esta magnitud para establecer las posibilidades de financiación, poniendo de esta manera en riesgo la sostenibilidad y viabilidad de los entes del sector público (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 14).

Se identifica igualmente una deficiencia en el número de mecanismos que permitan identificar, evaluar, incorporar y gestionar la tecnología biomédica, a lo cual vale agregarle que la incorporación de estos elementos suele presentarse de forma tardía producto de la ausencia de un sistema de evaluación de tecnología en el país. Además, existe una falta de información sobre prestadores y prestación de servicios de salud, perjudicando la atención

adecuada y necesaria para los habitantes del territorio. Esto empeora si se observa que para la fecha de la formulación de la Política se veía una ausencia de un sistema de rendición de cuentas orientado a los resultados en salud y la gestión de la prestación de los servicios. Es pertinente agregar la debilidad del desarrollo y organización de la red de servicios a nivel nacional y territorial, pues no responde a las necesidades y características de la población y el territorio, aumentando la ineficiencia en la ineficiencia al momento de prestar los servicios (Ministerio de Protección Social, 2005, pp. 14-15).

Es preocupante además las falencias en la gestión de las entidades de dirección, aseguramiento y prestación de los servicios, tanto públicas como privadas, incurriendo así en la omisión de las tareas de direccionamiento y evaluación, como de la calidad de la gestión clínica y del talento humano. Por último, se destaca la falta de la universalización en la cobertura de aseguramiento, si bien para diciembre 31 de 2004 el 71% de la población se encontraba asegurada, 13 millones de personas no contaban con un seguro de salud, lo cual afecta principalmente a las poblaciones pobres y más vulnerables (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 15).

Las siguientes cuestiones corresponden a las problemáticas emergentes tenidas en cuenta por la política. Primero, existe una fragmentación y atomización en la prestación de servicios, dada la ausencia de articulación y direccionamiento de la oferta, lo que mantiene a los usuarios con servicios dispersos que limitan el acceso y la integralidad de la atención. Segundo, si bien en el país se implementó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), la información sobre la calidad de los servicios es mínima y no se identifican canales para determinar y divulgar el panorama de la calidad de los servicios. Tercero, la política de incentivos adoptada no ha logrado consolidar una estrategia clara para incentivar, negativa o positivamente, a los prestadores y aseguradores en el sistema de salud. Cuarto, se vive un desequilibrio entre las aseguradoras y los prestadores, debido a la forma en la cual las aseguradoras definen los precios y contratan a los prestadores de servicios (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 16).

Quinto, se mantienen las limitaciones en los servicios de contratación y pago utilizados para la compra de servicios de salud, en la medida en que los mecanismos de pagos entre aseguradoras y prestadores consultan precios y responden a la observación de

actividades históricas y precios indexados, antes que a estudios que analicen variables de calidad y costo efectividad. Por último, existe un desequilibrio en la oferta de servicios de salud frente a la demanda, ya que en ciertas regiones del país se presenta una limitación de la oferta, mientras que en otras una sobreoferta (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 16).

Ya habiendo explorado todo lo anterior, se puede entender que la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud está desarrollada conforme a una responsabilidad normativa, de resolución de problemáticas y según unas recomendaciones de actores del SGSSS, para así materializar unos lineamientos estratégicos que rijan la prestación de los servicios de salud en Colombia, por esto, se ha fijado que:

El propósito de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 17).

Ante lo anterior, se presentan unos principios orientadores de la Política a estudiar, estos son: reconocer la mejora de la salud de la población como el objetivo principal del Sistema; reconocer la heterogeneidad del país, ya que esto es una dificultad al momento de organizar la prestación de servicios de salud, que permitan la implementación de esquemas flexibles que reconozcan y respondan a realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población; promover los enfoques de atención centrada en el usuario y el mejoramiento constate de la calidad; admitir que la prestación de servicios de salud se lleva a cabo en un contexto descentralizado, con diversidad de competencias, recursos y acciones de control dentro de la prestación de servicios en las entidades territoriales (Ministerio de Protección Social, 2005, pp. 17-18).

Otros principios orientadores son: reconocer que la prestación de servicios se manifiesta en condiciones de ajuste fiscal y en un entorno de competencia; permitir el diseño y aplicación de variedad de modelos de prestación de servicios para que su organización responda a las necesidades y condiciones de la población, especialmente a aquellos más vulnerables; reconocer la necesidad de explorar y fortalecer las posibilidades que poseen las comunidades de organizarse para solventar sus problemas de salud y de articular una

respuesta de los prestadores de salud a las necesidades de los usuarios; admitir la necesidad de generar capacidades e incrementar habilidades en los individuos, grupos, organizaciones, instituciones y comunidad, para cumplir los objetivos y metas del Sistema de Salud; y reconocer como ámbito de aplicación a prestadores públicos y privados (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 18).

Por su parte, los objetivos de la Política son tres: mejorar el acceso a los servicios de salud, mejorar la calidad de la atención en salud, y generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas. Los cuales se encargarán de guiar los ejes, estrategias y líneas de acción de la Política (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 19).

Estos tres ejes de la política nacional están correlacionados para trabajar en función de un mejor servicio de salud para el territorio colombiano, por consiguiente, su función se divide de la siguiente forma:

- **Accesibilidad:** se define como la relación que tiene la población del país que necesita del uso de servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios. Dentro de este eje se identifican tres factores: la capacidad que tiene cada usuario para buscar y obtener atención; las formas y tipos de organización de los servicios para cumplir y garantizar, efectiva e integralmente, la atención a la población; y las relaciones que se encuentra entre los ciudadanos, aseguradores y las entidades pertinentes a la prestación del servicio (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 20).

Por otro lado, la accesibilidad también tiene en cuenta ciertas dimensiones: la geográfica, la cual se mide a partir de las distancias, facilidades de transporte, condiciones topográficas, y muchas más; la económica, la cual habla de la capacidad de pago, los costos de acceso al lugar de la atención, y la prestación del servicio; la cultural, constituida por los conocimientos, actitudes y prácticas de la sociedad en relación al aprovechamiento de los servicios; y la organizacional, que tiene que ver con las condiciones locativas, administrativas y de información de las entidades encargadas de administrar o prestar los servicios (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 20).

Este eje también cuenta con una serie de estrategias clave, tales como: primero, el incremento de la capacidad resolutoria de los prestadores de servicios de salud en Colombia, donde entran en juego líneas de acción que buscan la intervención nacional para el manejo efectivo de patologías prevalentes en la salud pública, el trabajo coordinado en estrategias innovadoras en el campo de la atención a salud (primaria, salud familiar y/o comunitaria), y el apoyo a entidades territoriales y a las IPS en la incorporación de tecnologías costo-efectivas; segundo, el desarrollo y fortalecimiento de las redes de prestación de servicios de salud, dentro de la cual existen líneas de acción que fortalecen la capacidad de las redes de las entidades territoriales, desarrollan el sistema de información frente a la prestación de servicios, definen los lineamientos y criterios de las redes de servicios prioritarios (local, regional y nacional), definen los lineamientos normativos en el caso de la regulación de la oferta en Colombia, e impulsa la evolución de la telemedicina; tercero, la ampliación de las coberturas de aseguramiento reconociendo la necesidad de mantener subsidios de oferta en los lugares que por condiciones territoriales y de mercado lo requieran, aquí se ponen en desarrollo nuevos mecanismos de ampliación de coberturas, y el desarrollo de mecanismos para garantizar la oferta en aquellos espacios donde las condiciones del mercado no operan (Ministerio de Protección Social, 2005, pp. 22-23).

- **Calidad:** se comprende como la capacidad de servicios que ofrezcan accesibilidad, equidad y profesionalismo, donde sea óptimo el uso de los recursos disponibles y haya satisfacción por parte de la atención recibida por el paciente. Así mismo, es un elemento estratégico que busca el mejoramiento constante de la calidad y la atención centrada en el usuario (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 24).

Dentro de su primera estrategia se encuentra enfocada en el fortalecimiento de los sistemas de habilitación, acreditación y auditoría, que tiene como propósito la disminución de riesgos en la atención para mejorar el nivel de capacidad y equidad, de aquí se desprenden tres líneas de acción: fomentar permanentemente que los prestadores y entidades administradoras de planes de beneficios usen los estándares de acreditación y de las metodologías de auditoría; desarrollar y consolidar a nivel territorial el Sistema Único de Habilitación; y definir un marco de referencia de indicadores de calidad para el país. En

cuanto a la siguiente estrategia, empoderar al usuario y sus formas asociativas por medio del desarrollo del Sistema de Información en Calidad, se desprenden dos líneas de acción: elaborar, difundir y publicar periódicamente los hallazgos sobre la calidad de aseguradores y prestadores, para impulsar la competencia institucional; y fortalecer los mecanismos de participación social dentro de los procesos de evaluación y mejoramiento de la calidad. Otra estrategia es el desarrollo y mejoramiento del talento humano en salud, sus líneas de acción son las siguientes: desarrollar un sistema de recertificación y registro único nacional del personal del sector salud; definir e implementar los criterios de calidad para los espacios de práctica y hospitales universitarios; y promocionar una cultura de ética para los trabajadores de la salud. La última estrategia de este eje es el fortalecimiento de los procesos de evaluación e incorporación de tecnología biomédica, se estructura en dos líneas: implementar el Sistema Nacional de Evaluación de Tecnología en Salud; y apoyar la implementación de la Política Farmacéutica Nacional (Ministerio de Protección Social, 2005, pp. 24-27).

- **Eficiencia:** este eje procura por la capacidad para adquirir los mejores resultados con la menor utilización de recursos que hay en disposición para lograr las metas establecidas. En este sentido, se toman decisiones sobre las estrategias de asistencia, donde se evalúa si son si igualmente eficaces o efectivas, de ser así, se opta por utilizar la estrategia menos costosa (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 28).

El eje mencionado tiene como primera estrategia la reorganización y el rediseño de la red de los prestadores públicos de servicios en salud, para esto se disponen cuatro líneas de acción: apoyar técnica y financieramente las entidades territoriales para el rediseño, reorganización y ajuste de las redes de servicios e instituciones públicas de salud; apoyar las entidades territoriales para la revisión, ajuste y saneamiento de los pasivos prestacionales de los prestadores públicos de salud; y monitorear la gestión de la red pública. La siguiente estrategia busca la generación de mecanismos jurídicos, administrativos y técnicos para la modernización institucional de los prestadores públicos, viéndose dividida en dos líneas de acción: revisar y ajustar el régimen jurídico de las Empresas Sociales del Estado; y fomentar nuevas maneras de operación para los prestadores públicos con participación del sector privado y/o solidario y/o tercer sector (Ministerio de Protección Social, 2005, p. 28-29).

La ulterior estrategia pretende el desarrollo e implementación del sistema de incentivos para los prestadores de servicios, para esto se proponen cinco líneas: diseñar y desarrollar nuevos métodos de contratación y de pago de los servicios ambulatorios y hospitalarios; formular el sistema de incentivos para el talento humano para los trabajadores de la salud; desarrollar los mecanismos de reconocimiento de los logros en calidad de las entidades prestadoras de salud y las empresas promotoras de salud, en conformidad con el sistema de incentivos; fomentar las prácticas más óptimas en términos asistenciales, administrativas y financieros en los prestadores de servicios; desarrollar un sistema de rendición de cuentas para cada una de las etapas encargadas de la dirección y operación de las redes de servicios (ministerio, departamentos, municipios, distritos y prestadores públicos). La última estrategia es el desarrollo de un sistema de precios de referencia y de unificación y normalización de procesos y requerimientos entre IPS y Ministerios, Superintendencias, DNP, Entidades Territoriales y Aseguradoras, sus líneas de acción son: definir el manual de tarifas mínimas de referencia para la prestación de servicios de salud; apoyar los trabajos conjuntos de aseguradores y prestadores para la consecución de acuerdos y estandarizaciones de procesos; e implementar el sistema único de reporte de información para prestadores (Ministerio de Protección Social, 2005, pp. 30-31).

Capítulo 3: el contexto de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, el Sistema de Salud colombiano y sus efectos en la población migrante venezolana

Para establecer un análisis del Sistema de Salud frente al fenómeno migratorio venezolano en Colombia en el caso de la población femenina, primero resulta pertinente presentar el panorama ante el cual se construyó la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, para así entender las necesidades y retos previsto para la época de la formulación de la política, con el propósito de presentar la incidencia del contexto en la definición de las prioridades a nivel sector salud en el país. El funcionamiento de esta política surge para el año 2005, cuando Colombia pasaba por una coyuntura de aciertos y desafíos donde se evidenció un crecimiento económico debido al proceso de recuperación implementado desde años atrás, con lo que se cumplió con la meta inflacionaria del momento, además del repunte positivo en los indicadores de ocupación y desempleo. Sin embargo,

dentro del contexto sociopolítico ponderaba un desarrollo del conflicto interno armado entre las fuerzas militares bajo la presidencia de Álvaro Uribe Vélez, los grupos armados al margen de la ley y el narcotráfico; sin olvidar que las relaciones con Venezuela pasaban por altibajos debido a encuentros y posiciones contrarias del entonces presidente de Colombia y el dirigente Hugo Chávez (BBC, 2005; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, s.f).

En el ámbito de salud dentro del país, el 2005 evidenció un incremento en la cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tanto en las zonas rurales como en las urbanas, reduciendo la brecha diferencial entre dichas áreas, de 4,5 veces de diferencia entre mayores y menores coberturas a 1,2. Así mismo, se encuentra un resultado similar entre los territorios con un grado menor y mayor de desarrollo que se sitúan en el país, pasando de 2,4 veces a 1,35. En tanto a generalidades, para dicho año hubo avances positivos en materia de atención y consulta primaria, y la expansión de instituciones a distintos sitios, demostrando un gran avance a comparación de periodos anteriores a este (Calderón et al., 2011).

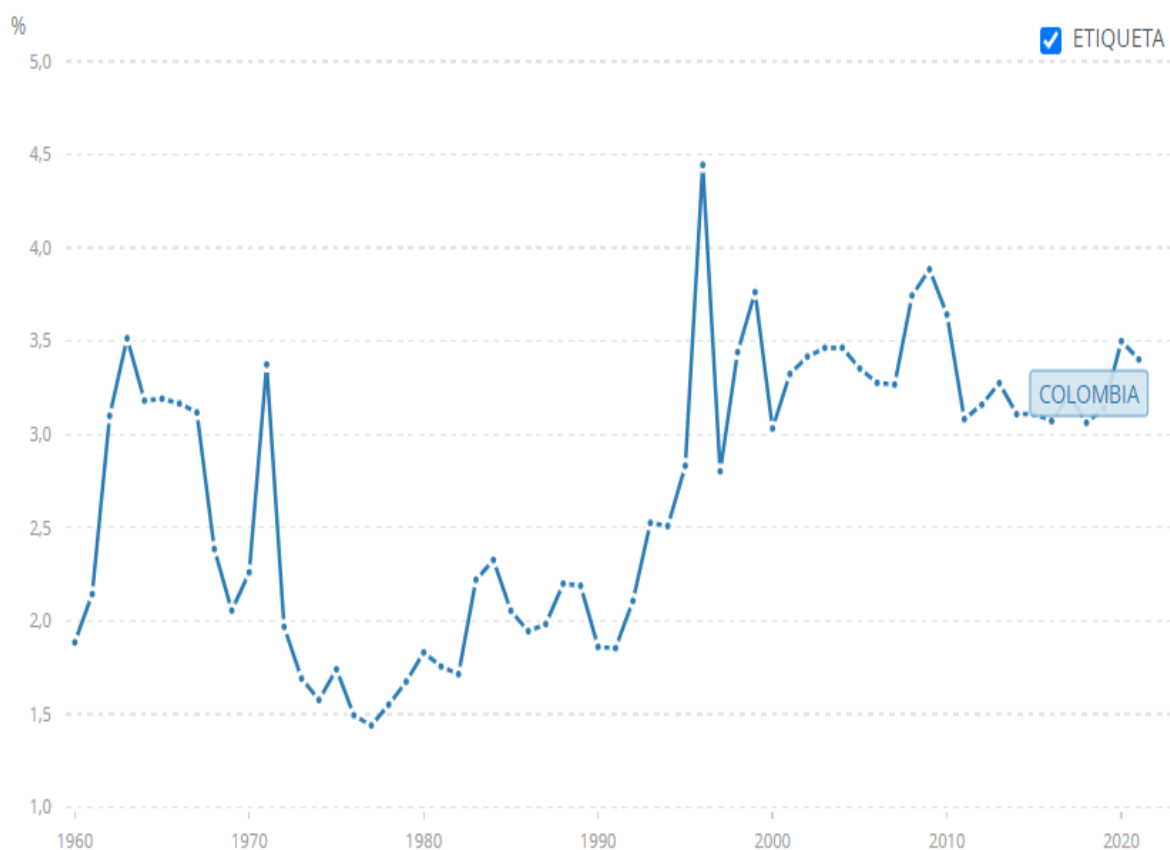
En este orden de ideas, la creación de dicha Política Nacional tiene como fin la accesibilidad, optimización y el mejoramiento del manejo de recursos y la calidad de los servicios de salud que demanda la población. Además, cuenta con unos principios orientadores que se enfocan en el reconocimiento de un país heterogéneo y descentralizado, la apertura a nuevas formas de prestación de servicio en salud, la participación de la ciudadanía en los procesos de mejoramiento y cambios, la rendición de cuentas, y la atención enfocada en el usuario principalmente. Como se mencionó anteriormente, para alcanzar los resultados en los que apunta la política se establecieron tres ejes (accesibilidad, calidad y eficiencia) que cuentan con una serie de estrategias para mejorar el acceso a los servicios, ofrecer una mayor calidad en la atención, y añadir el factor eficiente para la prestación y sostenibilidad de las instituciones prestadoras del servicio (Ministerio de Protección Social, 2005).

Un aspecto importante a tener en cuenta es la coyuntura en la que se desarrolló la Política Nacional descrita, ya que había una mayor preocupación por la seguridad y legitimidad del gobierno frente a las problemáticas que ya venían desarrollándose desde décadas anteriores hasta el 2005. Estas comenzaron a aglutinarse con los nexos políticos y

los negocios ilícitos, la consolidación del paramilitarismo en contra de los movimientos revolucionarios y la población, una serie de situaciones en materia de relaciones exteriores con Venezuela, y la demanda de la ciudadanía de mejores y nuevas formas de oportunidades y servicios en los diferentes sectores (BBC, 2005).

Gráfico No. 5

Gasto militar (% del PIB) – Colombia



Recuperado de *Gasto militar (% del PIB) – Colombia* por Banco Mundial, s.f.

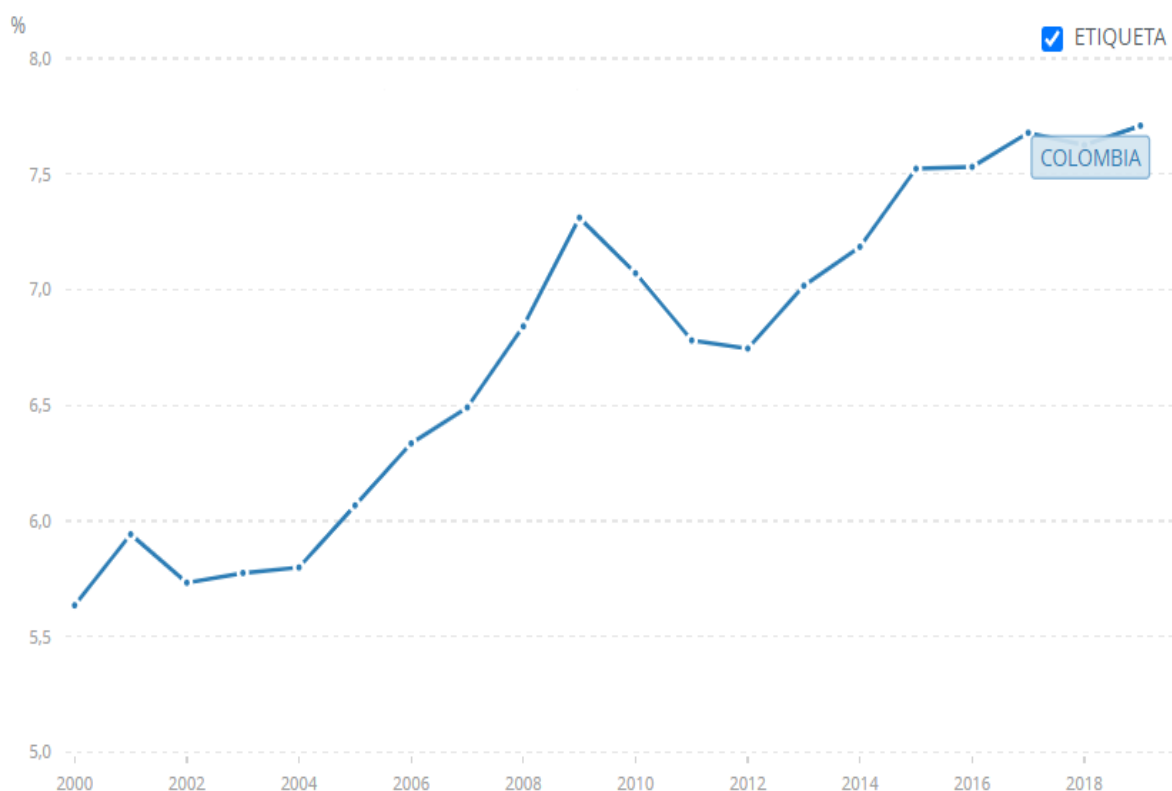
Como bien se observa, el gasto militar en Colombia experimentó un impresionante aumento durante los periodos presidenciales de Álvaro Uribe (2002-2006 y 2006-2010), pues durante esta etapa de la historia colombiana se implementó un Plan de Gobierno conocido como Seguridad Democrática, cuyos focos se centraron entre líneas de acción: la continuación de la ofensiva contra las FARC; la adopción de una “Política de Paz” con los

grupos paramilitares; y políticas específicas que respondían a las necesidades de las dos políticas anteriores (Abello, 2019).

No obstante, si bien al observar estas cifras se podría pensar erróneamente que las posibles deficiencias del sector salud estarían dadas a partir de la falta de financiamiento durante estos periodos, lo cual podría conllevar a futuro un sistema de salud frágil, que carece de las capacidades técnicas y humanas para abastecer las necesidades sanitarias de la población. La realidad demuestra que el porcentaje del PIB en salud durante los periodos de la formulación de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud superan por creces el porcentaje de gasto del PIB en asuntos militares.

Gráfico No. 6

Current health expenditure (% of GDP) - Colombia



Recuperado de *Current health expenditure (% of GDP) – Colombia* por Banco Mundial, s.f.

Es decir, no se niega el impacto del contexto de la época en el sistema de salud, pero elementos que puedan detectarse como avances dentro del sector salud responden a

características propias de cómo ha sido estructurado este sistema a partir de la consolidación de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, pues en ella se encuentran aglutinados los principales objetivos, problemáticas, propósitos, ejes, estrategias y líneas de acción, que la institucionalidad de la época categorizó como las principales prioridades a atender en salud. Así, ya se encuentran algunos indicios de cómo ha sido planteada la visión de la salud en Colombia.

Por otro lado, el país también se ha enfrentado a un cambio demográfico visto como el crecimiento de la población a lo largo de los años, de tener en 2005 una cifra de 42.647.731 colombianos a más de 51.265.841 para el 2022, sin contar la población migrante que sigue en los procesos de regularización o que se mantienen en estatus irregular, lo que aumenta la presión de la cobertura de los servicios en el sector salud a medida que crece la población. Como se muestra en la siguiente gráfica, el crecimiento desde el establecimiento de la Política Nacional hasta la fecha más reciente (2021) con datos concretos (Banco Mundial, s.f).

Gráfico No. 7

Número de habitantes por año en Colombia

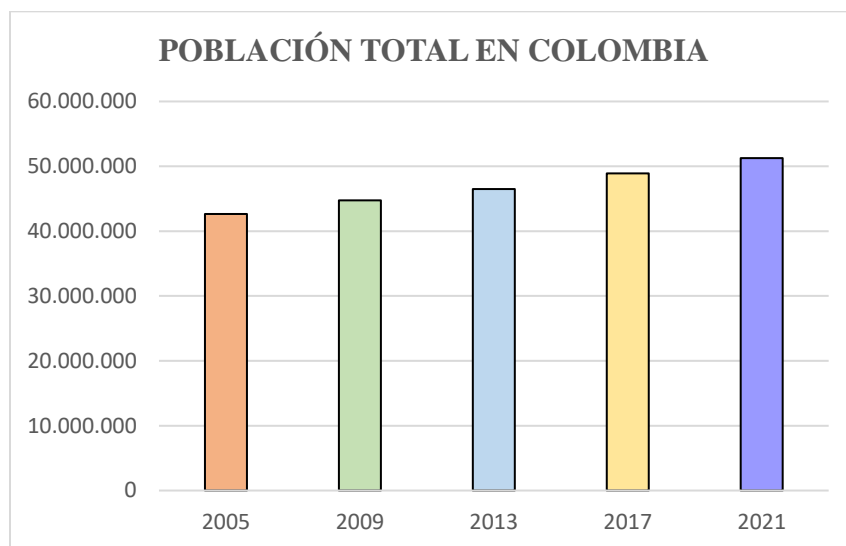


Gráfico de elaboración propia con base a los datos de *Población, total – Colombia* por el Banco Mundial, s.f.

De por sí, el aumento de la población trae de la mano un aumento en el número de prestaciones de servicios, pues son cada vez más las personas que requieren de la atención

de las diferentes prestaciones del sistema de salud. En este sentido, se esperaría que el Estado colombiano hubiera previsto el aumento demográfico como un reto para las capacidades sanitarias de las entidades de salud, pero ante fenómenos migratorios como el venezolano vale la pena preguntarse ¿existió alguna previsión dentro del Plan Nacional de Prestación de Servicios de Salud que tuviera en cuenta el factor de la migración hacia Colombia?

Al revisar dicho documento, se observa que la palabra migrante o algún término relacionado no son tenidos en cuenta por la Política. Esto se puede deber a la ausencia, para aquella época, de un fenómeno migratorio como el actual, lo que conlleva a la falta de preparación ante una coyuntura como esta, donde millones de personas han llegado a territorio colombiano, debido a unos factores específicos, como la necesidad de verse beneficiados por el sistema de salud. Por ende, se han implementado políticas que no necesariamente se ajusten a la realidad migratoria, dada la falta de experiencia y las condiciones contextuales de sectores como el de la salud.

Esto no implica que no se hayan logrado avances gracias a la academia y a la puesta en escena de políticas, normas y beneficios para los migrantes venezolanos, como lo ha sido el PEP. Aún así, este permiso no cubre a todos la población venezolana que vive en Colombia y, como ya se ha venido indicando, esto es complejo especialmente en el caso de las mujeres, debido a las condiciones de vulnerabilidad y violencia sexual que experimentan, los tipos de consultas específicas que necesitan (embarazo y salud reproductiva), y la distribución socioeconómica, pues el grueso de la población femenina se encuentra en estratos de bajos recursos.

En cuanto a la respuesta del gobierno colombiano en el tema de la atención de salud para las mujeres migrantes, muchos de los servicios solo son accesibles para sujetos que estén en el estatus de regulares, mas no los que se encuentran dentro del país de forma irregular, ya que no cuentan con una afiliación de Seguridad Social exigida dentro de los parámetros establecidos por parte del gobierno; aunque sí pueden ser atendidos en casos de emergencia. Por otra parte, el gobierno se ha basado en diferentes documentos CONPES, el estudio de Profamilia y estrategias planteadas como políticas hacia todo el territorio colombiano. Por lo cual, se ha hecho énfasis en la priorización municipal en varias ciudades, con base a la concentración de población migrante y la cantidad de casos que presentan en temas de

servicio y acceso a la atención en salud. Por ende, al ser la atención en salud el eje general de la investigación, la implementación de planes estratégicos y políticas en dicho sector es crucial para aumentar su cobertura para todo tipo de población.

También es importante afirmar que las olas migratorias de venezolanos que llegaron a Colombia tienen una característica importante que varía, esta es la capacidad socio-económica, pues los primeros migrantes que llegaron al inicio de la crisis ostentaban una capacidad adquisitiva que les permitió asentarse y acoplarse a los requisitos normativos que el país exige para la residencia dentro del territorio, lo que a su vez conlleva a una mayor facilidad para que esta población goce de los servicios ofrecidos por el Estado, como salud. Mientras que para el caso de las oleadas más recientes, como la de 2018, el panorama es completamente el contrario, pues estos son individuos de bajos recursos que luchan por sobrevivir y que desconocen las normativas y medios para acceder a los beneficios y garantías que han sido ofrecidos a otros migrantes.

Tabla No. 12

Porcentaje de la población entre los 14 y los 65 años afiliada al sistema de salud por país de nacimiento y periodo de arribo. Áreas urbanas más importantes de Colombia, 2018

Variables	Afiliación			TOTAL	%	
	Si	IC 95%	n			
Personas colombianas	93,3	93,3	93,3	250 799	15 219 485	97,3
Personas venezolanas	24,5	24,4	24,7	5 983	426 801	2,7
2013 o antes	82,2	81,7	82,6	454	29 448	6,9
2013-2017	34,8	34,6	35,0	2 253	160 526	37,6
2017-2018	10,4	10,3	10,6	3 276	236 827	55,5

Recuperado de *La afiliación al sistema de salud de personas migrantes venezolanas en Colombia* por López et al., 2021

Con el tema de las oleadas migratorias, es prudente traer a colación el reto que el gobierno de Iván Duque tuvo que enfrentar, pues según lo observado en la investigación de “La afiliación al sistema de salud de personas migrantes en Colombia”, la composición

socioeconómica de la mayoría de la población venezolana que arribó a Colombia a partir de 2018 fue de escasos recursos. Esto significa un reto para la atención de estos individuos al pertenecer a la categoría que menos está inscrita dentro del SGSSS, lo que si bien no implica que estén completamente excluidos del sistema de salud, sí significa que no acceden a todos los servicios, lo cual es crucial en el caso de personas cuya salud se esté viendo deteriorada o que necesite de asistencia médica, cual sea su necesidad.

Tabla No. 14

Migrantes por estrato socioeconómico según sexo (Total nacional, 2018)

ESTRATO	MUJERES	(%) MUJERES	HOMBRES	(%) HOMBRES
sin estrato	20.318	1,0%	22.428	1,2%
estrato 1	610.241	30,5%	598.288	31,1%
estrato 2	665.971	33,2%	654.743	34,1%
estrato 3	487.310	23,3%	437.045	22,7%
estrato 4	147.944	7,4%	129.735	6,7%
estrato 5	53.698	2,7%	45.033	2,3%
estrato 6	30.192	1,5%	24.552	1,3%
no conoce el estrato	8.338	0,4%	10.253	0,5%
TOTAL NACIONAL	2.004.012	100,0%	1.922.077	100,0%

Recuperado de *La violencia contra las mujeres migrantes en Colombia: una frontera por superar* por ABA ROLI et al., s.f

Ahora bien, el proceso migratorio en Colombia también ha permitido observar una suerte de comportamiento por parte de la población venezolana. Según lo comprobado, estas personas han tomado la decisión de partir de su Estado en función de una evaluación de costo-beneficio. Esto se ajusta a lo expuesto en la Teoría Push & Pull de las migraciones, la cual menciona un punto de análisis individual de los migrantes, donde el destino final de llegada se selecciona a partir de las oportunidades que tenga el desplazamiento, es decir, las oportunidades económicas, políticas y sociales, que el migrante asume que puede acceder al llegar a dicho territorio (Micolta, 2005).

Si se aplican los fundamentos al caso de estudio, se puede establecer que las mujeres migrantes venezolanas ven en el sistema de salud colombiano como una opción mucho más plausible para recibir atención médica, si se compara con el sistema de salud venezolano.

Además, no es secreto de nadie que las crisis que han golpeado fuertemente a Venezuela en los últimos años han limitado la capacidad y efectividad del servicio sanitario, pues en ese país, como se ha documentado, el número de enfermedades transmisibles ha aumentado, la falta de medicamentos se ha elevado y los centros médicos no cuentan con la infraestructura y herramientas necesarias para atender a los pacientes. Ahora bien, es cierto que no todas las migrantes venezolanas que llegan a Colombia lo hacen únicamente para satisfacer sus necesidades en salud, pero como bien lo demuestran las cifras (56,3%) se trata de una proporción considerable, lo que demuestra que la salud prevalece como una de las prioridades innatas de esta población (Albornoz et al., 2018).

Con respecto a la relación entre la población migrante femenina venezolana y la influencia de los ejes de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, se traslaparán estos dos conjuntos con el objetivo de analizar los posibles avances que se han desarrollado en materia de prestación de salud durante el gobierno de Iván Duque.

En términos de accesibilidad, lo observado en los periodos a estudiar indica que, frente a la capacidad que tiene cada usuario para buscar y obtener atención de salud, las formas y tipos de organización de los servicios para cumplir y garantizar, efectiva e integralmente, la atención a la población, y las relaciones que se encuentran entre los ciudadanos, aseguradores y las entidades pertinentes a la prestación del servicio, se presentaron fuertes limitaciones para atención de la población, principalmente a los migrantes que se encuentran en situación de irregularidad, ya que no pueden acceder a todos los servicios y garantías.

De esta situación se puede decir que la accesibilidad de la población a estudiar dentro del Sistema de Salud es reducida, lo anterior se debe a la condición de irregularidad migratoria en la cual estas mujeres se encuentran, pues dentro del marco normativo colombiano la atención plena en salud para migrantes venezolanos, ya sea por medio del régimen subsidiado o contributivo, ha dependido de la vinculación efectiva al PEP. Esta normativa parece no tener en cuenta que la mayoría de la población venezolana femenina que acude a los servicios de salud no se encuentra registrada dentro del PEP, de por sí, esto implica una barrera para que las mujeres acudan a una mayor gama de servicios y beneficios sanitarios. Desde lo estipulado en el eje de la accesibilidad, lo anterior no es congruente con

la dimensión económica al no considerar la condición socioeconómica de la gran mayoría de las mujeres venezolanas en Colombia, pues el Sistema de Salud debería evaluar la capacidad de pago y los costos asociados a la atención de esta población, más allá de enfocarse en la regularización migratoria de los individuos.

Frente a la dimensión cultural, la falta de afiliación al SGSSS demuestra un amplio vacío en los conocimientos de la población objeto de estudio, ya que al momento de acceder a las entidades de salud es vital la afiliación a uno de los dos regímenes para ostentar así ostentar de todos los servicios de salud disponible. Por otro lado, esto también demuestra una falta de interés de la institucionalidad por propiciar los mecanismos necesarios para dar a conocer cómo opera el sistema de salud colombiano y la prestación de servicios dentro del mismo.

Al recuperar los datos extraídos del Observatorio Nacional de Migración y Salud, se ve que, entre los años 2019 y 2021, la mayoría de las personas que acuden a los servicios de salud no se encuentran afiliadas a ningún régimen, 615.923 (76,3%); mientras que se calcula que las mujeres afiliadas tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado son 144,105 (23,7%). Lo anterior confirma que es prevalente el número de mujeres venezolanas que no se encuentran afiliadas al sistema de salud, lo que de por sí significa que no han sido beneficiadas de todos los servicios sanitarios, como por ejemplo: medicina preventiva básica, consultas generales, especialidades médicas, laboratorios, fármacos, subvenciones por invalidez, licencia de maternidad o paternidad (Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022; López et al., 2021).

La situación es crítica si se analizan los datos sobre la distribución de esta población que es atendida en consulta de planificación familiar según régimen de afiliación: no afiliado 89.646 (76,2%), régimen contributivo 18.888 (16,1%) y régimen subsidiado 10.180 (8,7%). Lo anterior refuerza la idea de que existe un grueso poblacional que necesita de una atención médica integral. Además, vale resaltar que estas cifras excluyen el número real de mujeres que necesitan de este tipo de servicio, de lo cual se puede concluir que la mayoría no se encuentran afiliadas a ningún régimen de salud. Lo mismo se observa en el número de mujeres que acceden a métodos de planificación de larga duración: no afiliado 55.129

(84,1%), régimen contributivo 5.921 (9%) y régimen subsidiado 7% (Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022).

Por otra parte, es vital reconocer que las mujeres venezolanas que más acuden a los servicios de salud en Colombia se encuentran en edades fértiles, lo que de por sí viene de la mano con el tema de la salud reproductiva y la gestación. Por ende, sería pertinente repensar los límites normativos que terminan convirtiéndose en barreras para que más mujeres sean atendidas según sus necesidades, lo que en definitiva podría evitar los casos de MME, embarazos no deseados, transmisión de enfermedades infecciosas, muerte neonatal, entre otros.

En cuanto a la calidad, es decir, la capacidad de servicios que ofrezcan accesibilidad, equidad y profesionalismo, se observa una atención con indicadores relativamente exitosos. Por ejemplo, en cuanto a la distribución de los nacidos vivos de mujeres de nacionalidad venezolana según tipo de parto entre los años 2020 y 2021 se vio: parto 85.900 (61,9%) y cesárea 52.957 (38,1%). Así mismo, se observa una atención del 98,4% de los casos en instituciones de salud y tan solo un 1,6% en hogares. En cuanto la mortandad de recién nacidos, se vio una reducción de esta cifra, en 2020 fue de 9660 y en 2021 correspondió a 9.078. Sin embargo, otra vez resulta preocupante la cifra de mujeres que accedieron a este servicio y no se encuentran registradas en el SGSS, 85,6%. También es crítico el número de MME de mujeres embarazadas, pues entre 2019 y 2021 se reportaron 7.050 casos, siendo el año 2020 el cual tuvo mayor incidencia de esta situación (46,7% de los casos), a lo cual hay que sumarle el alto porcentaje de mujeres que no accedieron a consultas prenatales al presentar MME, cuya cifra es de 44,8%, mientras que aquellas que tuvieron una consulta prenatal ante el mismo evento en el 1° trimestre de embarazo fue de 44,7% (Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022).

Ahora bien, seguramente el punto más favorable en cuanto a la calidad viene dado por la distribución de capital hacia las entidades territoriales, pues se hizo una priorización de recursos hacia aquellas entidades que cuentan con mayor número de mujeres migrantes venezolanas, para esto hay que mirar la distribución de mujeres migrantes venezolanas en edad fértil atendidas en los servicios de salud según entidad territorial y lo escrito en la Resolución 1382 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Además, la priorización de los recursos acude a un análisis de las necesidades territoriales de cada entidad, por lo tanto, resulta apropiado que la distribución del capital se haga conforme al número de pacientes reportados por los centros prestadores de salud. De este modo, se atienden con mayor afinidad los gastos resultantes de la atención en salud y se impulsa la apropiación de mecanismos y servicios que promuevan una correcta atención o tratamiento efectivo según el caso a atender.

Tabla No. 15

Distribución de mujeres migrantes procedentes de Venezuela en edad fértil atendidas en los servicios de salud, según departamento entre 2019 y 2021. Colombia

Departamento	Año			Total	%
	2019	2020	2021		
Bogotá, D.C.	52.493	52.097	68.111	157.413	20,7
Medellín	25.598	30.279	40.045	84.340	11,1
Norte de Santander	26.818	26.020	28.665	74.308	9,8
Cañ, D.E.	17.615	15.009	19.687	43.754	5,8
Antioquia	8.308	12.285	20.144	36.651	4,8
La Guajira	15.171	11.780	10.493	33.551	4,4
Barranquilla, D.E.	12.017	10.001	12.436	31.305	4,1
Riohacha, D.E.	13.284	8.747	10.650	30.334	4,0
Santander	13.073	10.622	9.364	29.190	3,8
Cesar	14.798	10.638	6.854	27.157	3,6
Cartagena, D. E.	9.839	6.699	9.859	23.981	3,2
Cundinamarca	8.538	8.015	8.600	22.675	3,0
Santa Marta, D.E.	7.623	7.784	8.320	20.143	2,7
Arauca	6.912	6.276	6.678	17.931	2,4
Risaralda	4.938	5.572	7.145	16.204	2,1
Nariño	5.352	7.296	4.368	14.954	2,0
Meta	4.789	5.686	5.235	13.955	1,8
Boyacá	3.571	4.313	5.353	11.280	1,5
Valle del Cauca	3.293	3.962	4.695	11.051	1,5
Magdalena	5.176	3.589	2.213	9.793	1,3
Atlántico	5.229	2.743	2.216	9.155	1,2
Cauca	1.635	3.311	3.977	8.132	1,1
Bolívar	2.858	3.196	2.960	8.097	1,1
Casanare	2.911	2.586	3.165	7.865	1,0
Tolima	2.127	2.816	2.224	6.462	0,9
Córdoba	2.130	2.061	1.939	5.590	0,7
Putumayo	1.279	1.639	2.479	4.941	0,7
Vichada	1.129	1.478	1.956	4.071	0,5
Caldas	643	897	1.746	3.053	0,4
Huila	887	1.054	1.212	2.971	0,4
Sucre	889	802	1.148	2.677	0,4
Quindío	594	994	1.218	2.629	0,3
Guainía	735	601	934	1.898	0,2
San Andrés	671	35	34	724	0,1
Chocó	70	260	267	571	0,1
Guaviare	42	242	300	508	0,1
Caquetá	51	320	239	506	0,1
Amazonas	0	0	9	9	0,0
Vaupés	2	2	1	5	0,0
No definido	0	0	54	54	0,0
Total	278.189	266.157	309.507	760.028	100,0

Recuperado de *Acceso a la salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil* por el Observatorio Nacional de Migración y Salud – ONMS, 2022.

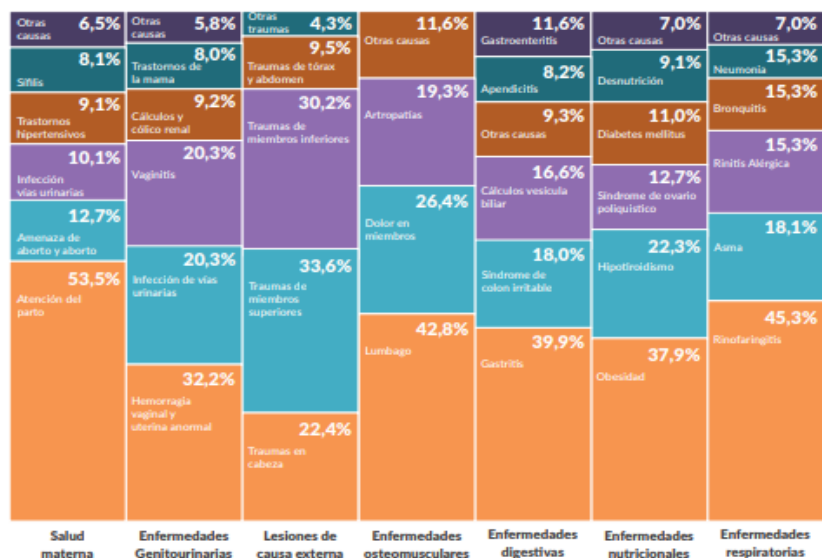
Según la Resolución 1382 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social fueron beneficiadas 14 entidades territoriales con recursos destinados exclusivamente a la cancelación de paquetes de servicios de urgencia para la atención de partos, cesárea y la inserción o implantación del dispositivo intrauterino (DIU) o semipermanente intradérmico, a mujeres venezolanas no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, que hayan sido atendidas en Empresas Sociales del Estado a partir del 1° de mayo de 2021, con el fin de fortalecer la atención en salud de la población migrante (Observatorio Nacional de Migración y Salud, 2022, p. 11).

Esto permite determinar que existe un interés por atender la situación en salud de la población migrante venezolana de sexo femenino, ya que se están teniendo en cuenta factores geográficos y sociales para distribuir los recursos para la atención en salud. No obstante, los indicadores y cifras estudiadas siguen demostrando una concurrencia de la demanda en servicios como: salud materna, enfermedades genitourinarias, lesiones de causa externa, enfermedades osteomusculares, enfermedades digestivas, enfermedades nutricionales y enfermedades respiratorias.

Finalmente, para el caso de la eficiencia entendida como este eje procura por la capacidad para adquirir los mejores resultados con la menor utilización de recursos que hay en disposición para lograr las metas establecidas, es prudente afirmar que se ha hecho una buena recolección de la información referente a las necesidades de las mujeres venezolanas al momento de dirigirse a las entidades prestadoras de salud.

Tabla No. 16

Demanda de servicios de salud en mujeres migrantes procedentes de Venezuela en edad fértil, 2021. Colombia



Recuperado de *Acceso a la salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil* por el Observatorio Nacional de Migración y Salud – ONMS, 2022.

Esta gráfica constata con claridad la demanda de los servicios de salud que solicita la población a estudiar, en este mismo orden de ideas, esta recolección de información permite una mayor precisión al momento de designar recursos y servicios específicos para la población migrante, no solo para aquellos individuos incluidos dentro de los regímenes de salud, sino que en general. Por esto, es valioso el aporte de la clasificación y sistematización de la interacción entre las mujeres venezolanas y el sistema de salud colombiano, pues esto permite la construcción de estrategias y planes más acordes con el contexto que vive la prestación de salud en Colombia y la llegada de una población con necesidades específicas a atender.

Además, es de admirar la consistencia del eje de la eficiencia en el caso a estudiar, pues el apoyo financiero constatado en la Resolución 1382 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, confirma la intención del Sistema de Salud de apoyar a las entidades territoriales en el financiamiento del sector salud para un rediseño acorde al contexto. Es también destacable cómo se mantiene un monitoreo de la red pública de salud a lo largo de los años a estudiar, donde se hace un seguimiento a los factores y necesidades en la atención de salud de las mujeres migrantes venezolanas. Sin embargo, al hablar del tema de la modernización institucional de los prestadores públicos de salud, no se constata la generación

de mecanismos jurídicos que promuevan mejores resultados, pues el estado de irregularidad migratoria sigue siendo una barrera para el acceso total a la salud.

Por último, es criticable la falta de desarrollo del sistema de precios de referencia y de unificación para el caso de la población migrante venezolana, ya que las dificultades sociales y económicas de estas personas les impiden costearse los tratamientos y demás costos asociados a la prestación de salud. Por esto resultaría vital definir tarifas mínimas de referencia para esta población, sumado a la estandarización de procesos como una herramienta capaz de fijar las acciones más acordes a las exigencias sanitarias de las mujeres venezolanas.

Capítulo 4: aplicación del modelo DOFA al caso a estudiar

Ahora bien, en cuanto a lo analizado a lo largo de todo este documento, se presentará el modelo DOFA esquematizado para así destacar los avances detectados durante el gobierno duque en relación con el caso a estudiar. Posterior a su realización, se plasmará una matriz de impactos que armonizará los principales hallazgos producidos en la DOFA.

Matriz de Impactos	
Fortalezas	Oportunidades
<p>La amplia recolección de información y datos sobre las necesidades y las características particulares de la población migrante venezolana, tanto en su disposición geográfica como en sus capacidades socioeconómicas.</p> <p>A pesar de la rigurosidad de la normatividad para la prestación de los servicios de salud a migrantes venezolanos, las estadísticas demuestran una alta atención de personas no vinculadas al SGSSS.</p>	<p>Se podría realizar una priorización de los servicios más vitales en para las mujeres migrantes venezolanas en el sector salud, pues esto permite una mejor distribución de fondos y una atención más focalizada.</p> <p>La correcta aplicación vinculación de la población a estudiar dentro del sistema de salud colombiano permitiría una correcta atención de los casos de enfermedades transmisibles, la proliferación de enfermedades de fácil tratamiento, las complicaciones durante la gestión, la salud reproductiva, entre otros.</p> <p>La optimización en el registro estadístico de la población migrante venezolana femenina contribuiría a un seguimiento más preciso del comportamiento de esta población dentro del Sistema de Salud.</p> <p>Se podría optar por una flexibilización normativa que fomente la inclusión en el Sistema de Salud de los migrantes venezolanos, sin necesidad de incluirlos formalmente en el PEP.</p>

	La población migrante venezolana podría ser objetos de campañas de concientización que logren explicar correctamente la situación normativa y las practicas del Sistema de Salud.
Debilidades	Amenazas
<p>Las políticas a nivel migración aplicadas hasta el momento, como es el caso del PEP, si bien buscan formalizar la población migrante venezolana dentro del territorio colombiano, también excluyen a los migrantes venezolanos en estado de irregularidad, ya que los privan del acceso a todos los servicios de salud.</p> <p>La falta de estrategias entre el sector privado y el sector público de la salud, que socialicen la situación de las mujeres migrantes venezolanas demuestra el desinterés que existe para garantizar el acceso y la prestación de calidad de este servicio.</p> <p>Hace falta la priorización de la atención en salud a mujeres migrantes venezolanas en estado de embarazo o en edad fértil.</p> <p>La Política Nacional de Prestación de Servicio de Salud no contempla la estrategias ni acciones para la de población migrante.</p>	<p>La falta de acción ante la diversidad de las oleadas migratorias venezolanas constituye una problemática al no distinguir las necesidades diferenciadas de esta población y sus capacidades socioeconómicas.</p> <p>La ausencia de interlocución con el gobierno y las instituciones venezolanas impide una acción estratégica entre ambos Estados para monitorear y hacer seguimiento a la situación de salud de los migrantes venezolanos.</p> <p>La normatividad del periodo a estudiar frente a la población migrante venezolana fomenta métodos de exclusión a la prestación del servicio de salud para esta población.</p> <p>Las falencias del Sistema de Salud al momento de atender a la población migrante aumentarán en la medida en que sigan presentándose la llegada de olas migratorias al país</p>

En primer lugar, se detecta una alta capacidad de las instituciones colombianas, sean de salud o no, en la recolección de información capaz de generar un registro y clasificación de la población migrante venezolana femenina en el país. Esto implica la capacidad de atender con mayor precisión las necesidades particulares de este grupo poblacional de acuerdo a: el contexto geográfico, como ya se ha visto se han proporcionado más recursos a las entidades con mayor número de población venezolana; los tipos de demandas del servicio de salud a los cuales asisten las mujeres migrantes venezolanas; las clasificaciones socioeconómicas de la población; las mujeres gestantes venezolanas; los registros de afiliación de la población migrante al SGSSS, entre otros. También se presenta una alta atención de mujeres de origen venezolano no registradas dentro del SGSSS. Esto es bueno en la medida en que la administración reconoce el hecho de que existe una población exógena que ha llegado a Colombia para suplir sus necesidades sanitarias.

Impacto			
Fortalezas	Alto	Medio	Bajo
La amplia recolección de información y datos sobre las necesidades y las características particulares de la población migrante venezolana, tanto en su disposición geográfica como en sus capacidades socioeconómicas	X		
A pesar de la rigurosidad de la normatividad para la prestación de los servicios de salud a migrantes venezolanos, las estadísticas demuestran una alta atención de personas no vinculadas al SGSSS.	X		

En segundo lugar, se presenta una marcada debilidad en las políticas y normas que regularizan la situación migratoria de la población venezolana, pues se ve una suerte de exclusión en la prestación de la totalidad de los servicios de salud. Lo anterior es seriamente importante, pues en el caso de la población femenina se estaría hablando que aquellas mujeres en estado de irregularidad no serían garantes de servicios primordiales para el cuidado del embarazo y la salud reproductiva. Además, esto permite con mayor facilidad la proliferación tanto de enfermedades infecciosas como no infecciosas, pues al verse imposibilitada la opción de acceder de manera regular a los servicios médicos, lo más probable es que se repliquen situaciones como las ya vividas en Venezuela, donde la no atención en salud permitió el desplome de la salud de la población.

Además, la falta de formulación y articulación entre el sector público y privado deja de lado la posibilidad de estructurar estrategias con las capacidades financieras, humanas y tecnológicas que sean capaces de afrontar con mayor precisión la situación de salud, que de por sí es crítica, de la población venezolana. Hizo también falta la planificación de una estrategia focalizada a la atención de las mujeres migrantes, pues no se tuvieron en cuenta las situaciones específicas de vulneración que viven a diario estas personas, y tampoco se

reconocieron los retos de la salud femenina en relación con el embarazo y la salud reproductiva. En cuanto a la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, es fundamental rediseñar o suplir los postulados referentes a las problemáticas para que los fenómenos migratorios tengan mayor peso en el campo de los problemas emergentes.

Impacto			
Debilidades	Alto	Medio	Bajo
Las políticas a nivel migración aplicadas hasta el momento, como es el caso del PEP, si bien buscan formalizar la población migrante venezolana dentro del territorio colombiano, también excluyen a los migrantes venezolanos en estado de irregularidad, ya que los privan del acceso a todos los servicios de salud.	X		
La falta de estrategias entre el sector privado y el sector público de la salud, que socialicen la situación de las mujeres migrantes venezolanas demuestra el desinterés que existe para garantizar el acceso y la prestación de calidad de este servicio.	X		
Hace falta la priorización de la atención en salud a mujeres migrantes venezolanas en estado de embarazo o en edad fértil.	X		
La Política Nacional de Prestación de Servicio de Salud no contempla la estrategias ni acciones para la de población migrante.		X	

En tercer lugar, las oportunidades en este contexto se ven representadas por la posibilidad de integrar un seguimiento mucho más a fin a las necesidades en salud de la población en cuestión. Esto permite un seguimiento a las variaciones o constantes de la atención solicitada por la población a estudiar, lo que permite una mayor efectividad al momento de gestionar

los recursos y aplicar las capacidades del Sistema de Salud en pro de brindar una atención de calidad. Lo anterior debe ajustarse por medio de una flexibilización normativa capaz de expandir la inclusión dentro del Sistema de Salud para que los migrantes que lleguen a Colombia no vean su salud deteriorada al no recibir toda la atención necesaria. Igualmente, es importante que la institucionalidad sea capaz de divulgar la situación normativa concreta y las prácticas dentro del sistema de salud colombiano, para que los migrantes sean capaces de integrarse y conocer cuáles son los detalles importantes para acceder a los servicios de salud.

Impacto			
Oportunidades	Alto	Medio	Bajo
Se podría realizar una priorización de los servicios más vitales en para las mujeres migrantes venezolanas en el sector salud, pues esto permite una mejor distribución de fondos y una atención más focalizada.	X		
La correcta aplicación vinculación de la población a estudiar dentro del sistema de salud colombiano permitiría una correcta atención de los casos de enfermedades transmisibles, la proliferación de enfermedades de fácil tratamiento, las complicaciones durante la gestión, la salud reproductiva, entre otros.	X		
La optimización en el registro estadístico de la población migrante venezolana femenina contribuiría a un seguimiento más preciso del comportamiento de esta población dentro del Sistema de Salud.	X		
Se podría optar por una flexibilización normativa que fomente la inclusión en el Sistema de Salud de los		X	

migrantes venezolanos, sin necesidad de incluirlos formalmente en el PEP.			
La población migrante venezolana podría ser objetos de campañas de concientización que logren explicar correctamente la situación normativa y las practicidades del Sistema de Salud.		X	

En cuarto lugar, las amenazas que resultan del análisis de la situación a estudiar se materializan en la incapacidad del sistema de salud colombiano por brindar la atención en salud a las mujeres no afiliadas o sistematizadas dentro del sistema de salud colombiano, pues, como las cifras lo indican, la llegada de población venezolana responde a oleadas migratorias diferenciadas por necesidades y capacidades adquisitivas, por consiguiente, se estarían dejando por fuera a los conglomerados con mayores dificultades, lo que en últimas agudiza la inaccesibilidad al Sistema de Salud. Otro factor a tener en cuenta es la ausencia de una comunicación y trabajo entre el gobierno colombiano y el venezolano para generar seguimiento y acciones capaces de mitigar las deficiencias sanitarias de la población migrante. Por último, la legislación colombiana sigue impidiendo el acceso que buscan los migrantes venezolanos en salud, esto significa un aumento de las complicaciones sanitarias, pues la falta de atención debilita la calidad de vida de los migrantes, lo que podría replicarse en la población colombiana por medio de enfermedades infecciosas.

Impacto			
Amenazas	Alto	Medio	Bajo
La falta de acción ante la diversidad de las oleadas migratorias venezolanas constituye una problemática al no distinguir las necesidades diferenciadas de esta población y sus	X		

capacidades socioeconómicas.			
La ausencia de interlocución con el gobierno y las instituciones venezolanas impide una acción estratégica entre ambos Estados para monitorear y hacer seguimiento a la situación de salud de los migrantes venezolanos.	X		
La normatividad del periodo a estudiar frente a la población migrante venezolana fomenta métodos de exclusión a la prestación del servicio de salud para esta población.		X	
Las falencias del Sistema de Salud al momento de atender a la población migrante aumentarán en la medida en que sigan presentándose la llegada de olas migratorias al país		X	

Conclusiones

Al observar los factores de éxito y fracaso que influyeron en la prestación adecuada del servicio de salud a mujeres migrantes venezolanas, se identificaron los principios de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, y se vio cómo esta política está estructurada por: unas problemáticas en la prestación del servicio de salud, un propósito, unos principios orientadores, tres objetivos, tres ejes, un conjunto de estrategias y líneas de acción. Según lo analizado, estos componentes han permeado hasta la fecha el modo en el cual el Sistema de Salud se ha encargado de poner en marcha los servicios prestados por el sector salud, en su accesibilidad, calidad y eficiencia.

A partir de esto, se realizó un análisis de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, con lo cual comprendió que durante el periodo a estudiar se produjo la llegada de una oleada migratoria diferente a las que ya se habían asentado en Colombia con anterioridad, debido a características económicas y sociales de vulnerabilidad. Económicas, en la medida en que esta población se encontraba distribuida entre los estratos 1, 2 y 3. Sociales, dada la condición de irregularidad migratoria de la mayoría esta población. Estos dos puntos incidieron en el desconocimiento e inaccesibilidad de estos individuos a la prestación del servicio de salud dentro del SGSSS. Por lo tanto, no existió una prestación de todos los beneficios y garantías que aporta el sistema de salud colombiano.

De conformidad con lo anterior, la falta de estrategias que tengan en cuenta la inclusión de los migrantes económicamente menos favorecidos ha demostrado qué tan imperativo es aplicar métodos más congruentes y contextuales a las realidades de la población objeto de estudio, pues los datos demuestran que quienes acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud son aquellas mujeres no registradas dentro del SGSSS y con una capacidad adquisitiva menor. Por consiguiente, esto es alarmante si se tiene en cuenta el amplio número de mujeres venezolanas que acuden a centros de salud por temas relacionados a embarazos y complicaciones durante los mismos.

Definitivamente, la normatividad se convirtió en uno de los principales enemigos en el contexto estudiado, tanto por la falta de acciones concisas para garantizar el acceso de la población venezolana al Sistema de Salud, como por sus orientaciones discriminatorias, al priorizar la regulación migratoria para la subsecuente afiliación a uno de los regímenes del SGSSS, antes que la atención universal y de calidad. Esto podría indicar que la atención en salud a los migrantes de origen venezolano no constituyó uno de los pilares del gobierno de turno, pues pocas fueron las medidas tomadas para atender la problemática.

Así mismo, Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud representa otro retro, pues la falta de actualización de los postulados dentro de esta política ha conllevado a un desconocimiento en la forma en la cual el Sistema de Salud debe aproximarse ante

fenómenos migratorios y sus efectos derivados. No obstante, los ejes de la Política se han ajustado ante la problemática principalmente en la distribución de recursos y la tecnificación.

Pero no todo es negativo, es importante afirmar que la institucionalidad cuenta con unas capacidades estadísticas relevantes que pueden nutrir con información a los hacedores de políticas públicas, ya que se demostró que la existencia de registros detallados sobre la cantidad de población venezolana según sexo, los tipos de atención a los cuales estas personas acuden y el estatus de afiliación al SGSSS. Además, también se comprobó que la atención en salud se sigue presentado a pesar de la no afiliación a alguno de los regímenes de salud, pues los datos demostraron que la mayoría de la población migrante venezolana femenina atendida durante los periodos estudiados no estaba inscrita dentro del SGSSS. A lo cual vale agregarle resultados sobresalientes en temas como la atención de partos en centros de salud, En este orden de ideas, y después de haber evaluado la matriz DOFA, la conclusión a la cual se llegó afirma que los gobiernos colombianos que afronten la situación de las mujeres migrantes venezolanas deberán velar por una aproximación mucho más cercana a las realidades que vive esta población, optando por una accesibilidad más laxa dentro del Sistema de Salud, donde la condición de irregularidad migratoria no se convierta en un límite para la prestación de salud. También es importante que los datos e información acumulada sirva para generar políticas acordes a las particularidades socioeconómicas y geográficas de los migrantes en Colombia en conformidad con los ejes de accesibilidad, calidad y eficiencia.

Bibliografía:

- ABA ROLI et al. (s.f). La violencia contra las mujeres migrantes en Colombia: una frontera por superar. https://observatoriomujeres.gov.co/archivos/publicaciones/Publicacion_187.pdf
- Abello, D. (2019). La Seguridad Democrática de Uribe: un saldo en rojo. <https://www.pares.com.co/post/la-seguridad-democr%C3%A1tica-de-uribe-un-saldo-en-rojo>
- Arango, J. (1985). Las leyes de las migraciones de E.G Ravenstein, cien años después. REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Nº 32. 7-26

- Banco Mundial. (s.f). Current health expenditure (% of GDP) – Colombia, Latin America & Caribbean. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=CO-ZJ>
- Banco Mundial. (s.f). Población, total – Colombia. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL?contextual=default&end=2021&locations=CO&start=2004&view=chart>
- Banco Mundial. (s.f). Prevalencia de desnutrición (% de la población) – Latin America & Caribbean, Venezuela, RB. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SN.ITK.DEFC.ZS?locations=ZJ-VE>
- Banco Mundial. (s.f). Causa de muerte, por enfermedades transmisibles y condiciones maternas, prenatales y en materia de nutrición (% del total) – Venezuela, RB, Latin America & Caribbean. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DTH.COMM.ZS?locations=VE-ZJ>
- Banco Mundial. (s.f). Current health expenditure (% of GDP) – Venezuela, RB, Latin America & Caribbean. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=VE-ZJ>
- BBC. (2005). Cronología: Colombia vs Venezuela. http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/latin_america/newsid_4182000/4182195.stm
- Becerra, L. (2021). Salud, inclusión y ambiente, los rezagados en Plan de Desarrollo. <https://www.portafolio.co/economia/gobierno/salud-inclusion-y-ambiente-los-rezagados-en-plan-de-desarrollo-558342>
- Bermúdez, Y. Mazuera, R. Albornoz, N. & Morffe, M. (2018). Informe sobre la movilidad humana venezolana: realidades y perspectivas de quienes emigran. 2-21
- Bernales, M. Cabieses, B. McIntyre, A. & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200002
- Bueno, E. (2005). Definiciones y conceptos sobre la migración. *Apuntes sobre la migración internacional y su estudio.* 8-9. <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/a24ad5df-32b6-4eb8-b084-c97541b4404a/content>

- Calderón, C. Cardona, J. Ortega, J. & Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. <https://www.scielo.br/j/csc/a/WxXD3vNTGZqz7qnZ6GcSfFt/?lang=es>
- Cancillería. (s.f). Resolución 6370 de 2018. [https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/resolucion_minrelaciones_6370_2018.htm#:~:text=El%20Permiso%20Especial%20de%20Permanencia%20\(PEP\)%2C%20dada%20su%20naturaleza,en%20el%20c%C3%B3mputo%20de%20tiempo](https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/resolucion_minrelaciones_6370_2018.htm#:~:text=El%20Permiso%20Especial%20de%20Permanencia%20(PEP)%2C%20dada%20su%20naturaleza,en%20el%20c%C3%B3mputo%20de%20tiempo)
- Cancillería de Colombia. (2015). Plan Fronteras para la Prosperidad. 2-25. https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/planeacion_estragica/plan_fronteras_para_la_prosperidad.pdf
- Chicaza, J. (2019). ¿Cuántos salarios mínimos cuesta una canasta de 60 productos en Venezuela?. <https://www.larepublica.co/globoeconomia/costo-de-canasta-en-venezuela-2874967>
- Cordaro, F. (2020). Necesidades en salud de las venezolanas en Barranquilla. Revista Internacional de Cooperación & Desarrollo. Vol 7 (2). 37
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (s.f). Capítulo IV: Desarrollo de los Derechos Humanos en la región. <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2005sp/cap.4.htm>
- DANE. (2021). Población migrante venezolana en Colombia, un panorama con enfoque de género. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/jul-2021-nota-estadistica-poblacion-migrante-venezolana-panorama-con-enfoque-de-genero.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación. (2018). Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento CONPES 3950. 12-112
- Departamento Nacional de Planeación. (2009). Política integral migratoria. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento CONPES 3603. 24-73
- Departamento Nacional de Planeación. (2015). Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. 107-917

- Departamento Nacional de Planeación. (2021). Estrategia para fortalecer el uso de los mecanismos de pago por resultados en programas sociales y declaración de importancia estratégica del proyecto fortalecimiento de la gestión de oferta para la superación de la pobreza – FIP a nivel nacional. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento CONPES 4067. 22-42. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/4067.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2022). Salud sexual y reproductiva. <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva#readmore-expand>
- García, R. (2012). Un Estado de la cuestión de las teorías de las migraciones. Universidad del País Vasco. 330-351
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. 2-31. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- HRW. (2018). Venezuela: Las cifras evidencian una crisis de salud. <https://www.hrw.org/es/news/2018/11/15/venezuela-las-cifras-evidencian-una-crisis-de-salud>
- Fischer F. Miller G. & Sidney M. S. (2007). *Handbook of public policy analysis : theory politics and methods*. CRC/Taylor & Francis.
- Gobierno Nacional de Colombia. (2020). Acoger, integrar y crecer: Las políticas de Colombia frente a la migración proveniente de Venezuela. 86, 87, 90
- GOV.CO – Datos abiertos. (s.f). Entrada de venezolanos a Colombia por año (2012-2019). Gobierno Nacional de Colombia. <https://www.datos.gov.co/Estad-sticas-Nacionales/Entrada-de-Venezolanos-a-Colombia-por-a-o-2012-201/p7hq-8vsm>
- GOV.CO – Departamento Nacional de Planeación. (s.f). Salud Pública. <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/salud-publica.aspx>
- Gómez, R. Departamento de Investigación y Estudios Migratorios. (2019). Salud materna y planificación familiar de mujeres migrantes haitianas: caso de dos localidades en República Dominicana. Instituto Nacional de Migración de la

República Dominicana – Ministerio de Interior y Policía. 29, 30, 31, 32
https://issuu.com/inmrd/docs/resumen_ejecutivo_salud_materna_6x9_web

- Ministerio de Salud. (2019). Seguimiento de la atención en salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 al 31 de julio de 2019. 4-28.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/informe-circular-029-corte-julio.pdf>
- Ministerio de Salud. (2021). Seguimiento de la atención en salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2017 al 31 de agosto de 2021. 6-29.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/informe-circular-029-agosto-2021.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. 13-61
- Ministerio de Ciencia e Innovación. (s.f). María Cristina Blanco Fernández de Valderrama. <https://gestion-servicios.ehu.es/ikertuRS/fichaCurriculum/06781>
- Micolta, A. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4391739>
- OIM. (2006). Derecho Internacional sobre Migración: Glosario sobre Migración. 41.
<https://www.corteidh.or.cr/sitios/Observaciones/11/Anexo4.pdf>
- ONU. (s.f). Refugiados y migrantes. <https://refugeesmigrants.un.org/es/definitions>
- OFDA-USAID, Asociación Profamilia. (2020). Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria?. 29-69
- Pinto, L. Baracaldo, A. & Aliaga, F. (2019). La integración de los venezolanos en Colombia en los ámbitos de la salud y la educación. Universidad Santo Tomás. Vol. 28, núm. 1. 199-223 <https://www.redalyc.org/journal/122/12262976013/html/>

- Portafolio. (2018) Colombia entre los últimos de América Latina en calidad de salud. <https://www.portafolio.co/economia/colombia-entre-los-ultimos-de-america-latina-en-calidad-de-salud-522262>
- Ponce, H. (2007). La matriz FODA: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. 114-129. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29212108.pdf>
- Selee, A. Bolter, A – Migration Policy Institute. (2020). Bienvenidas asimétricas: Respuestas de América Latina y el Caribe a la migración venezolana y nicaragüense. 40-42
- Statista. (s.f). Venezuela: tasa de inflación anual 2015-2023. <https://es.statista.com/estadisticas/1190213/tasa-de-inflacionvenezuela/#:~:text=La%20tasa%20de%20inflaci%C3%B3n%20promedio,a%20casi%2020.000%25%20de%20inflaci%C3%B3n.>
- Ureña, H. (2021). Causas de la migración forzada de Venezuela a Colombia. <https://revistas.unphu.edu.do/index.php/aula/article/view/180/212#:~:text=Seg%C3%BAn%20el%20Informe%20sobre%20la,vida%20digna%20y%20tener%20sosiego>
- Leal, A. (2020). Se expidió decreto para que venezolanos se puedan afiliar al sistema de salud. [https://www.larepublica.co/economia/se-expidio-decreto-para-que-venezolanos-se-puedan-afiliar-al-sistema-de-salud2956007#:~:text=EI%20Ministerio%20de%20Salud%20y,especial%20de%20permanencia%20\(PEP\).](https://www.larepublica.co/economia/se-expidio-decreto-para-que-venezolanos-se-puedan-afiliar-al-sistema-de-salud2956007#:~:text=EI%20Ministerio%20de%20Salud%20y,especial%20de%20permanencia%20(PEP).)
- OPS. (s.f). Venezuela (República Bolivariana de). <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-venezuela#situation>
- Rodríguez Vargas, Juan Manuel, & López Jaramillo, Ana María. (2021). La afiliación al sistema de salud de personas migrantes venezolanas en Colombia. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(2), 181-214. <https://dx.doi.org/10.15517/psm.v18i2.42795>