



Plan de Respuesta del Sector Salud al *Fenómeno Migratorio*



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD



MINSALUD

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

IVAN DARÍO GONZÁLEZ ORTIZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

Tabla de contenido

PRESENTACIÓN	8
INTRODUCCIÓN	10
ANTECEDENTES	12
Condiciones de la migración	13
Eventos o condiciones prioritarias en salud en situaciones de migración	14
Experiencias y buenas prácticas de abordaje en salud y migración	16

CAPÍTULO 1.

SITUACIÓN DE LA MIGRACIÓN EN COLOMBIA	19
1.1. Migraciones en Colombia	19
1.1.1. Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos	21
1.1.2. Las personas y los territorios	23

CAPÍTULO 2.

MARCO POLÍTICO Y NORMATIVO PARA LA GESTIÓN DE SALUD DE PERSONAS INMIGRANTES EN COLOMBIA	25
2.1 Compromisos internacionales de país	25
2.2 Políticas y normas colombianas	26
2.2.1 Normatividad colombiana en salud para personas migrantes	27
2.2.2 Desarrollos normativos en salud, originados en el fenómeno migratorio	29

CAPÍTULO 3.

ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA A INMIGRANTES PROVENIENTES DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA	32
3.1 Relación de la atención en salud con estatus migratorio	32
Colombianos retornados con sus familias	32
Nacionales venezolanos en condición regular	33
Inmigrantes con Permiso Especial de Permanencia (PEP)	33
Nacionales Venezolanos en situación migratoria pendular	34
Migrantes Irregulares	35
Pueblos Indígenas en territorios de frontera con República Bolivariana de Venezuela	35

CAPÍTULO 4.

EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD A EXTRANJEROS	36
4.1 Evolución de Extranjeros atendidos en salud en Colombia	36
4.1.2. Reporte RIPS según Circulares 012 y 029 de 2017	37
4.1.2.1. Atenciones en urgencias	38
4.1.2.2. Hospitalización	39
4.1.2.3. Consulta Externa	39
4.1.2.4. Procedimientos y entrega de medicamentos	40
4.1.2.5. Reporte de Nacimientos	40
4.2. Vacunación	41
4.3. Aseguramiento	42
4.4. Eventos de interés en salud pública	42
4.5. Proyecciones y retos ante la dinámica migratoria	48

CAPÍTULO 5.

MARCO ESTRATÉGICO DEL PLAN DE RESPUESTA DEL SECTOR SALUD AL FENÓMENO MIGRATORIO	49
5.1 Objetivos	49
5.1.1. General	49
5.1.2. Específicos	49
5.2 Componentes del Plan	50
5.3 Descripción de Actividades del Plan de Respuesta	51
5.3.1 Gestión de Nivel Central	51
5.3.2. Gestión de la salud pública	52
Planeación Integral en Salud	52
Coordinación sectorial e intersectorial	53
Vigilancia en Salud Pública	55
Desarrollo de capacidades	56
Gestión del aseguramiento	57
Gestión de las Intervenciones colectivas	58
Gestión de las intervenciones individuales	59
Gestión de insumos de interés en salud pública	59
Inspección, Vigilancia y Control	60
Gestión del Conocimiento	60
Gestión del Talento Humano en Salud	60
Participación Social	60
Agua, saneamiento e Higiene	61

5.3.3.	Fortalecimiento a las atenciones e intervenciones en Salud	62
	Atenciones individuales	62
	Modalidades de prestación de servicios	62
	Intervenciones colectivas	64
	Intervenciones poblacionales	65
5.3.4	Financiamiento y Seguimiento	66
	Financiamiento	66
	Seguimiento a procesos e indicadores	69

BIBLIOGRAFÍA

70

Presentación

“La migración no es la que define los riesgos de salud, sino que las condiciones en que ocurre el proceso migratorio desde los lugares de origen, tránsito y destino son las que sitúan a las poblaciones en contexto de migración en una condición de vulnerabilidad”

Leyva Flores, René¹

Las migraciones humanas se refieren a “el movimiento de una persona o grupo de personas de una unidad geográfica hacia otra a través de una frontera administrativa o política, con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal en un lugar distinto a su lugar de origen”². Se estima que hay cerca de 1.000 millones de migrantes en el mundo, es decir que equivale a uno de cada siete personas de la población mundial. En la Región de las Américas, el número de migrantes transfronterizos aumentó entre los años 2000 y 2015 en un 36%, para situarse en 63,7 millones personas; el número de desplazamientos internos ascendió a 7,1 millones (de los cuales 6,9 millones corresponden a Colombia)³. Se consideran varios tipos de migración, a saber: Circular, Temporal o Internacional⁴, según la estancia de la persona en el territorio al cual migra.

Los movimientos migratorios obedecen a diversas causas, algunas asociadas a la búsqueda de oportunidades de trabajo, mejores condiciones socioeconómicas, continuación de estudios, huida ante violaciones a los derechos humanos, traslados por desastres naturales y guerras; en definitiva, se caracteriza por la búsqueda de mejores perspectivas de vida⁵.

Colombia está experimentando un proceso nuevo en su historia, por cuanto en esta materia no se había registrado fenómenos importantes de inmigración hacia nuestro país; por el contrario, el país ha sido reconocido en el ámbito internacional por la diáspora de nacionales hacia diversos países, uno de ellos la República Bolivariana de Venezuela. De esta manera, el Estado ha tenido que asumir el fenómeno migratorio procedente de República Bolivariana de Venezuela de manera concienzuda, articulando recursos y

1 Leyva-Flores R, Quintino F, Caballero M, Infante C. Dimensiones sociales de la migración con perspectiva binacional. Migración internacional y VIH/SIDA en México. En: Leite P, Gioguly SE, coords. Las políticas públicas ante los retos de la migración mexicana a Estados Unidos. 2009. México, DF: Consejo Nacional de la Población. Disponible en: www.conapo.gob.mx/publicaciones/migracion/.../07.pdf. Acceso el 17 de enero de 2018.

2 OIM. (s/f) Conceptos generales sobre la migración. Ver: <http://www.OIM.org.co/node/13>.

3 OMS (2017) Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes. Proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha70/a70_24-sp.pdf.

4 DNP (2009) CONPES 3603. Política integral migratoria. Tipos de migración: Circular, cuando el migrante va y vuelve al país de acogida por ciertos períodos; Temporal: cuando la persona va por un período a un país extranjero e Internacional: cuando el migrante establece su residencia habitual en otro país.

5 Burgos Moreno, Mónica y PARVIC KLIJUNI, Tatiana (2011) Atención en salud para migrantes: un desafío ético. Revista brasileira de enfermagem reben, Brasília 2011 mai-jun; 64(3): 587-91.

esfuerzos para afrontarlo de manera responsable. Desde el año 2014, formuló el Plan Fronteras para la Prosperidad, con acciones de todos los sectores, incluyendo salud⁶.

El Plan de Respuesta del Sector Salud para el fenómeno migratorio, que se desarrolla en este documento, profundiza las disposiciones y políticas colombianas para avanzar hacia fronteras incluyentes, seguras y sostenibles; en lo de competencia del Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con los demás agentes del sector. Las acciones contenidas en el presente Plan, se orientan fundamentalmente hacia la atención en salud en territorio Colombiano a personas que ingresan en calidad de migrantes⁷ al país, ya sean estos nacionales de otros países, o bien, a colombianos de origen que están retornando a su patria. Este plan es indicativo, por lo cual enfatiza en las acciones que deben ser diseñadas por cada entidad territorial para el abordaje de los individuos en los territorios y comunidades afectadas por el fenómeno migratorio originado en la República Bolivariana de Venezuela.

En la primera parte del documento se ubican los antecedentes del fenómeno migratorio y el contexto internacional. Posteriormente se presentan tres capítulos, comenzando con el marco político y normativo para la gestión de salud de personas inmigrantes en Colombia (Capítulo 1), que a su vez incluye los compromisos internacionales de país, frente al fenómeno migratorio y consecuentemente como se reflejan estos en las políticas y normas nacionales; incluyendo las que en materia de salud se han generado frente al fenómeno migratorio venezolano. En el ca-

pítulo 2, se analiza sucintamente la situación de la atención en salud en Colombia de los migrantes provenientes de República Bolivariana de Venezuela, incluyendo estadísticas y aspectos de financiamiento de las atenciones a esta población. Finalmente, el capítulo 3 desarrolla el marco estratégico del plan con énfasis hacia la gestión de la salud pública en el nivel territorial o sub nacional.

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

El proceso de adaptación del plan y su implementación, representa un reto pero a la par, una valiosa oportunidad de realizar trabajo articulado sectorial entre el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Cancerología (INC), la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y las entidades territoriales (ET); así como también, con los demás agentes nacionales e internacionales, más relacionados con el fenómeno migratorio y sus determinantes.

6 Departamento Nacional de Planeación (2014). Prosperidad para las fronteras de Colombia – CONPES 3805. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3805.pdf>.

7 Se precisa que el concepto de “migrante” involucra tanto las personas que ingresan, como también quienes salen de un país.

Introducción

Colombia comparte fronteras terrestres y marítimas con once países, los cuales limitan con trece departamentos y setenta y siete municipios que hacen parte de las mismas. Históricamente, estas zonas han sido permeables y con intermitencias en la presencia política, económica y social, afectando a una población de 3,9 millones de colombianos, de los cuales el 94,5% se concentra en las fronteras con República Bolivariana de Venezuela y Ecuador (2.759.000 y 969.000 respectivamente). Demográficamente, el 69% de la población fronteriza habita en zonas urbanas, y desde el punto de vista étnico, el 21,9% comprende indígenas, raizales, y afrocolombianos.

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

También refiere el documento CONPES 3805, que “con respecto a indicadores sociales, los municipios fronterizos tienen un índice NBI promedio de 52,81% y los departamentos fronterizos uno de 47,75%, cuando el promedio nacional es de 27,78%. Esta situación es aún más dramática cuando se observa que el NBI rural en los departamentos fronterizos es de 66,3%, mientras el nacional es de 42,8%. Es pertinente mencionar que ese indicador alcanza valores superiores al 80% en departamentos fron-

terizos como La Guajira, Guainía, Vaupés y Vichada (DANE, 2005)”.

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

Tomando como indicador de referencia la Tasa de Mortalidad Infantil, el documento CONPES 3805 reseña como, mientras el promedio nacional en 2011 fue de 17,78 muertes en menores de un año por cada mil nacidos vivos, trece departamentos de fronteras presentan tasas mayores al promedio nacional, siendo la situación crítica para Vichada (36,08), Guainía (36,71), Vaupés (41,91), Chocó (42,69) y Amazonas (46,44).

En cuanto al aseguramiento en salud, también se encontraron rezagos generalizados en los departamentos de fronteras, puesto que a 31 de diciembre de 2016 un 95,66% de la población colombiana se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); por su parte, la población vulnerable, objeto del aseguramiento en el régimen subsidiado, presentaba una afiliación del 98,06%. De los 13 departamentos de frontera, 8 presentan afiliación al SGSSS inferior al promedio nacional.

De acuerdo con lo registrado por la Cancillería colombiana (2014):

“La inexistencia de una política integral para las fronteras y una oferta institucional que reconozca sus características y realidades, ha profundizado las desigualdades y desequilibrios con respecto al resto del país, afectando su desarrollo e integración. En la actualidad, el 90% de los municipios fronterizos presentan un índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y reportan condiciones socio-económicas menores al promedio nacional”

Esta situación se torna más compleja ante el desarrollo que ha tenido el fenómeno migratorio procedente de República Bolivariana de Venezuela, que significa incrementos inusitados de población en territorios sin capacidad de respuesta para atender las demandas emergentes en servicios sociales, especialmente en los del sector salud.

Como se anota en las referencias internacionales consultadas para este documento, existe evidencia sólida respecto de la relación entre las condiciones de vida, las repercusiones en la salud mental y física de los sujetos, familias y comunidades migrantes, así como también, la dinámica que se establece con los territorios y comunidades de acogida, en las cuales se generan efectos que requieren un abordaje integral por parte de autoridades sanitarias, en coordinación con las de otros sectores relacionados con el fenómeno migratorio y los determinantes sociales de la salud, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal.

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

municipios de la zona de frontera y demás territorios y comunidades receptoras de los migrantes y, de esa manera, afrontar de mejor manera las necesidades derivadas de un fenómeno que por definición, es complejo, y con afectaciones también a las comunidades de acogida a las cuales, en las primeras fases, puede incrementar también sus niveles de vulnerabilidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social y el sector en su conjunto, ha realizado adecuaciones de políticas públicas y normas que han permitido: i) Viabilizar la atención de urgencias para el caso de los inmigrantes en situación irregular, ii) Acceder al aseguramiento de una parte de esta población de acuerdo con su estatus migratorio y iii) Fortalecer la gestión de la salud pública en las entidades territoriales más afectadas.

La importancia de Plan está centrada en las directrices y acciones que orientan a las entidades territoriales que afrontan de manera más intensa la llegada y acogida de inmigrantes y de nacionales colombianos retornados para hacer las adaptaciones más pertinentes a sus particulares condiciones geográficas, económicas, políticas y culturales y lograr planes departamentales, distritales, municipales y locales, a la medida de sus necesidades y potencialidades. Para ello contarán con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social y del sistema de Cooperación Internacional que ha venido comprometiéndose con el Estado Colombiano para dar asistencia humanitaria a los hermanos venezolanos.

Antecedentes

Contemporáneamente, el fenómeno migratorio ha sido parte de la agenda de los organismos internacionales, en reconocimiento de su magnitud, impacto y tendencia creciente. Instrumentos como la **Declaración de Nueva York para los Migrantes y los Refugiados**⁸ y la **Declaración de la 61ª Asamblea Mundial de la Salud** en 2008⁹, define a los migrantes, refugiados y desplazados como grupos vulnerables; reafirma que debe garantizarse, por parte de los estados firmantes, los derechos humanos en estos grupos y de manera especial lo relacionado con su salud, como asunto de salud pública. Así mismo, enfatizan en la necesidad de generar procesos de sensibilización del recurso humano en salud, fortalecer y adecuar los sistemas de información, generar estrategias que permitan continuidad y sostenibilidad de las acciones y la atención, de tal manera que se trascienda la respuesta de emergencia. Reconoce además, que la positiva contribución de los migrantes al crecimiento inclusivo y al desarrollo sostenible, tiene como requisito indispensable, la consolidación de condiciones favorables de

salud de estas personas¹⁰.

En el contexto regional, la **Declaración de Mesoamérica sobre salud y migración**¹¹ (2017), la cual suscribió Colombia, reconoce los compromisos establecidos en el marco del Sistema de Naciones Unidas y establece compromisos para avanzar en su operativización¹².

En relación a los niños y niñas migrantes, es fundamental relevar lo establecido en la **Convención Internacional de los derechos del Niño**¹³ donde se plantea el compromiso de los Estados a garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes; las observaciones 22 y 23 (conjuntas del Comité de Derechos del Niños con el Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares) donde plantean básicamente que antes que migrantes, los ellas y ellos son niños y deben garantizarse los derechos establecidos en la Convención¹⁴; la Constitución Política de Colombia que plantea el interés superior del niño y en esta misma línea la *Re-*

8 ONU (2016) Declaración de Nueva York para los Migrantes y los Refugiados. Ver: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/71/L.1>.

9 OMS (2008). 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Ver: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf.

10 OMS (2016). 55º Consejo Directivo para las Américas – Promoción de la salud de los migrantes. Ver: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35871&itemid=270&lang=es

11 Foro Ministerial sobre salud y migración (2017) Declaración de Mesoamérica sobre salud y migración. Ver: <http://mexico.embajada.gov.co/sites/default/files/FOTOS2016/declaracion-mesoamericana-salud-migracion.pdf>

12 Consideran fundamental el intercambio de experiencias, buenas prácticas y desarrollos, el análisis de la determinación social de la salud y la migración y la generación de evidencia al respecto, la promoción de cambios y mejoras en los marcos normativos y el desarrollo de política pública nacional y regional, el establecimiento de mecanismos de cooperación para trascender de la asistencia humanitaria y finalmente, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia.

13 Adoptada por Colombia, mediante Ley 12 de 1991, donde se reconoce como niño a todo ser humano con edad menor a 18 años y se enfatiza en su artículo 24, respecto a la obligación de los estados a procurar el disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

*solución de la ONU en relación con los niños y adolescentes migrantes*¹⁵, donde se señala los graves riesgos a los que son expuestos en medio de las migraciones (acompañados o no), incluyendo abuso sexual, trata de personas, trabajo infantil, entre otras. También, se señala que las graves afectaciones en su bienestar físico, emocional y psicológico requieren de los Estados un compromiso para avanzar de manera progresiva para brindar asistencia sanitaria de manera coordinada e intersectorial dando prioridad a aquellos con padres en situación irregular.

Condiciones de la migración

Las características de la población, entre las que se destacan edad, sexo, etnia, educación, acceso a oportunidades de empleo, responsabilidades de cuidado; así como las redes de apoyo con las que se cuentan en el país receptor, las condiciones en las que se da la migración, determinan niveles de riesgo para la salud, el acceso a entornos favorables o desfavorables; factores que a su vez determinan el grado de vulnerabilidad de las personas migrantes^{16,17}.

Está demostrado que la migración que se realiza en condiciones desfavorables afecta con mayor fuerza a grupos que ya eran

vulnerables en sus lugares de origen, como son: mujeres, niños, niñas y adolescentes; personas en situación de discapacidad, personas con orientación sexual diversa y personas mayores. A esta realidad se agregan *“efectos en la salud física, como resultado de las largas y extenuantes caminatas a las que se exponen muchos de ellos, o la mala alimentación; entre otras (...) que aumentan su riesgo de ser víctimas de abuso, discriminación, violencia, explotación, crimen y violaciones a sus derechos humanos, entre ellas el derecho a la salud, aumentando su vulnerabilidad biológica, social, psicológica, económica y cultural y afectando su habilidad para adaptarse al nuevo entorno”*¹⁸.

A su vez, la mala salud de los migrantes, entre otros aspectos puede ocasionar aumento en los riesgos de discriminación y brotes de xenofobia frente a ellos, configurando de esa manera escenarios de complejidad creciente para inmigrantes y poblaciones receptoras.

La migración por sí misma, se constituye en un determinante clave en razón de que aumenta el grado de vulnerabilidad de las personas afectadas por ese fenómeno. El estatus legal o regular del migrante en las sociedades de destino condiciona de manera importante sus capacidades para tener acceso a los servicios de salud y a otros servicios sociales, lo cual, agregado a con-

14 Observación 22 – Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/343/62/PDF/G1734362.pdf?OpenElement>.

Observación 23 – Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/343/68/PDF/G1734368.pdf?OpenElement>

15 ONU. Resolución aprobada por la Asamblea General el 18 de diciembre de 2014. Ver: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2015/9937>.

16 OMS, 2017. Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes. Proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes.

17 Beatriz Borges Urrutia. Análisis de la legislación migratoria venezolana desde el enfoque de derechos humanos hacia una verdadera defensa de la población migrante en Venezuela. Revista informe de investigaciones educativas, vol. XXVI, año 2012, págs. 99-111. ISSN: 1316-0648

18 OIM (2017) Lineamientos estratégicos para el abordaje de la salud de las personas migrantes en tránsito por Mesoamérica. Oficina regional. Pág. 7. Ver: http://saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/lineamientos_estrategicos_para_el_abordaje_de_la_salud_de_las_personas_migrantes_en_transito_por_mesoamerica_2017_0.pdf

diciones de indocumentación (miedo a la deportación), de desempeño en trabajos informales e inseguros; la explotación sexual y el riesgo de caer en redes de trata de personas, unidos y las condiciones de desventaja en las que llegan configuran situaciones de mayor vulnerabilidad. Los flujos migratorios

implican, además del desplazamiento físico, la movilidad e interacciones de culturas y creencias en salud, lo cual es importante tener en cuenta para el diseño de estrategias de abordaje que requieren adaptación a las características de las personas migrantes¹⁹.

Eventos o condiciones prioritarias en salud en situaciones de migración.

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

Los niños, niñas y adolescentes menores de 20 años, configuran el grupo más importante del total de personas que residen fuera de su país, particularmente el grupo de niños no acompañados²⁰, el cual ha aumentado entre 33% y 400% entre 2011 y 2014, según señala ACNUR.

En el caso de las mujeres migrantes, se resalta la discriminación asociada a la gestación, sin acceso a servicios de atención,

incluso para la interrupción del embarazo en los casos previstos por la Corte Constitucional en la sentencia C-355 de 2006, además, sin licencias de maternidad y sin atención obstétrica asequible²¹. En estos grupos, se ha descrito mayor incidencia de muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro y bajo peso al nacer en niños nacidos de madres con antecedente de migración; así mismo, la condición de migrantes en niños, niñas y adolescentes ha sido asociada a mayor prevalencia de caries dentales, algunas enfermedades infecciosas y obesidad; como también, a problemas de salud mental y para la integración psicosocial. Así mismo, se reconocen grandes desafíos para la integración escolar y social de estos niños en los entornos de acogida²².

Algunas condiciones presentan prevalencias mayores en los migrantes que llegan a entornos urbanos²³. Así, se ha evidenciado en condiciones como el VIH/SIDA, donde se ha encontrado prevalencia 4 veces superior en la India en los migrantes de zonas urbanas,

19 OIM (2007) Salud y Migración. Ver : http://www.crmsv.org/documentos/iom_emm_es/v2/v2s07_cm.pdf

20 Menores separados de ambos padres y otros parientes y que no están al cuidado de un adulto al que por ley o costumbre incumbe esa responsabilidad.

21 Comité de las Naciones Unidas para la eliminación de la discriminación contra la mujer (2009). Recomendación general no 26 sobre las trabajadoras migratorias. Ver: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CE-DAW_C_2009_WP-1_R_7138_S.pdf.

22 Universidad del Desarrollo, Chile. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Disponible en: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/libro_la_migracion_internacional.pdf

frente a la prevalencia nacional; así mismo, la OMS ha señalado que la migración se vincula con un mayor riesgo de adquirir Tuberculosis que como en el caso de Sudáfrica, la prevalencia es mucho mayor en la población migrante internacional y las poblaciones que se desplazan que entre la población no migrante. Los efectos de las condiciones no transmisibles como: afecciones cardíacas, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, tipo asma y diabetes, también se incrementan en las personas migrantes y se han visto asociadas a procesos de aculturación negativa, con cambios en los hábitos de vida especialmente alimentarios, falta de ejercicio, consumo de bebidas alcohólicas y tabaco y finalmente falta de continuidad en los tratamientos. Concomitantemente, se registra un aumento de la vulnerabilidad psicológica derivada del efecto de movimientos forzados, la separación de familiares y amigos, unidos al riesgo de discriminación, explotación o violencia²⁴.

Cabe resaltar que las personas interactúan, afectan y adoptan el perfil de salud de las comunidades a lo largo de su ruta de migración, lo cual es determinante en la aparición de enfermedades previamente desconocidas, como el SARS²⁵ y de manera especial, la reaparición o reemergencia de enfermedades como la malaria y la tuberculosis. Aunque no se ha encontrado una relación sistemática entre la migración y la importa-

ción de enfermedades infecciosas, una asociación de ese tipo dependerá de la prevalencia de tales condiciones en los países de origen y/o los de tránsito, las cuales pueden ser propicias, por ejemplo para un mayor riesgo en la transmisión de Tuberculosis; por hacinamiento, carencias de saneamiento básico en los lugares de asentamiento o de vivienda, entre otras²⁶.

En el caso de República Bolivariana de Venezuela como país de origen de la cuarta ola de migración en Colombia, se destaca en comunicado dirigido por parte de cuatro exministros de Sanidad y Asistencia Social de ese país al señor Ministro de Salud y Protección Social de Colombia²⁷, que se ha presentado en los últimos años incremento en los casos de malaria; así mismo refieren la reaparición de epidemias de enfermedades transmisibles prevenibles con vacunas como difteria y sarampión; aumento de los casos de mortalidad materna e infantil. Todo ello asociado a escasez de medicamentos, productos biológicos, reactivos y pruebas diagnósticas y de otros insumos utilizados en los servicios públicos y privados de salud, agravado por el éxodo hacia el exterior del recurso humano calificado en salud.

23 OIM (2015) Informe sobre las migraciones en el mundo 2015. Los migrantes y las ciudades: nuevas colaboraciones para gestionar la movilidad. Disponible en: http://publications.iom.int/system/files/wmr2015_sp.pdf.

24 OMS (2016) La salud de los migrantes. 55º consejo directivo. Ver: [Http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35871&itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35871&itemid=270&lang=es).

25 SARS: Síndrome Respiratorio Agudo Grave.

26 OIM (2015) Informe sobre las migraciones en el mundo 2015. Los migrantes y las ciudades: nuevas colaboraciones para gestionar la movilidad. Disponible en: http://publications.iom.int/system/files/wmr2015_sp.pdf.

27 Oficio de fecha 20 de septiembre de 2017, dirigido al Ministro de Salud. Alejandro Gaviria; firmado por los exministros: Jose Félix Oletta, Ángel Rafael Orihuela, Pablo Pulido y Carlos Walter V. Denuncia ampliada en: Ver: <http://cronica.uno/exministros-de-salud-envian-un-sos-al-foro-malaria-en-las-americas-2017-que-se-realiza-en-washington/>. Fecha de consulta 15/12/17.

Experiencias y buenas prácticas de abordaje en salud y migración

Políticas en salud

La definición de políticas nacionales y locales, especialmente a nivel urbano como principal ámbito receptor, que incorporen la atención de migrantes como prioritario, permite crear condiciones de protección para ese grupo vulnerable²⁸. Políticas concretas de integración de los migrantes al desarrollo de países receptores, se han asociado con el logro de mejores resultados de salud en los migrantes²⁹. La incorporación de este tema en los planes y políticas de desarrollo ha sido la apuesta de países como Chile y Costa Rica.

Regularización o formalización temporal asociada a condiciones de salud

En algunos casos se han gestionado con las autoridades migratorias, procesos de formalización extraordinarios para concesión de visas o permisos migratorios para facilitar tránsito o estadía a personas con necesidades de protección humanitaria, como es el caso de Chile, donde desde 2008 incor-

poraron y formalizaron a los niños y niñas menores de 18 años de forma permanente y a las mujeres en estado de gestación de forma temporal, lo que requirió un acuerdo con el Ministerio del Interior de ese país.

Progresividad para la Atención en salud³⁰

Países como Costa Rica y Chile han incorporado ajustes normativos y presupuestales para avanzar desde la atención de urgencia, hacia la atención de eventos y/o poblaciones prioritarias, hasta llegar al aseguramiento en salud de la población irregular, a quienes incorporaron como grupo vulnerable³¹. Esas políticas de integración de los migrantes al desarrollo de los países receptores, se han vinculado con el logro de mejores resultados de salud en esta población³². Recientemente, Costa Rica anunció que para el 2018 unas “75 mil personas migrantes recolectoras de café, incluyendo entre 15.000 y 20.000 indígenas Ngäbe-Buglé, podrían tener mejor acceso a servicios de salud, gracias a los esfuerzos de @CCSSdeCostaRica e @ICAFE_COSTARICA”³³.

28 OIM (2015) Informe sobre las migraciones en el mundo 2015. Los migrantes y las ciudades: nuevas colaboraciones para gestionar la movilidad. Disponible en: http://publications.iom.int/system/files/wmr2015_sp.pdf.

29 OMS (2016). 55° Consejo Directivo para las Américas – Promoción de la salud de los migrantes. Ver: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35871&itemid=270&lang=es.

30 El concepto de universalismo proporcionado que combina los esfuerzos universales de protección social (garantizar un piso común de protección y oportunidades) con la atención especial a grupos vulnerables de migrantes, es acuñado por Chile, país que inicia esfuerzos desde 2003, al replantearse lo que son como pueblo y el tipo de sociedad que quieren construir.

31 Decreto Supremo N° 67 de 2016, se incorpora a personas migrantes indocumentadas o sin visa de residencia, carentes de recursos, como Beneficiarias del seguro público (FONASA) bajo modalidad gratuita.

32 OMS (2016). 55° Consejo Directivo para las Américas – Promoción de la salud de los migrantes. Ver: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35871&itemid=270&lang=es.

33 Ver: <https://twitter.com/incosami/status/956248324692217856?s=03>.

Atención en salud con enfoque diferencial

La atención en salud del migrante representa un reto para la salud pública, para lo cual se debe incorporar políticas de acceso y estrategias de información; así como también, promover un trato humanizado en los servicios de salud que respete sus creencias, valores y expectativas³⁴; varios países han generado estrategias de atención en salud a esta población³⁵. Así mismo, se señala la importancia de incorporar y promover medidas de asistencia en salud física y mental, educación sanitaria y promoción a migrantes en general, incluyendo de manera especial a los migrantes irregulares³⁶.

Sensibilización y desarrollo de capacidades

Todas las intervenciones tienen en común el establecimiento de un compromiso y reconocimiento del personal de salud en su obligación de respetar el derecho a la intimidad y la dignidad humana, así como el de ofrecer la mejor atención posible; lo que implica que independientemente de la situación migratoria, los equipos y profesionales no pue-

den ser denunciante ante las autoridades migratorias; si esto no se respeta se estaría desalentando a muchos migrantes a acudir a los servicios. Por ello, involucrar el personal clínico, directivo y administrativo en la comprensión de las necesidades sanitarias y sociales de esta población y generar procesos de formación en competencias culturales, es importante en tanto que, si no se encuentran debidamente arraigados en ese personal, pueden transformarse en barreras de acceso.

Estrategias de base comunitaria

Existen experiencias de algunos países en estrategias de apoyo social desde la base comunitaria, procesos de fortalecimiento a redes que incorporan asociaciones de migrantes para ampliar la provisión de servicios y oportunidades, facilitando también la perpetuación de la cultura y costumbres de los lugares de origen y promoviendo la participación política y cívica de los migrantes y sus comunidades y la capacidad para abogar por sus derechos³⁷. En este sentido, la consolidación de redes y asociaciones de migrantes pueden ser fundamentales para crear resiliencia especialmente para población migrante irregular³⁸.

34 Mónica Burgos Moreno, Tatiana Parvic Klijni. Atención en salud para migrantes: un desafío ético. Revista brasileira de enfermagem reben, Brasilia 2011 mai-jun; 64(3): 587-91.

35 En el caso de países como Corea, el gobierno pasó de no cubrir ninguna prestación de salud a cubrir hospitalización, cirugía (con un máximo de USD 4.400) con servicios de interpretación de exámenes y enfermería, en centros específicos. En algunas ciudades de Alemania, se han creado redes de médicos voluntarios que prestan servicios de salud (exámenes médicos, asesoramiento, atención de emergencias, tratamiento de enfermedades agudas, remisión a médicos especializados, atención de embarazo y parto y remisión a servicios de asesoramiento social y jurídico); apoyado en donaciones de fondos monetarios y en especie. En Nairobi, se ha establecido un Centro comunitario de Salud, que presta atenciones de manera gratuita, que es asumido por el Estado, reconociendo el aporte que la población migrante hace al país. Otras modalidades como dispensarios móviles donde se presta atención primaria son desarrolladas por ONG como Médicos Sin Fronteras y centros de migrantes de Caritas (reseñado en Universidad del Desarrollo, Chile. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Disponible en: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/libro_la_migracion_internacional.pdf).

36 Mónica Burgos Moreno, Tatiana Parvic Klijni. Atención en salud para migrantes: un desafío ético. Revista brasileira de enfermagem reben, Brasilia 2011 mai-jun; 64(3): 587-91.

37 CEPAL. Nuevas tendencias y dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe. 2016. Disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/39994-nuevas-tendencias-dinamicas-migratorias-america-latina-caribe.

38 OIM (2015) Informe sobre las migraciones en el mundo 2015. Los migrantes y las ciudades: nuevas colaboraciones para gestionar la movilidad. Disponible en: http://publications.iom.int/system/files/wmr2015_sp.pdf.

Abordaje en salud mental del migrante

En este campo, es clave tener en cuenta experiencias como la mexicana, en las que en el desarrollo de estrategias se incorporan material educativo adecuado lingüística y culturalmente, primeros auxilios psicológicos presenciales, telefónico y por redes sociales; capacitación a personal de salud y de servicios consulares; entre otros. Para ello se han habilitado algunos servicios de Telesalud, en articulación con universidades y otros aliados, para brindar atención psicológica a comunidades con dificultad de acceso a servicios de salud³⁹.

Prevención de la discriminación y la xenofobia

La generación de medidas directas con las comunidades de los territorios receptores de migrantes, son básicas para prevenir la xenofobia y la discriminación, así como también, fortalecer la articulación intersectorial, incluyendo la confluencia de agencias de cooperación internacional⁴⁰.

Albergues y casas de paso

En México se han consolidado iniciativas comunitarias y privadas como albergues y casas de paso, algunas de ellas muy ligadas a apoyos desde organizaciones religiosas y comunidades, con amplia participación de voluntarios. Incorporan servicios de alojamiento, alimentación asistencia médica, gestión de emergencias, comunicación fa-

miliar, acompañamiento psicológico, actividades formativas; entre otras. En ocasiones existe articulación con los servicios de salud para propiciar la atención⁴¹.

Coordinación intersectorial

La coordinación intersectorial y en algunos casos el establecimiento de Oficinas de Atención a Migrantes, que brindan asesoría en trámites de migración, educación, salud y servicios sociales; ha sido una estrategia importante en el caso Chileno.

Acciones para y con las mujeres

Es fundamental, promover el empoderamiento de las mujeres y niñas migrantes, toda vez que al reconocer la “feminización” de la migración y las condiciones de inequidad asociados al mismo⁴², es posible abordar este grupo de manera diferencial para hacer lograr mayor efectividad en las acciones que se definan.

Asistencia al emigrante

Para el caso de México, se hace especial énfasis a esta población a través acciones desarrolladas en los Estados Unidos de Norteamérica, que inició con el desarrollo de semanas binacionales de la salud, avanzando hacia ventanillas de salud y búsqueda y atención de migrantes a través de unidades móviles y fortalecimiento a redes de servicios, asesorías y repatriación de connacionales con enfermedades graves, etc.⁴³.

39 Curso-Taller “Salud del Migrante y Derechos Humanos”, México Octubre 2017.

40 OMS, 2017. Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes. Proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes.

41 Curso-Taller “Salud del Migrante y Derechos Humanos”, México Octubre 2017.

42 OMS, 2017. Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes. Proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes.

43 Curso-Taller “Salud del Migrante y Derechos Humanos”, México Octubre 2017.

Capítulo 1.

Situación de la Migración en Colombia

1.1. Migraciones en Colombia

Históricamente Colombia se ha caracterizado por una gran movilidad de su población hacia otros Países. Se estima que la población de colombianos en el exterior asciende a cerca de 4,7 millones de connacionales, de los cuales el 34,6% están ubicados en Estados Unidos, el 23,1% en España, el 20% en República Bolivariana de Venezuela, el 3,1% en Ecuador y el 2% en Canadá. El porcentaje restante escoge otros destinos menos frecuentes como México, Panamá y Australia. El origen de estos migrantes es principalmente Bogotá (18,3%), Antioquia (13,8%), Valle del Cauca (10,2%), Cundinamarca (5,6%), Santander (4,7%) y Atlántico (4,5%); la búsqueda de oportunidades laborales, la reunificación familias y la oferta de estudios de educación superior, son las principales razones asociadas a la migración⁴⁴.

En los últimos cincuenta años, se registran tres “olas” de migración en Colombia; la primera comprendida en la década de los

años sesenta (mayoritariamente hacia Estados Unidos), la segunda, en la década de los años ochenta (dirigido a República Bolivariana de Venezuela) y la tercera ola, en la década de los años noventa (en rutas hacia España)⁴⁵. Según estudios migratorios, el país afronta actualmente una nueva *ola de migración*⁴⁶; la cual a diferencia de las tres primeras “olas”, por el flujo de inmigrantes y el retorno de colombianos con sus familias (especialmente provenientes de la República Bolivariana de República Bolivariana de Venezuela⁴⁷). De manera especial, el fenómeno se ha agudizado posterior a la medida del gobierno venezolano instaurada en agosto de 2015⁴⁸, al cerrar la frontera, deportar más de 2.000 colombianos y ocasionar el retorno de 18.000 más.

La nacionalidad y condiciones de la población que migra en los últimos dos años ha ido cambiando (mayor porcentaje de nacionales de República Bolivariana de Venezuela⁴⁹, una proporción importante en condición

44 Cancillería (2014). Migración Colombiana. Ver: <http://www.colombianosune.com/informaciondeinteres/caracterizacion>.

45 Cancillería (s/f). Antecedentes históricos y causas de la migración. Ver: <http://www.cancilleria.gov.co/colombia/migracion/historia>.

46 Universidad de Comillas (2011). El retorno ¿una cuarta ola migratoria? el caso de Bogotá. Universidad Pontificia de Comillas. pp.229-236.

47 Estimado aproximado según Migración Colombia de Colombianos que vivían en Venezuela: aproximadamente 1.000.000, a lo que se añaden sus grupos familiares.

48 Migración Colombia (2017) Radiografía de Venezolanos en Colombia. Ver: http://www.migracioncolombia.gov.co/venezuela/radiografia_web.pdf.

49 A partir del 2016, se registra un aumento en el flujo migratorio de personas nacidas en Venezuela, incrementándose en 120% frente a 2015.

migratoria irregular, mayor cantidad de niños menores de edad, y en muchos casos con expectativa de una reunificación familiar posterior). Se considera que Colombia actualmente (2018), es el país del mundo que más venezolanos alberga actualmente (estimado entre 25% y 35% del total de migrantes)⁵⁰. Dado el alto flujo de personas en un corto período de tiempo y las características de alta vulnerabilidad de la población que migra, se ha señalado que esta migración comparte características con crisis de refugiados en otros lugares del mundo.

Migración Colombia reportó a diciembre de 2017⁵¹, un total de 550.000 nacionales venezolanos que de forma regular o irregular permanecían en Colombia (un 62% más que lo reportado a mediados del mismo año). A julio de 2018, el reporte fue de 870.093 venezolanos en Colombia de los cuales, 381.735 tienen condición de regulares, 442.462 se consideran en proceso de regularización y 45.896 están en condición irregular⁵².

Algunos factores sociales y económicos han sido determinantes en este proceso; una hiperinflación por encima de 3.500%, la disminución del salario real que hace que un 90% de la población viva en condiciones de pobreza, la tasa de homicidios más alta en América Latina, configuran una situación dramática. Todo ello unido al hambre y la desesperación exacerba los episodios de violencia domés-

tica y maltrato infantil en el país vecino⁵³. Las condiciones del sistema de salud y la salud pública también enfrentan un deterioro con desabastecimiento de medicamentos, vacunas e insumos, migración de recurso humano en salud que determina que uno de los motivos para migrar sea la búsqueda de atención en salud. Colombia por su parte, es un país cercano, con amplios e históricos vínculos con República Bolivariana de Venezuela, redes familiares y de apoyo tejidas entre los dos países, con una frontera porosa y amplia y que finalmente que muestra posibilidades para aquellos que migran. La respuesta de Colombia, en general ha sido muy solidaria (en parte porque algunos son colombianos o familiares de colombianos), a pesar de las tensiones y brotes de xenofobia que ya se evidencian.

Para efectos de este Plan, el flujo migratorio se refiere a emigrantes colombianos que retornan (en muchos casos con sus familias) y a nacionales de otros países que residen o se consideran en tránsito por Colombia, ya sea porque se dirigen hacia otros países o bien, porque traspasan la frontera para adquirir bienes y servicios de primera necesidad, incluyendo medicamentos y atención en salud. Este flujo, especialmente proveniente de República Bolivariana de Venezuela, llega a impactar territorios fronterizos y con el tiempo otros territorios considerados receptores (especialmente ciudades capitales).

50 OIM. 2018. Tendencias migratorias de las Américas, República Bolivariana de Venezuela. Disponible en: <http://www.refworld.org/es/pdfid/5aeca2bc4.pdf>

51 Comunicado oficial Migración Colombia (Diciembre 2017). Disponible en: <http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/multimedia/6308-radiografia-de-venezolanos-en-colombia-31-12-2017>.

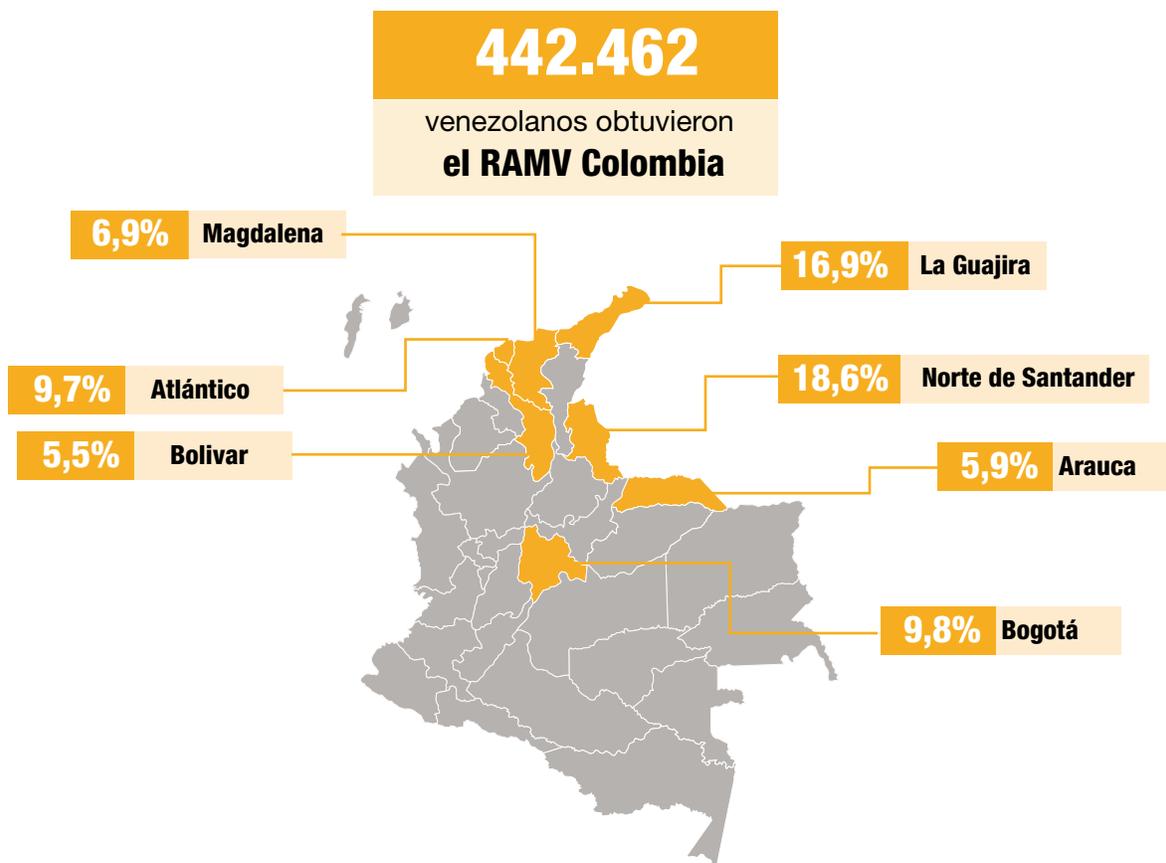
52 Infografía Migración venezolana (julio 2018). Disponible en: <http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/infografias/7923-infografia-general>.

53 Universidad Simón Bolívar (USB), la Universidad Central de Venezuela (UCV) y la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) (2017), Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI).

1.1.1. Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos⁵⁴

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

El total de personas registradas fue de 442.462 (253.575 familias), de los cuales el 49,7% son mujeres, 50,2% son hombres y 0,07% tras género. El 27% corresponden a niños, niñas y adolescentes (de los cuales el 43% son menores de 6 años); un 71% son adultos entre los 18 y los 59 años y tan solo 2,5% mayor de 60 años. Los territorios en los que más se concentra la población corresponden a Norte de Santander (18,6%), La Guajira (16,9%), Bogotá (9,8%), Atlántico (9,7%), Magdalena (6,9%), Arauca (5,9%) y Bolívar (5,5%). Villa del Rosario y Paragachón son los principales puntos de entrada de esta población.



54 Creado mediante Decreto 542 de 2018. Resultados disponibles en: <http://www.rptnoticias.com/wp-content/uploads/2018/06/Presentacio%CC%81n-Final-Registro-de-Migrantes-Venezolanos-RAMV.pdf>

Tabla 1
Número de personas registradas en RAMV y proporción por departamento y total de dicha población, de acuerdo con proyección DANE Año 2018.

Departamento	Población DANE	RAMV	% población RAMV
Norte de Santander	1.391.239	82.286	5,9
La Guajira	1.040.157	74.874	7,2
Bogotá DC	8.181.047	43.483	0,5
Atlántico	2.545.924	42.771	1,7
Magdalena	1.298.691	30.688	2,4
Arauca	270.708	26.261	9,7
Bolívar	217.1280	24.395	1,1
Antioquia	6.691.030	21.850	0,3
Cesar	1.065.673	20.148	1,9
Valle del cauca	4.756.113	16.572	0,3
Cundinamarca	2.804.238	11.517	0,4
Santander	2.090.839	10.832	0,5
Córdoba	1.788.507	6.165	0,3
Sucre	877.057	5.094	0,6
Casanare	375.249	4.547	1,2
Boyacá	1.282.063	3.822	0,3
Meta	1.016.701	3.092	0,3
Risaralda	967.767	2.588	0,3
Tolima	1.419.947	1.715	0,1
Huila	1.197.081	1.530	0,1
Vichada	77.276	1.416	1,8
Caldas	993.866	1.255	0,1
Quindío	575.010	1.171	0,2
Cauca	1.415.933	1.084	0,1
Nariño	1.809.116	1.045	0,1
Guainía	43.446	1.042	2,4
Putumayo	358.896	890	0,2
Chocó	515.145	210	0,0
Guaviare	115.829	76	0,1
Caquetá	496.241	35	0,0
Amazonas	78.830	8	0,0
Total	49.834.240	442.462	0,9

Fuente: Informe Final RAMV Julio 2018.

La incidencia que esta población implica a cada territorio, de acuerdo a su población base de acuerdo a la estimación DANE, refleja que hay departamentos que han recibido proporcionalmente más personas y familias, lo que significa una demanda aumentada para acceder a bienes, servicios y

empleo, ocupación de espacios públicos, aumento de la percepción de inseguridad y tensiones con la población receptora, en un contexto donde las brechas de equidad y las condiciones de vulnerabilidad eran evidentes antes que se aumentara la migración. Este es el caso de Arauca (la población registrada corresponde a un 9,7% de su po-

blación total), La Guajira (7,2 %) y Norte de Santander (5,9%); diferente a la proporción de personas registradas en ciudades como Bogotá DC (0,5%) (Ver tabla 1).

Estas personas provienen de diferentes estados venezolanos, el 42% refieren que personas de su grupo familiar permanecen en República Bolivariana de Venezuela, en su mayoría son cabezas de hogar (52%) y en un 36% registran un solo integrante de la familia (lo que concuerda con una reunificación familiar posterior, aunque la mayoría -63% - son solteros). Un 24% tienen familiares colombianos y algunos viven con ellos; un 21% admite que en el hogar se han quedado sin alimentos en los últimos 3 meses, La mayoría de estas personas ingresaron al país en 2018 (52%) o en 2017 (35%), de las cuales 33.994 personas refieren pertenencia étnica, en su mayoría (78%) 26.572 son indígenas, 6.150 son afro descendientes, 1.065 se reconocen como raizales⁵⁵ y 207 como gitanos.

En relación a salud, un 99% refieren no estar afiliados al sistema de salud (437.513 personas), de los cuales un 26% corresponde al grupo de niños, niñas y adolescentes (116.875 personas). Se reportan 8.209 mujeres gestantes y 7.496 mujeres en período de lactancia (la mayor parte sin control prenatal ni seguridad social). Un 2,6% de la población presenta algún tipo de discapacidad (11.648 personas). El auto reporte de enfermedad evidencia que patologías crónicas como Hipertensión Arterial, Diabetes, Enfermedad pulmonar y enfermedades cardiacas son las que más se presentan; aunque existe un reporte importante de casos de cáncer

99% no están afiliados
437.513 al sistema de salud

Mujeres Gestantes 8.209



7.496 Mujeres lactantes

y alteraciones de salud mental. En cuanto a enfermedades infectocontagiosas, se reportan casos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Tuberculosis (TB) y VIH/SIDA. Tanto las condiciones crónicas (por la descompensación, complicaciones y deterioro) como las infectocontagiosas (que además determinan un riesgo de transmisibilidad) requieren de un tratamiento y seguimiento que en muchos casos no se está realizando. Con un nivel de escolaridad generalmente de básica secundaria o primaria, dedicados en gran parte al trabajo informal, independientes o desempleados; esta población tiene en su gran mayoría la expectativa de establecerse en Colombia. Tan solo un 8,6% refieren querer regresar a República Bolivariana de Venezuela y un 2% esperan transitar hacia otro país. De los niños, niñas y adolescentes registrados, tan solo un 28% se encuentran estudiando.

1.1.2. Las personas y los territorios

La población que migra (especialmente aquellos que están en situación irregular),

55 La acepción de raizales en este caso no corresponde a la denominación raizal entendida en Colombia para las personas que habitan en San Andrés y Providencia.

56 IOM, ACNUR y PMA. Resultados de caracterización Inter-agencia. Población proveniente de Venezuela a Colombia, 2017. Investigación desarrollada especialmente en territorios de frontera (Arauca: Arauca; Norte de Santander: Cúcuta y Villa del Rosario; La Guajira: Uribía y Maicao) y en algunos receptores como Bolívar: Cartagena; La Guajira: Dibulla, Manaure y Riohacha.

están abocados a una serie de afectaciones, riesgos, vulnerabilidades y/o determinantes. En la caracterización interagencial desarrollada por ACNUR, OIM y PMA⁵⁶, realizada entre agosto y diciembre de 2017, se evidenciaron algunos de estas afectaciones. La mayor parte de estas personas se encuentran de manera irregular en el país (debido a limitaciones en gestionar la documentación en República Bolivariana de Venezuela y a restricciones económicas).

OIM encontró que al menos el 65% de las personas encuestadas recibe menos de un salario mínimo mensual y un 11% han sido o refieren (19%) que sus familiares han sido víctimas de explotación laboral (no reciben el pago establecido). Un 37% señalaron que han experimentado agresiones discriminatorias, especialmente personas venezolanas.

ACNUR reporta que las razones para salir de República Bolivariana de Venezuela son la falta de alimentos, empleo y medicamentos; así como la violencia e inseguridad en su país (estas últimas también razones para no desear regresar). La decisión de destino final de la migración es tomada en grupo, con las familias; no es una decisión individual. Muy pocas personas optan por solicitar condición de refugiado (cuando tienen conocimiento de ello) por ser un trámite prolongado y en tanto el salvoconducto de permanencia no permite trabajar en el país. En su gran mayoría han recibido apoyo de familiares, vecinos o relacionados; en muy pocos casos de alguna organización o institución. De la población encuestada, el 45% manifiesta que siente angustia, ansiedad o tristeza frecuentemente (asociado a tener a su familia aún en República Bolivariana de Venezuela y a la falta de recurso económico).

El Programa Mundial de Alimentos (PMA) en su estudio encontró que el 30% de los encuestados se encuentran en inseguridad alimentaria⁵⁷, adquiriendo alimentos, a cambio de trabajos informales y mal remunerados. La mitad de ellos dependen del apoyo de familiares, redes de apoyo o iglesias que les suministran alimentos esporádicamente.

Tienen un aporte deficiente para cubrir requerimientos diarios de alimentación (consumo promedio de proteína es de 1,5 días a la semana) y deciden entonces reducir el número de comidas o el tamaño de las porciones, entre otras opciones. Para acceder a recursos o alimentos aceptan trabajos mal remunerados, piden dinero prestado, venden electrodomésticos y hasta un 14% acepta empleos riesgosos (como contrabando o prostitución). Después del consumo de alimentos, la falta de acceso a servicios de salud es lo que más genera preocupación; además las condiciones de saneamiento y agua potable son deficientes en los asentamientos o entornos donde habitan.

Los territorios receptores, por otro lado, especialmente las zonas fronterizas, se caracterizan por un rezago histórico en el desarrollo económico y social, restricciones en el acceso a servicios, algunas de estas con altos niveles de dispersión poblacional. Los departamentos con frontera terrestre presentaron mayor incidencia de pobreza multidimensional al promedio nacional (con una reducción de la pobreza marginal o inexistente para el caso de Norte de Santander y La Guajira). Casi el 70% de los resguardos indígenas y el 71% de las titulaciones colectivas de comunidades negras se encuentran en departamentos de frontera⁵⁸.

57 Según el estudio de la Universidad Simón Bolívar; en el 2017 los venezolanos perdieron un promedio de 11 kg, mientras un 60% de la población reportó no tener suficientes recursos suficientes para alimentarse.

58 CONPES 3805 de 2014. Departamento Nacional de Planeación. Disponible en: https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/conpes_dnp_3805_2014.htm

Capítulo 2.

Marco Político y normativo para la gestión de salud de personas inmigrantes en Colombia

2.1 Compromisos internacionales de país

Colombia ha ratificado buena parte de los instrumentos derivados de instrumentos del derecho internacional protección al migrante⁵⁹ con lo cual se generan una serie de obligaciones en relación con la condición de esta población⁶⁰. Algunos de los compromisos que el Estado colombiano ha corroborado en relación a la salud de las personas migrantes que se encuentran en el País, son los siguientes:

- Según **la Declaración Universal de los Derechos Humanos**⁶¹, toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho al acceso a la seguridad social, en donde cada estado de manera individual y mediante la cooperación internacional- debe disponer de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de los derechos indispensables, como el de asistencia médica.
- En este mismo sentido, el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)**⁶², ha señalado en su artículo 12, el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En su artículo 9 el PIDESC reconoce el derecho de toda persona a la seguridad social, en este sentido también menciona que la nacionalidad no debe utilizarse como motivo de discriminación con relación a la atención sanitaria y otros derechos amparados en el Pacto⁶³.
- Por su parte, la **Convención Internacional Sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familiares**, protege el derecho a la salud de trabajadores

59 Migración Colombia (2013) Cartilla Red migrante “Garantías y servicios para el migrante en Colombia”. Ver: http://migracion-colombia.gov.co/phocadownload/cartilla_red_migrante.

60 Ibídem. Págs., 29 y 30.

61 ONU (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Ver: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf.

62 Instrumento ratificado por Colombia desde 1969.

63 El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, concluyó que para cumplir con los derechos y libertades mencionados en el Pacto, los Estados deben asegurarse que cuentan con establecimientos, bienes y servicios de salud, y son accesibles, aceptables, de buena calidad y aplicables a todos los sectores de la población, incluidos los migrantes.

en tal condición, menciona el derecho a recibir la atención médica de urgencias, así como también, a tener acceso a los servicios sociales y de salud, siempre que se hayan satisfecho los requisitos establecidos para la participación en los planes correspondientes. En opinión de la Corte Interamericana, es importante salvaguardar los derechos de los trabajadores migrantes, de los cuales son titulares todos los trabajadores, independientemente de su estatus migratorio- con fundamento en el principio de inalienabilidad.

- En relación con la vigilancia y control de enfermedades asociadas a la migración, el **Reglamento Sanitario Internacional** define mecanismos y estrategias que previenen la propagación internacional de enfermedades, controlan y dan respuesta proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública.
- La Comunidad Andina de Naciones conformada en su momento por Colombia, Brasil, Ecuador, Panamá, Perú y República Bolivariana de Venezuela⁶⁴; estableció el **“Instrumento Andino de Seguridad Social”**⁶⁵, el cual establece la garantía a los migrantes laborales de los países miembros, así como a sus beneficiarios, la plena aplicación del principio de igualdad de trato, o trato como nacional a través de la afiliación a los sistemas de seguridad social del país receptor y de esta forma las prestaciones correspondientes; de acuerdo a la legislación propia del mismo.
- La Convención Internacional de Derechos del Niño, ratificada por Colombia a través de la Ley 12 de 1991, es un instru-

mento jurídico internacional vinculante orientado a proteger específicamente los derechos de la infancia y la adolescencia.

2.2. Políticas y normas colombianas

El Estado colombiano en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 *“Prosperidad para Todos”*, definió la incorporación, de las áreas fronterizas, terrestres y marítimas como elemento esencial de propósito nacional para el desarrollo. Así mismo, dispuso promocionar el diseño de políticas públicas que reconozcan las particularidades de las regiones fronterizas identificando sus activos sociales y naturales como recursos estratégicos y de oportunidad para un desarrollo endógeno de las regiones fronterizas y para el impulso de la competitividad del país. (DNP, 2014)⁶⁶. Al respecto, en el año 2013 se formuló el Plan Fronteras para la Prosperidad, cuyo Objetivo fue *“Impulsar el desarrollo social y económico de las regiones de frontera y su integración con los países vecinos”*.

Dicho plan incluye un componente de Salud, con tres programas agenciados por la Cancillería Colombiana, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social. Los programas antes referidos son:

- 1 Programa para **garantizar la cobertura** universal para el régimen subsidiado en salud
- 2 Programa de **garantía de la calidad y el acceso** a los servicios de salud – telemedicina
- 3 Programa de **capacitación de auxiliares** de salud de grupos étnicos

64 Dicho instrumento actualmente no es aplicable en este caso, en tanto la República Bolivariana de Venezuela decide salir de la Comunidad Andina de Naciones en 2006.

65 Según decisión 583 de la Comunidad Andina de Naciones de 2004.

66 Documento CONPES 3805.

En este marco y atendiendo a la crisis generada desde el año 2015, el gobierno ha emitido una serie de normativas, entre ellos, el Decreto 1770 de 2015 (declaratoria de emergencia), la Resolución 5797 de 2017 (creación del PEP), el Decreto 542 de 2018 (creación del Registro Administrativo de Migrantes – RAMV) y finalmente con los resultados de este proceso de caracterización, ha definido, por un lado, la ampliación del PEP a las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV), mediante Decreto 1288 de 2018, lo que permite a esta población regularizarse temporalmente, acceder a empleo, afiliarse al SGSSS, entre otros beneficios. Por el otro lado, este último decreto antes mencionado, modifica el artículo 2.2.1.7.10 del Decreto 1067 de 2015, en cuanto a Programas de Apoyo al Retorno⁶⁷.

Así mismo, desde otros sectores se han desarrollado directrices para la integración de la población migrante y retornada⁶⁸.

Respecto de la garantía del Derecho a la Salud, de niñas, niños y adolescentes, el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2016) en el artículo 27, determina que toda niña, niño o adolescente tiene derecho a la salud integral, y que ningún prestador de servicios de salud puede abstenerse a proporcionar la atención en salud.

2.2.1. Normatividad colombiana en salud para personas migrantes

El Estado colombiano cuenta con un marco de política en relación con la migración, establecido en la Política Integral Migratoria, el Sistema Nacional de Migraciones⁶⁹ y que opera de manera coordinada a través de la Comisión Nacional Intersectorial para las Migraciones⁷⁰. Se han desarrollado disposiciones constitucionales y legales que amparan los derechos de las personas que habitan y que transitan el territorio, incluyendo la atención en salud de ciudadanos extranjeros, cualquiera sea su procedencia.

Al respecto, además del artículo 49 de la Constitución Política de Colombia (mod. A.L. 2 de 2009), en correspondencia con el artículo 100 del mismo ordenamiento, los artículos 3° y 156 literal b), de la Ley 100 de 1993, el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 y el 6° de la Ley 1751 de 2015, establecen la garantía del derecho a la salud para todos los residentes en el territorio nacional. Esta última norma anotada, señala que “*el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo...*”, entendiendo así mismo que “*los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida*”; lo que

67 Este decreto determinó que el Artículo 3, Programas de apoyo al retorno quedará así: “*Artículo 2.2.1.7.10. Programas de Apoyo al Retorno. El Ministerio de Relaciones Exteriores, a través de la Dirección de Asuntos Migratorios, Consulares y Servicio al Ciudadano coordinará con las entidades competentes el diseño de programas y planes de apoyo y acompañamiento que permitan dar cumplimiento al artículo 40 de la Ley 1565 de 2012. Con el propósito de cumplir con lo indicado en el presente artículo, el Gobierno nacional fortalecerá a las entidades que integran la Comisión Intersectorial para el Retorno respecto al diseño, ejecución y seguimiento de programas que faciliten el retorno de los colombianos desde el exterior, con especial énfasis en población retornada en situación de vulnerabilidad. Los programas y planes de apoyo y acompañamiento para el retorno serán formulados en coordinación con las entidades competentes en cada uno de los temas, y se implementarán con cargo a los recursos y programas de los que estas dispongan.*”

68 Directrices de Educación e ICBF para integración de la población migrante en los programas y servicios (especialmente para NNA y mujeres gestantes y lactantes). Así mismo definición de Centros de Referenciación y Oportunidad para el Retorno (9 en total, ubicados en: Antioquia, Atlántico, Caldas, Cundinamarca, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Quindío, Valle del Cauca. Información para retornados: <http://www.colombianosune.com/index.php/ejes/acompanamiento-al-retorno>.

69 COLOMBIA. Ley 1465 de 2011.

70 COLOMBIA. Decreto 1239 de 2003.

incluye a la población colombiana y extranjera que resida en el país⁷¹.

Los artículos 43 a 45 de la Ley 715 de 2001, atribuyen a las entidades territoriales la función de materializar dicha garantía en lo “no cubierto con subsidios a la demanda”, además de señalar a la nación como responsable de formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud⁷².

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

con la obligatoriedad de la atención de las urgencias por parte de todas las IPS⁷³ “*independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio*”. En el Capítulo 2. Atención de urgencias, emergencias y desastres de ese decreto, se define lo concerniente a la atención de urgencias, y las sanciones para los agentes del sistema de salud que las incumplan. En este mismo sentido, la Sentencia C-834/07 reitera que en jurisprudencia constante, la Corte Constitucional ha sostenido que toda persona, incluyendo por tanto los extranjeros que se encuentren en Colombia, tienen derecho a un mínimo vital, en tanto que manifestación de su dignidad humana, es decir, “*derecho a recibir una atención mínima por parte del Estado en casos de externa necesidad y urgencia, en aras de atender sus necesidades más elementales y primarias*”, sin que este señalamiento sea una restricción al legislativo para “ampliar su protección con la regulación correspondiente⁷⁴”:

71 Es de señalar, que para el caso de los extranjeros, se entiende como residente a aquel que se encuentre domiciliado (El artículo 76 del Código Civil Colombiano, establece que el domicilio “(...) consiste en la residencia acompañada, real o presuntivamente del ánimo de permanecer en ella” y cuente con un documento que lo acredite como tal, conforme lo dispone el Capítulo 11 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1067 de 2015 (Por el cual se expidió el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Relaciones Exteriores).

72 La Corte constitucional, en este sentido ha señalado en la **sentencia C-416/14** que: “*El ámbito de acción y las competencias del Estado colombiano sobre las personas migrantes extranjeras en Colombia es alto y significativo. Se trata de personas que, sin importar cuál sea su condición o la razón por la que se encuentren en el territorio, merecen el respeto, la protección y la garantía de sus derechos fundamentales, de los cuales es titular bajo el orden jurídico vigente, en virtud de la Constitución misma*”.

73 Según la sentencia C 313 de 2014, el término “inicial” fue excluido del proyecto de ley estatutaria: “Por ende, no se aviene con la preceptiva constitucional una medida que buscando amparar el goce del derecho en la situación denominada atención inicial de urgencias, da pie para negar la protección a otras posibilidades de urgencias que pueden acontecer. Para la Sala, la exclusión del ordenamiento jurídico de la expresión “inicial”, contenida en el texto en revisión, permite que se preserve la intención del legislador estatutario de proteger la atención inicial de urgencias y otro tipos de urgencias cuya dificultad en la prestación médica inmediata, pueden conducir a la pérdida de derechos fundamentales irrecuperables”.

74 Este criterio ha sido reiterado por la Alta Corporación, en sala unificada, mediante la sentencia SU-677 de 2017. En comunicado 56 de 15 de noviembre de 2017 sobre la misma se indica lo siguiente: “Además, la Corte indicó que el deber del Estado colombiano de garantizar algunos derechos fundamentales de los extranjeros con permanencia irregular en el territorio es limitada. No obstante, enfatizó en que el principio de solidaridad en situaciones de crisis humanitarias, como la derivada de un alto flujo migratorio, impone la obligación de atender las necesidades más apremiantes de estos individuos a fin de respetar sus derechos a la vida digna y a la integridad física. Así las cosas, la Corte constitucional resaltó que todo extranjero que se encuentre en el país tiene derecho a recibir atención básica y de urgencias con cargo al régimen subsidiado, en virtud de la protección de sus derechos a la vida digna y a la integridad física derivada del deber de asistir humanitariamente a las personas de otros países que se encuentren en condición de vulnerabilidad. Adicionalmente, la Sala Plena enfatizó en la obligación de las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud de atender el nacimiento de hijos e hijas de extranjeros con permanencia irregular en el territorio colombiano y de afiliarlos a dicho sistema una vez su nacimiento sea registrado por la Registraduría Nacional del Estado Civil. Por lo anterior, la Corporación advirtió a dicha entidad que no puede retrasar ni puede retrasar ni desconocer su deber constitucional y legal de registrar los nacimientos de hijos e hijas de los extranjeros con permanencia irregular en territorio colombiano. (Corte Constitucional, comunicado de 15 de noviembre de 2017).

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

2.2.2. Desarrollos normativos en salud, originados en el fenómeno migratorio

Con el fin de atender la situación presentada, además de las disposiciones que se detallarán en el siguiente capítulo asociadas al aseguramiento, se han expedido las siguientes normas:

- **Decreto 1770 de 2015**, con esta normativa, el Gobierno de Colombia declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en parte del Territorio Nacional. En desarrollo de tal declaratoria, se expidió el **Decreto 1978 de 2015**, por medio del cual se establece la habilitación excepcional de Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado-EPSS intervenidas, en los municipios de frontera, como una medida para garantizar el aseguramiento al régimen subsidiado de esta población, así como también, su atención en salud.
- **Decretos 1768 de 2015, 1495 de 2016 y 2228 de 2017**, con los cuales se define a la población de migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela como población especial y prioritaria y donde se ordena su afiliación al Régimen Subsidiado del SGSSS a través de listados censales a cargo de los municipios o distritos donde se encuentren ubicados.
- **Resolución 5246 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social**. Por la cual se establecen los responsables de la generación, consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales y se definen los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información.
- **Resolución 3015 de 2017**⁷⁵ para incorporar el PEP como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social, lo anterior en correspondencia con lo establecido en la Resolución 5797 de 2017 del Ministerio de Relaciones Exteriores que creó el Permiso Especial de Permanencia (PEP)⁷⁶.
- Para garantizar la atención de urgencias de personas inmigrantes, - aclarando que no es solamente para nacionales venezolanos⁷⁷, se reguló mediante el **Decreto 866 de 2017**, una fuente de recursos del orden nacional, para complementar el esfuerzo de las entidades territoriales⁷⁸

75 Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 30125 de 2017. Ver: https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resolución%20no.%2003015%20de%202017.pdfhttps://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resolución%20no.%2003015%20de%202017.pdf

76 Medida para regularizar la condición migratoria de aquellos que ingresando por alguno de los puestos de control fronterizo, ampliada por resolución 0740 de 2018. Para aquellas personas que habían excedido el tiempo de permanencia establecido. Por medio de este Permiso, adquieren derecho de permanencia hasta por dos años y pueden ingresar al SGSSS. En total 181.472 personas solicitaron dicho documento.

77 Incluye también a nacionales de los siguientes países: Brasil, Costa Rica, Ecuador, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Perú, Panamá y República Dominicana.

en la financiación de las atenciones de urgencias de nacionales de países fronterizos que son prestadas en el territorio colombiano⁷⁹, siempre que concurren las condiciones establecidas en dicho decreto⁸⁰.

- **Circular 012**, modificada por la **Circular 029** emitida en agosto de 2017 por el MSPS, exige a las IPS de todo el territorio nacional el reporte mensual de las atenciones realizadas a personas a extranjeras, tanto al Ministerio de Salud y Protección Social como también a la Entidad Territorial Departamental o Distrital respectiva, indicando la nacionalidad de los usuarios de los servicios⁸¹, lo anterior, para efectos de registro y reporte de las atenciones en salud a población extranjera⁸².
- **Circular 025 de 2017** del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de fortalecer la gestión de salud pública en las entidades territoriales receptoras de población migrantes desde República Bolivariana de Venezuela, esa normativa es la base del Plan contenido en el presente documento.

- **Circular 006 de 2018 del MSPS**, con Instrucciones específicas para la prevención, atención, vigilancia y control para evitar la introducción o aparición de casos de Sarampión y Rubeola en el país y acciones de Sanidad Portuaria.
- **Circular 020 de 2018 del MSPS**, donde se especifica el uso de recursos de transferencias realizados por este Ministerio con cargo a los recursos del FOSYGA (administrado actualmente por el ADRES) de vigencias anteriores, los cuales se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías en salud no cubiertas con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado.

En la tabla siguiente se presenta una síntesis de otras circulares del MSPS y/o conjuntamente con el INS, para la atención al fenómeno migratorio procedente de República Bolivariana de Venezuela.

78 Durante la vigencia 2017, se asignó un total de \$10.000 millones mediante las Resoluciones 3673 (\$4.000 millones) y 5305 de 2017 (\$6.000 millones).

79 Se entienden como países fronterizos aquellos que tienen frontera terrestre o marítima con Colombia.

80 i) Que corresponda a una atención inicial de urgencias o atención de urgencias, en los términos de este decreto; ii) Que la persona que recibe la atención no tenga subsidio en salud en los términos del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, ni cuente con un seguro que cubra el costo del servicio; iii) Que la persona que recibe la atención no tenga capacidad de pago; iv) Que la persona que recibe la atención sea nacional de un país fronterizo; v) Que la atención haya sido brindada en la red pública hospitalaria del departamento o distrito.

81 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2017) Circular 029/17, Ver: https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/circular%20no.%20029%20de%202017.pdf. Circular 012/17 Ver: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-0012-de-2017.pdf>.

82 En este sentido, previamente la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, había expedido la Resolución 714 de 2015, el registro de estas atenciones en el SIRE (Sistema de Información para el Reporte de Extranjeros).

Tabla 2.
Circulares emitidas por el MSPS y/o de manera conjunta, en el periodo 2014-2017 para la atención del fenómeno migratorio procedente de República Bolivariana de Venezuela.

Circular	Propósito
Circular Conjunta Externa 0014 de 2014	Instrucciones para detección y alerta temprana ante la eventual introducción del virus de la fiebre Chikungunya en Colombia
Circular Externa 040 de 2015	Lineamientos en Salud para la gestión de alojamientos temporales.
Circular 043 de 2105	Instrucciones para la vigilancia en salud pública, atención clínica, prevención y control frente a la posible introducción del virus Zika en Colombia
Circular Conjunta Externa 061 de 2015	Vigilancia de la fiebre por virus Zika en su fase II epidémica y fortalecimiento de la prevención de la fiebre por virus Zika en grupos de riesgo.
Circular Externa 063 de 2015	Intensificación de la vigilancia de los defectos congénitos y muertes perinatales por defectos congénitos
Circular Externa 064 de 2015	Vigilancia y notificación de los síndromes neurológicos con sospecha previa o confirmación de enfermedad por virus Zika
Circular Externa 002 de 2016	Lineamientos para la gestión de los planes de contingencia para fiebre Zika y atención clínica en embarazadas con infección por ZIKV y pacientes con complicaciones neurológicas y recomendaciones especiales. Actualización de la circular 043 de 2015.
Circular Externa 004 de 2016	Vigilancia y notificación de la enfermedad por virus Zika en gestantes. Recomendaciones adicionales sobre la notificación de síndromes neurológicos con sospecha previa de enfermedad por virus Zika y la vigilancia intensificada de muertes perinatales por defectos congénitos.
Circular Externa 006 de 2016	Declaración de alerta hospitalaria – Enfermedad por virus Zika
Circular Externa 007 de 2016	Vigilancia y notificación intensificada de los defectos congénitos, con énfasis en microcefalias y otras malformaciones del sistema nervioso central.
Circular Externa 040 de 2016	Vigilancia epidemiológica intensificada para difteria en departamentos fronterizos con República Bolivariana de Venezuela.
Circular Externa 014 de 2017	Directrices para el control de la fiebre amarilla y exigencia de certificación internacional o carné nacional de vacunación.
Circular Externa 018 de 2017	Actualización a la Circular 014 de Marzo 1 de 2017 “Directrices para el control de la fiebre amarilla y exigencia de Certificación Internacional o Carné Nacional De Vacunación”.
Circular Externa 0004 de 2018	Instrucciones para la ejecución de las acciones de salud pública en el marco de la Ley de Garantías Electorales, vigencia 2018.

Fuente: Elaboración propia Minsalud

Capítulo 3.

Atención en salud en Colombia a inmigrantes provenientes de la República Bolivariana de Venezuela

Para analizar la situación de la atención en salud de los inmigrantes a Colombia, se debe partir del estatus migratorio que como se ha mencionado, configura una condición fundamental para garantizar una serie de derechos, entre ellos la salud, entendida esta desde la acepción de atención integral en salud. Por otro lado, se tomará en cuenta la demanda de servicios y la incidencia de eventos de interés en salud pública, en las personas inmigrantes.

3.1. Relación de la atención en salud con estatus migratorio

Por las características del sistema de salud de Colombia, es importante reconocer los mecanismos de aseguramiento y los procedimientos administrativos vigentes para el ejercicio del derecho a la salud y/o acceder a la atención en las instituciones prestadoras de servicios.

Desde el punto de vista del estatus migratorio, se identifican seis (6) grupos de personas que hacen parte de la población migrante procedente de República Bolivariana de Venezuela, los cuales se describen a continuación, junto con los mecanismos de acceso a los servicios de salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

Colombianos retornados con sus familias

Son personas de origen colombiano que han retornado al país por motivo de la situación social y política de ese país, ya sea porque fueron deportados, expulsados, o por voluntad propia. No se cuenta con datos que permitan establecer la magnitud y la dinámica de la migración de este grupo⁸³. Son acogidos actualmente por el Decreto 2228 de 2017, para su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el régimen subsidiado como población especial, a través de la elaboración de listados

83 En agosto de 2015, a raíz de las medidas del gobierno venezolano, se produjo la migración de 22.432 colombianos retornados y 1.950 deportados a través de los departamentos de: Norte de Santander, Guajira, Arauca y Vichada. Se estima que este grupo puede corresponder a un 70% de la población migrante desde Venezuela; con base en estudio de OIM (2017) - Resultados del piloto implementado en zona de frontera con Venezuela, mediante la aplicación de la Matriz de Monitoreo de Desplazamiento (DTM).

censales, función que está a cargo de las entidades territoriales (Alcaldías y Gobernaciones)⁸⁴. Cuando no se utilice este mecanismo, las personas migrantes pueden solicitar la aplicación de la encuesta SISBEN para demostrar si por su situación socioeconómica son beneficiarias del régimen subsidiado y proceder a su afiliación.

Entre tanto se da la afiliación efectiva al SGSS, la atención en salud debe ser garantizada por los departamentos y distritos, mediante los contratos suscritos con la red hospitalaria para la atención a la población pobre no asegurada y eventos NO-POS. Así mismo, el Departamento de Planeación Nacional (DPN), definió unas orientaciones para incorporar en la encuesta SISBEN a las personas extranjeras⁸⁴. Debe señalarse que a través de este mecanismo y previo trámite ante la Registraduría Nacional del Estado Civil y/o Migración Colombia, se puede afiliar al SGSSS a las personas de un mismo núcleo familiar⁸⁶.

Nacionales venezolanos en condición regular

Son personas de nacionalidad venezolana que ingresaron de manera regular a Colombia por alguno de los puestos de control fronterizo, con observación plena de la normatividad vigente. Según reporte de Migración Colombia a julio de 2018, un total de 200.263 personas se ubican en esa situación. De este grupo, los territorios declarados como residencia se distribuyen entre Bogotá, Nariño, Antioquia, Atlántico, La Guajira, y Norte de Santander.



623.934

es el volumen potencial de
venezolanos con PEP

Inmigrantes con Permiso Especial de Permanencia (PEP)

Corresponde a las personas que habiendo ingresado de manera regular, sobrepasaron los plazos normativos de permanencia en el país, solicitaron y les fue expedido el Permiso Especial de Permanencia en dos momentos, el primero entre agosto-octubre de 2017 y el segundo entre febrero y junio de 2018; el reporte de Migración Colombia al respecto, da cuenta de 181.472 personas acogidas a esta medida.

Los venezolanos migrantes regulares y portadores del PEP, se consideran residentes y pueden afiliarse al SGSSS, ya sea como dependientes o independientes. Si sus condiciones socioeconómico no les permiten realizar aportes al SGSSS, pueden solicitar la aplicación de la encuesta SISBEN y si llenan los criterios, afiliarse al régimen subsidiado. La residencia de la población que solicitó el PEP, se distribuye en Bogotá, Antioquia, Atlántico, Cundinamarca, Valle del Cauca; entre otros territorios. A este grupo, se adicionarán los venezolanos registrados en el RAMV (442.462 personas, con lo cual, el volumen potencial de venezolanos con PEP ascendería a 623.934 personas.

84 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 5246 de 2016. Para facilitar este proceso, se expidió y publicó en su página web, las instrucciones para afiliación en salud para deportados de Venezuela, las cuales se encuentran disponibles en el siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/paginas/afiliacion-en-salud-deportados-venezuela-ley-1768-de-2015.aspx>.

85 DNP. El documento de orientaciones ha sido enviado a las instituciones implicadas en el proceso. Las indicaciones para extranjeros están disponibles en: <https://www.sisben.gov.co/atencion-al-ciudadano/Paginas/Preguntas%20frecuentes.aspx>.

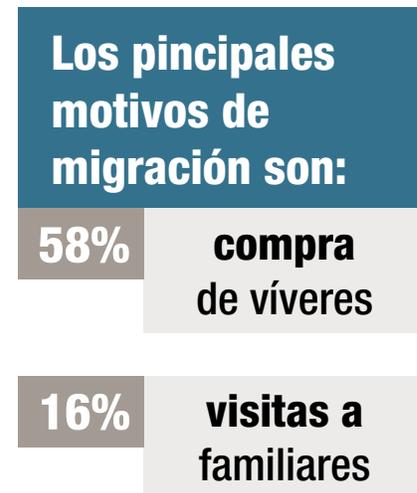
86 Para el registro de las personas con padre o madre colombianos, que no han sido registrados como colombianos y teniendo en cuenta que en el país vecino no se está apostillando documentos, se podrá realizar el registro extemporáneo según como está definido en el artículo 2.2.6.12.3.1 del Decreto 356 de 2017 (con el apoyo de dos testigos en este proceso).

Nacionales Venezolanos en situación migratoria pendular

Son personas que portan la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF)⁸⁷, que constituye el instrumento de Autorización de Tránsito Fronterizo para nacionales venezolanos mayores de edad y niños niñas y adolescentes, residentes en las zonas de frontera previamente definidas por Migración Colombia⁸⁸. Esta tarjeta sirve a personas venezolanas que por motivo de la dinámica fronteriza y de vecindad, requieran transitar por las zonas definidas, sin el ánimo de establecerse o desarrollar alguna actividad para la cual sea exigible Visa.

Se expidió un total de 1.624.915 tarjetas, de las cuales 71.696 fueron canceladas por uso indebido. Los principales motivos para este tipo de migración son: compra de víveres (58%) y visitas a familiares (16%). Los extranjeros que desean ingresar al interior del país o a otros departamentos diferentes a los definidos por el estado⁸⁹, deben hacerlo con pasaporte vigente debidamente sellado; en caso contrario su estatus migratorio se torna irregular.

Para la atención en salud de las personas de este grupo, en caso de presentar eventos de urgencias deben ser atendidos por IPS públicas y privadas, de acuerdo con la normatividad vigente, y los costos de la atención en salud que no sean catalogados como urgencia deberán ser asumidos por parte del usuario directamente, o a través de un seguro o póliza.



87 Definida por Migración Colombia según resoluciones 1220 de 2016 y 1845 de 2017. A partir de febrero de 2018, el gobierno de Colombia tomó la decisión de no continuar con la expedición de esta TMF, en razón del uso inadecuado de la misma; a cambio estableció un registro en el cual deben inscribirse los nacionales de Venezuela que se encuentren en territorio colombiano.

88 La obtención de la TMF está restringida a los nacionales venezolanos que habitan en los siguientes estados y municipios: AMAZONAS (Puerto Ayacucho y San Fernando de Atabapo), ZULIA (Mara, Páez, Catatumbo y Jesus Maria Semprún), APURE (El Amparo, La Victoria y Puerto Páez), BOLIVAR (Puerto Nuevo (El Burro)) y TÁCHIRA (Ayacucho, Bolívar, Cárdenas, Córdoba, García De Hevia, Independencia, Junín, Libertad, Lobatera, Pedro María Ureña, San Cristóbal, Rafael Urdaneta y Torbes).

89 Para los portadores de la TMF, el Tránsito Fronterizo se autorizará a través de los Puestos de Control Migratorio, únicamente para movilizarse a los siguientes municipios departamentos y municipios: La Guajira: Riohacha, Maicao, Manaure, Uribia y Albania; Norte de Santander: Cúcuta, Villa del Rosario, San Cayetano, Los Patios, Puerto Santander y el Zulia; Arauca: Arauca, Arauquita, y Puerto Contreras; Vichada: Puerto Carreño y Guainía: Inírida.

90 MIGRACION COLOMBIA. Julio 2018. Disponible en: <http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/infografias/7923-infografia-general>

91 En estudio de OIM (2016), donde se aplicaron 745 encuestas en Cúcuta, Arauca y Villa del Rosario, se encontró una migración por cruces no oficiales en el departamento de Arauca, correspondió al 61% del total de cruces en la zona.

Migrantes Irregulares

Son personas provenientes de República Bolivariana de Venezuela que ingresan al país sin el lleno de los requisitos de identificación y los trámites exigidos por la autoridad migratoria. Por lo tanto, no portan documento válido de identificación que permita realizar la afiliación en salud y así mismo garantizar otros derechos. El estimado de esta población según Migración Colombia es de 45.896 personas aproximadamente^{90,91}; sin embargo, en la medida en que la dinámica migratoria es continua, no se cuenta con un número preciso al respecto.

El abordaje de esta población es uno de los grandes retos en salud y migración. En relación a la atención en salud, se asegura la atención inicial de urgencias en los términos que define la norma; así como también pueden ser beneficiarias de las intervenciones colectivas gestionadas desde las entidades territoriales y las acciones de gestión de la salud pública que cobijan a toda la población del territorio.

Pueblos Indígenas en territorios de frontera con República Bolivariana de Venezuela.

Existen varios grupos indígenas que habitan en territorios de República Bolivariana de Venezuela y Colombia, entre ellos están: las etnias Wayuu (La Guajira), Kurripako (Guainía, Vaupés y Vichada), Piapoco (Vichada), Yukpa (Cesar – Serranía del Perijá), Puinave (Guainía, Vichada y Guaviare), Saliba (Casanare y Vichada), Piaroa (Vichada) y Sikuni (Vichada, Meta, Casanare).

Estas poblaciones requieren de un abordaje diferencial que ubique además, las tensiones propias del fenómeno migratorio en pueblos y grupos que habitan más allá de las fronteras administrativas y políticas establecidas por los países. Actualmente, la afiliación al SGSSS, se realiza de manera prioritaria al régimen subsidiado a través de registros que son responsabilidad de la autoridad indígena legítimamente reconocida. Para algunos grupos que no son reconocidos por la autoridad indígena colombiana, debe avanzarse en los mecanismos que permitan garantizar sus derechos⁹².

Aproximadamente



45.896

**personas
provenientes
de la República
Bolivariana
de Venezuela
ingresan
de manera
irregular a
Colombia**

92 A este respecto, debe señalarse que el pueblo Yukpa, mediante acción de tutela admitida por el Juzgado primero de familia frente a la Gobernación de Norte de Santander invoca la garantía de derechos frente a la grave situación humanitaria que están viviendo y las condiciones de alimentación y salud de su pueblo.

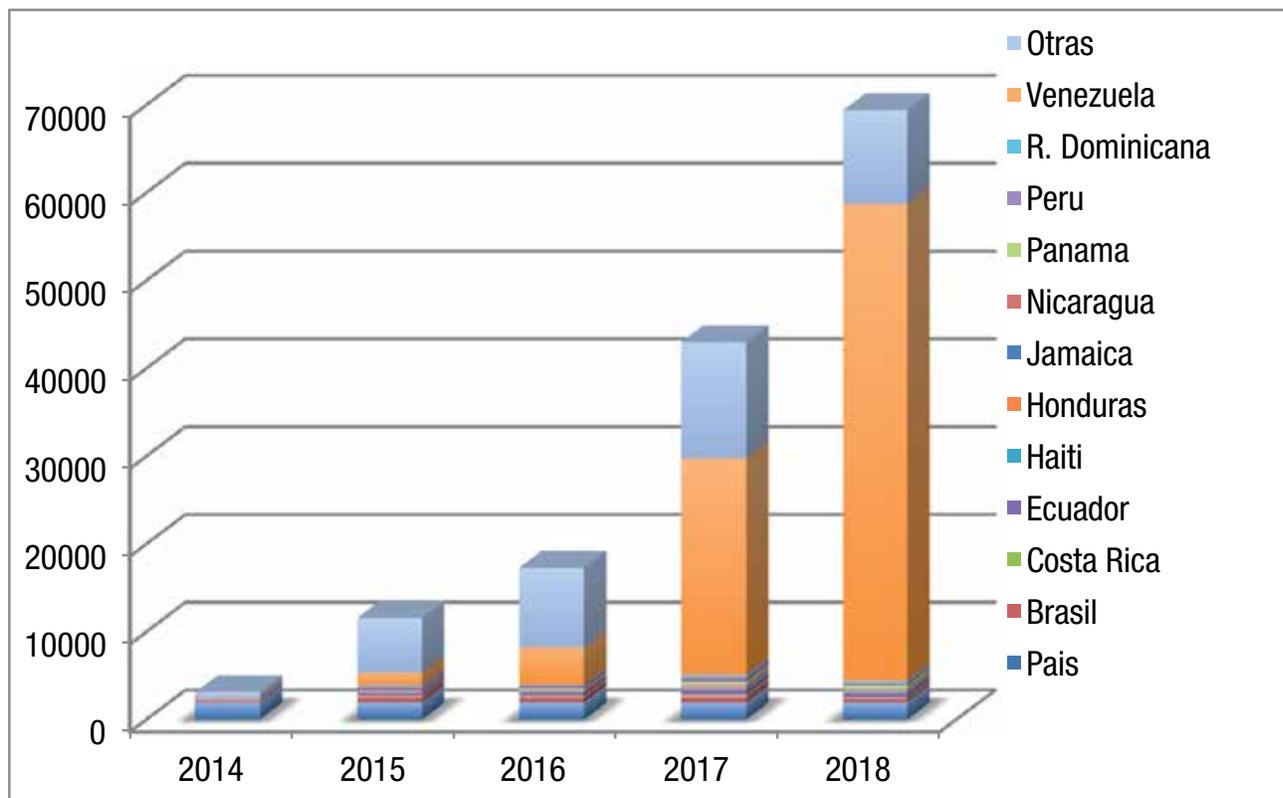
Capítulo 4.

Evolución de la Atención en salud a extranjeros

4.1. Evolución de Extranjeros atendidos en salud en Colombia¹

Según migración Colombia se han prestado servicios de urgencias y hospitalización a un total de 84.946 venezolanos entre 2014 y julio de 2018. El promedio mensual ha aumentado de manera muy notoria: 123 en 2015, pasó a 355 en 2016, luego 2.061 en 2017 y en los primeros siete meses de 2018, el promedio va en 7.766; es decir, casi el cuádruple que el año anterior.

Gráfico 1. Evolución de atenciones en salud a extranjeros. 2014-Julio 2018



Fuente: Elaboración propia Minsalud a partir de SIRE

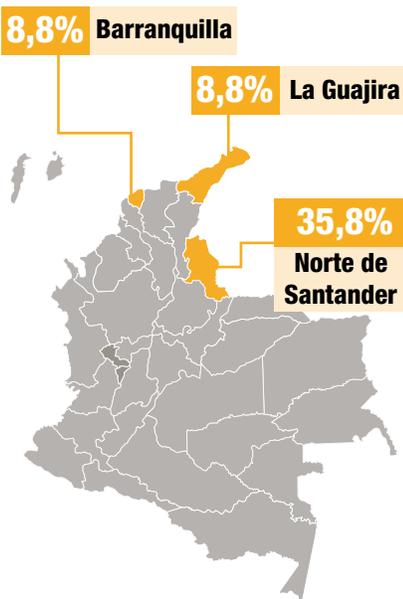
Debe anotarse que en este reporte, se incluyen personas con y sin capacidad de pago. De manera agregada, para el periodo analizado (2014 – Julio de 2018) se encuentra que del total reportado de atenciones a extranjeros (134.221), el 63% se ha prestado a ciudadanos venezolanos, seguido de “otras” nacionalidades de países no fronterizos con Colombia (29,7%)⁹⁴, seguidos de atenciones a brasileños y ecuatorianos en un 2%, cada uno. Ver gráfico No. 1.



4.1.2. Reporte RIPS según Circulares 012 y 029 de 2017¹



De acuerdo con el reporte de atenciones al Sistema Integral de Información (SISPRO) del MSPS⁹⁶, entre el 1° de marzo de 2017 y 31 de mayo de 2018, se registró un total de 69.408 personas extranjeras atendidas en todo el territorio nacional⁹⁷. La mayor parte de las personas extranjeras reportadas como atendidas en salud, tenían las siguientes características: i) contaban con cédula de extranjería (39,1%), ii) eran venezolanos (60,6%), iii) de sexo femenino (59,4%), iv) por grupos de edad, corresponden al de 0 a 4 años (13,5%) y al de 20 a 29 años (29,5%), y iv) al momento del registro de la atención no se encontraban afiliados (52,5%) al Sistema General de Seguridad Social de Colombia. Además, el 46,9% de las personas extranjeras atendidas no contaban con identificación y que sólo 772 personas reportaron el Permiso Especial de Permanencia ó el salvoconducto, como documentos de identificación.



Es importante destacar, que según nacionalidad las personas atendidas provenientes de República Bolivariana de Venezuela se atendieron en su mayoría en Norte de Santander (35,8%), La Guajira (8,8%) y Barranquilla (8,8%). Los extranjeros provenientes de Ecuador en su mayoría fueron atendidos en Putumayo (25,2%) y el distrito de Bogotá (25,0%). Por su parte, de las personas procedentes de Perú, el 42,3% fueron atendidas en el distrito de Bogotá. Estas entidades territoriales, junto con Santander, Atlántico, Valle del Cauca, Rihacha, Santa Marta y Magdalena, acumulan el 82,3% de las personas extranjeras atendidas y reportadas. Según el servicio en el que se ha prestado la atención, se encontró que las atenciones se distribuyeron en un 39% por consulta externa, el 13% por urgencias y el 6% hospitalización.

94 Se consideran países fronterizos las siguientes naciones: 1. Venezuela, 2. Brasil, 3. Perú, 4. Ecuador, 5. Panamá, 6. República Dominicana, 7. Haití, 8. Jamaica, 9. Honduras, 10. Nicaragua y 11. Costa Rica.
 95 Fuente: Informe de Circulares 12 y 29 de 2017. Dirección Epidemiología y Demografía MSPS. Corte a 31 de Mayo de 2018.
 96 Esta información se empezó a registrar con la variable nacionalidad, a partir de la aplicación de las disposiciones de la Circular 012 de 2017 del MSPS, ampliada mediante Circular 029 de 2017.
 97 Debe señalarse que las atenciones reportadas incluyen población migrante regular como irregular.

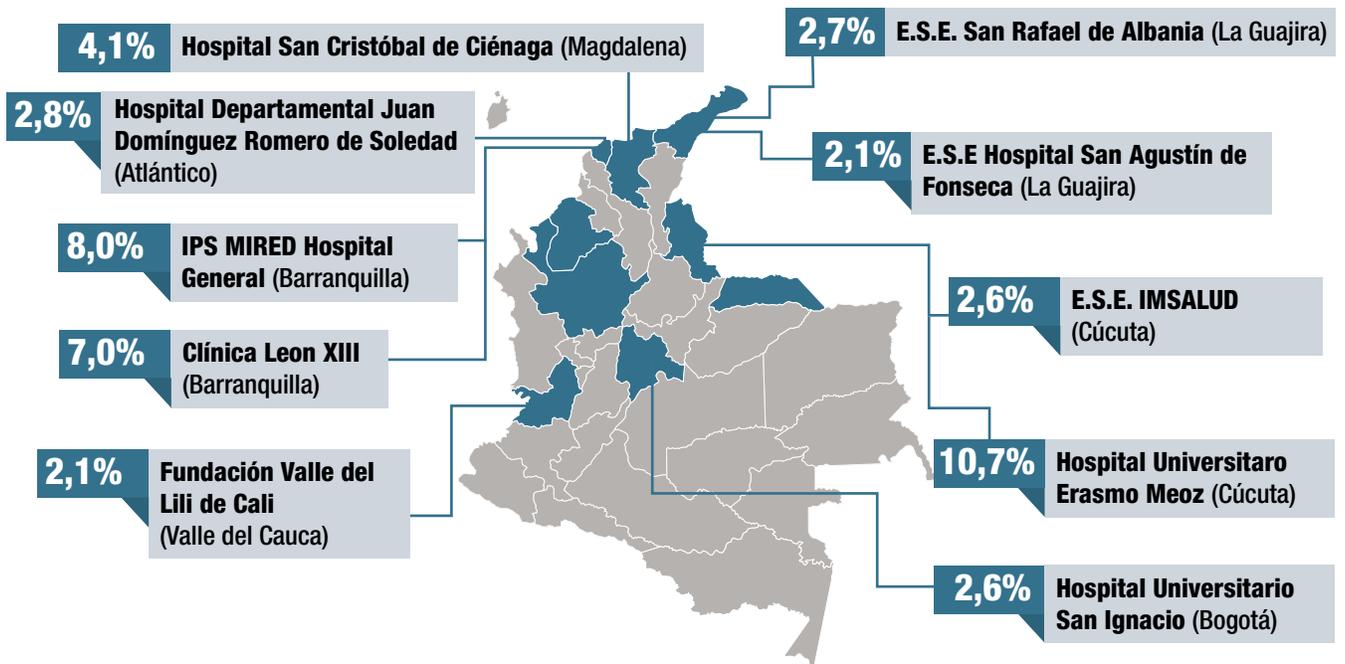
4.1.2.1. Atenciones en urgencias

Se atendieron en el servicio de urgencias 20.187 personas (13% del total de las atenciones). Los departamentos de Norte de Santander (18,4%), el distrito de Barranquilla (16%), La Guajira (13,1%) son las entidades que más reportan personas extranjeras atendidas en este servicio. En cuanto a población venezolana, las IPS de estas entidades territoriales, junto con las de Magdalena y Arauca reportaron la mayor cantidad de atenciones.

Al corte del mes de mayo de 2018, las IPS con mayores registros de atención de urgencias a pacientes extranjeros fueron las siguientes:

En el servicio de urgencias,
20.187 personas extranjeras fueron atendidas, en las siguientes entidades territoriales

18,4%	Santander
16,0%	Barranquilla
13,1%	La Guajira

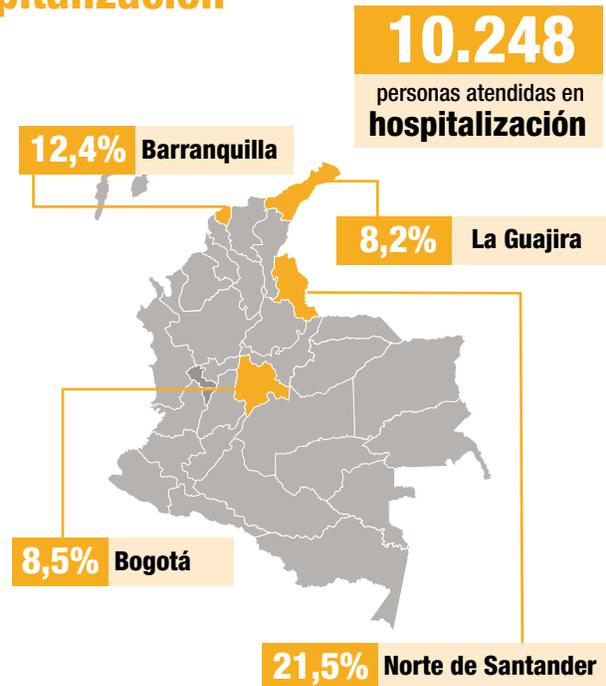


Diagnósticos más comunes en el servicio de Urgencias.

- **Síntomas clínicos mal definidos**, (tales como fiebre, otros dolores abdominales, cefalea y náuseas): 10,5%.
- **Eventos infecciosos**: 7,7%.
- **Amenaza de aborto y falso trabajo de parto** antes de la semana 37 de gestación: 3,7%.
- **Otros diagnósticos** como el cólico renal, dolor abdominal: 3,5%.

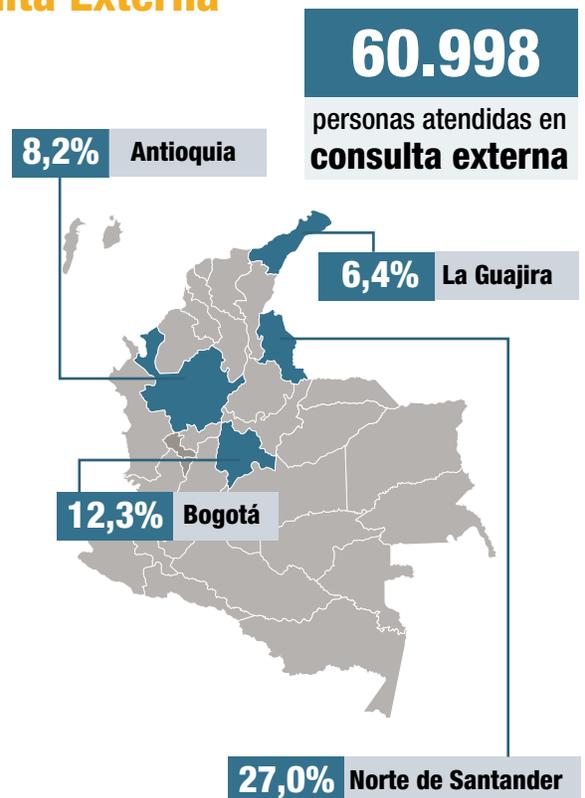
4.1.2.2. Hospitalización

Se atendieron en el servicio de hospitalización 10.248 personas (6,6% del total de las atenciones). El departamento de Norte de Santander (21,5%), los distritos de Barranquilla (12,4%) y Bogotá (8,5%) y el departamento de La Guajira (8,2%), reportaron en conjunto, el 50,5% de personas atendidas en este servicio. Así mismo, las IPS de estas entidades territoriales, junto con Magdalena, Atlántico, Arauca y Cesar, reportaron la mayor proporción de atenciones en el servicio de hospitalización en población venezolana.



4.1.2.3. Consulta Externa

Se atendieron en el servicio de consulta externa 60.998 personas (39,5% del total de las atenciones). El departamento de Norte de Santander (27%), el distrito de Bogotá (12,3%) y los departamentos de Antioquia (8,2%) y La Guajira (6,4%) acumulan el 54,1% de las personas atendidas en este servicio. Las IPS de estas entidades territoriales, junto con Barranquilla, Atlántico, Riohacha, Magdalena, Santa Marta, Arauca y Cartagena, reportaron la mayor parte de atenciones a venezolanos en dicho servicio. Las atenciones relacionadas con acciones de promoción y prevención, como son el control de crecimiento y desarrollo, el control de la hipertensión arterial y la supervisión del embarazo de alto riesgo, sumaron tan solo un 4,7% entre todas ellas.



4.1.2.4. Procedimientos y entrega de medicamentos

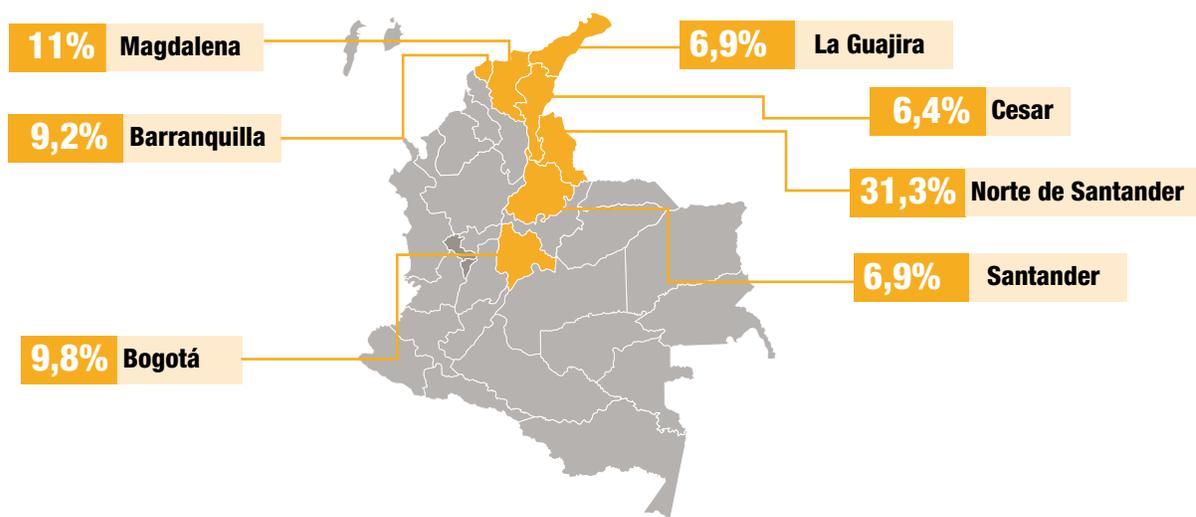
Los procedimientos realizados acumularon 19.531 atenciones (12,6% del total de acciones en salud a extranjeros). Los procedimientos relacionados con la gestación, el parto o el aborto acumulan el 16,4% de las atenciones, seguido de los exámenes diagnósticos (hemograma, parcial de orina, Rx de tórax, entre otros). Se reportó además, que a 41.876 personas se les hizo entrega de medicamentos asociado a las atenciones en salud.



4.1.2.5. Reporte de Nacimientos

Se reportaron 1.778 nacimientos informados en su mayoría por la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta. Los departamentos de Norte de Santander (31,3%), Magdalena (11%), Bogotá (9,8%), Barranquilla (9,2%), La Guajira (6,9%), Santander (6,9%) y Cesar (6,4%), reportan la mayor proporción de estos nacimientos. Las madres atendidas corresponden a nacionalidad venezolana (86,8%), seguido de mujeres ecuatorianas y brasileras (0,3% y 0,2%); respectivamente.

El comportamiento histórico de los nacimientos en Colombia de madres venezolanas, muestran un significativo aumento en el año 2017 con relación al 2015. En efecto, para el primer año anotado se reportaron 649 nacimientos y un promedio de 54,1 nacimientos por mes, frente a un total de 66 nacimientos y un promedio de 5,5 nacidos por mes, en el 2015. Para el 2018, la tendencia creciente continua, registrando en promedio de nacimientos de 129,8 por mes (de enero a mayo). Ver tabla 3.



1.778 nacimientos de madres venezolanas
E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz (Cúcuta)

Tabla 3.
Histórico de nacimientos madre con residencia en
República Bolivariana de Venezuela, 2012 -2018

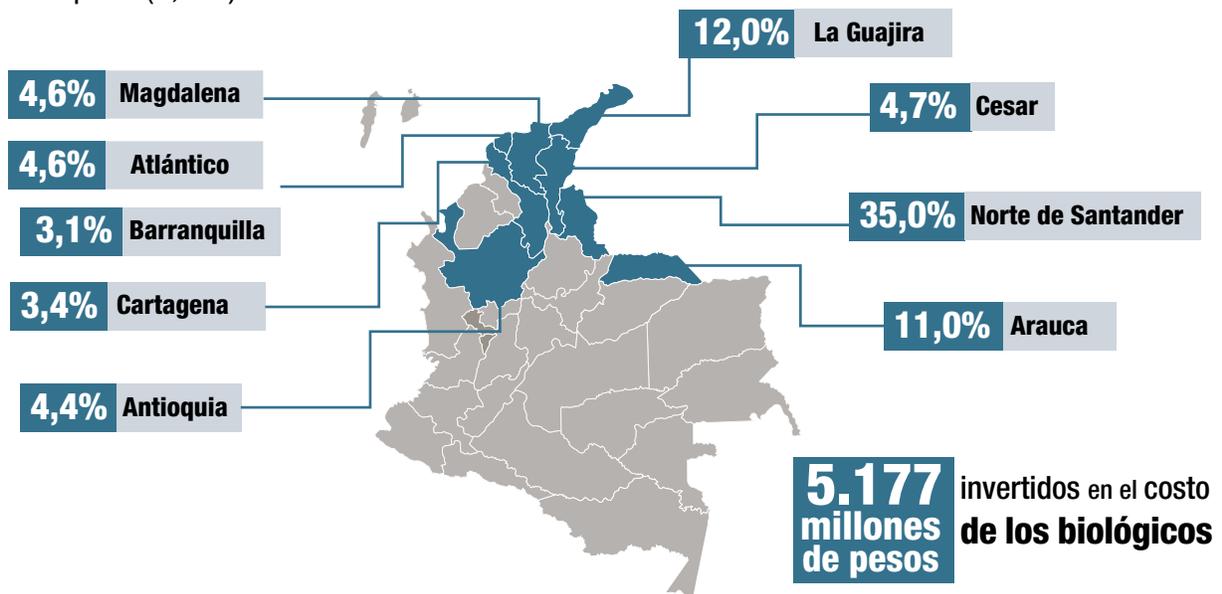
Año	Total año	Promedio/mes
2012	139	11,6
2013	104	8,7
2014	105	8,8
2015	66	5,5
2016	202	16,8
2017 <i>p</i>	649	54,1
2018*	649	129,8

Fuente: Estadísticas vitales – DANE
 (*enero-mayo *p*=preliminar)

4.2. Vacunación⁹⁸

Entre agosto de 2017 y Junio de 2018, se han aplicado un total de 348.632 dosis de biológicos incluidos en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), a personas de nacionalidad venezolana. El costo de estos biológicos asciende a \$5.177.360.572 (COP), valor al cual debe sumarse los demás insumos y el costo del talento humano en salud asumido por las entidades territoriales y las E.S.E. o IPS; entre otros.

Por grupos de población, el 86% se concentró en menores de 5 años, el 5% a gestantes y el 9% a mayores de 6 años. El 81% de las dosis de biológicos administrados se concentró en: Norte De Santander (35%), La Guajira (12%), Arauca (11%), Cesar (4,7%), Atlántico (4,6%), Antioquia (4,4%), Cartagena (3,4%), Magdalena (3,2%) y Barranquilla (2,7%).



98 Fuente: PAI, MSPS. Corte a Junio de 2018.

4.3. Aseguramiento

De 129.336 extranjeros afiliados al SGSSS⁹⁹, el 21% corresponde a venezolanos que obtuvieron el Permiso Especial de Permanencia (PEP). A corte del 30 de junio de 2018, se encuentra un total de 28.069 afiliados venezolanos con PEP en condición “activos”, de los cuales, el 93% pertenecen al Régimen Contributivo y el 7% al Régimen Subsidiado. Llama la atención que tan solo un 15% del total de personas con PEP (181.472), se hayan afiliado al SGSSS; lo que denota la necesidad de socializar este derecho con la población portadora del PEP y apoyar la gestión que viabilice este procedimiento. Se espera que mediante lo establecido en el decreto 1288 de 2018, los migrantes venezolanos inscritos en el RAMV, puedan también acceder al PEP y por esta vía puedan realizar la afiliación al SGSS.

129.336 extranjeros **afiliados al SGSSS**



Venezolanos con PEP en el SGSSS **21 %**

99 Fuente: BDUA Cubo SISPRO – Corte a Junio de 2018.

4.4. Eventos de interés en salud pública¹⁰⁰

De acuerdo con información obtenida de las bases de datos finales 2017 y bases preliminares 2018 de la notificación de eventos de interés en salud pública al sub-sistema nacional de vigilancia epidemiológica nacional (SIVIGILA), con corte a periodo epidemiológico cinco (5) en ambos años, se observa un significativo aumento en la notificación de casos en personas procedentes de República Bolivariana de Venezuela (pasando de 581 a 1.526 casos notificados a corte del mismo periodo epidemiológico), mientras que al comparar la notificación de personas procedentes de otros países, esta no presenta variaciones significativas entre estos dos años.

100 SIVIGILA - Instituto Nacional de Salud. Boletín Fronteras. Análisis de eventos de interés en salud pública de origen extranjero. Semana Epidemiológica 20 (periodo epidemiológico 5) 2018.

Tabla 4. Comparación de notificación de eventos de interés en salud pública, en Colombia, de personas procedentes de República Bolivariana de Venezuela. Periodo epidemiológico 05. Años 2017 – 2018

Eventos de Interés en Salud Pública	Número de casos		Variación
	2017	2018	
Accidente ofídico	5	12	7
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	17	16	-1
Bajo peso al nacer	16	45	29
Cáncer de la mama y cuello uterino	3	14	11
Cáncer en menores de 18 años	1	1	0
Chagas	1	3	2
Chikungunya	0	1	1
Defectos congénitos	11	0	-11
Dengue	6	30	24
Dengue grave	0	1	1
Desnutrición aguda en menores de 5 años	13	87	74
Difteria	0	1	1
Encefalitis equina venezolana en humanos	0	0	0
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	0	0	0
Enfermedades huérfanas - raras	0	3	3
Evento sin establecer	0	0	0
Evento adverso seguido a la vacunación	1	1	0
Exposición a flúor	0	0	0
ESI - IRAG (vigilancia centinela)	1	3	2
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	0	0
Hepatitis A	7	0	-7
Hepatitis B, C y confección hepatitis B y delta	3	0	-3
IAD- infecciones asociadas a dispositivos – individual	0	0	0
Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada	2	5	3

Eventos de Interés en Salud Pública	2017	2018	Variación
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico	0	0	0
Intento de Suicidio	5	11	6
Intoxicaciones	7	9	2
Leishmaniasis cutánea	14	12	-2
Leishmaniasis mucosa	0	0	0
Lepra	3	0	-3
Leptospirosis	1	10	9
Lesiones de causa externa	0	14	14
Lesiones por pólvora pirotécnica	0	0	0
Malaria	314	599	285
Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica	1	4	3
Morbilidad materna extrema	14	49	35
Mortalidad materna	4	6	2
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	9	44	35
Mortalidad por dengue	0	1	1
Mortalidad por desnutrición	1	11	10
Mortalidad por EDA 0-4 años	0	4	4
Mortalidad por IRA	1	4	3
Parálisis flácida aguda (< de 15 años)	0	1	1
Parotiditis	1	3	2
Sarampión***	0	11	11
Sífilis congénita	0	16	16
Sífilis gestacional	0	36	36
Síndrome de rubeola congénita	0	0	0
Rubeola	0	1	1
Tos ferina	1	12	11
Tuberculosis	14	59	45
Tuberculosis fármaco-resistente	0	0	0
Varicela individual	13	35	22
Vigilancia centinela del síndrome febril/ictérico/hemorrágico	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	71	218	147
Vigilancia integrada muertes en < 5 años por IRA-EDA y/o desnutrición	0	10	10
Vigilancia integrada de rabia humana	0	40	40
VIH/SIDA/mortalidad por sida	20	82	62
Zika	0	1	1
Total general	581	1526	945

Fuente: Sivigila-Instituto Nacional de Salud. Rangos: ≤0 Verde; 1- 4: Amarillo; 5-10: Naranja; ≥11: Rojo

EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	Malaria		VAR	Morbilidad materna extrema		VAR	Mortalidad perinatal neonatal tardía		VAR	Tuberculosis		VAR	VIH/SIDA/ Mortalidad por SIDA		VAR
	DEPARTAMENTO	2017		2018	2017		2018	2017		2018	2017		2018	2017	
Caquetá	2	1	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cartagena	0	8	8	0	4	4	0	2	2	0	6	6	0	7	7
Casanare	3	1	-2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cauca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	-1
Cesar	7	10	3	1	0	-1	0	0	0	1	0	-1	0	3	3
Choco	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Córdoba	3	6	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	4	3
Cundinamarca	1	5	4	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2
Guainía	203	260	57	1	2	1	1	3	2	0	2	2	0	0	0
Guaviare	1	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	2	0	-2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Guajira	0	7	7	1	3	2	1	6	5	0	8	8	1	3	2
Magdalena	4	1	-3	0	0	0	0	0	0	2	0	-2	0	0	0
Meta	4	13	9	1	1	0	0	0	0	1	2	1	0	1	1
Nariño	2	1	-1	0	0	0	1	0	-1	4	0	-4	1	0	-1
Norte de Santander	20	89	69	7	19	12	3	19	16	5	20	15	7	17	10
Putumayo	1	3	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Quindío	1	0	-1	0	0	0	1	0	-1	0	0	0	1	1	0
Risaralda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santander	3	24	21	1	3	2	0	4	4	3	4	1	2	5	3
Santa Marta D.E	0	7	7	0	6	6	0	2	2	1	4	3	0	5	5
Sucre	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tolima	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valle del Cauca	5	15	10	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	1
Vaupés	3	2	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	26	70	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	331	624	293	15	51	36	10	47	37	26	66	40	23	94	71

Fuente: Sivigila-Instituto Nacional de Salud. Rangos: ≤0 Verde; 1- 4: Amarillo; 5-10: Naranja; ≥11: Rojo

En relación con el seguimiento a alertas internacionales, a raíz de la situación de la re-emergencia de enfermedades transmisibles, como es el caso del evento sarampión, -el cual se encuentra con estatus de eliminación en la región por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), debido al fenómeno de migración de personas procedentes de República Bolivariana de Venezuela, se han detectado en el país 46 casos, de los cuales, 28 casos son impor-

tados, 16 casos relacionados con la importación (11 casos de transmisión secundaria en personas procedentes de República Bolivariana de Venezuela y cinco casos relacionados con la importación en colombianos) y dos casos de fuente de infección desconocida. La mayor frecuencia se ha registrado en menores de 1 a 4 años (21 casos) y predominio del sexo masculino (67%). Ver gráfico 2.

Gráfico 2.
Casos de sarampión confirmados por grupos de edad y sexo con corte al 29 de julio de 2018, Colombia



Fuente: Grupo Enfermedades Inmunoprevenibles-Instituto Nacional de Salud

4.5. Proyecciones y retos ante la dinámica migratoria

Aunque es posible configurar varios escenarios, el más probable, dadas las condiciones actuales de República Bolivariana de Venezuela y los procesos de reunificación familiar lograda tras la estabilización inicial de los migrantes, es que la migración procedente de ese país continúe e incluso aumente. Por lo anterior, el Estado debe definir acciones a corto, mediano y largo plazo que tengan en consideración, cuando menos los siguientes aspectos.

- Incorporación de la dinámica migratoria como factor relevante y de permanente análisis para el Estado. Esto implica la adecuación de instrumentos y procedimientos de política pública en áreas tales como: política migratoria en cuanto a la integración de estas poblaciones en los planes de desarrollo, garantía del ejercicio de los derechos y acceso a servicios para los migrantes; sistemas de información, monitoreo; planeación, políticas territoriales focalizadas, entre otros.
- Implementación de las disposiciones del Decreto 1288 de 2018, que para el caso de salud implica procesos de socialización de procedimientos para el PEP (para venezolanos) y de los programas para los retornados colombianos; proceso de aplicación de la encuesta SISBEN y afiliación al SGSSS¹⁰¹. Para desarrollar estas disposiciones se requiere articular la gestión a nivel nacional, territorial; sectorial e intersectorial.
- Definición y gestión de estrategias y recursos para abordar la atención en salud de la población migrante, que requieren acceso a servicios y que no cuentan con afiliación al SGSSS. En este aspecto, es necesario definir coberturas y progresividad del sistema frente a inmigrantes en situación irregular, principalmente en los casos de condiciones crónicas y salud mental.
- Abordaje regional de la migración en materia de salud, a través de los mecanismos de coordinación internacional existentes y el fortalecimiento de los nuevos escenarios específicos generados alrededor de la inusitada dinámica migratoria originada en República Bolivariana de Venezuela.
- En articulación con el Ministerio del Interior, avanzar en mecanismos que garanticen el reconocimiento de pueblos indígenas considerados binacionales, así como también de otros grupos étnicos, para garantizar sus derechos y el abordaje diferencial de la atención en los términos establecidos por la normatividad y los compromisos de país.

101 A este propósito ya ha señalado la Contraloría en estudio del Efecto redistributivo del Sistema General de Participaciones, que el costo de la atención promedio de cada persona pobre no afiliada, fue 3,5 veces más alta que haberlas tenido afiliadas en el Régimen Subsidiado

Capítulo 5.

Marco estratégico del Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio

5.1 Objetivos

5.1.1. General

Gestionar la respuesta en salud a las situaciones generadas por la migración, en las entidades territoriales receptoras, para desarrollar estrategias pertinentes, fortalecer capacidades, promover la convivencia social y mitigar el impacto ante situaciones de emergencia, mediante la acción coordinada de los agentes del sector, incluyendo las comunidades, otros sectores, agencias internacionales y otras organizaciones.

5.1.2. Específicos

1. Incorporar la perspectiva de la dinámica migratoria en los procesos de la gestión de la salud pública, definiendo acciones concretas en los territorios y comunidades de acogida, con el apoyo del nivel nacional.
2. Identificar y concertar estrategias y mecanismos de atención e intervención en salud, tanto para población migrante como también para comunidades receptoras.
3. Valorar mecanismos y fuentes de financiamiento (de orden territorial, nacional e internacional) y acordar metodologías de seguimiento a atenciones, intervenciones y recursos, desde el sector salud.



5.2 Componentes del Plan

Gráfico 3.
Componentes del Plan del Sector Salud al Fenómeno Migratorio.
Colombia 2018.



Fuente: Elaboración propia. Minsalud

El Plan de Respuesta del Sector Salud para la Atención al Fenómeno Inmigratorio, consta de tres (3) componentes básicos, a saber: i) Gestión de la Salud Pública, ii) Fortalecimiento de las atenciones en salud y iii) Financiamiento, Monitoreo y Evaluación.

Este plan cuenta además, con un componente denominado Gestión de Nivel Central que reúne las acciones del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos y el Instituto Nacional de Cancerología,

entidades que desde el nivel nacional, vincula mediante una mesa de trabajo creada para este fin, con otros actores y se articula con la Comisión Nacional Intersectorial para las Migraciones y la Comisión Intersectorial para el Retorno.

Desde el nivel territorial o subnacional, el plan debe ser analizado y adaptado según las características del territorio y las comunidades (tanto receptora como migrante), de tal manera que sirva como instrumento para ordenar las respuestas frente al fenómeno. Ver Gráfico 3.

5.3 Descripción de Actividades del Plan de Respuesta

5.3.1 Gestión de Nivel Central

- Acompañamiento técnico para la adaptación territorial del Plan de Respuesta del sector salud, con valoración de situación, necesidades y potencialidades; así como también, acompañamiento en la gestión de recursos de cooperación nacional e internacional.
- Generación de adecuaciones de normativas, técnicas y operativas que permitan responder a las necesidades derivadas del fenómeno migratorio.
- Mecanismos de coordinación sectorial (Nación – entidad territorial) con apoyo a los procesos de sistematización de la gestión y del reconocimiento de experiencias territoriales y regionales en el abordaje de población migrante.
- Orientaciones para el abordaje del fenómeno migratorio (población migrante y receptora, así como eventos emergentes) y su incorporación a procesos de análisis y planeación integral en salud a nivel territorial.
- Gestión desde el nivel Nacional, a nivel sectorial y en articulación con la Comisión Nacional Intersectorial para la Migración¹⁰² y la Comisión Intersectorial para el Retorno; para la definición de rutas de atención y protección para la población migrante altamente vulnerable.
- Realizar seguimiento del impacto del fenómeno migratorio en salud, así como también, a la implementación del Plan de Respuesta Sectorial, en articulación con las entidades territoriales; incluye el desarrollo de estrategias de análisis tipo sala situacional, en articulación con otros sectores¹⁰³.
- Orientaciones y apoyo desde el nivel nacional para implementar procesos de desarrollo de capacidades en actores del sector salud y social, para el abordaje adecuado del fenómeno (gestión de la información, gestión de recursos, vigilancia en salud, convivencia e integración social, atención inicial humanitaria con abordaje psicosocial, entre otros temas).
- Consolidación de estrategias intersectoriales de comunicación e intervención, para promover la convivencia social, prevenir la xenofobia y toda forma de discriminación; a la vez, fortalecer redes sociales y comunitarias e incorporar elementos del abordaje psicosocial en territorios y comunidades de acogida.
- Fortalecimiento del sistema de vigilancia, mediante procesos de seguimiento y atención a eventos de interés en salud pública, entre ellos: estrategias de vigilancia comunitaria, valoración de riesgo y respuesta en situaciones de emergencia en salud pública.
- Gestión de mecanismos de referencia y contra referencia de pacientes, tanto a nivel territorial como binacional, de acuerdo con los análisis de red de prestación de servicios en territorios receptores¹⁰⁴; incluye acompañamiento en la valoración de suficiencia de la red y gestión con los actores implicados.
- Apoyo para la generación y gestión de proyectos de cooperación nacional e internacional, que respondan a las necesidades derivadas del fenómeno migratorio, en articulación con las entidades territoriales receptoras de población migrante¹⁰⁵. Incluye

asistencia técnica para la formulación de proyectos.

- Acompañamiento en procesos de homologación de títulos que deben adelantar ante el ministerio de educación, los profesionales y técnicos de salud que han sido afectados por el fenómeno migratorio; se propiciará la vinculación de este talento humano en las entidades territoriales con mayor déficit de talento humano en salud.

5.3.2. Gestión de la salud pública

En este apartado se reseñan acciones en el marco de los procesos de la gestión de la salud pública que deben ser abordados de manera prioritaria desde la entidad territorial para favorecer la respuesta al fenómeno.

Planeación Integral en Salud

El proceso de planeación está orientado a reconocer las condiciones de salud de la población migrante en territorios de frontera y otros territorios receptores de esta población, de tal manera que permita la identificación de brechas, la definición de prioridades de abordaje y de los resultados de las acciones e intervenciones en la salud de la población migrante y receptora. Respecto de la gestión de fuentes, el MSPS dispondrá de las salidas de información para el Análisis de Situación de Salud de la población migrante a través de la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (OTIC), mediante el SISPRO.

El Análisis de Situación de Salud (ASIS), debe fortalecerse incluyendo el componente migratorio en todas las entidades territo-

riales, bajo la premisa de que la migración es una condición inherente a la dinámica demográfica o de las poblaciones. Implica la incorporación de otras fuentes de información como el registro de atenciones en salud, estudios de caracterización, intervenciones colectivas desarrolladas, informes de Migración Colombia, indicadores sociales y económicos, entre otros; para posteriormente desarrollar un escenario de análisis, tipo sala situacional.

A este escenario, se convoca a los agentes del sector salud y de otros sectores para contar con sus aportes intersectoriales y así lograr que el análisis resultante sea un insumo válido para la toma de decisiones como la definición de líneas estratégicas de abordaje, análisis de determinantes sociales, definición de mecanismos de respuesta y seguimiento, entre otras; así como también en la identificación, análisis, vigilancia y gestión del riesgo en salud.

El MSPS definirá los lineamientos que orientarán el desarrollo del componente migratorio del ASIS y la incorporación en los instrumentos de planeación. Así mismo, el Instituto Nacional de Salud (INS), de manera conjunta con el MSPS, realizarán el acompañamiento técnico pertinente en los escenarios de sala situacional, con énfasis en este componente.

ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
1	Entidades Territoriales	Dirección de Epidemiología y Demografía - Oficina de Tecnología, Información y Comunicación del MSPS.	Número de Entidades territoriales que incorporan el componente migratorio en sus ASIS (con desarrollo de sala situacional y definición de mapas de necesidades)
2		Instituto Nacional de Salud - Dirección de Epidemiología y Demografía - Promoción y Prevención del MSPS	
3		Dirección de Epidemiología y Demografía - Promoción y Prevención del MSPS	Número de Entidades territoriales que incorporan el componente migratorio en sus Planes Territoriales de Salud (PTS) y/o en otros instrumentos de planeación territorial.
4		Dirección de Epidemiología y Demografía - Promoción y Prevención del MSPS del MSPS.	

Coordinación sectorial e intersectorial

La gestión de la atención requiere de la coordinación y articulación del sector salud y de otros sectores en cuanto a la comprensión de la situación, las prioridades poblacionales, análisis de brechas de cada sector, la identificación y apuesta conjunta que permita conjuntar recursos y capacidades, para articular respuesta operativa efectiva en la que se aborde de manera integral las necesidades y expectativas de las personas y grupos inmigrantes.

106 Definir las necesidades que emanan del ASIS para configurar mapas de necesidades que tengan representatividad en los mapas de actores y las acciones en las entidades territoriales, para orientar la gestión sectorial, intersectorial y con cooperación nacional e internacional.

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
5	Construir mapas de actores y de acciones en salud presentes en el territorio, en relación con la población migrante, enlazando con el nivel territorial de los actores de la Comisión Nacional Intersectorial para las Migraciones ¹⁰⁷ , y la Comisión Intersectorial para el Retorno.	Entidades Territoriales	Despacho del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios	Mapa de actores de los territorios socializado con el nivel nacional.
6	Definir enlace o punto focal, desde cada entidad territorial para liderar el abordaje en salud de la población migrante, para la articulación local y con el nivel nacional.	Entidades Territoriales	Dirección de Promoción y Prevención, Prestación de Servicios y Atención Primaria.	
7	Gestionar rutas y guías de atención, que integren procedimientos, enlaces y servicios desde una perspectiva territorial e intersectorial; priorizando ruta de atención y protección para migrantes altamente vulnerables ¹⁰⁸ .	Entidades territoriales en articulación con EAPB, IPS y otros actores	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección de Promoción y Prevención • Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. 	Orientaciones para la atención de población migrante del territorio, armonizadas con otros sectores y socializadas con el nivel nacional.
8	Socializar y promover la incorporación de los hallazgos del componente migratorio del ASIS y los mapas de necesidades, en instrumentos de planeación territorial y en escenarios intersectoriales de respuesta a la migración.	Entidades Territoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección de Promoción y Prevención. • Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. 	Instrumentos de planeación del territorio (diferentes al PTS) que incorporan el componente migratorio
9	Promover la participación de los actores competentes para la atención del fenómeno migratorio, en los espacios intersectoriales existentes en el territorio (Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, Consejo Territorial de Salud Ambiental (COTSA) y sus mesas técnicas de agua y saneamiento básico y de entornos saludables, u otros espacios intersectoriales.	Entidades Territoriales	<ul style="list-style-type: none"> • MSPS: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y desastres; Dirección Promoción y Prevención 	Espacios intersectoriales que abordan el fenómeno migratorio

107 El mapa de actores del nivel nacional así como la articulación con el territorio se gestiona a través del enlace territorial definido. Este mapa debe dialogar permanentemente con el mapa de necesidades del territorio.

108 Implica desarrollar y acompañar la gestión intersectorial de necesidades de ayuda humanitaria (albergues temporales, hogares de paso, estrategias de apoyo a la alimentación, etc.) y necesidades del sector (espacios de aislamiento en caso de brotes, articulación en casos de Desnutrición, etc.).

Vigilancia en Salud Pública

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
10	Incorporar las orientaciones brindadas desde el nivel nacional en relación con los flujos de información para fortalecer la Vigilancia en Salud Pública, especialmente en los territorios de frontera.	Entidades Territoriales	Dirección de Epidemiología y Demografía - Oficina de Gestión territorial, emergencias y desastres del MSPS. Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata del INS.	Eventos de interés en salud pública reportados y con seguimiento de acuerdo con las orientaciones del MSPS.
11	Adaptar y activar la estrategia de Vigilancia Comunitaria y la búsqueda activa de eventos de interés en salud pública, según orientaciones del nivel nacional ¹⁰⁹ .	Entidades Territoriales	Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS.	
12	Fortalecer capacidades básicas para valoración de riesgo y respuesta en situaciones de emergencia en salud pública ⁵ , en entidades territoriales.	<ul style="list-style-type: none"> Entidades Territoriales 	<ul style="list-style-type: none"> Instituto Nacional de Salud, Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS 	

109 Incluye el fortalecimiento de los equipos de respuesta inmediata en acciones de investigación y control epidemiológico en situaciones de alarma brote o emergencia y seguimiento a acciones de control y mitigación implementadas ante situaciones de brote o epidemia.

110 De acuerdo a las orientaciones definidas por el INS en articulación con el MSPS, en temas como: capacitación en equipos de respuesta inmediata, Reglamento Sanitario Internacional 2005, Centros de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE).

Desarrollo de capacidades

Es una línea de acción transversal cuyo objetivo es optimizar las capacidades en los actores del sector salud y sector social, para gestionar de manera ordenada la atención de la población migrante en los territorios receptores. Debe considerar los diferentes actores: institucionales (recurso humano en salud, referentes técnicos de las instituciones, personal administrativo, personal de otros sectores) y comunitarios (población en general, sujetos y familias migrantes, comunidades y asociaciones, entre otros). Debe, así mismo, retomar las necesidades evidenciadas en los componentes del Plan¹¹¹ e involucrar procesos de sensibilización, abordaje psicosocial e intervenciones de “apoyo al apoyo”.

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
13	Identificar y valorar capacidades que se requiere fortalecer en los actores del sector salud y sector social ¹¹² en las entidades territoriales para gestionar de manera adecuada la atención de la población migrante y favorecer la convivencia social.	Entidades Territoriales, EAPB, IPS en el marco de sus competencias y responsabilidades	De acuerdo con la temática, se realiza acompañamiento desde las direcciones y oficinas del MSPS, INVIMA e INS.	Número de personas que desarrollan capacidades para el abordaje del fenómeno migratorio y a la población migrante. Resultados de procesos de desarrollo de capacidades por territorio incorporado en la sistematización de la experiencia.
14	Coordinar con el nivel nacional, estrategias de acompañamiento a los escenarios definidos, a nivel sectorial e intersectorial.			
15	Implementar acciones para el desarrollo de capacidades de acuerdo con las definiciones en el territorio (sectorial e intersectorialmente) y a las orientaciones dadas por el Ministerio en conjunto con el INS y el INVIMA ¹¹³ .			

111 Entre otros temas, se sugiere incorporar: Captura, análisis y gestión de la información; orientaciones para incorporar componente migratorio en la planeación en salud; identificación y gestión del riesgo para la salud; educación para la salud con énfasis en derechos de los migrantes y promoción de la convivencia social; apropiación de los desarrollos normativos y la información relacionada al fenómeno que permita la adaptación de los mecanismos y orientaciones para la atención de la población migrante desde lo sectorial e intersectorial al territorio; mecanismos y escenarios de coordinación intersectorial para atender al fenómeno; elementos del enfoque diferencial, en relación al fenómeno.

112 Se requiere involucrar actores de otros sectores en dichos procesos y/ o promover que se desarrollen algunos de estos escenarios, en conjunto con otras instituciones que interactúan o atienden población migrante.

113 Esto implica articular con organismos de cooperación, instituciones académicas y otras, para que la cooperación técnica responda a las necesidades priorizadas por las entidades territoriales.

Gestión del aseguramiento

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
16	Promover y realizar seguimiento al aseguramiento de personas y familias migrantes ¹¹⁴ que cumplen condiciones para ser afiliadas al SGSSS ¹¹⁵ .	Entidades Territoriales - EAPB	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. • Oficina de Promoción Social para lo concerniente a pueblos y grupos étnicos. 	Número de personas migrantes aseguradas (extranjeros – incluyendo PEP y nacidos vivos en Colombia; así como población retornada)
17	Acompañamiento y seguimiento a procesos de registro en listados censales para las poblaciones definidas (nacionales retornados y sus familias, así como grupos étnicos, entre otros) y gestión de barreras para la afiliación.	Entidades Territoriales - EAPB		
18	Incorporar las alternativas que se definan desde el nivel nacional para ampliar la cobertura en salud a población inmigrante ¹¹⁶ .	Entidades Territoriales - EAPB	Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones	Estrategias para ampliar el aseguramiento en población migrante según la normatividad establecida, incorporadas en la sistematización de experiencia del territorio.

114 Así mismo implica la identificación y gestión de barreras de acceso, especialmente para la población retornada y sus familias.

115 Respetándose la libre elección de EPS, por parte del usuario.

116 Implementar y gestionar lo correspondiente a la afiliación de personas inscritas en RAMV, según lo que establece el Decreto 1288 de 2018. Así mismo, gestionar lo pertinente, de acuerdo con las órdenes que al respecto ha emitido y emita la Corte Constitucional.

Gestión de las Intervenciones colectivas

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
19	Promover el análisis de situación por entornos, en zonas de asentamiento de población migrante, para la incorporación de intervenciones que favorezcan el abordaje y canalización correspondientes ¹¹⁷ , de acuerdo a las orientaciones del nivel nacional ¹¹⁸ . Concertar espacios de intervención colectiva en zonas de asentamientos.	Entidad Territorial – Entidad que opera el Plan de Intervenciones Colectivas	Dirección Promoción y Prevención del MSPS	Entidades territoriales con intervenciones colectivas implementadas para responder a fenómeno migratorio
20	Incorporar de manera sistemática, estrategias para intensificar la vacunación ¹¹⁹ en población migrante ubicada en zonas de asentamiento y zona de frontera, en las intervenciones colectivas programadas.	Entidad Territorial – Entidad que opera el Plan de Intervenciones Colectivas – EAPB con afiliados en la entidad territorial	Dirección Promoción y Prevención del MSPS	Dosis de biológico aplicada en zona de frontera
21	Desarrollar jornadas de vacunación antirrábica a gatos y perros en zona fronteriza, previa coordinación con entidades migratorias ¹²⁰ .	Entidades Territoriales	Dirección de Promoción y Prevención	Dosis de vacuna antirrábica aplicada en zona de frontera
22	Gestionar proyectos sectoriales y/o intersectoriales para la atención de la salud desde las intervenciones colectivas a grupos migrantes, con agencias y organismos de cooperación internacional.	Entidades Territoriales	Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales – Dirección de Promoción y Prevención del MSPS	Número de proyectos viabilizados para apoyar los escenarios colectivos en salud con grupos de personas migrantes.

117 Las intervenciones colectivas deben favorecer elementos de información y comunicación, educación para la salud que faciliten la gestión del riesgo, la promoción de la salud y escenarios – dispositivos de base comunitaria que contribuyan a la convivencia social y el fortalecimiento de redes de apoyo (promoviendo empoderamiento de mujeres, incorporando asociaciones de migrantes y líderes, etc.). Así mismo deben incorporar la información relacionada con los mecanismos de regularización de la situación migratoria y el aseguramiento de la población.

118 Implica realizar la caracterización y análisis de situación de agua potable, saneamiento e higiene en zonas de asentamiento de población migrante, valorando alternativas de prestación de los servicios establecidas en decreto 1272 de 2017 (Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio). Las orientaciones al respecto serán brindadas desde el nivel nacional.

119 Todo ello teniendo en cuenta los riesgos evidenciados ante posibles epidemias y articulando con las EAPB. Incluye fortalecer el reporte de vacunación a extranjeros, según las orientaciones que se dan en el nivel nacional.

120 Debe valorarse la necesidad de incrementar las jornadas de esterilización de perros y gatos en los territorios de frontera. Definir así mismo, nuevas necesidades de recurso humano o logística que permita dichas acciones.

Gestión de las intervenciones individuales

ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR	
23	Realizar seguimiento y acompañamiento a IPS en el reporte a atenciones a extranjeros, según lo definido en Circular 029/17 y de acuerdo con las orientaciones que brinde el MSPS.	Entidades territoriales, IPS y EAPB	Oficina de Tecnología, Información y Comunicación del MSPS	Atenciones en salud a extranjeros reportadas según Circular 029/17
24	Gestionar y promover procesos de desarrollo de capacidades y sensibilización del recurso humano en salud e intervenciones de apoyo al apoyo (especialmente de los servicios de urgencias) para el abordaje adecuado y canalización correspondiente de población migrante.	Entidades territoriales, IPS y EAPB	Dirección de Promoción y Prevención en articulación con las otras áreas del MSPS	Número de trabajadores y auxiliares en salud con desarrollo de capacidades para abordar población migrante.
25	Fortalecer procedimientos de referencia y contra referencia de acuerdo a las orientaciones brindadas desde el nivel nacional (especialmente en los casos de población irregular).	Entidad territorial - IPS – EAPB	Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del MSPS	Valoración de procesos de referencia y contra referencia para atención en salud a personas migrantes (especialmente casos de personas en situación irregular), en el nivel departamental y distrital.

Gestión de insumos de interés en salud pública

ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR	
26	Analizar y gestionar necesidades de medicamentos e insumos prioritarios en salud, en territorios receptores ¹²¹ .	Entidades Territoriales	Dirección Promoción y Prevención Dir. Medicamentos y Tecnologías en Salud del MSPS - INVIMA	Reporte de necesidades en relación a insumos prioritarios al nivel nacional.
27	Articulación desde el sector y con otros actores, para la gestión de las necesidades de medicamentos, insumos y tecnologías.	Entidades Territoriales	Dirección Promoción y Prevención – Oficina de Cooperación Internacional – Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud del MSPS, e INVIMA.	Proyectos para gestionar necesidades de medicamentos, insumos y tecnologías

¹²¹ Incluye la definición de mecanismos que faciliten la disponibilidad de estos en los territorios, definición de estrategias y mecanismos de entrega y seguimiento a donación de medicamentos, acompañamiento en proceso de donación de medicamentos e insumos, entre otros.

Inspección, Vigilancia y Control

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
28	Fortalecer la vigilancia en relación al flujo de bienes en puestos de control fronterizo, en coordinación con la autoridad competente (ICA, INVIMA, DIAN, POLICIA ADUANERA, entre otras).	Entidades Territoriales en articulación con otras entidades	Dirección de Promoción y Prevención – Epidemiología y Demografía del MSPS	Según los acuerdos establecidos con las otras entidades

Gestión del Conocimiento

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
29	Propiciar la sistematización de procesos de gestión desde el sector salud en el marco del fenómeno migratorio, según las orientaciones del nivel central y socializar en escenarios propuestos.	Entidades Territoriales	Dirección de Promoción y Prevención	Sistematización de la experiencia de gestión socializada.

Gestión del Talento Humano en Salud

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
30	Promover la incorporación de talento humano en salud migrante, en procesos de gestión y atención en salud relacionados con este plan, propendiendo por un abordaje intercultural.	Entidades Territoriales	Direcciones de Gestión del Talento Humano en Salud y de Promoción y Prevención, del MSPS	Sistematización de la experiencia de gestión socializada (incorporando este proceso específico)

Participación Social¹²²

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
31	Promover la participación de asociaciones de migrantes u otras formas de organización de población migrante y retornada, en los escenarios de participación del sector y otros sectores, que propendan por el mejoramiento de sus condiciones de vida y mejores resultados en salud.	Entidades Territoriales	Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres	Sistematización de la experiencia de gestión socializada (incorporando este proceso específico)

122 La participación social en salud es un derecho y una práctica social que incide sobre la posibilidad de producir bienestar y garantizar el derecho a la salud, en el entendido de que todos los actores sociales de una comunidad deben hacer parte de las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que los afecta. Política Pública de Participación Social en Salud (Resolución 2063 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social).

Agua y saneamiento básico

Las condiciones de los territorios receptores, especialmente aquellos donde la población migrante comienza a ser significativa frente a su población base, ha determinado el asentamiento de población en zonas y entornos con condiciones inadecuadas de agua y saneamiento básico. En muchos casos, dichas zonas incluyen los espacios públicos, generando un riesgo para la población migrante así como para la población receptora y aumenta las tensiones deteriorando la convivencia social y la percepción frente a la población migrante.

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
32	Realizar diagnóstico de la situación de acceso al agua para consumo humano, así como también, del manejo de residuos sólidos en los sitios de concentración de población migrante, de acuerdo con las orientaciones nacionales emitidas al respecto, en el marco de la caracterización de entornos ¹²³ .	Entidad Territorial – Entidad que opera el PIC en el territorio.	Dirección Promoción y Prevención	Diagnóstico de situación de agua, saneamiento e higiene en asentamientos de población migrante con acciones incorporadas en Planes de Intervenciones Colectivas y en otros instrumentos de planeación territorial.
33	Gestionar la dotación en infraestructura básica y tecnologías alternativas para acceso al agua potable, saneamiento básico e higiene de la población migrante ubicada en sitios de concentración, garantizando el acceso equitativo ¹²⁴ .	Entidades Territoriales	Dirección Promoción y Prevención	Participación activa en espacios intersectoriales que abordan el fenómeno migratorio; especialmente para el tema de agua potable, saneamiento básico e higiene.
34	Definir acciones y hacer seguimiento a las condiciones sanitarias en albergues/hogares de paso ¹²⁵ y/o zonas de asentamiento de población migrante, en articulación con otros sectores ¹²⁶ .	Entidades Territoriales	Dirección de Promoción y Prevención	Reporte de seguimiento a condiciones de agua, saneamiento e higiene en albergues y zonas de asentamientos, de acuerdo con las orientaciones del nivel nacional.
35	Fortalecimiento de las acciones de vigilancia de la calidad del agua en zonas de asentamientos de población migrante ¹²⁷			
36	Gestionar la garantía del acceso a agua potable y a condiciones de saneamiento - alcantarillado, con especial énfasis en zonas de asentamientos ¹²⁸ .			

123 Como parte de las actividades propuestas a incorporarse en las intervenciones colectivas.

124 Como parte del proceso de coordinación sectorial e intersectorial de la gestión de la salud pública

125 MSPS (2015). Circular 040 de 2015 Lineamientos en Salud para la gestión de alojamientos temporales. Ver: http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/direccion/2015/circulard-247_com%200402015_ins.pdf.

126 Como parte del proceso de Inspección, vigilancia y control de la gestión de la salud pública.

127 Como parte del proceso de Inspección, vigilancia y control de la gestión de la salud pública. Aumentando la frecuencia de muestreo en puntos de la red de distribución cercanos. Así mismo, cuando se identifique utilización de medios alternativos (carro tanques, pilas públicas, tanques de almacenamiento colectivo, entre otras) verificando además condiciones sanitarias de vehículos y procedencia del agua para consumo humano.

128 Como parte de las actividades propuestas a incorporarse en las intervenciones poblacionales.

5.3.3. Fortalecimiento a las atenciones e intervenciones en Salud

Se refiere a las acciones que deben ponerse en marcha para favorecer la atención en salud de la población migrante a través de atenciones individuales e intervenciones colectivas y poblacionales. Este apartado ubica algunas de las prioridades que el territorio debe valorar a la luz de los hallazgos del componente migratorio del ASIS, reconociendo las particularidades de los sujetos en relación a su situación migratoria y entendiendo que la regularización de la misma así como su incorporación al aseguramiento en salud de la población que cumple requisitos, son factores fundamentales para avanzar en la garantía del derecho a la salud de estas poblaciones. También se proponen acciones prioritarias que abordan la convivencia social como una apuesta necesaria para prevenir eventos no deseables en los territorios y comunidades de acogida.

Atenciones individuales

Debe en principio ubicarse en relación con la población migrante, las siguientes condiciones:

- a) La población retornada (incluyendo su grupo familiar), deben ser afiliados en el SGSSS, previo trámite ante Registraduría y en el caso del cónyuge previo trámite ante el Ministerio de Relaciones Exteriores. Esta población podrá ser afiliada con prioridad en el régimen subsidiado.
- b) La población migrante regular (con documento válido de afiliación al SGSSS, incluido el PEP), debe ser afiliada al SGSSS, respetándose la libre elección de EPS.
- c) La población migrante irregular, la población en tránsito (con TMF) y toda la población migrante que al momento no hayan sido afiliados al SGSSS; deben ser atendidos ante situaciones de urgencia, con cargo a los recursos de la entidad territorial y/o complementados con los recursos que se definan desde el nivel nacional (como se definió lo correspondiente a 2017 a través del Decreto 866 de 2017 y está previsto en el artículo 51 de la Ley 1873 de 2017 para la vigencia fiscal 2018).
- d) La población migrante irregular, requiere un abordaje desde las atenciones individuales y esto debe tener como referencia una priorización de las condiciones o situaciones de estas personas. En este sentido, deben tenerse en cuenta las siguientes orientaciones al momento de proponer proyectos o estrategias con recursos del sector o de otros sectores u organismos de cooperación; así como teniendo en cuenta el análisis del territorio consolidado en el componente migratorio del ASIS.

Modalidades de prestación de servicios

Por las características del fenómeno migratorio y la tensión que afronta la red de prestación de servicios de salud en las entidades territoriales receptoras de los inmigrantes, se plantea la combinación de diferentes modalidades y estrategias de prestación/provisión de servicios¹⁰⁷. Con ello se propicia el abordaje de la población en proceso de regularización y población migrante no afiliada al SGSSS (ya sea por su característica de migración pen-

129 Algunas posibles fuentes de financiamiento se mencionan en el apartado respectivo.

dular o de tránsito o bien, porque no cumple condiciones para acogerse a las medidas de regularización establecidas por el gobierno nacional); especialmente en entidades territoriales de frontera¹³⁰. Las principales modalidades y estrategias son las siguientes:

- Equipos multidisciplinarios conformados por profesionales médicos/as, enfermeros/as, Psicólogos/as. La conformación de dichos equipos se realizará a nivel territorial. Dichos equipos podrán operar extra o intramural, valorando la disponibilidad de espacios en centros y puestos de salud que hacen parte de la red. La operación de estos equipos podrá desarrollarse en el contexto de unidades móviles, terrestres y/o fluviales, de acuerdo con las condiciones de cada territorio de asentamientos o de posibles concentraciones de población migrante¹³¹. Es esencial que se incorpore el componente de abordaje psicosocial de esta población, independiente del momento del curso de vida que se aborde.
- Reorganización de la red de prestación de servicios, a partir del análisis de las necesidades, incorporando modalidades como tele salud y telemedicina, articuladas al desarrollo de atenciones en salud y abordaje psicosocial para población migrante, retornada y receptora.
- Red de apoyo con ESE e IPS contratadas por las entidades territoriales, para la referencia de casos complejos que no sean posibles de resolver ambulatoriamente, y fortalecimiento de los procesos de referencia y contra referencia.

Se señalan a continuación las poblaciones y eventos priorizados (de acuerdo con los análisis de nivel internacional y a la evidencia nacional), como referencia para el desarrollo de estrategias de atención en salud (especialmente para población en condición irregular y/o en trámite de regularización) financiada por recursos de las entidades territoriales (valorando las implicaciones de la no atención de las mismas) o con recursos de cooperación nacional o internacional. Los grupos poblacionales priorizados son los siguientes:

- Mujeres gestantes y lactantes (incluyendo casos de morbilidad materna extrema)
- Niños, niñas y adolescentes (incluyendo atención de cáncer en esta población). Debe tenerse en cuenta que el cáncer en ellos, es una patología poco frecuente (entre el 0,5% y 3% de las neoplasias malignas en el mundo), con altas tasas de mortalidad especialmente cuando se hace un abordaje tardío. A este respecto, bajo el liderazgo del Instituto Nacional de Cancerología y en el marco del presente Plan de Respuesta Sectorial, se ha consolidado un proyecto para ser gestionado a través de la cooperación internacional, el cual propone brindar tratamiento con intención curativa y en algunos casos con intención paliativa.

Los eventos priorizados para definir atenciones en salud son los siguientes:

- Eventos transmisibles (por considerarse de alta externalidad): VIH e ITS, Tuberculosis, y condiciones inmunoprevenibles, tales como: Sarampión, Rubéola, Difteria, Polio, entre otras.
- Enfermedades transmitidas por vectores: Malaria, Enfermedad de Chagas, Dengue, Leishmaniasis y Fiebre Amarilla.

¹³⁰ La atención debe procurar incorporar a la población receptora, lo que permite disminuir las tensiones generadas por la migración y propender por la convivencia en el territorio.

¹³¹ Para que la atención sea resolutive, estas unidades deberán contar con kit de pruebas rápidas de diagnóstico, paquetes básicos de medicamentos (botiquín), más los insumos y la logística requerida para la operación, acorde con el ámbito en el cual se desarrollen las acciones.

- Violencias, especialmente las de género, la explotación en todas sus formas y la trata de personas; entre otras.
- Condiciones crónicas que generalmente se ven descompensadas en la migración: Diabetes, Hipertensión y Asma. Así mismo, las enfermedades mentales y la epilepsia, dado el alto riesgo psicosocial que se presenta en esta población.

De igual manera, deberá tenerse en cuenta la incorporación de atenciones como vacunación y anticoncepción. En todo caso, la definición y cobertura de las atenciones propuestas en el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio reseñadas, tienen un carácter progresivo, en función de las decisiones que las entidades territoriales tomen de acuerdo a la disponibilidad de recursos propios y de los gestionados desde la cooperación internacional y nacional; de tal manera que se preserve la sostenibilidad del SGSSS.

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
37	Fortalecer la articulación y el acompañamiento para la definición y operación de proyectos de cooperación y de asistencia humanitaria, que incorporan atención en salud ¹³² y que se desarrollan en las entidades territoriales receptoras.	Entidades territoriales – IPS (especialmente ESE)	Oficina de Cooperación y relaciones Internacionales. Dirección de Promoción y Prevención	Sistematización de la experiencia de gestión socializada (incorporando este proceso específico)
38	Gestionar proyectos sectoriales y/o intersectoriales para la atención individual en salud a personas inmigrantes irregulares, con agencias y organismos de cooperación internacional	Entidades territoriales	Oficina de Cooperación y relaciones Internacionales	Número de proyectos gestionados y/o acompañados para apoyar la atención individual e salud a personas inmigrantes.

Intervenciones colectivas

Respecto a las intervenciones colectivas, es importante tener en cuenta que la canalización y tamizaje como tecnologías del PIC, requiere un desarrollo en términos de gestión de la salud pública y especialmente unas definiciones en el territorio respecto a la atención en salud a población migrante derivada de los hallazgos de dichos tamizajes o la oferta de servicios ya gestionada para las canalizaciones en el sector salud en términos de la atención individual.

¹³² Incorporando la priorización de eventos y poblaciones que se evidencien en el análisis de situación de salud.

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO DE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
39	Incorporar las tecnologías del Plan de Intervenciones Colectivas ¹³³ , teniendo en cuenta que se tengan establecidos los mecanismos de atención a población irregular, especialmente cuando se incluya tecnologías de tamizaje.	Entidades territoriales – Entidad que opera el PIC en el territorio.	Dirección de Promoción y Prevención	Planes de Intervenciones Colectivas que incorporan lo evidenciado en el componente migratorio del ASIS y el mapa de necesidades desarrollado.
40	Incorporar escenarios de educación para la salud, con metodologías participativas, con enfoque diferencial ¹³⁴ , que aborde aspectos de cuidado y crianza, prevención y manejo de enfermedades prevalentes prioritarias, agua, saneamiento e higiene; entre otros.	Entidad Territorial – Entidad que opera el PIC en el territorio.	Dirección Promoción y Prevención	Estrategias y escenarios de educación para la salud incorporados en los planes de Intervenciones Colectivas.

Intervenciones poblacionales

Se menciona en este apartado una de las posibles intervenciones poblacionales, sin que ello desvirtúe la proyección de otras intervenciones de este tipo que incidan en la población migrante y receptora.

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO NIVEL NACIONAL	INDICADOR
41	Desarrollar estrategias masivas de información y comunicación para la salud en relación con la atención en salud de la población migrante, la tenencia responsable de animales de compañía, hábitos de higiene, la promoción de la convivencia social y la prevención de las violencias, de acuerdo con las orientaciones emitidas desde el nivel nacional ¹³⁵ .	Entidades Territoriales	Oficina de Comunicaciones - Dirección Promoción y Prevención del MSPS	Planes Territoriales de Salud que definen Intervenciones poblacionales, de acuerdo a lo evidenciado en el componente migratorio del ASIS. Otras modalidades comunitarias para la difusión de mensajes clave.

133 Muy importante considerar a la familia como sujeto de atención, vinculándola a los escenarios propuestos (especialmente por los riesgos psicosociales de esta población, pero también acordes con sus potencialidades); así mismo debe incorporarse tecnologías, como conformación y fortalecimiento a redes sociales.

134 En este sentido debe reconocerse las particularidades de la población migrante desde la interseccionalidad y partiendo de un abordaje que permita la inclusión y acogida de esta población. Es fundamental procurar escenarios que promuevan la convivencia social y el fortalecimiento de redes de apoyo, donde se incorpore a la población receptora.

135 Esto incluye herramientas o piezas comunicativas que permitan orientar adecuadamente a la población migrante, los actores institucionales que contactan con esta población y la población general (teniendo en cuenta los distintos lenguajes y énfasis) y propendiendo por utilizar mensajes adecuados que no generen discriminación a la población.

5.3.4 Financiamiento y Seguimiento

Financiamiento

De conformidad con lo establecido en la normatividad vigente sobre el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en el marco de las normas relacionadas con la Planeación Integral sectorial¹³⁶, la actualización del Plan Territorial de Salud (PTS) y el Plan de Acción en Salud (PAS) de acuerdo con los hallazgos del componente migratorio del ASIS, se precisa que las entidades a cargo de los componentes del Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio, podrán financiar las actividades contenidas en este plan, de acuerdo con lo siguiente:

1. El componente de Gestión de la Salud Pública se financiará, principalmente, con los recursos establecidos para tal fin en la Resolución 518 de 2015¹³⁷ y conforme con las directrices que el Ministerio de Salud y Protección Social ha emitido a este respecto¹³⁸. Son también, fuente de financiación de este componente, los recursos propios de los agentes del sistema que sean destinados para tal fin y los recursos de las transferencias realizadas por la Nación para programas específicos, destinados a estos procesos.
2. El componente de Fortalecimiento de la atención en Salud tiene como fuentes de financiación las siguientes:
 - Para las Intervenciones poblacionales y las Intervenciones colectivas, la principal fuente de financiación corresponde a los recursos del Sistema General de Participaciones - Salud Pública Colectiva, conforme con lo establecido en la Resolución 518 de 2015. Son también fuente de financiación de estas intervenciones, los recursos propios que definan las Entidades Territoriales y los recursos de las transferencias realizadas por la Nación para programas específicos destinados a estas Intervenciones.
 - Las acciones e intervenciones Individuales de este componente, corresponden al conjunto de servicios, procedimientos, medicamentos y tecnologías del plan de beneficios de salud¹³⁹ que se financian con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)¹⁴⁰, tanto en el régimen contributivo, como en el régimen subsidiado, para el caso de la población que sea afiliada al SGSSS. Para el caso de población pobre no asegurada se financiará con cargo al Sistema General de Participaciones (SGP), recursos de oferta o los destinados a atención de PPNA.
 - Comprendiendo que los recursos financieros son finitos, se podrá optar por formular y gestionar proyectos que complementen lo ya definido y financiado, afectando otras fuentes de financiación: nacionales (sistema general de participaciones, transferencias del MSPS), terri-

136 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015. Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.

137 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.

138 Ministerio de Salud y Protección Social. Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. 2016.

139 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592 de 2015. Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones.

140 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5268 de 2017. Por la cual se fija el valor de la Unidad de pago por capitación - UPC - para el Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2018.

toriales (Sistema Nacional de Regalías), internacionales (Sistema de Naciones Unidas, Unión Europea, Embajadas, entre otros); empresa privada y organizaciones de la sociedad civil.

Para el caso del sistema general de regalías (SGR), la Comisión Rectora del Sistema Nacional de Regalías establece la distribución, objetivos, fines, ejecución, control, el uso eficiente y la destinación de los ingresos provenientes de la explotación de los recursos naturales no renovables (acuerdo 45 de 2017). Las entidades territoriales deben cumplir con los diez requisitos generales para viabilización establecidos por la comisión rectora¹⁴¹. Todos los proyectos deben ser presentados ante el OCAD (Órganos Colegiados de Administración y Decisión) y, dependiendo el caso, se debe contar con una certificación de la Secretaria de Salud Departamental, los Departamentos podrán adelantar proyectos en:

- i. Proyectos de construcción, ampliación, adecuación, remodelación y reposición de infraestructura, para la prestación de los servicios de salud en el territorio nacional.
- ii. Proyectos de dotación y reposición de equipos biomédicos e industrial hospitalario, necesarios para la adecuada prestación de los servicios de salud que operan en el territorio nacional.
- iii. Proyectos de construcción, ampliación, adecuación, remodelación o reposición de infraestructura o dotación o reposición de equipos biomédicos e industrial hospitalario, en municipios no certificados en salud y que cuenten con una Empresa Social del Estado (ESE).
- iv. Proyectos tendientes a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la gestión de la salud pública, la vigilancia, el control y el seguimiento de los eventos de interés en salud pública.

Podrán también presentarse proyectos en las Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC) de acuerdo con las disposiciones del Decreto 1915 de 2017, en el marco del programa “Obras por impuestos”¹⁴² para mejoramiento de infraestructura de agua potable, alcantarillado, salud pública, entre otras finalidades. Aplica para empresas cuyos ingresos brutos a 2017, sean iguales o superiores a \$1.071 millones y que se encuentren desarrollando procesos en dichos territorios. Ejemplo de ello, son los municipios receptores como Arauca, Arauquita, Saravena y Cravo Norte en el departamento de Arauca; El Molino, Fonseca, Maicao, Urumita y Villanueva en La Guajira; así como Riohacha y Tibú en Norte de Santander.

1. Respecto de la atención de inmigrantes en condición irregular, como se ha indicado en conceptos del MSPS y en fallos de la Corte Constitucional, más allá de lo contemplado en materia de atención mínima o básica¹⁴³ y de urgencias, no se ha previsto por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, una cobertura especial para los extranjeros que se encuentren de paso en el país, razón por la que al momento de ingresar deberán contar con una póliza de salud que permita la cobertura ante cualquier contingencia derivada por este tema, de lo contrario

141 Ver Acuerdo 45 de 2018 Artículo 4.1.2.1.1. Requisitos generales. . Modificado por el art. 2, Acuerdo 047 de 2018 de la Comisión Rectora del Sistema Nacional de Regalías. Disponible en: <https://www.sgr.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=rHXQ9Td36o%3d&tabid=211&mid=751>

142 Disponible en: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201915%20DEL%2022%20DE%20NOVIEMBRE%202017.pdf>

143 Corte Constitucional, Sentencia C-834/07.

la prestación del servicio de salud, será sufragada con sus propios recursos. En el marco del presente plan, se podrá analizar la conveniencia de contar con un plan básico para las personas en esta situación, que atiendan los pronunciamientos de la Corte Constitucional, en cuanto a “recibir una atención mínima por parte del Estado en casos de extrema necesidad y urgencia, en aras a atender sus necesidades más elementales y primarias”¹⁴⁴:

- Así mismo, se reitera que cuando la atención de urgencias haya sido prestada por las instituciones públicas o privadas a ciudadanos extranjeros sin capacidad económica debidamente demostrada para sufragar el costo de la misma se asumirá como población pobre no cubierta con subsidios a la demanda, con cargo a los recursos de la oferta de la respectiva entidad territorial donde tenga lugar la prestación de la atención, conforme a lo previsto en los artículos 43, 44 y 45 de la Ley 715 de 2001, antes reseñada. Como recursos complementarios, se puede optar por los regulados en el Decreto 866 de 2017.¹⁴⁵
2. En relación con otras atenciones individuales en salud, según las prioridades referidas en este Plan y/o evidenciadas en el componente migratorio del ASIS y otros instrumentos o fuentes de análisis, las entidades territoriales afectadas por el fenómeno migratorio, podrán gestionar recursos para la atención en salud de la población que habita en el territorio. En esos casos, la nación podrá concurrir con recursos, a través de transferencias; también lo pueden hacer otros actores del sector o externos al sector salud.

	ACTIVIDAD	RESPONSABLE O LÍDER	APORTE NIVEL NACIONAL	INDICADOR
42	Valorar la necesidad de desarrollar proyectos para fortalecer los componentes establecidos en el Plan para el territorio, a partir de las fuentes de recursos disponibles desde el sector, la disponibilidad de recursos y las necesidades priorizadas.	Entidades Territoriales	Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales - Dirección de Financiamiento Sectorial - Dirección Promoción y Prevención del MSPS	Gestión y seguimiento a proyectos con reporte periódico.
43	Realizar seguimiento a la asignación y ejecución de recursos ¹⁴⁶ , reportando de manera periódica al MSPS.	Entidades Territoriales	Dirección u oficina que realice el seguimiento desde el MSPS	

144 Este criterio ha sido reiterado por la Alta Corporación, en sala unificada, mediante la sentencia SU-677 de 2017.

145 Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 866 de 2017. Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos.

146 Esto hace parte del proceso de gestión de salud pública de la gestión administrativa y financiera; también debe incluir el seguimiento a los recursos gestionados desde la cooperación.

Seguimiento a procesos e indicadores

Se debe realizar seguimiento, monitoreo y evaluación del progreso en la implementación de las acciones definidas en el plan; así como su expresión en los resultados en salud en los sujetos, familias y comunidades migrantes y receptoras. También es importante concertar con las comunidades los mecanismos para realizar monitoreo y evaluación de forma participativa, e incorporar en todo caso los avances en la adecuación intercultural de las atenciones y la valoración de este abordaje en grupos étnicos (en este caso especialmente comunidades indígenas).

	ACTIVIDAD	ACTOR RESPONSABLE O LÍDER	APOYO NIVEL NACIONAL	INDICADOR
44	Realizar el monitoreo y seguimiento del Plan de Respuesta al fenómeno Migratorio del Nivel Nacional de acuerdo a las orientaciones definidas desde el nivel nacional.	Entidades Territoriales	Dirección de Promoción y Prevención	Variables definidas desde el nivel nacional reportadas de manera periódica
45	Realizar seguimiento a variables e indicadores en salud de la población migrante, de acuerdo con las orientaciones, variables y fuentes definidas desde el nivel nacional.	Entidades Territoriales	Dirección de Epidemiología y Demografía	

Bibliografía

1. ACTUALIZAT. Repuntan enfermedades virales en República Bolivariana de Venezuela. Ver: [http://actualizat.com.ve/2017/10/03/repuntan-enfermedades-virales-en-República Bolivariana de Venezuela/](http://actualizat.com.ve/2017/10/03/repuntan-enfermedades-virales-en-República-Bolivariana-de-Venezuela/).
2. ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES. Base de Datos Única de Afiliados-BDUA Cubo SISPRO – Julio de 2018.
3. BARRETO. Jesús, EL NACIONAL. Prevención del VIH en República Bolivariana de Venezuela retrocedió al inicio de la epidemia en 1980. Ver: [http://www.el-nacional.com/noticias/salud/prevencion-del-vih-República Bolivariana de Venezuela. -retrocedio-inicio-epidemia-1980_213828](http://www.el-nacional.com/noticias/salud/prevencion-del-vih-República-Bolivariana-de-Venezuela.-retrocedio-inicio-epidemia-1980_213828).
4. BORGES URRUTIA, Beatriz. Análisis de la legislación migratoria venezolana desde el enfoque de derechos humanos hacia una verdadera defensa de la población migrante en República Bolivariana de Venezuela. Revista informe de investigaciones educativas, vol. XXVI, año 2012, pág. 99-111. Issn: 1316-0648.
5. BURGOS MORENO, Mónica y PARVIC KLIJNI, Tatiana (2011) Atención en salud para migrantes: un desafío ético. Revista brasilera de enfermería reben, Brasilia 2011 mai-jun; 64(3): 587-91.
6. CANCELLERÍA DE COLOMBIA. Migración Colombiana. Ver: <http://www.colombianosune.com/informaciondeinteres/caracterizacion>
7. Antecedentes históricos y causas de la migración. Ver: <http://www.cancilleria.gov.co/colombia/migracion/historia>
8. Plan Fronteras para la Prosperidad. Resumen Ejecutivo, Proyecto de Inversión 2014.
9. Resolución 0740 de 2018. Por la cual se establece un nuevo término para acceder al Permiso Especial de Permanencia – PEP.
10. CEPAL. Nuevas tendencias y dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe. 2016. Disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/39994-nuevas-tendencias-dinamicas
11. COMITÉ DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER. Recomendación general No. 26 sobre las trabajadoras migratorias. Ver: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CEDAW_C_2009_WP-1_R_7138_S.pdf
12. COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencias C-834/07; C-416/14; SU-677 de 2017 y T-210/2018.
13. COLOMBIA. Ley 1465 de 2011. Por la cual se crea el Sistema Nacional de Migraciones.
14. Decreto 1239 de 2003. Por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial de Migración.
15. Decreto 1288 de 2018. “Por el cual se adoptan medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos a la oferta institucional y se dictan otras medidas sobre el retorno de colombianos”
16. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN-DNP. Documento CONPES 3603. Política integral migratoria.
17. Documento CONPES 3805. Prosperidad para las fronteras de Colombia
18. SISBEN, Preguntas frecuentes. <https://www.sisben.gov.co/atencion-al-ciudadano/Paginas/Preguntas%20frecuentes.aspx>.

19. COMITÉ INTERNACIONAL DE DERECHOS DEL NIÑO – COMITÉ DE DERECHOS DE TRABAJADORES MIGRANTES Y SUS FAMILIARES. Observaciones 22 y 23 conjuntas a la Convención Internacional de Derechos del Niño. Disponible en https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=5&DocTypeID=11
20. FORO MINISTERIAL SOBRE SALUD Y MIGRACIÓN (2017). Declaración de Mesoamérica sobre salud y migración. Ver: <http://mexico.embajada.gov.co/sites/default/files/FOTOS2016/declaracion-mesoamericana-salud-migracion.pdf>
21. GERENCIA DE FRONTERAS – Unidad de Gestión del Riesgo y Desastres. Resultados Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos. Julio 2018. Disponible en: <http://www.rptnoticias.com/wp-content/uploads/2018/06/Presentacion%CC%81n-Final-Registro-de-Migrantes-Venezolanos-RAMV.pdf>
22. GOBIERNO DE CHILE. Decreto Supremo N° 67 de 2016. Incorpora a los inmigrantes en situación irregular, sin visa o sin documentos, como beneficiarios de FONASA y se impulsa el Piloto de Salud de Inmigrantes en las comunas de Arica, Antofagasta, Iquique, Recoleta y Santiago
23. GUTIÉRREZ H, Aída. Epidemias sin control. Noviembre 11, 2015. En: <https://aidagutierrezh.wordpress.com/tag/boletin-epidemiologico/>.
24. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD-INS. Boletín Fronteras. Reportes sobre seguimiento a eventos de interés en salud pública en zonas fronterizas. 2017-2018.
25. MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Resolución 5797 de 2017. Por medio de la cual se crea un Permiso Especial de Permanencia.
26. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Dirección de Promoción y Prevención-PAI. Reporte vacunación población venezolana en Colombia. Julio de 2018. Archivo Excel.
27. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Dirección de Epidemiología y Demografía, y Oficina de Tecnologías de Información y Comunicaciones OTIC. Seguimiento de la Situación de Salud de la Población Migrante. Julio de 2018
28. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3015 de 2017. Por medio del cual se incluye el Permiso Especial de Permanencia - PE como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social.
29. Circular 029/17. Envío de datos al MSPS del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, de las atenciones realizadas a personas extranjeras en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
30. Resolución 5246 de 2016. Por la cual se establecen los responsables de la generación, consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales y se definen los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información
31. Circular 040 de 2015. Lineamientos en salud para la gestión de alojamientos temporales. Ver: http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/direccion/2015/circular-d-247_com%200402015_ins.pdf
32. Resolución 1536 de 2015. Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud
33. Resolución 518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.
34. Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. 2016.
35. Decreto 866 de 2017. Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 ~ Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales

- de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos
36. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes. Proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha70/a70_24-sp.pdf .
 37. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Declaración de Nueva York para los Migrantes y los Refugiados. Ver: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/71/L.1>.
 38. Resolución 69/187. Los niños y los adolescentes migrantes Ver en: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2015/9937>.
 39. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes. Proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes.
 40. 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Ver: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf
 41. 55º Consejo Directivo para las Américas – Promoción de la salud de los migrantes. Ver: [Http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35871&itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35871&itemid=270&lang=es).
 42. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES. Conceptos generales sobre la migración. Ver: <http://www.OIM.org.co/node/13>.
 43. Lineamientos estratégicos para el abordaje de la salud de las personas migrantes en tránsito por Mesoamérica. Oficina regional. Pág. 7. Ver: http://saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/lineamientos_estrategios_para_el_abordaje_de_la_salud_de_las_personas_migrantes_en_transito_por_mesoamerica_2017_0.pdf
 44. Salud y Migración. Ver : http://www.crmsv.org/documentos/iom_emm_es/v2/v2s07_cm.pdf
 45. Informe sobre las migraciones en el mundo 2015. Los migrantes y las ciudades: nuevas colaboraciones para gestionar la movilidad. Disponible en: http://publications.iom.int/system/files/wmr2015_sp.pdf
 46. Informe sobre las migraciones en el mundo 2015. Los migrantes y las ciudades: nuevas colaboraciones para gestionar la movilidad. Disponible en: http://publications.iom.int/system/files/wmr2015_sp.pdf
 47. ACNUR (Agencia ONU para los Refugiados) y PMA (Programa Mundial de Alimentos). *Resultados de caracterización Inter-agencial. Población proveniente de República Bolivariana de Venezuela a Colombia, 2017.*
 48. Oficio dirigido al Ministro de Salud. Alejandro Gaviria; firmado por los exministros: Jose Félix Oletta, Ángel Rafael Orihuela, Pablo Pulido y Carlos Walter V, de fecha 20 de septiembre de 2017 y Denuncia ampliada en: Ver: <http://cronica.uno/exministros-de-salud-envian-un-sos-al-foro-malaria-en-las-americas-2017-que-se-realiza-en-washington/>.
 49. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS e INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE MEXICO. Curso-Taller “Salud del Migrante y Derechos Humanos”, México Octubre 2017.
 50. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS. Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas. Ver: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34330>.
 51. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes. Proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes.
 52. SUNOTICIERO. Médicos de Táchira denuncian falta de vacunas contra la fiebre amarilla y otras enfermedades graves. Ver: <http://sunoticiero.com/medicos-tachira-denuncian-falta-vacunas-la-fiebre-amarilla-otras-enfermedades-graves/>.
 53. UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL MIGRACIÓN COLOMBIA. Radiografía de Venezolanos

en Colombia. Ver: [http://www.migracioncolombia.gov.co/República Bolivariana de Venezuela. / radiografia_web.pdf](http://www.migracioncolombia.gov.co/República%20Bolivariana%20de%20Venezuela.%20radiografia_web.pdf)

54. Resolución 714 de 2015. Por la cual se establecen los criterios para el cumplimiento de obligaciones migratorias y el procedimiento sancionatorio de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia.
55. Resolución 1272 de 2017. Por el cual se implementa el Permiso Especial de Permanencia (PEP) creado mediante Resolución 5797 del 25 de julio de 2017 del Ministerio de Relaciones Exteriores, y se establece el procedimiento para su expedición a los nacionales venezolanos
56. Resolución 1220 de 2016: Por la cual se establecen los Permisos de Ingreso y Permanencia, Permisos Temporales de Permanencia, y se reglamenta el Tránsito Fronterizo en el territorio nacional.
57. Resolución 1845 de 2017, por la cual se prorroga la vigencia del Prerregistro para la expedición de la Tarjeta de Movilidad Fronteriza.
58. Radiografía migratoria Colombia-República Bolivariana de Venezuela. Corte a 31 de Diciembre de 2017. Ver: <http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/multimedia/5199-radiografia-de-venezolanos-en-colombia>
59. Sistema de Registro de Extranjeros-SIRE. Reporte mensual de atenciones en salud.
60. Dinámica migratoria Colombia – República Bolivariana de Venezuela. Primer semestre de 2018. julio 2018. Disponible en: <http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/infografias/7923-infografia-general>
61. UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO, CHILE. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Disponible en: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/libro_la_migracion_internacional.pdf



Carrera 13 No. 32 - 76 Bogotá D.C.

Teléfono: 330 5000

Línea de atención al usuario desde Bogotá: (57-1) 589 3750

Correo electrónico: atencionalciudadano@minsalud.gov.co

Resto del país: 018000960020

www.minsalud.gov.co



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD