

Bogotá D.C.: Derecho a la Salud de los Migrantes Venezolanos entre los años 2015 y 2019

María Fernanda Torres Arévalo
Octubre de 2020

Universidad Santo Tomás
Facultad de Derecho
Maestría en Defensa de los Derechos Humanos y el DIH ante Organismos, Tribunales y
Cortes Internacionales
Directora: Lina Mejía Torres

Resumen

Como consecuencia de diversas circunstancias económicas, sociales y políticas enfrentadas por la República Bolivariana de Venezuela, el Estado Colombiano ha presentado un aumento en las cifras de ingreso de personas venezolanas a su territorio, convirtiéndose en el mayor receptor de esta población. Sin embargo, los migrantes venezolanos que se encuentran en territorio colombiano enfrentan diversas problemáticas relacionadas con la garantía de sus derechos económicos, sociales y culturales, especialmente con el derecho a la salud.

Colombia, como Estado miembro de los Sistemas de Protección de Derechos Humanos Universal e Interamericano está obligado a desarrollar, promover y adoptar diversas medidas dirigidas a respetar, proteger y garantizar los derechos de las personas en situación de migración. El objetivo de este estudio es determinar, a través de la aplicación de una metodología de investigación mixta con carácter sociojurídico, si el Estado Colombiano, específicamente en su ciudad capital, acoge y da cumplimiento a los estándares internacionales fijados en relación con el derecho a la salud de los migrantes.

Palabras clave: Migrantes, Venezuela, derecho a la salud.

Abstract

As a result of the economic, social and political circumstances experienced by the Bolivarian Republic of Venezuela, Colombia has become the main destination for millions

of Venezuelan citizens who enter the country with the hope of a better future. However, most of these migrants face various problems related to the fulfillment of their economic, social and cultural rights, especially their right to health.

Colombia, as a State Party to the Universal and Inter-American Systems for the Protection of Human Rights, is obliged to develop, promote, and adopt various measures aimed at respecting, protecting, and guaranteeing the rights of the population in question. The objective of this study, therefore, is to determine, by applying a mixed socio-legal research methodology, whether the Colombian State complies with international standards regarding the right to health of migrant minorities. The investigation takes a special focus on Colombia's capital city, Bogota.

Keywords: Migrants, Venezuela, right to health.

Tabla de contenido	
INTRODUCCIÓN	8
Capítulo I: Contexto Situación Actual Venezuela – Colombia	12
1.1. Frontera Binacional	12
1.2. Contexto político, social y económico de Venezuela.....	16
1.3. Migración venezolana.....	20
1.4. Principales afectaciones de derechos enfrentadas por los migrantes venezolanos en territorio colombiano.	25
Capítulo II: Marco Jurídico	31
2.1. Normatividad Internacional.....	32
2.1.1. Sistema Universal	32
2.1.2. Sistema Interamericano	43
2.1.3. Derecho a la salud de las personas migrantes.....	47
2.2. Normatividad Nacional.....	52
2.2.1. Derecho a la salud de los migrantes en Colombia.....	56
Capítulo III: Derecho a la salud de la población migrante venezolana en Bogotá	64
3.1. Derecho a la salud en la ciudad.	64
3.2. Derecho a la salud de la población migrante venezolana, en Bogotá D.C.	68
3.3. Atención y servicios en salud en Bogotá en relación con estándares internacionales y nacionales.	84
CONCLUSIONES	101
Lista de Referencias	134

Índice de Gráficos.

Gráfico No. 1. Atención a migrantes venezolanos en Bogotá.....	75
Gráfico No. 2. Atención a migrantes venezolanos en Bogotá.....	76

Índice de Anexos

Anexo No. 1. Radicado 2020EE30841 Secretaría Distrital de Salud.....	106
Anexo No. 2. Radicado 2020EE281612 Personería de Bogotá.	118
Anexo No. 3. Radicado 202016000872821. Ministerio de Salud y Protección Social.....	122
Anexo No. 4. Radicado PQRSDF No. 2020-2168. Instituto Nacional de Salud.....	133

Lista de Abreviaturas

Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados.....	ACNUR
Comisión Interamericana de Derechos Humanos.....	CIDH
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	Comité DESC
Corte Interamericana de Derechos Humanos.....	Corte IDH
Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios.....	OCHA
Organización Internacional para las Migraciones.....	OIM
Organización Mundial de la Salud.....	OMS
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales....	PIDESC
Sin fecha	s.f.

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2015, el Estado colombiano ha enfrentado el amplio flujo migratorio a su territorio de personas nacionales venezolanas, siendo Bogotá D.C. la principal receptora de esta población. Sin importar el propósito por el que se encuentran en la ciudad, es decir, si es simplemente un paso en su tránsito a otras ciudades o países, o si es su elección para asentarse, este grupo poblacional se encuentra con una realidad que podría poner en riesgo el goce efectivo de sus derechos económicos, sociales y culturales, entre los cuales el derecho a la salud resalta como uno de los más vulnerables.

En Colombia no se habían presentado situaciones de tal magnitud. Las investigaciones académicas desarrolladas en relación con el fenómeno migratorio descrito están fundamentalmente relacionadas con los impactos económicos y financieros del Sistema de Salud colombiano; la seguridad de sus zonas fronterizas; la realidad socioeconómica de los migrantes y; los efectos económicos para el personal cualificado que decide migrar¹. Por tal razón, resulta novedoso abordar la problemática descrita desde un enfoque de derechos humanos con el fin de establecer la medida en la que el Estado Colombiano implementa o materializa los estándares internacionales específicamente relacionados con el derecho a la salud.

¹ Resultados obtenidos de consulta realizada en el mes de mayo de 2020, en plataformas Academic Search Premier y Fuente Académica.

A partir de esta problemática, se definió que el objetivo de esta investigación es dar respuesta al siguiente interrogante: ¿Son los servicios de salud ofertados en Bogotá D.C. por parte de la Administración Distrital a las personas de nacionalidad venezolana en situación de migración en el período comprendido entre los años 2015 y 2019, acordes con los parámetros y lineamientos de carácter internacional, expedidos por los Sistemas de Protección de Derechos Humanos Universal e Interamericano?

Esta investigación se desarrolló a partir de la aplicación de una metodología mixta (cuantitativa y cualitativa) que buscaba comprender la realidad presentada en la ciudad en mención, a través de la observación y la aproximación al problema identificado. El análisis cuantitativo se verá reflejado en la exposición de la información obtenida de fuentes estadísticas y cifras que darán cuenta del número aproximado de migrantes venezolanos que se encuentran en territorio colombiano, de las dificultades que existen para su control y registro y de cómo estas complejidades dificultan la identificación del estado actual de sus derechos. Por otro lado, el análisis cualitativo estará presente en la recopilación de información acerca de la situación social, económica y política de los Estados involucrados, así como en el análisis de las diferentes problemáticas a las que se ven enfrentados, tanto las personas en situación de migración, como la estructura nacional y distrital en la procura de cumplir con los estándares internacionales en derechos humanos para el acceso al derecho a la salud.

Se planteó con carácter sociojurídico toda vez que no solo se realizó a partir de una aproximación a la normatividad nacional y distrital frente a los estándares internacionales en

materia de derechos humanos, sino que contempló los contextos, circunstancias y problemáticas enfrentadas por la población migrante en territorio colombiano. Además, se analizaron las cifras y estadísticas expuestas por Entidades del orden nacional y distrital sobre la materia, realizando exploración de la literatura existente frente a los flujos migratorios, a los contextos de los Estados implicados y a la normatividad internacional y nacional aplicable en el caso particular.

La referida exploración documental y normativa fue realizada con carácter interpretativo, incluyendo recopilación de antecedentes, consulta de fuentes bibliográficas, de referencia, de estudio y publicaciones periódicas. Entre las fuentes consultadas se encuentran Convenciones y Declaraciones de Derechos Humanos, Resoluciones, Observaciones Generales, Opiniones Consultivas, Jurisprudencia, Leyes Nacionales, información oficial de Entidades estatales y organismos de control, así como estudios propuestos por Organismos No Gubernamentales. Es importante resaltar que la exploración documental descrita incluyó un análisis de la información otorgada por Entidades e Instituciones de carácter nacional y distrital, que fue brindada como respuesta a solicitudes formales que procuraron suplir vacíos informativos en relación con la prestación de los servicios de salud a población migrante en Bogotá D.C. Tales peticiones podrán ser consultadas en los anexos de este escrito.

La investigación descrita se realizó a partir del planteamiento de tres objetivos específicos, que se desarrollan en tres capítulos, así: En el primero, se tuvo como objetivo describir el contexto político, social y económico en el que se encontraba Venezuela durante

el período planteado, así como las diferentes realidades que encuentra la población migrante al asentarse en territorio colombiano. En el segundo capítulo se estableció como objetivo identificar la normatividad, pronunciamientos y disposiciones de los Sistemas de Protección de Derechos Humanos Universal e Interamericano, así como los lineamientos expedidos por el Gobierno Nacional en relación con el derecho a la salud de la población migrante. Finalmente, en el tercer capítulo se planteó como objetivo analizar si la normatividad e información expedida por la Administración Distrital en relación con el derecho a la salud de los migrantes venezolanos que habitan la ciudad, guarda concordancia con los estándares internacionales en derechos humanos identificados previamente.

Es importante aclarar que, pese a que no existe una definición convenida acerca del concepto “migrante”, se acogerá lo expuesto por las Naciones Unidas (s.f.) acerca de definir al migrante como “alguien que ha residido en un país extranjero durante más de un año, independientemente de las causas de su traslado, voluntario o involuntario, o de los medios utilizados, legales u otros”.

Capítulo I: Contexto Situación Actual Venezuela – Colombia

Colombia y Venezuela comparten una vasta frontera territorial, la más amplia para ambos Estados, circunstancia que permite comprender cómo las diferentes determinaciones políticas, económicas o sociales de cada uno pueden afectar de forma directa o indirecta al otro.

En este capítulo se realizará una exposición general acerca de las circunstancias que enfrentó Venezuela en el período comprendido entre los años 2015 y 2019, abordándose aspectos tales como los límites fronterizos entre Venezuela y Colombia, los aspectos económicos, sociales y políticos de Venezuela en el lapso señalado y el amplio flujo migratorio de sus habitantes hacia diferentes países, especialmente hacia Colombia.

1.1. Frontera Binacional

Según datos expuestos por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia (2020), Colombia y Venezuela comparten una frontera de más de 2.219 kilómetros, definidas por una serie de instrumentos entre los que se encuentran el Tratado sobre Arbitramento “Juris” entre los Estados Unidos de Colombia y los Estados Unidos de Venezuela (suscrito el 14 de septiembre de 1881 en Caracas, Venezuela), el Laudo en la cuestión de Límites entre la República de Colombia y los Estados Unidos de Venezuela (dado por la Reina Regente Doña María Cristina en el Real Palacio de Madrid, España el 16 de marzo de 1891), el Laudo Arbitral del Consejo Federal Suizo (suscrito por la Confederación Suiza el 24 de marzo de 1922 en Berna, Suiza) y el Tratado sobre Demarcación de Fronteras y Navegación de los

Ríos Comunes con Venezuela (suscrito por Colombia y Venezuela el 5 de abril de 1941 en el Templo de Villa del Rosario de Cúcuta, Colombia).

La Sociedad Geográfica Colombiana (2002), cuerpo consultivo del Gobierno Nacional desde la expedición de la Ley 086 de 1928, indica que entre Colombia y Venezuela existe una frontera de 2.219 kilómetros desde Castilletes en el departamento de La Guajira, Colombia, hasta Islas San José en el departamento Guainía, Colombia.

Los departamentos colombianos que cuentan con municipios limítrofes con Venezuela son: La Guajira (10 municipios, 249 km), Cesar (7 municipios, 154 km), Norte de Santander (10 municipios, 421 km), Boyacá (1 municipio, 17 km), Arauca (4 municipios, 396 km), Vichada (3 municipios, 529 km) y Guainía (1 municipio, 453 km).

En La Guajira se encuentran los municipios: Uribia, Maicao, Hatonuevo, Albania, Barrancas, San Juan del Cesar, Fonseca, Villanueva, El Molino y Urimita. Los municipios limítrofes del Cesar son: La Paz, Manaure, Agustín Codazzi, Becerril, La Jagua de Ibirico, Chiriguana y Curumaní. El departamento Norte de Santander tiene los siguientes municipios limítrofes: El Carmen, Convención, Teorama, Tibú, Puerto Santander, San José de Cúcuta, Villa del Rosario, Ragonvalia, Herrán y Toledo.

Por su parte, Boyacá cuenta con el municipio Cubará, Arauca con los municipios Saravena, Arauquita, Arauca y Cravo Norte, el departamento Vichada con los municipios limítrofes La Primavera, Puerto Carreño y Cumaribo y finalmente, Guainía limita en el municipio Puerto Inírida.

Ahora bien, los Estados venezolanos limítrofes con Colombia son: Zulia, Apure, Táchira y Amazonas. Las localidades y ciudades pertenecientes al Estado Zulia que limitan con Colombia son: Paraguaipoa, El Cruce y Casigua El Cubo; las que hacen parte del Estado Táchira son: La Fría, San Juan de Colón, Ureña, San Antonio del Táchira, San Cristóbal, Rubio y Delicias; las pertenecientes al Estado Apure son: Guadualito, El Amparo, Elorza, y Puerto Páez; y finalmente, las localidades Puerto Ayacucho, Isla Ratón, San Fernando de Atabapo, Maroa y San Carlos del Río Negro pertenecen al Estado Amazonas.

De acuerdo con lo expuesto por Urdaneta (2005), citado por Bustamante (2011), se proponen cinco ámbitos territoriales binacionales así: Guajira, Perijá-Cesar, Táchira-Norte de Santander, Apure-Arauca y Amazonas-Vichada-Guainía. Según se expone, en la Guajira confluyen las troncales Caribe, Panamericana y Marginal de La Selva, y los centros poblados de Maracaibo (Venezuela) y Riohacha (Colombia); esta zona se caracteriza por la presencia de la etnia Wuayú.

El ámbito Perijá-Cesar está caracterizado por sus espacios montañosos y tierras bajas, habitado mayormente por la etnia indígena Motilones. La zona Apure-Arauca es conocida como la frontera llanera, espacio que posee una economía soportada en la ganadería y el transporte carretero. El ámbito Amazonas-Vichada-Guainía se caracteriza por el poco desarrollo urbano, grandes reservas de selvas y predominio de población indígena.

La zona Táchira-Norte de Santander es el espacio más dinámico y poblado de la frontera; cuenta con dos de los pasos habilitados y un tercer puente en Boca del Grita (Venezuela) y Puerto Santander (Colombia). De acuerdo con Urdaneta (2005) citado por

Bustamante (2011), los dos puentes se encuentran en el punto más dinámico conocido como el eje San Antonio-Ureña-Cúcuta, espacio en el que se ha desarrollado un sistema metropolitano binacional caracterizado por un importante desarrollo económico e industrial, así como por el intercambio comercial y cultural entre los dos países.

Los pasos fronterizos que se encuentran situados en la zona Táchira-Norte de Santander son: El Puente Internacional Simón Bolívar que permite la conexión de las ciudades colombianas San José de Cúcuta y Villa del Rosario (Norte de Santander) y las ciudades venezolanas San Antonio y San Cristóbal (Estado Táchira); el Puente Internacional Francisco de Paula Santander que conecta a la ciudad colombiana San José de Cúcuta (Norte de Santander) con la ciudad venezolana Ureña (Estado Táchira) y el Puente Internacional La Unión que conecta a la ciudad colombiana Puerto Santander (Norte de Santander) y la ciudad venezolana Boca del Grita (Estado Táchira).

Según la Cámara de Comercio de Cúcuta (2016), los Sistemas Informáticos Aduaneros de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN registran los pasos fronterizos que se relacionan a continuación, sumados a los tres puentes internacionales referidos: Puente internacional José Antonio Páez (Arauca), paso de frontera Paraguachón (Guajira), muelle de pasajeros y carga ubicado en la margen derecha del río Inírida (Inírida, Guainía) y muelle para pasajeros y carga ubicado en la margen izquierda del río Orinoco (Puerto Carreño, Vichada).

Según lo expuesto por el diario El Colombiano (2014), en la frontera entre Colombia y Venezuela existen 7 pasos legales y 254 pasos ilegales, datos emitidos por la Policía Fiscal Aduanera de Colombia.

A partir de lo descrito puede entenderse que, la vasta frontera compartida entre Venezuela y Colombia permite que estos Estados permanezcan en continua correlación, lo que puede significar, en algunos casos, estar expuestos a procesos comerciales, políticos, culturales y sociales que signifiquen vulnerabilidad o crisis.

1.2. Contexto político, social y económico de Venezuela.

Para el período objeto de estudio, ejerce como presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Nicolás Maduro Moros, cargo que asumió desde el año 2013. Entre los años 2006 y 2012 ejerció como Ministro de Relaciones Exteriores siendo presidente Hugo Rafael Chávez Frías; entre los años 2012 y 2013 fue vicepresidente de la República bajo el mismo mandatario presidencial. El 08 de marzo de 2013, con el fallecimiento del mencionado Hugo Chávez, Maduro Moros asumió como presidente encargado.

El 14 de abril del mismo año se llevaron a cabo las elecciones presidenciales, en las que Maduro Moros resultó elegido como presidente de la República, siendo juramentado el 19 de abril de 2013. El 20 de mayo de 2018 fue realizado nuevamente el proceso de elecciones presidenciales, resultando reelegido como presidente de Venezuela para el período 2019-2025.

El presidente Nicolás Maduro hace parte del Partido Socialista Unido de Venezuela, creado en el 2007 por Hugo Chávez como un partido político de izquierda, con el objetivo de liderar la Revolución Bolivariana proclamada por este último. Según sus estatutos, está constituido como un partido socialista, alternativa para superar el sistema capitalista; inspirado en el liderazgo fundamental e ideas revolucionarias de Hugo Chávez, definiendo a sus militantes como socialistas, bolivarianos, antiimperialistas, anticapitalistas, internacionalistas, humanistas, ambientalistas y feministas.

Nicolás Maduro, al asumir la presidencia de Venezuela en el año 2013, instauró el Plan de Gobierno “Plan de la Patria 2013-2019”, entendiendo este como el testamento político del recién fallecido Hugo Chávez. De esta forma se daría continuidad al plan político de este último.

Ahora bien, en el período bajo estudio, de acuerdo con pronunciamientos del Banco Mundial (2018), Venezuela atraviesa una situación de inestabilidad económica, institucional y política que motiva el exilio y emigración hacia otros países de la región, siendo Colombia el país que más venezolanos alberga actualmente.

Según expone el referido organismo, la crisis venezolana es una de las más severas de la historia económica reciente pues presentaba para el año 2018, una hiperinflación anual aproximada a 500.000%, lo que ha generado disminución del salario real y aumento de los niveles de pobreza. Esto ha significado el deterioro de las finanzas públicas, impactando de manera negativa la prestación de servicios de salud, permitiendo el incremento importante de enfermedades erradicadas como el sarampión, la difteria, la tuberculosis y el paludismo.

De acuerdo con la Universidad de los Andes de Colombia (2019), la situación que enfrenta el Estado venezolano actualmente puede explicarse desde cuatro enfoques: su economía está completamente basada en el petróleo; la relación Estado-Sociedad se ha visto caracterizada por un comportamiento clientelista y paternalista del Estado, siendo este altamente centralizado y la sociedad completamente dependiente; la relación civil-militar, evidencia un esquema de poder pretoriano; y finalmente, la relación Venezuela con el resto del mundo permite entender que es un Estado con una visión sobredimensionada acerca de sus propias capacidades que, además, se encuentra en medio de potencias como Rusia, China y Estados Unidos.

El periódico El Tiempo (2019) reseñó que, de acuerdo con el Índice de Miseria de Bloomberg 2018, Venezuela fue considerado como el País con el peor desempeño económico del mundo, circunstancias causadas por la situación política y económica que enfrenta.

En la publicación en cita se realizó un análisis general acerca de las posibles causas de la crisis en Venezuela, identificando lo siguiente: Reseñó que la promesa del socialismo del siglo XXI, liderada por Hugo Chávez, procuró cerrar la brecha social y solucionar los problemas básicos de los venezolanos, sin enfocarse en las causas de la pobreza. Explicó que, desde el Gobierno del presidente Hugo Chávez, Venezuela adoptó un modelo asistencialista que fue imposible sostener, resaltando que destinar la totalidad de la renta petrolera para garantizar el sistema asistencialista dejó al Estado venezolano sin fondos.

Según el análisis de El Tiempo (2019), el actual Gobierno venezolano, liderado por Nicolás Maduro, no cuenta con las herramientas presupuestales para estabilizarse, viéndose obligado a recurrir a la represión y a las Fuerzas Armadas.

A partir de los análisis reseñados por El Tiempo (2019), se explica que la escasez de productos básicos genera una grave inflación, haciendo que los precios suban; tales circunstancias, sumadas a la caída del precio del petróleo propician la crisis humanitaria. Indicó, además, que la moneda de Venezuela, el Bolívar, cayó de forma grave. Consultado el portal exchange-rates.org (2020), descrito en el artículo de prensa, en octubre del año 2019 un dólar equivalía a 19.576 bolívares, para abril de 2020 un dólar equivale a 77.798 bolívares.

Según el Fondo Monetario Internacional (2018), para el año 2018 Venezuela presentaba, por tercer año consecutivo, caídas de dos dígitos del PIB real debido a la reducción significativa de la producción del petróleo y los desequilibrios macroeconómicos. Proyectó que para finales de 2018 se dispararía a 1.000.000%, refiriendo además que, el colapso de la actividad económica, sumado a la hiperinflación, el deterioro de la oferta de bienes y servicios y la escasez de alimentos generarían grandes flujos migratorios.

De acuerdo con lo expuesto por Portafolio (2019), para diciembre de 2018 la inflación en Venezuela fue de 1.698.844,2%, indicando que, lo que costaba un (1) bolívar en enero de 2018, para enero de 2019 costaba 17.000 bolívares. Según lo expuesto por Portafolio (2020), el Fondo Monetario Internacional proyectó para 2019 en Venezuela, una inflación de 200.000%, año que, según se informa, cerró con una devaluación del bolívar de 98,6%. Informó Portafolio (2020) que, el Banco Central Venezolano reconoció el hundimiento de la

economía venezolana con una inflación acumulada de 4.679,5% y una contracción del PIB de 26,8%.

Es de resaltar en este punto que, de acuerdo con la línea de trabajo, no será necesario brindar opiniones o profundizar acerca de las causas que dieron lugar al contexto descrito. La intención central de este escrito, tal como se expuso, estará enfocada en las afectaciones que enfrentan los migrantes venezolanos en el territorio colombiano, específicamente en lo relacionado con el derecho a la salud, por lo que, a continuación, se realizará una breve descripción del proceso migratorio venezolano.

1.3. Migración venezolana.

El amplio proceso migratorio en Venezuela, observado específicamente desde el año 2015 al año 2019, puede estudiarse desde diversos aspectos. El aspecto concreto que nos ocupa es la ineficacia, ineficiencia y en algunos casos, la ausencia de la garantía y la prestación del derecho a la salud en dicho Estado.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2009), en adelante CIDH, a través del informe de país *Democracia y Derechos Humanos en Venezuela*, indicó que en el referido Estado se impedía el goce efectivo de los derechos políticos, evitando con ello el fortalecimiento de la democracia y el pluralismo político.

En relación con los derechos económicos, sociales y culturales, la CIDH destacó el reconocimiento del derecho a la salud por parte del Estado Venezolano, a través de su Constitución Política. Según se indica, la Carta Política consagra en su artículo 83:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios (Constitución Política de la República Bolivariana de Venezuela, 1999).

Para la época en la que fue expedido el informe en cita, la CIDH indicó que Venezuela era uno de los países que más había avanzado en el cumplimiento de las metas del milenio, establecidas para el año 2015, asegurando que, a partir del análisis del Índice de Desarrollo Humano que evalúa diversas variables entre las que se encuentra la salud, Venezuela había mejorado en los últimos diez años.

Sin embargo, la CIDH (2017) emitió un nuevo informe relacionado con la situación de los Derechos Humanos en Venezuela, denominado *Institucionalidad Democrática, Estado de Derecho y Derechos Humanos en Venezuela*. En tal estudio se hace referencia al deterioro de la situación y al contexto de retrocesos y débil capacidad institucional para garantizar niveles adecuados de vida a la población. Se advierte, además, la existencia de una profunda crisis económica y social que se refleja en el aumento de la pobreza y pobreza extrema, dificultades en el acceso a alimentos, medicamentos, servicios de salud y vivienda.

De acuerdo con lo señalado por la Comisión en cita, durante el 163º período extraordinario de sesiones, en el año 2017 la escasez crónica y el desabastecimiento generalizado se agudizaron a niveles sin precedentes, afectándose así a personas, grupos y colectivos en situación de exclusión y discriminación históricas.

Señaló la CIDH que, de acuerdo con lo expuesto por CEPAZ, la Asociación Civil Mujeres en Línea, Freya y Avesa en el Informe sobre la Situación de los Derechos de las Mujeres en Venezuela, la producción de alimentos ha disminuido, los costos se han incrementado y existen obstáculos para el acceso a estos.

Las referidas organizaciones señalaron, según se explica en el informe, que la escasez y el desabastecimiento de medicamentos, insumos, material y tratamiento médico en Venezuela se viene agravando desde el 2014. Según las cifras remitidas a la Comisión, para el 2017 existía un 90% de escasez de medicinas e insumos a nivel nacional dado que el 50% de quirófanos estarían inactivos y el 80% de servicios de diagnóstico estarían inservibles.

De acuerdo con Human Rights Watch (2016), la grave escasez de medicamentos e insumos médicos, así como de alimentos, impide que las familias venezolanas tengan una nutrición adecuada y atención a necesidades básicas. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, según se indica en el Informe citado, señaló en 2016: “Venezuela ha experimentado un drástico deterioro en el disfrute de los derechos económicos y sociales, a la vez que se propaga el hambre y se produce un brusco deterioro en la atención de la salud” (Human Rights Watch, 2016, P 4).

Amnistía Internacional (2019), indicó en su informe anual para las Américas que en el Estado venezolano persistía la emergencia humanitaria, resultandos ineficaces las medidas tomadas por las autoridades. Según el referido informe, el gobierno venezolano continuó negando la gravedad de la crisis y rehusando la ayuda de agencias humanitarias, causando

con ello el aumento del flujo de personas migrando a países vecinos con el fin de acceder a los bienes básicos.

En el mismo sentido, refirió que en Venezuela la escasez de servicios de salud y medicamentos básicos, así como la salida de personal de la salud era alarmante, imposibilitándose el acceso de la población a una atención médica adecuada. Resaltó que, debido a los constantes y prolongados cortes de electricidad, las infraestructuras y servicios de salud sufrieron daños irreparables.

Pese a que las autoridades no publicaban datos relacionados con la magnitud de las problemáticas para acceder al servicio a la salud, Amnistía Internacional señaló que, entre noviembre de 2018 y febrero de 2019, habían fallecido 1.557 personas como consecuencia de la falta de suministros en los hospitales. Según lo expuesto en el Informe Anual en cita, persistían además dos problemas graves, el primero relacionado con la reaparición de enfermedades que habían estado controladas o erradicadas como el sarampión y la difteria, y el segundo relacionado con las personas que viven con el VIH, quienes deben enfrentar peligros por causa de la escasez y la intermitencia en el suministro de antirretrovirales.

Según este informe, las ONG indicaron que, de las 300.000 personas que requerían el tratamiento, más del 70% estaban afectadas por dicha escasez.

Según lo señalado por la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (2019), en adelante ACNUR, entre los años 2015 y 2019, más de cuatro millones de venezolanos y venezolanas salieron de su país debido a la crisis referida. Tal organismo indicó:

“el ritmo de la salida de Venezuela ha sido asombroso. Unos 695.000 a fines de 2015, la cantidad de refugiados y migrantes de Venezuela se ha disparado a más de 4 millones a mediados de 2019 (...) En solo siete meses desde noviembre de 2018, el número de refugiados y migrantes aumentó en un millón”. (ACNUR, 2019)

Indicó además que, los países que acogen en mayor medida a los migrantes venezolanos son latinoamericanos, empezando por Colombia con 1,3 millones, Perú con 768.000, Chile con 288.000, Ecuador con 263.000, Argentina con 130.000 y Brasil con 168.000.

De acuerdo con el Informe Anual de Amnistía Internacional (2019), para diciembre del año 2019, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados indicó que cerca de 4,8 millones de personas venezolanas habían huido del país, más del 14% de la población total. Según sus estimaciones, tres millones de personas habrían huido a países de América Latina y el Caribe, principalmente a Colombia, con una cifra aproximada de 1,4 millones.

Según las cifras expuestas por Migración Colombia (2019), a 31 de diciembre de 2019 había un total de 1.771.237 venezolanos en Colombia, 754.085 en condición regular y 1.017.152 en condición irregular. Los departamentos con mayor presencia de personas venezolanas son Bogotá D.C. con 352.431, Norte de Santander con 202.727, Atlántico con 167.604, La Guajira con 165.475 y Antioquia con 149.535.

En los mencionados departamentos, las ciudades y municipios que presentan mayor afluencia de personas venezolanas son: Bogotá D.C. con 352.431, Cúcuta con 104.981, Barranquilla con 99.251, Maicao con 55.222, Riohacha 54.536 y Medellín con 85.062. La ciudad de Cali, Valle del Cauca presenta 62.414, estando el departamento en el octavo lugar de afluencia de personas venezolanas.

Amnistía Internacional (2019) refirió además que, la crisis venezolana afecta particularmente a Colombia, país que alberga el mayor número de personas que deciden salir de Venezuela. Expresa en su Informe que, muchas de las personas que llegan a Colombia lo han hecho a través de pasos irregulares terrestres controlados por bandas delincuenciales y encontrándose en mal estado de salud. Resalta que persisten las denuncias por reclutamiento forzoso, trata de personas y explotación infantil.

Según lo expuesto, entre los años 2015 y 2019 Colombia ha enfrentado un amplio movimiento migratorio proveniente de Venezuela, consecuencia de las circunstancias económicas, políticas y sociales que enfrenta el país vecino. Siendo Colombia el Estado con mayor recepción de migrantes venezolanos, será necesario identificar cuál es la realidad que encuentran en el territorio colombiano, aspecto que se expondrá a continuación.

1.4. Principales afectaciones de derechos enfrentadas por los migrantes venezolanos en territorio colombiano.

A partir de la información expuesta, se entiende que Colombia es el Estado que, en medio de las circunstancias que atraviesa Venezuela, se ha convertido en el mayor receptor de personas venezolanas que deciden migrar. Sin importar las causas que dan lugar a esta

migración, o las razones que tiene cada persona para determinar el inicio de un proceso migratorio, legal o no, los migrantes venezolanos que deciden habitar en Colombia encuentran diversas problemáticas y complejidades.

Una vez los migrantes venezolanos se encuentran en territorio colombiano, se ven enfrentados a la realidad social, económica y política que presenta el Estado receptor. De acuerdo con el Servicio Jesuita a los Refugiados (2018), en relación con la migración venezolana existen problemáticas como la cooptación de los migrantes hacia el crimen organizado, siendo vulnerables, además, al reclutamiento, la trata de personas y el tráfico de migrantes.

En su Informe de Contexto Frontera Colombo-venezolana (2018) indicó que, a partir de su trabajo en los territorios de frontera colombo-venezolana se ha logrado identificar que, por ejemplo, en la ciudad de San José de Cúcuta los migrantes venezolanos lograron asentarse en barrios periféricos y en zonas rurales con históricas dinámicas de violencia estructural, zonas donde hacen presencia grupos armados organizados y donde las oportunidades de acceso a empleos formales y educación son limitadas, circunstancias que favorecen el reclutamiento por parte de grupos armados y bandas criminales, y el reclutamiento, uso y utilización de niños, niñas y adolescentes para actividades ilícitas como el contrabando de hidrocarburos y la producción de estupefacientes.

Tal como se mencionó, el Servicio Jesuita a los Refugiados (2018) refirió que, en la frontera entre Colombia y Venezuela existen siete pasos legales. Sin embargo, tal como lo indicó en su informe, a lo largo del territorio fronterizo pueden encontrarse gran cantidad de

pasos ilegales, comúnmente manejados por grupos delincuenciales o grupos armados. Estos pasos informales, normalmente conocidos como “trochas”, dan lugar a la comisión de delitos tales como el contrabando, los secuestros, las extorsiones y el narcotráfico.

El Servicio Jesuita a los Refugiados (2018) explicó que las ciudades y municipios receptores de la migración venezolana indican que las dinámicas de violencia estructural se han reforzado; refieren además que su mayor preocupación está relacionada con el aumento de la delincuencia común y la existencia de redes de microtráfico que afectan en mayor medida a la población joven.

La Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (2018), en adelante OCHA, indicó que “la llegada de personas de Venezuela ha tenido un impacto desproporcionado en los departamentos de Norte de Santander, La Guajira y Arauca, que por su ubicación geográfica cubren la mayor parte de la movilidad desde Venezuela” (Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, 2018, P.2). Resaltó por ejemplo que, el departamento Arauca, pese a concentrar el 1% de esta población, enfrenta graves problemáticas debido a la presencia de grupos armados y a las dificultades en el acceso a servicios públicos.

La OCHA (2018) refirió además que, en las zonas urbanas de los departamentos Cundinamarca, Atlántico, Antioquia, Magdalena y Santander, se ha asentado una importante cifra de población migrante venezolana. En los barrios de asentamiento, según se indica, persiste la existencia de necesidades insatisfechas que no sólo afectan a la población

migrante, sino que también recae sobre las personas víctimas del conflicto armado colombiano y sobre los colombianos con más altos índices de pobreza.

Los migrantes venezolanos, como se expuso, se ven enfrentados a escenarios de violencia que pueden resultar en afectación grave a sus derechos. Sin embargo, habitar en territorio colombiano también los ha enfrentado a procesos de alta vulnerabilidad y xenofobia. Las diferentes expresiones y noticias difundidas por los medios de comunicación colombianos, así como las opiniones que crean los nacionales colombianos acerca del proceso de migración, permiten concluir que, el imaginario construido frente a estos ha tornado al migrante como un individuo que carga en sí mismo la conflictividad del país del que proviene, generándose frente a su figura un sentimiento nacionalista que lo considera como una amenaza a la seguridad, al orden público y a la estabilidad social y económica (Aliaga et al., 2018).

Así las cosas, los migrantes venezolanos que habitan en territorio colombiano no solamente se ven expuestos a problemáticas relacionadas con el acceso a los servicios públicos, sino que, además, enfrentan sentimientos de rechazo y xenofobia.

De acuerdo con el Plan de Respuesta a Flujos Migratorios Mixtos desde Venezuela elaborado por la OCHA (2018), los migrantes venezolanos que presentan mayor vulnerabilidad son: i) quienes permanecen en zonas de frontera donde pueden ser afectados por el conflicto armado, ii) aquellos que están en situación de calle por falta de alojamiento, iii) quienes están en situación migratoria irregular, lo cual dificulta su acceso a bienes y servicios básicos y crea riesgos de explotación, iv) las mujeres gestantes y aquellas forzadas

a practicar sexo por supervivencia o están en riesgo de explotación sexual, trata y tráfico, v) los niños, niñas y adolescentes, incluyendo aquellos no acompañados y separados que requieren intervenciones para prevenir el reclutamiento y uso por parte de grupos armados y asegurar sus derechos y acceso a la salud, educación y unidad familiar y vi) las personas con otras necesidades humanitarias (médicas y de seguridad alimentaria urgentes, incluyendo aquellas derivadas de desnutrición y enfermedades transmisibles o crónicas, albergue y agua, saneamiento e higiene).

De acuerdo con las cifras expuestas por Migración Colombia (2020), Bogotá es la ciudad colombiana con mayor recepción de migrantes venezolanos, 352.431 personas a 31 de diciembre de 2019. En la ciudad capital, de acuerdo con estudio realizado por la Personería de Bogotá (2020) citado por la emisora radial La FM (2020), existen vacíos de protección y barreras de acceso de la población migrante.

Según se indicó por la referida Emisora Radial (2020), las principales dificultades que enfrentan los migrantes venezolanos que habitan en Bogotá son: El acceso al trabajo (47,8%), el acceso a la salud (38,67%), el acceso a la vivienda (7.73%) y el acceso a la educación (4,7%). De acuerdo con el referido estudio, el 75% de esta población habitan en las localidades del sur de Bogotá, 60% de ellos en estratos uno y dos.

De acuerdo con lo señalado en la referida nota periodística, la Personería de Bogotá (2020) indicó que la población migrante venezolana en la ciudad había sido víctima de hurtos, amenazas o intimidaciones por su nacionalidad, acoso sexual, explotación laboral y trata de personas.

Las diferentes vulnerabilidades expuestas, enfrentadas por los migrantes venezolanos que habitan en territorio colombiano, se ven agravadas por el estatus regular o irregular en el que se encuentren, toda vez que, a partir de tal aspecto, se determina el acceso a los servicios públicos. El objetivo central de este escrito, tal como se explicó, recae en el análisis del derecho a la salud de la población migrante venezolana que habita en Bogotá en el período comprendido entre los años 2015 y 2019; entendiendo que tal prerrogativa podría presentar en la ciudad diversas dificultades de acceso, generando para la población en cita, mayor vulnerabilidad, será necesario identificar en el siguiente capítulo, los lineamientos o estándares normativos que deben observarse para el acceso de esta población al derecho a la salud.

Capítulo II: Marco Jurídico

Con el fin de determinar cuáles son los estándares jurídicos relacionados con el derecho a la salud de los migrantes, será necesario identificar como primera medida, las normas de carácter internacional y los lineamientos de este mismo orden, que describen el deber del Estado colombiano en relación con el mencionado derecho.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 93 de la Constitución Política de Colombia, los tratados y convenios internacionales que hayan cumplido el trámite correspondiente a su ratificación, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en estados de excepción, tienen prevalencia en el orden interno. A esta disposición se suma que la Carta Constitucional debe ser interpretada de conformidad con los instrumentos señalados.

Lo anterior significa que, los lineamientos que se describen a continuación hacen parte del ordenamiento jurídico colombiano, estando el Estado obligado a respetar, proteger y garantizar las prerrogativas allí señaladas.

Particularmente, este capítulo abordará la siguiente estructura: Se realizará una descripción de los instrumentos internacionales a los que el Estado colombiano se ha obligado, relacionados directamente con el respeto, la protección y garantía del derecho a la salud, así como una explicación general de la comprensión de este derecho cuando se trata de personas en situación de migración. Teniendo en cuenta que el Estado colombiano ha ratificado instrumentos que hacen parte del Sistema Universal y del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, se realizará la presentación en ese orden.

Finalmente, se realizará una exposición de las normas expedidas por el Estado colombiano que buscan regular el referido derecho, especialmente en lo relacionado con la población migrante.

2.1. Normatividad Internacional.

Tal como se explicó, Colombia hace parte de dos sistemas de protección de derechos humanos conocidos como el Sistema Universal y el Sistema Interamericano. A partir de su participación en estos espacios jurídicos, el país se ha obligado a respetar y cumplir los derechos y libertades contenidos en algunas convenciones e instrumentos y ha reconocido la jurisdicción de varios de los organismos generados allí.

2.1.1. Sistema Universal

El Sistema Universal de Derechos Humanos es el conjunto de disposiciones, instrumentos, normatividad e interpretaciones relacionados con la protección de estos derechos y la existencia de organismos garantes de su cumplimiento, pertenecientes a la Organización de las Naciones Unidas.

La Carta de las Naciones Unidas fue firmada el 26 de junio de 1945 en San Francisco, Estados Unidos, indicando que los pueblos pertenecientes a ésta, resueltos, entre otras cosas, a preservar a las generaciones futuras del flagelo de la guerra y a reafirmar la fe en los

derechos fundamentales del hombre, habían decidido establecer una organización internacional conocida como las Naciones Unidas².

En este punto es importante indicar que, el Sistema Universal cuenta con diversidad de instrumentos y herramientas relacionados con la protección del derecho a la salud, algunos de ellos dirigidos a la población en general, y otros creados a partir de objetivos relacionados con la protección de grupos poblacionales con especial vulnerabilidad, tales como mujeres, niños, grupos étnicos, y para el presente caso de estudio, migrantes.

Los instrumentos de protección del derecho a la salud de carácter general son los siguientes:

Con base en la Carta de las Naciones Unidas, en el año 1946 fue creada la Organización Mundial de la Salud³, en adelante OMS, entrando en vigor el 07 de abril de 1948. La constitución de la OMS estableció en su preámbulo que, la salud, más allá de la ausencia de afecciones o enfermedades, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, contemplando, además, que el goce del grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Organización de las Naciones Unidas, 1946).

Más adelante, fue expedida la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) que establece en su artículo 25 que, toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure, entre otros aspectos, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Tal

² Colombia es miembro fundador de las Naciones Unidas. Su admisión se dio el 5 de noviembre de 1945.

³ Colombia es Estado miembro de la Organización Mundial de la Salud desde el 14 de mayo de 1959

derecho, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 2 de la referida Declaración, debe ser garantizado sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)⁴, contempla en su artículo 2 que los Estados miembros se comprometen a respetar y garantizar, a todos los individuos que se encuentren en su territorio y que estén sujetos a su jurisdicción, los derechos reconocidos en este instrumento, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Luego, en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)⁵, en adelante PIDESC, se estableció que los Estados Partes reconocen que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, siendo necesario que cada Estado adopte medidas que aseguren la plena efectividad de este derecho.

Este instrumento señala, además, en su artículo 2, que los Estados Partes se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que se enuncian en el mismo, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o

⁴ Ratificado por Colombia el 29 de octubre de 1969 (Ley 74 de 1968). Entró en vigor para Colombia el 23 de marzo de 1976.

⁵ Ratificado por Colombia el 29 de octubre de 1969 (Ley 74 de 1968). Entró en vigor para Colombia el 03 de enero de 1976.

de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. Incluso, indica que los países en desarrollo podrán determinar en qué medida se garantizan tales derechos a personas que no sean nacionales suyos, teniendo en cuenta los derechos humanos y su economía nacional.

Entre las medidas que los Estados parte en el PIDESC (1966) están obligados a adoptar para asegurar el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, están: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Ahora bien, entre los instrumentos de protección dirigidos a población especialmente vulnerable o con mayor riesgo de enfrentar violaciones a sus derechos, se encuentran:

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965)⁶ en su artículo 5, indica que los Estados Partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, el goce del derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad y los servicios sociales.

⁶ Ratificada por Colombia el 02 de septiembre de 1981 (Ley 22 de 1981). Entró en vigor para Colombia el 02 de octubre de 1981.

Asimismo, el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción, es contemplada en el literal f del artículo 11 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)⁷.

En relación con la especial protección de la niñez, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989)⁸ establece en su artículo 24 que los Estados Partes reconocen el derecho de la niñez al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2007)⁹, refiere en su artículo 25 que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes en esta convención están comprometidos con la adopción de medidas que aseguren el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud, teniendo en cuenta el enfoque de género, incluyendo la rehabilitación relacionada con este derecho.

Es importante resaltar que, entre los instrumentos dirigidos a un específico sector de la población, relacionado con el objetivo central de este escrito, se encuentra la Convención

⁷ Ratificada por Colombia el 19 de enero de 1982 (Ley 51 de 1981). Entró en vigor para Colombia el 19 de febrero de 1982.

⁸ Ratificada por Colombia el 28 de enero de 1991 (Ley 12 de 1991). Entró en vigor para Colombia el 28 de febrero de 1991.

⁹ Ratificada por Colombia el 22 de enero de 2010 (Ley 1346 de 2009). Entró en vigor para Colombia el 10 de junio de 2011.

Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familiares (1990)¹⁰.

Esta Convención contempla en su artículo 28 que, los trabajadores migratorios y sus familiares tienen derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Aclara además que, tal atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.

El artículo 43 de esta Convención, refiere además que, los trabajadores migratorios gozarán de igualdad de trato respecto a los nacionales del Estado de empleo, en relación con, entre otros aspectos, el acceso a los servicios sociales y de salud, siempre que se hayan satisfecho los requisitos establecidos para la participación en los planes correspondientes.

La interpretación y guía de aplicación de los instrumentos referidos corresponden a diferentes organismos creados en la misma Convención o Protocolo. Para la protección específica del derecho a la salud, uno de los organismos encargados de pronunciarse sobre su regulación, avances e interpretación es el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en adelante Comité DESC.

¹⁰ Ratificada por Colombia el 24 de mayo de 1995 (Ley 146 de 1994). Entró en vigor para Colombia el 01 de julio de 2003.

Según lo manifestado por el Comité DESC, en Observación General No. 14 del año 2000, el derecho a la salud es un derecho humano, indispensable para el ejercicio de los demás derechos. De acuerdo con lo indicado por el referido Comité:

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

El Comité DESC (2000) entiende que el concepto “más alto nivel posible de salud” implica las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona, pero también, tiene en cuenta los recursos con los que cuenta el Estado. Indica además que, el derecho a la salud se entiende como un derecho al disfrute de todo un conjunto de “facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.

En la observación en cita, el Comité estableció que el derecho a la salud abarca elementos esenciales que están interrelacionados; su aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado parte. Estos elementos son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

La disponibilidad se refiere a que cada Estado parte debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios y programas de salud que dependerán de su nivel de desarrollo. Pese a esta dependencia, deberán garantizar aspectos mínimos como agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, personal profesional capacitado y bien remunerado y medicamentos esenciales definidos por la OMS. (Comité DESC, 2000).

La accesibilidad hace referencia que los establecimientos, bienes, servicios y programas en salud, deben ser accesibles a todos sin discriminación alguna. Lo anterior significa que, los sectores más vulnerables y marginados de la población deben tener acceso a estos (no discriminación); deben, junto con el acceso al agua potable y a los servicios sanitarios adecuados, estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, especialmente a minorías étnicas y poblaciones indígenas, mujeres, niños, adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad y personas con VIH/SIDA (accesibilidad física). (Comité DESC, 2000).

Significa además que, deben estar al alcance de todos, por tanto, su pago deberá estar basado en el principio de equidad, asegurando que tengan acceso los grupos socialmente desfavorecidos (accesibilidad económica). De la misma manera, implica que deben comprender el derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas relacionadas con la salud, protegiéndose siempre la confidencialidad de los casos (acceso a la información). (Comité DESC, 2000).

Por otro lado, la aceptabilidad implica que todos los establecimientos, bienes, servicios y programas de salud deben respetar la ética médica y deben ser culturalmente

apropiados, lo que significa que deben respetar la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades siendo, además, sensibles con los requisitos del género y el ciclo de la vida, respetando la confidencialidad y siendo destinados a la mejora del estado de salud de las personas. (Comité DESC, 2000).

Finalmente, la calidad implica que los establecimientos, bienes, servicios y programas de salud deberán ser apropiados desde la perspectiva médica y científica, siendo de buena calidad; esto implica que exista personal capacitado, medicamentos y equipo hospitalario aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas. (Comité DESC, 2000).

A partir de la interpretación realizada por el Comité en cita (2000), los Estados parte, tal como sucede con todos los derechos humanos, frente al derecho a la salud tienen tres tipos de obligaciones: respetar, proteger y cumplir, implicando esta última el facilitar, proporcionar y promover. Los Estados deben abstenerse de hacer injerencias directas o indirectas en el disfrute del derecho a la salud (respetar); deben adoptar medidas para impedir que terceros afecten de manera negativa la aplicación del derecho a la salud (proteger) y deben adoptar medidas legislativas, administrativas, presupuestales, judiciales, entre otras, que estén encaminadas a la plena efectividad del derecho en cita (cumplir).

En este orden de ideas, los Estados parte deben abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos, incluidos los presos o detenidos, las minorías, los solicitantes de asilo y los inmigrantes

ilegales, evitando la imposición de prácticas discriminatorias como políticas de Estado y en relación con la salud y las necesidades de la mujer. (Comité DESC, 2000).

Los Estados tienen el deber de adoptar leyes u otras medidas que permitan el acceso igual a la atención en salud y los servicios relacionados con la salud prestados por terceros. La privatización del sector salud no puede amenazar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención en salud. Asimismo, deben controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos, y asegurar que los profesionales de la salud cumplan con las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. Están obligados, además, a proteger a todos los grupos vulnerables o marginados, en particular a las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores. (Comité DESC, 2000).

Adicionalmente, resaltó el Comité DESC (2000), los ordenamientos jurídicos y los sistemas políticos de los Estados parte deben reconocer el derecho a la salud mediante la aplicación de leyes y políticas nacionales, acompañadas de un plan detallado para el ejercicio de tal derecho. Además de establecer programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, los Estados deben velar por el acceso de todos a los factores determinantes básicos de la salud: alimentos nutritivos sanos, agua potable, servicios básicos de saneamiento, vivienda y condiciones de vida adecuadas.

Es importante resaltar en este punto que, Colombia como Estado miembro de las Naciones Unidas, adoptó en el año 2015 los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Estos diecisiete objetivos, no corresponden a obligaciones de carácter internacional, sino a intereses comunes de los Estados miembros, interrelacionados e integrados, encaminados a

equilibrar la sostenibilidad medio ambiental, económica y social; tienen como promesa *no dejar a nadie atrás*, comprometiendo a los países a acelerar el progreso de los más atrasados. Instan, además, a traer al mundo cambios que impliquen pobreza cero, hambre cero, SIDA cero y discriminación cero (Organización de las Naciones Unidas, s.f.).

A partir de la búsqueda de tales Objetivos, se sitúa a las personas más marginadas en el centro de todas las medidas, reconociendo, para el caso particular de la migración, que para que las personas migrantes puedan trabajar, ser productivos y contribuir al desarrollo socioeconómico, es necesario garantizar su buen estado de salud. Se establece entonces que, la inclusión por parte del sistema de salud a las personas migrantes, se constituye una buena práctica de salud (Organización de las Naciones Unidas, s.f.).

En relación con el derecho a la salud de las personas migrantes, pueden mencionarse, entre otros, el Objetivo 3 Salud y Bienestar, que tiene entre sus metas: 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal; 3.C Aumentar la financiación de la salud y formar personal sanitario que dé a basto en los países en desarrollo y 3.d Reforzar la capacidad de los países en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Ahora bien, las disposiciones, instrumentos, interpretaciones y acepciones del derecho a la salud no solamente corresponden al Sistema Universal. Colombia es partícipe también del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, que ha entendido la protección del derecho a la salud de la siguiente manera:

2.1.2. Sistema Interamericano

El Sistema Interamericano de protección de los derechos humanos es también el conjunto de disposiciones, instrumentos, normatividad e interpretaciones, así como la existencia de organismos garantes de su cumplimiento, pero, en este caso, a nivel regional. Fue creado por los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos, en adelante OEA.

El 30 de abril de 1948 fue suscrita la Carta de la Organización de los Estados Americanos¹¹. Esta organización tiene como propósito lograr un orden de paz y justicia, fomentar la solidaridad, robustecer su colaboración y defender su soberanía, su integridad territorial y su independencia.

De la misma manera que ocurre en el Sistema Universal, el Sistema Interamericano cuenta con disposiciones e instrumentos dirigidos a la población en general, y con otros específicamente dirigidos a poblaciones con especial vulnerabilidad o en especial riesgo de sufrir vulneraciones a sus derechos. Los instrumentos que contemplan la garantía del derecho a la salud para la población en general se exponen a continuación:

Con la estructuración de la OEA se adoptó la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) que, en su artículo XII indica, la salud de toda persona debe ser preservada por medidas sanitarias y sociales correspondientes al nivel de vida que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

¹¹ El Estado colombiano es miembro fundador.

Posteriormente, fue aprobada la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969)¹². Establece en su artículo 5 que es un derecho de todas las personas, el respeto por su integridad física, psíquica y moral.

El artículo 26 de este instrumento, en relación con los derechos económicos, sociales y culturales indica que, los Estados parte se comprometen a adoptar providencias, a nivel interno y de cooperación internacional, en ámbitos económicos y técnicos, con el fin de lograr de manera progresiva, la plena efectividad de los derechos derivados de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la OEA, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988)¹³, establece en su artículo 10 que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute de bienestar físico, mental y social en su más alto nivel. Estipula además que, los Estados están comprometidos a reconocer la salud como un bien público, y a adoptar las siguientes medidas:

- a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

¹² Ratificada por Colombia el 31 de julio de 1973 (Ley 16 de 1972). Entró en vigor para Colombia el 18 de julio de 1978.

¹³ Ratificado por Colombia el 23 de diciembre de 1997 (Ley 1319 de 1996). Entró en vigor para Colombia el 16 de noviembre de 1999.

- b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Entre los instrumentos que reconocen el derecho a la salud especialmente dirigido a poblaciones en especial condición de vulnerabilidad y protección se encuentra la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994)¹⁴ que, en su artículo 4 indica que toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Según esta disposición, tales derechos comprenden, entre otros aspectos, el respeto por su integridad física, psíquica y moral.

¹⁴ El Estado colombiano se adhirió el 15 de noviembre de 1996 (Ley 248 de 1995). Entró en vigor para Colombia el 15 de diciembre de 1996.

A nivel jurisprudencial, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en adelante Corte IDH, estableció en el caso Comunidad indígena Yakye Axa Vs. Paraguay (2005) que, el derecho a una existencia digna y las condiciones básicas para el ejercicio de otros derechos humanos como la educación o la identidad cultural, son impactadas por las afectaciones al derecho a la salud, directamente relacionado con la alimentación y el acceso al agua limpia.

Por otro lado, en el caso Poblete Vilches y otros vs Chile (2018), la Corte IDH sostuvo que el Estado está obligado a implementar medidas positivas para proteger la vida de las personas que se encuentren bajo su jurisdicción, velando por la calidad de los servicios de salud y asegurando que los profesionales cumplan con las condiciones necesarias para proteger la vida de sus pacientes.

En el Caso Suárez Peralta vs Ecuador (2006), la Corte IDH explicó que los Estados son responsables de regular y fiscalizar permanentemente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas relacionados con salud de calidad, disuadiendo cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamientos de salud.

Por otro lado, en el caso I.V. vs. Bolivia (2016), la Corte IDH explicó que existe una intrínseca vinculación entre los derechos a la vida privada y a la integridad personal con la salud humana, resaltando además que, la falta de atención médica adecuada puede dar lugar a la vulneración al artículo 5.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Según las precisiones de la Corte, garantizar la integridad personal en la atención en salud implica para los Estados la obligación de establecer un marco normativo adecuado que

ordene estándares de calidad para las instituciones públicas o privadas y que conlleve a la prevención de cualquier amenaza de vulneración del referido derecho en tales servicios.

Debe el Estado, además, crear mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial efectivos. Explica la Corte que, el derecho a la salud abarca no solamente el acceso a servicios de atención en salud bajo criterios de accesibilidad, sino que, además, debe garantizar que cada individuo decida sobre su salud y su cuerpo, evitando padecer injerencias tales como torturas o tratamientos y experimentos médicos no consentidos (Corte IDH, 2016).

Corresponde ahora, de acuerdo con el objetivo central de esta investigación, brindar un recuento de las disposiciones e interpretaciones específicas relacionadas con el derecho a la salud de los migrantes en los Sistemas de Protección de Derechos Humanos expuestos.

2.1.3. Derecho a la salud de las personas migrantes

La Asamblea General de las Naciones Unidas (2000) exhortó a todos los Estados miembros a que, en el marco de sus respectivos ordenamientos jurídicos, promuevan y protejan eficazmente los derechos humanos de todos los migrantes, de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resaltó que condenaba todas las formas de discriminación racial y xenofobia en el acceso al empleo, la formación profesional, la vivienda, la escolaridad, los servicios sanitarios y sociales y los servicios destinados al uso público.

Igualmente, instó a los Estados miembros a examinar y revisar sus políticas de inmigración con el fin de eliminar las normas y prácticas discriminatorias contra los migrantes; también resaltó la necesidad de proteger plenamente los derechos humanos universalmente reconocidos de los migrantes, en particular de las mujeres y los niños, independientemente de su situación jurídica.

De acuerdo con el Informe del Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes (2013), todos los migrantes, sin discriminación, están protegidos por las normas internacionales de derechos humanos. Refirió que las excepciones a esta afirmación son precisas, relacionadas con el derecho a votar y ser elegido y el derecho a entrar en un país y quedarse en él, pero aclaró que, incluso en estas circunstancias, deben respetarse las garantías judiciales y las obligaciones relativas a la no devolución, al interés superior del niño y a la unidad familiar.

Resaltó entonces que, toda distinción realizada entre nacionales y migrantes debe ser proporcional y razonable y atender a un objetivo legítimo, esto porque tanto el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establecen explícitamente el origen nacional como motivo prohibido de discriminación en el disfrute de los derechos allí reconocidos. (Organización de las Naciones Unidas, 2013).

Así, todos los derechos, teniendo en cuenta las excepciones referidas, son aplicables a todos los migrantes, sin importar su condición administrativa.

Según declaraciones del Comité DESC (2017), todas las personas bajo la jurisdicción de un Estado, incluyendo a los migrantes, sin importar si se encuentran en situación irregular, deben disfrutar de los derechos contenidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

De acuerdo con lo expuesto por el Comité en cita, el referido pacto, en el párrafo 1 del artículo 2 establece que, los derechos allí reconocidos pueden hacerse efectivos de manera progresiva, hasta el máximo de los recursos de que disponga cada Estado. Ahora bien, esto no quiere decir que los Estados tengan la posibilidad de aplazar de manera indefinida la adopción de las medidas para garantizar los derechos de las personas sujetas a su jurisdicción. Es importante resaltar que, las medidas a las que se hace referencia, no pueden ser generadoras de discriminación.

Lo anterior quiere decir que, toda distinción, exclusión, restricción, preferencia u otro trato diferente basado en la nacionalidad o en la condición jurídica de una persona, además de estar ajustado a la ley, debe responder a un objetivo legítimo, siendo proporcional al fin perseguido.

En específico, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, el Comité DESC recuerda que los Estados tienen la obligación de garantizar que todas las personas, incluidos los migrantes, tengan igualdad de acceso a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos, sin tener en cuenta su condición jurídica o su documentación.

A través de la Resolución 61.17, la Organización Mundial de la Salud (2008) instó a los Estados miembros, entre otras cosas, a promover políticas de salud que tengan en cuenta a los migrantes; a fomentar un acceso equitativo de estos a la promoción de la salud, a la prevención de enfermedades y a la atención sanitaria; a establecer sistemas de información sanitaria para evaluar y analizar las tendencias de la salud de los migrantes y a promover la cooperación bilateral y multilateral en materia de salud de los migrantes entre los países afectados por el conjunto del proceso migratorio.

La Organización Internacional para las Migraciones, en adelante OIM¹⁵ ha referido, a partir de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos ya señalados, que la responsabilidad de los Estados en relación con la no discriminación incluye asegurar la igualdad de oportunidades en el disfrute de los derechos. Indica que los Estados están en la obligación de vigilar los efectos de las políticas, programas y medidas relacionadas con la salud pública, garantizando el disfrute pleno de los derechos humanos. (OIM, 2013).

Acogiendo lo expuesto por el Comité DESC en Observación General No. 14 del año 2000, ya referida, la OIM entiende que el ejercicio de otros derechos depende directamente del derecho a la salud, así como el disfrute pleno de éste, está determinado por la existencia de un mínimo de garantías como: el derecho a una alimentación adecuada, el derecho a una

¹⁵ Creada en 1951 como una organización intergubernamental en el ámbito de la migración. En el mes de julio del año 2016, a través de Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se convirtió en parte del Sistema de Naciones Unidas.

vivienda adecuada, el derecho al trabajo, el derecho a la seguridad social, el derecho a la vida familiar, el derecho a buscar y el derecho a recibir y difundir información (OIM, 2013).

Ahora bien, tratándose del Sistema Interamericano, la Corte IDH en el caso *Personas Dominicanas y Haitianas Expulsadas vs República Dominicana* (2014) recordó que el artículo 1.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece la obligación de respeto y garantía de los derechos y libertades allí reconocidas sin discriminación alguna. Indicó, además que, el principio de igualdad ante la Ley y la no discriminación es una obligación de los Estados, independientemente del estatus migratorio de una persona en un Estado.

A través de Opinión Consultiva No. 18, la referida Corte (2003) indicó que el respeto y la garantía del principio de igualdad y no discriminación por un Estado, no depende de la situación regular de una persona, pues tal prerrogativa debe garantizarse a todas las personas que se encuentren en el territorio.

Así, los Estados no pueden tolerar situaciones discriminatorias en perjuicio de los migrantes. Aunque el Estado pueda otorgar un trato distinto a los migrantes documentados con respecto a los indocumentados, o entre migrantes y nacionales, este debe responder a criterios de razonabilidad, objetividad, proporcionalidad, y no afectación de los derechos humanos.

Mediante Opinión Consultiva No. 21, la Corte IDH (2014) recordó que existe una vinculación directa e inmediata entre la atención a la salud y los derechos a la vida y a la integridad personal. Explicó que, la devolución o expulsión de personas podría considerarse

violatoria de derechos humanos si tales acciones significan afectación o deterioro grave de su salud.

Habiendo determinado los lineamientos internacionales relacionados con el objeto de esta investigación, se hace necesario ahora exponer cuáles han sido las herramientas normativas dictaminadas por el Estado colombiano, en relación con el derecho a la salud de las personas migrantes.

2.2. Normatividad Nacional

La Constitución Política en su artículo 1 establece, entre otros aspectos, que Colombia es un Estado social de derecho, democrático, participativo y pluralista, fundado en el respeto de la dignidad humana y la solidaridad. Luego, en su artículo 13 indica que, todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, por lo que tienen derecho a recibir la misma protección y trato de las autoridades, así como a gozar de los mismos derechos, libertades y oportunidades.

La anterior prerrogativa, además, se garantiza sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. Se entiende que, a partir de esta disposición, se genera la obligación del Estado de promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva, y de adoptar medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

En relación con el derecho a la salud, el artículo 49 contempla que, la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, siendo deber de este garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. De acuerdo

con las estipulaciones de la Carta Fundamental, la prestación del servicio a la salud debe realizarse bajo principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Ahora bien, frente a los extranjeros, el Estado colombiano reconoce que gozan de los mismos derechos civiles que se conceden a los colombianos, sin embargo, la ley puede, por razones de orden público, subordinar a condiciones especiales o negar el ejercicio de determinados derechos civiles a los extranjeros. Esto, de acuerdo con el artículo 100 de la Constitución, que contempla que los extranjeros gozarán en el territorio colombiano de las garantías concedidas a los nacionales, salvo las limitaciones establecidas por la Constitución o la ley.

A través de la Ley 10 de 1990, se reorganizó el Sistema Nacional de Salud Colombiano, reiterándose que el servicio de salud corresponde a un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en todos los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas.

Según el artículo 3 de la referida Ley, entre los principios básicos por los cuales se rige la prestación del servicio de salud está la universalidad, refiriéndose a que todos los habitantes del territorio nacional tienen derecho a recibir la prestación de servicios de salud.

Mediante la Ley 100 de 1993 se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, entendido como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que proporcionan la cobertura integral de las situaciones que afectan la salud de los habitantes del territorio nacional. Este Sistema se rige por principios consagrados en el artículo 2, entre los que se

encuentra la universalidad, entendida como la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

De acuerdo con esta normatividad, el Estado garantiza a todos los habitantes del territorio, el derecho irrenunciable a la seguridad social (Ley 100, 1993, art.3). Establece además que, todos los habitantes en Colombia deben estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo al pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio financiado con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.

Es importante resaltar que, tratándose de atención de urgencias, el artículo 168 de esta Ley indica que la atención inicial de urgencias debe ser prestado, obligatoriamente, por todas las entidades que presten servicios de salud, a todas las personas, sin importar si son entidades de carácter público o privado y sin tener en cuenta la capacidad de pago. Esta disposición fue reiterada por el artículo 67 de la Ley 715 de 2001.

La Ley 1438 de 2011 establece en su artículo 32 que todos los residentes en el territorio colombiano deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social, estando el Estado obligado a desarrollar mecanismos para garantizar su afiliación.

Esta normatividad dispone que, cuando una persona no afiliada requiera atención en salud, se pueden presentar dos escenarios: Si tiene capacidad de pago, cubrirá los costos respectivos y se establecerá contacto con la Entidad Promotora de Salud EPS del régimen contributivo de su preferencia. Ahora bien, si la persona indica que no cuenta con la capacidad de pago, debe ser atendida obligatoriamente.

Para esta persona se realizará afiliación inicialmente en una EPS del régimen subsidiado, entidad que deberá verificar en un plazo no mayor a ocho (días) si la persona es elegible para el subsidio en salud, de no serlo, deberá pagar los costos de los servicios prestados, cancelándose además la afiliación referida.

Por otro lado, la Ley 1751 de 2015 indica en su artículo 6 que entre los elementos esenciales del derecho a la salud se encuentra la accesibilidad, que hace referencia a que el servicio de salud debe ser accesible a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las particularidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. Según esta normatividad, la accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

Habiendo delimitado los instrumentos legislativos relacionados con el derecho a la salud, es importante ahora exponer su definición. Para este propósito, es pertinente mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia T-760 de 2008, haciendo referencia a la jurisprudencia constitucional, explicó que la salud es un estado susceptible de diversas afectaciones que inciden en la vida del individuo. Indicó la Corte:

Siguiendo a la OMS, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es ‘un estado completo de bienestar físico, mental y social’ dentro del nivel posible de salud para una persona. En términos del bloque de constitucionalidad, el derecho a la salud comprende el derecho al nivel más alto de salud posible, el cual se alcanza de manera progresiva. (Corte Constitucional, 2008).

A partir de su análisis estableció que, para que una persona pueda acceder a los servicios de salud, el Estado colombiano, por mandato constitucional, debe cumplir las obligaciones de: organizar; dirigir; regular la prestación de los servicios de salud; establecer las políticas para la prestación de los servicios por parte de entidades privadas; ejercer vigilancia y control; establecer competencias de la Nación, entidades territoriales y particulares; y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la Ley. (Corte Constitucional, 2008).

Ahora bien, tal como se expuso en el capítulo 1, el Estado colombiano ha sido receptor de un amplio flujo migratorio proveniente de Venezuela, circunstancias que dieron lugar a la definición de reglamentación que permitiera desarrollar programas y políticas respetuosas de los derechos humanos de la población migrante, y que brindara lineamientos frente a la prestación de éstos. La referida reglamentación, se precisa a continuación.

2.2.1. Derecho a la salud de los migrantes en Colombia.

La exposición de la reglamentación aplicable al derecho a la salud de migrantes en el territorio colombiano hace necesario realizar precisiones acerca su estatus de permanencia. En relación con tal aspecto, se menciona:

Según lo expuesto en el documento CONPES 3950 Estrategia para la Atención de la Migración desde Venezuela (2018), en el año 2017 se desarrollaron acciones dirigidas a regular el cruce por los puestos de control migratorio de los habitantes en zonas próximas a la frontera con Venezuela. A partir de tales actividades, se creó la Tarjeta de Movilidad

Fronteriza, documento que autorizaba al portador, el ingreso a Colombia por los Puestos De Control Migratorio y permanecer en territorio colombiano hasta por 7 días en las zonas delimitadas. Según se expone en el referido documento, se aprobaron un total de 1.624.915 tarjetas.

A partir de la intención de permanencia de las personas, superando estos 7 días, el Ministerio de Relaciones Exteriores, a través de Resolución 5797 de 2017, creó un Permiso Especial de Permanencia PEP, otorgado a las personas ciudadanas venezolanas que cumplieran con los siguientes requisitos: i. Estar en el territorio colombiano el 28 de julio de 2017, fecha de publicación de la Resolución; ii. Haber ingresado al territorio colombiano a través de Puesto de Control Migratorio habilitado, con pasaporte; iii. No tener antecedentes judiciales a nivel nacional e internacional y iv. No tener medida de expulsión o deportación vigente.

Según lo dispuesto en el artículo 5 de esta Resolución, el PEP debía ser presentado, junto con el pasaporte o el documento nacional de identidad, a las autoridades colombianas, y serviría como identificación de los nacionales venezolanos en el territorio nacional.

A partir de tal disposición, el Ministerio de Salud y Protección Social, el 18 de agosto de 2017, expidió la Resolución No. 3015, por medio de la cual se incluyó el Permiso Especial de Permanencia PEP como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social.

Posteriormente, a través de la Circular 25 de 2017, el Ministerio en mención, impartió instrucciones para el fortalecimiento de acciones en salud pública orientadas a brindar

respuesta a la situación de migración de población proveniente de Venezuela. Instó a los entes territoriales a definir planes de acción y a activar rutas intersectoriales de atención, con énfasis en los grupos más vulnerables y sujetos de protección especial.

En relación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, recordó la importancia de garantizar la atención de urgencias a la población migrante, incluyendo los casos de violencia sexual.

Indicó, además, la necesidad de promover y apoyar los procesos de desarrollo de capacidades y sensibilizaciones del recurso humano en salud con relación a la condición de la población migrante y sus derechos, especialmente en lo relacionado con salud mental, derechos sexuales y reproductivos, atención a gestantes, niños, niñas y adolescentes, prevención de enfermedades infecciosas y brotes, alteración de patologías crónicas, entre otros. De la misma manera, resaltó la importancia de promover procesos de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud a la población migrante.

A través de Decreto No. 1288 de 2018, se aclaró que el PEP es un documento válido de identificación de los nacionales venezolanos en territorio colombiano, que permite a estos la permanencia temporal regular y acceder a la oferta institucional en salud, educación, trabajo y atención de niños, niñas, adolescentes en los niveles nacional, departamental y municipal.

Teniendo en cuenta las disposiciones del Gobierno Nacional y la ampliación del flujo migratorio proveniente de Venezuela, el Ministerio de Relaciones Exteriores, a través de

diversas Resoluciones, extendió los plazos establecidos para el otorgamiento del Permiso Especial de Permanencia. Las referidas Resoluciones fueron:

La Resolución No. 740 de 2018 en su artículo 1 indicó que, los nacionales venezolanos que, además de cumplir con los requisitos de la Resolución 5797 de 2017, se encontraran en territorio colombiano al 2 de febrero de 2018, podrían acceder al PEP. Posteriormente, expidió Resolución No. 10677 del año 2018, ampliando nuevamente el plazo referido a 17 de diciembre de 2018.

El 28 de mayo de 2019, el Ministerio en cita expidió la Resolución 2634 de 2019 estableció el procedimiento para la renovación del PEP por el término de dos años, posteriormente ampliado por la Resolución 6667 de 2019.

A través de Resolución No. 3548 de 2019, el Ministerio de Relaciones Exteriores creó el Permiso Especial de Permanencia para los nacionales venezolanos que, estando en territorio colombiano, cumplieran entre otros requisitos: i. Haber solicitado el reconocimiento de la condición de refugiado en Colombia, entre el 19 de agosto de 2015 y el 31 de diciembre de 2018; ii. Que el acto administrativo en el que fue rechazada su solicitud o no reconocida su condición de refugiado, estuviera en el marco de lo contemplado en los artículos 2.2.3.1.1.1, 2.2.3.1.6.3., 2.2.3.1.6.8., y 2.2.3.1.6.9. del Decreto 1067 de 2015.

De lo expuesto puede entenderse que, las personas en situación de migración que cuenten con el Permiso Especial de Permanencia pueden acceder a al Sistema General de

Seguridad Social. Según lo establecido por la Ley 100 de 1993, existen dos formas de afiliación a dicho sistema: régimen contributivo y régimen subsidiado¹⁶.

Las personas afiliadas al régimen contributivo son aquellas que están vinculadas a través de contrato laboral, servidores públicos, pensionados y trabajadores independientes con capacidad de pago. Por el contrario, las personas afiliadas al régimen subsidiado son personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización.

De acuerdo con tal disposición, la población más vulnerable del país, en áreas urbanas o rurales, son subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social. Dentro de este grupo, tienen especial importancia las mujeres gestantes, las mujeres cabeza de familia, los niños y niñas menores de un año, los menores de edad en situación irregular, las personas mayores de 65 años, las personas en condición de discapacidad, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores independientes, artistas, deportistas, periodistas independientes, y personas sin empleo, entre otras personas sin capacidad de pago.

Según lo expuesto en el Documento CONPES citado, a septiembre de 2018 había 35.548 migrantes desde Venezuela afiliados al régimen contributivo y 7.589 al régimen subsidiado. Según el análisis realizado, solo el 3% de la población migrante, del total estimado para el año 2018, y sólo el 5% de la población regular, se encontraba asegurada.

A partir de lo expuesto en el referido documento, los costos de la atención en salud relacionados con población no asegurada son superiores a los costos cuando se accede por vía de aseguramiento, eso porque no se contaría con la distribución del riesgo de salud entre

¹⁶ Artículo 157

un grupo de afiliados, sino que se accedería a los servicios por evento, vía prestación de servicios, se asume individualmente el costo de cada atención.

Ahora bien, en relación con las personas en situación de migración con estatus irregular en territorio colombiano sin recursos económicos suficientes, el Estado debe garantizar la atención básica en salud, prevenir casos de urgencias y asegurar la atención de los que necesariamente se transformen en casos urgentes. Esto, de acuerdo con lo establecido por la Corte Constitucional en Sentencia SU-677 de 2017. En dicho pronunciamiento la Corte expone:

Los extranjeros con permanencia irregular en el territorio nacional tienen derecho a recibir atención básica y de urgencias con cargo al régimen subsidiado, cuando carezcan de recursos económicos, en virtud de la protección de sus derechos a la vida digna y a la integridad física. (Corte Constitucional, SU-677, 2017).

En similar sentido, la Corte Constitucional expuso en Sentencia T-074 de 2019 que, de acuerdo con las disposiciones de la Ley 1751 de 2015, cualquier persona que se encuentre en el territorio colombiano, sin importar si es nacional o no, tiene derecho a recibir atención de urgencias, de manera oportuna y sin la exigencia de pago o autorización administrativa alguna.

Por último, es importante mencionar que, el Gobierno Nacional resaltó en el documento CONPES citado que, ha desarrollado diversos esfuerzos para brindar atención a la población migrante venezolana, entre los que se resaltan la atención universal de urgencias

y atención de partos, y la flexibilización de requisitos de documentación. Reconoció la necesidad de establecer una política que permitiera el desarrollo de una Ruta para la atención de esta población en el mediano plazo, fortaleciendo la capacidad de respuesta del Estado a nivel nacional y territorial.

Precisamente, indicó que el documento CONPES era la materialización, en un plazo de tres años, de la búsqueda del establecimiento de estrategias de atención en salud, educación, trabajo, vivienda y seguridad, articuladas por la institucionalidad existente, definiendo nuevas instancias para la atención de la población migrante venezolana. A través de tal herramienta, se definieron acciones a 2021 por un costo aproximado de 422.779.000 de pesos.

El Gobierno Nacional planteó el desarrollo de estrategias dirigidas a mejorar la atención en salud de las personas venezolanas en situación de migración a través de tres líneas de acción: la primera dirigida a la identificación de las necesidades de oferta para la prestación de los servicios de salud en los territorios afectados por el fenómeno migratorio; la segunda orientada a brindar asistencia técnica que permita el aumento de afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social de las personas migrantes desde Venezuela y a realizar seguimiento a las atenciones realizadas a personas migrantes irregulares; y la tercera dirigida a mejorar la capacidad de respuesta en materia de salud pública en los territorios y comunidades de acogida.

De acuerdo con el análisis realizado en el documento CONPES, la ciudad de Bogotá está catalogada como un área de influencia caracterizada por ser atractiva para el

asentamiento de los migrantes venezolanos, independientemente de su estatus migratorio. Se explica que, aunque cuenta con mayor capacidad institucional, enfrenta retos como el déficit habitacional, la informalidad laboral y el aumento en los cupos e instalaciones escolares. La situación particular de la ciudad capital, así como las estrategias implementadas por el Gobierno Distrital para la prestación de servicios de salud a población migrante venezolana, se exponen a continuación.

Capítulo III: Derecho a la salud de la población migrante venezolana en Bogotá

De acuerdo con el objetivo central de esta investigación, es necesario ahora realizar una aproximación a la prestación del derecho a la salud en el Distrito Capital. Este capítulo abordará una explicación general relacionada con la normatividad que contempla la prestación de los servicios de salud en la ciudad; posteriormente, se realizará una exposición acerca de la realidad del derecho a la salud a la población migrante en Bogotá y finalmente se analizará si la atención y prestación de los servicios de salud a esta población están acordes con los lineamientos normativos y jurisprudenciales expuestos.

3.1. Derecho a la salud en la ciudad.

El Acuerdo 257 de 2006 aprobado por el Concejo de Bogotá D.C., dicta la organización, estructura y funcionamiento de la Administración Distrital. Fue posteriormente modificado por los Acuerdos 637, 638 y 641 de 2016. En su artículo 45 contempla que, entre los sectores que integran la Administración Distrital está el Sector Salud, sector que tiene como misión, según el artículo 83: dirigir, planear, coordinar y ejecutar las políticas que promuevan el mejoramiento de la salud de la ciudadanía, a través de acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y la dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De acuerdo con la normatividad en cita, la Secretaría Distrital de Salud tiene entre sus funciones, liderar el sector referido, orientando y guiando la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias dirigidas a la garantía del derecho a la salud de los habitantes de Bogotá D.C. (Acuerdo 257, 2006).

El sector salud tiene como Entidades adscritas al Fondo Financiero Distrital de Salud y a veintidós Hospitales públicos, cuya naturaleza es de Empresas Sociales del Estado. Los Hospitales a los que se refiere el artículo 84 son: Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E.; Hospital La Victoria III Nivel E.S.E.; Hospital Tunal III Nivel E.S.E.; Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.; Hospital Santa Clara III Nivel E.S.E.; Hospital San Blas II Nivel E.S.E.; Hospital Meissen II Nivel E.S.E.; Hospital Bosa II Nivel E.S.E.; Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E.; Hospital Engativá II Nivel E.S.E.; Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E.; Hospital Fontibón II Nivel E.S.E.; Hospital Suba I Nivel E.S.E.; Hospital Usaquén I Nivel E.S.E.; Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.; Hospital Nazaret I Nivel E.S.E.; Hospital Usme I Nivel E.S.E.; Hospital San Cristóbal I Nivel E.S.E.; Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E.; Hospital del Sur I Nivel E.S.E.; Hospital Chapinero I Nivel E.S.E. y Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel E.S.E. (Acuerdo 257, 2006, art. 84).

Posteriormente, a través del Acuerdo 641 de 2016 se reorganizó el Sector Salud de Bogotá D.C., determinando la fusión y creación de algunas Entidades. A partir de este Acuerdo, la oferta pública de la prestación de servicios de salud en el Distrito está organizada en una Red Integrada de Servicios de Salud, estructurada en cuatro Empresas Sociales del Estado, resultantes de la fusión de los Hospitales citados. El artículo 2 de esta normatividad, determinó la fusión de las Empresas Sociales del Estado referidas, así:

- a. Los Hospitales Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal se fusionaron en la Empresa Social del Estado denominada “*Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.*”

- b. Los Hospitales de Pablo VI, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy, se fusionaron en la Empresa Social del Estado denominada “*Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E*”
- c. Los Hospitales de Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar, se fusionaron en la Empresa Social del Estado denominada “*Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E*”
- d. Los Hospitales de Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara, se fusionaron en la Empresa Social del Estado denominada “*Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E*”

Se determinó que, cada una de estas subredes contaría con una central de urgencias, de conformidad con las necesidades de la población, la demanda de servicios y la accesibilidad geográfica (Acuerdo 641, 2016. Art. 2).

Es importante aclarar que, el Sistema General de Seguridad Social en Salud cuenta, como ya se explicó, con dos regímenes de afiliación: el régimen contributivo y el régimen subsidiado. De acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud y la Protección Social (2016), al régimen contributivo deben estar afiliadas como cotizantes, los nacionales o extranjeros con residencia en Colombia, que cuenten con vínculo laboral, privado o público; las personas pensionadas; los trabajadores independientes y demás personas que cuenten con ingresos mensuales iguales o superiores a un (01) salario mínimo mensual legal vigente. En este régimen, las personas cuentan con la posibilidad de escoger a cuál Entidad Prestadora de Salud desea afiliarse.

Ahora bien, según lo ha establecido el Ministerio en mención, al régimen subsidiado deben estar afiliadas las personas que estén clasificadas como niveles 1 y 2 de la encuesta SISBEN, y las poblaciones especiales prioritarias entre las que se encuentran: niños, niñas y adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas, personas mayores en centros de protección, personas desmovilizadas, víctimas del conflicto armado, población gitana, población migrante de Venezuela, entre otras.

Es importante aclarar que la referida encuesta corresponde al Sistema de Clasificación Socioeconómica, a cargo de la Secretaría Distrital de Planeación para el caso de Bogotá D.C. La aplicación de esta encuesta permite, a través de un puntaje, clasificar a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas; permite la identificación de la población que se encuentra en situación de pobreza y vulnerabilidad para así focalizar la inversión social (Departamento Nacional de Planeación, s.f.).

Se tiene entonces que, si la persona pertenece a alguna de las poblaciones especiales prioritarias, puede afiliarse al régimen contributivo, en el que se verificará que la persona se encuentre en el listado censal correspondiente. Para el caso de la población migrante venezolana, la entidad encargada de verificar los registros censales es la Secretaría Distrital de Salud. De no ser parte de las poblaciones especiales prioritarias, debe cumplir con el trámite de la encuesta SISBEN, y una vez cuente con el puntaje que le clasifique en niveles 1 o 2, afiliarse a la EPS del régimen subsidiado, de su preferencia. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Los dos regímenes descritos permiten la afiliación de la persona cotizante o cabeza de familia y su núcleo familiar, que será tenido como beneficiario. Pueden ser beneficiarios: el o cónyuge, compañero permanente; los hijos o los de su cónyuge o compañero permanente, menores de 25 años y con dependencia económica del titular; los hijos o los de su cónyuge o compañero permanente, que tengan incapacidad permanente y dependen económicamente del titular; los nietos, siempre que el padre o la madre tengan la condición de beneficiario; los hijos menores de 25 años y los hijos con incapacidad permanente de cualquier edad que, por ausencia de sus padres por fallecimiento o pérdida de la patria potestad, se encuentren hasta en tercer grado de consanguinidad con el titular, y dependan económicamente de este; los menores de 18 años entregados en custodia legal. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Habiendo relacionado las generalidades del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud en Bogotá, tal como se explicó al inicio de este capítulo, será necesario identificar cómo se garantiza el derecho a la salud para la población migrante venezolana en la ciudad, y determinar si existen rutas o mecanismos definidos para tal fin.

3.2. Derecho a la salud de la población migrante venezolana, en Bogotá D.C.

En el año 2018, quien fuera el alcalde de Bogotá, Enrique Peñalosa, anunció la creación de la Gerencia de Venezuela como parte de la estructura de la Secretaría Distrital de Integración Social. Esta gerencia surgió con el objetivo de desarrollar alianzas y

articulaciones entre las entidades del orden distrital y el sector privado. (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f.).

En el mes de diciembre del año 2019, la Alcaldía Mayor de Bogotá resaltó ser la única ciudad colombiana que contaba con una *Ruta de Atención al Migrante*. Según lo explicó en su página web, esta Ruta está compuesta por el SuperCADE Social, el Centro Integral de Atención al Migrante, el Centro de Acogida La Maloka y el Centro Abrazar para niños en condición de mendicidad. (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f.).

El SuperCADE Social era un espacio ubicado en la Terminal de Transporte del Salitre, al occidente de la ciudad, inaugurado en el año 2018, que contaba con la presencia de diez entidades y organizaciones que brindan información, asesoría, acompañamiento y asistencia humanitaria a la población migrante. Tales servicios son prestados por: La Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá; la Secretaría Distrital de Integración Social; la Secretaría Distrital de la Mujer; la Secretaría Distrital de Gobierno; la Registraduría Nacional del Estado Civil; Migración Colombia; la Cruz Roja Colombiana; la Agencia de la ONU para los Refugiados ACNUR; la Organización Internacional para las Migraciones OIM; la Fundación de Atención al Migrante y la Arquidiócesis de Bogotá. (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f.).

El Centro de Atención al Migrante fue creado por la Secretaría Distrital de Integración Social en el año 2018, ofreciendo servicios como: orientación jurídica relacionada con migración, procesos de restablecimiento de derechos y atención psicosocial. Este Centro cuenta con la participación de la organización Acción contra el Hambre, la Fundación PLAN,

la Cruz Roja Colombiana y la Corporación Minuto de Dios. Éstas, brindan valoración nutricional a niños y niñas menores de 5 años y a mujeres gestantes, y atención psicosocial. (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f.)

En el mismo año y por la misma Secretaría, fue creado el Centro de Acogida La Maloka como un servicio de acogida temporal. En este espacio se ofrecía servicio de albergue transitorio por un máximo de 4 noches - 5 días, ayuda humanitaria y orientación psicosocial. Por último, en el año 2019 fue creado el Centro Abrazar como espacio de atención transitoria a niños y niñas en situación de migración, provenientes de Venezuela, en condición de mendicidad. (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f.)

En este mismo año, la Administración Distrital expidió la Circular Conjunta 001, en la que insta a las Entidades del orden distrital que prestan servicios a población migrante de nacionalidad venezolana a contar con sistemas de información que permitan la caracterización adecuada de la población a nivel socioeconómico, información necesaria para la presentación de informes sobre los servicios ofertados. Procura, además, generar estrategias de atención que prioricen a los niños, niñas y adolescentes, personas mayores y personas gestantes, de acuerdo con la capacidad presupuestal de cada Entidad. (Circular 001, 2018).

En relación con la atención en salud, la Alcaldía Mayor de Bogotá en el año 2017 anunció el lanzamiento del Plan de Atención a Inmigrantes Venezolanos, teniendo como objetivo brindar atención médica a esta población. Según se indicó por parte de la Alcaldía, se prestaría el servicio de atención de urgencias en todas las unidades de servicios de la red

pública, siempre que la población migrante que demandara este servicio tuviera legalizada su situación con Migración Colombia. Se incluirían también acciones de promoción y prevención, información sobre derechos en salud, acceso al esquema de vacunación para menores de 6 años, adolescentes, mujeres en edad fértil, mujeres gestantes y personas mayores de 60 años. (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f.)

Posteriormente, a través de la Resolución 0028 de 2019, la Secretaría Distrital de Salud emitió lineamientos en relación con la atención y prestación de servicios de salud a población migrante venezolana por parte de cooperantes. Estos lineamientos fueron dirigidos a las IPS, organizaciones religiosas, sociales, educativas, donantes, etc. (Resolución 0028, 2019)

De acuerdo con el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio del Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.), la prestación de los servicios de salud para la población migrante se brinda de acuerdo con su estatus. Las personas migrantes con Permiso Especial de Permanencia PEP pueden afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud; de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas, podrán escoger régimen subsidiado o régimen contributivo.

Las personas de nacionalidad venezolana en situación migratoria pendular, es decir, aquellos que portan la Tarjeta de Movilidad Fronteriza TMF, en caso de presentar situaciones de urgencias, serán atendidos por IPS públicas o privadas. Los costos que no sean clasificados como urgencias, deben ser asumidos por el paciente. Por otro lado, para las personas migrantes en situación irregular, es decir, aquellas que no cumplen con los requisitos exigidos

por la autoridad migratoria, se garantiza la atención inicial de urgencias. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.)

El Decreto 1288 de 2018, en su artículo 7 explica la oferta institucional a las personas migrantes venezolanas que se encuentran inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos¹⁷. Establece que tienen derecho a la atención de urgencias, las acciones en salud pública y a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Decreto 1288, 2018)

El Decreto 780 de 2016, en principio contemplaba que la atención de urgencias busca preservar la vida y prevenir consecuencias críticas, permanentes o futuras, a través de tecnologías enfocadas en la atención a personas que presenten alteraciones en su integridad física, funcional o mental, sin importar su causa o su grado de severidad, que comprometan su vida o funcionalidad (Decreto 780, 2016. Art. 2.9.2.6.1.2). Por otro lado, la atención inicial de urgencias es el conjunto de acciones realizadas a una persona que requiere atención médica en servicio de urgencias, teniendo como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención; comprende la estabilización de sus signos vitales, la realización de un diagnóstico de impresión y la definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia. (Decreto 780, 2016. Art. 2.9.2.6.1.2).

¹⁷ Es un proceso, a cargo de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, que tiene como objetivo recaudar información sobre la migración de ciudadanos venezolanos a Colombia. No otorga ningún tipo de estatus migratorio ni constituye autorización de permanencia o regularización. Fue realizado entre el 6 de abril y el 8 de junio de 2018, habilitándose puntos de registro en municipios fronterizos y en los que presentan mayor número de migrantes. Deben registrarse los migrantes venezolanos que no cuenten con cédula de extranjería, permiso de ingreso y permanencia o permiso especial de permanencia.

Luego, fue modificado por el Decreto 866 de 2017 que en su artículo 1 indica que las atenciones iniciales de urgencia comprenden, además, la atención de urgencias. Este mismo artículo establece un mecanismo a través del cual el Ministerio de Salud y Protección Social pone a disposición de las entidades territoriales, recursos excedentes para el pago de las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos, siempre que concurren las siguientes condiciones: i) Que corresponda a una atención inicial de urgencias; ii) que la persona que recibe la atención no tenga subsidio en salud (Ley 1438 de 2011 artículo 32) ni cuente con 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. (Decreto 866, 2017).

De acuerdo con lo informado por la Secretaría Distrital de Salud, a través del radicado 2020EEE34841, en Bogotá D.C. se garantiza la atención en salud a migrantes de países fronterizos, a través del Plan de Intervenciones Colectivas y atenciones de urgencias en las subredes distritales de salud. Explica que, la persona extranjera que requiera atención en salud por urgencias, categoría que incluye a migrantes venezolanos, deberá consultar en cualquier punto de atención de las subredes distritales y solicitar atención por urgencias, allí se identificará, se realizará la verificación de su condición migratoria y se brindará atención posterior a la realización del triage. Según informó la referida Secretaría:

Los migrantes de países fronterizos, entre ellos, los migrantes de nacionalidad venezolana, de acuerdo con la normatividad vigente, pueden demandar servicios de salud

de urgencias en las cuatro subredes integrales de servicios de salud (Secretaría Distrital de Salud, 2020).

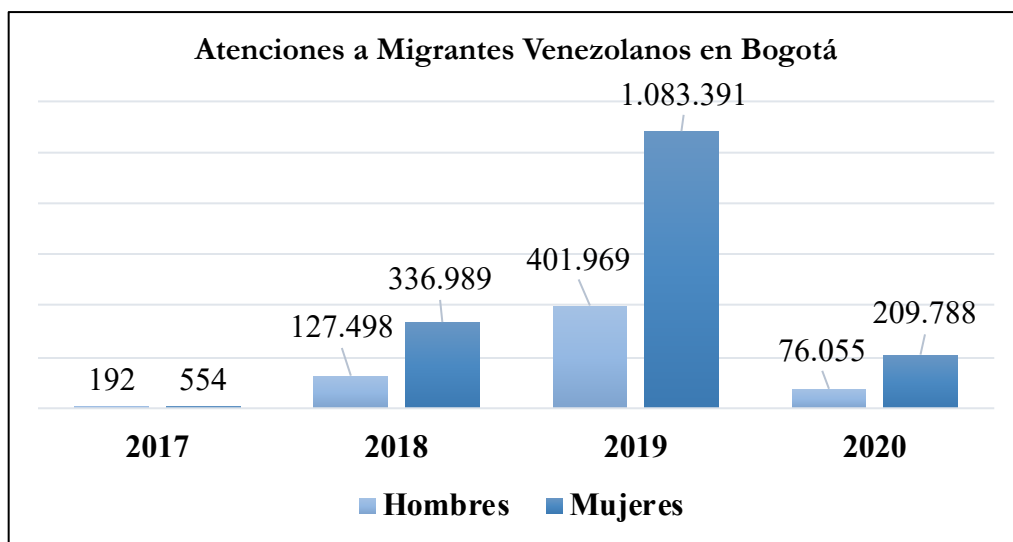
De acuerdo con la información aportada por la Secretaría en cita, entre el año 2017 y el año 2019, fueron brindadas 1.950.593 atenciones a población identificada como migrante venezolana. Es importante destacar que, el año en el que se registró mayor número de atenciones en salud fue el 2019 con 1.485.360 dirigidas a 23.004 hombres y 443.733 mujeres. El año 2018 registró 464.487 atenciones a 7.241 hombres y 16.146 mujeres. Finalmente, en el año 2017 se registraron 746 atenciones a 24 hombres y 56 mujeres. (Secretaría Distrital de Salud, 2020)

Se aclara que, la información reportada por la Secretaría Distrital de Salud se refiere a atenciones realizadas por la Red Pública, por instituciones privadas que cobran atenciones al ente territorial, e interrupciones voluntarias del embarazo; correspondientes a consultas, procedimientos, urgencias, hospitalizaciones, otros servicios y medicamentos. (Secretaría Distrital de Salud, 2020)

Según informó la Secretaría en cita, antes del año 2017 no contaba con la variable “nacionalidad de nacimiento” en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud; esta caracterización fue implementada por la Circular No. 000029 del 16 de agosto de 2017, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Según se explica, la notificación de aplicabilidad de esta variable fue dada a las Instituciones Prestadoras de Salud IPS de Bogotá D.C. el 01 de noviembre de 2017, sin embargo, fue estabilizada hasta el 01 de enero de 2018. (Secretaría Distrital de Salud, 2020)

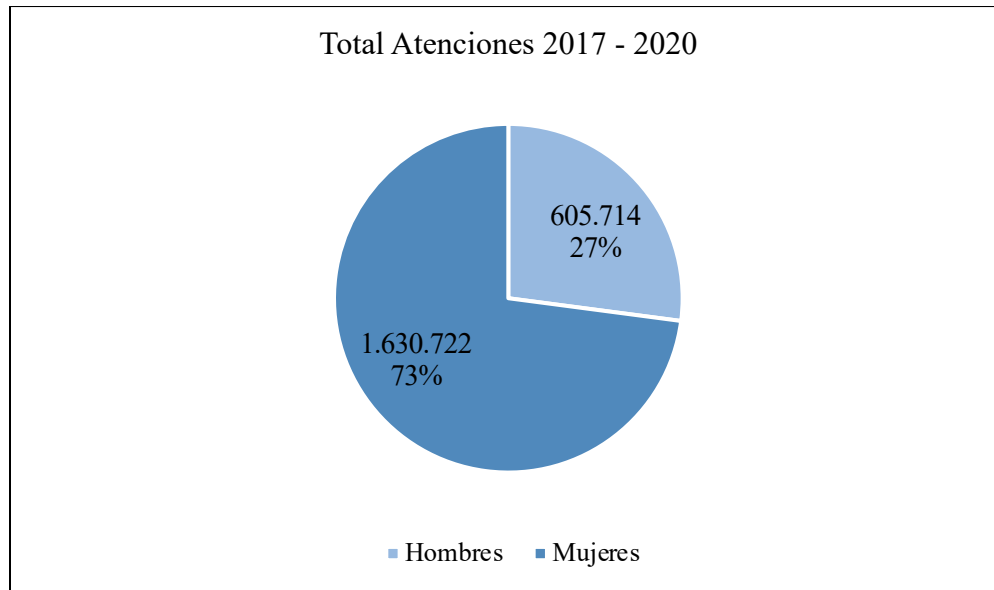
Ahora bien, de acuerdo con los datos aportados por la Secretaría (2020), entre los años 2017 y 2019, de la población migrante venezolana que acudió a servicios de salud, la población joven fue la que en mayor medida recibió atenciones en salud, seguidas por la población adulta y los menores de 5 años. Asimismo, se reporta que las localidades de Bogotá D.C. en las que mayor número de atenciones se brindaron, fueron Antonio Nariño, Kennedy y San Cristóbal por parte de la red adscrita y, Barrios Unidos, Chapinero y Usaquén por la red no adscrita. Se presentan los siguientes gráficos, de acuerdo con las cifras aportadas por la Entidad mencionada:

Gráfico No. 1. Atención a migrantes venezolanos en Bogotá



Elaboración propia. Fuente: Radicado 2020EEE34841 Secretaría Distrital de Salud.

Gráfico No. 2. Atención a migrantes venezolanos en Bogotá



Elaboración propia. Fuente: Radicado 2020EEE34841 Secretaría Distrital de Salud.

Ahora bien, según lo informado por la Personería de Bogotá, a través de radicado 2020EE281612 (2020), como resultado de un trabajo conjunto de investigación, surgió el *Informe sobre la Situación de las Personas provenientes de Venezuela en Bogotá D.C.* En este proyecto, se pretendió recabar información acerca de las realidades enfrentadas por la población venezolana en la ciudad, específicamente en el período comprendido entre febrero de 2018 y septiembre de 2019. Lo plasmado en este documento, según se indica en este, pese a no poder ser considerado representativo frente al total de la población migrante en Bogotá, permitió a la Personería elaborar un diagnóstico aproximativo sobre la situación de la referida población.

De acuerdo con su informe, la Ruta de Atención en Salud para la población migrante venezolana en Bogotá, corresponde a la Secretaría Distrital de Salud; informa que la Personería de Bogotá brinda orientación en sus puntos de atención, específicamente a través del Centro de Atención a la Comunidad; de las Personerías Locales; de la Asistencia Jurídica al Ciudadano; de la Línea 123; y de la Personería Delegada para la Defensa de los Derechos Humanos. (Personería de Bogotá, 2020)

Refiere que, todas las personas en situación de migración en Bogotá, sin importar si cuentan con estatus regular o irregular, pueden acceder a servicios de urgencias en los hospitales de la Red Distrital, y a vacunación en el marco del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. Resalta que las personas gestantes y la niñez, tienen atención prioritaria. Ahora bien, si las personas migrantes cuentan con cédula de extranjería, PEP o salvoconducto SC2 para resolver situación de refugio o para trámite de refugio, pueden acceder a la encuesta SISBEN y a partir de esta, afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el régimen que corresponda. (Personería de Bogotá, 2020)

Aclara la Personería (2020) que, para el acceso a los servicios de urgencias en las IPS no se requiere la presentación de ningún documento; en caso de presentarlo, esto no implicará reporte con las autoridades migratorias. Las personas migrantes en situación irregular podrán acceder a la oferta de intervenciones colectivas tipo jornadas de atención que realice la administración distrital. Resalta además que, para el caso de los recién nacidos, si ninguno de los padres se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y además no cuentan con los documentos válidos para afiliación, la IPS deberá inscribir al recién nacido

en una EPS del régimen subsidiado. Una vez los padres se afilien al Sistema, el recién nacido formará parte del respectivo núcleo familiar.

Finalmente, en relación con los grupos étnicos, indica que, para su afiliación al régimen subsidiado como población especial, deben ser reconocidos por la autoridad indígena o pueblo en Colombia y ser parte del auto censo registrado en el Ministerio del Interior. (Personería de Bogotá, 2020)

En este punto es importante mencionar que, tal como se explicó en el capítulo anterior, de acuerdo con el análisis realizado en el documento CONPES 3950, la ciudad de Bogotá está catalogada como un área de influencia caracterizada por ser atractiva para el asentamiento de los migrantes venezolanos, independientemente de su estatus migratorio. En el diagnóstico allí realizado, se explica que, aunque Bogotá cuenta con mayor capacidad institucional, enfrenta retos como el déficit habitacional, la informalidad laboral y el aumento en los cupos e instalaciones escolares. (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2018).

En este documento CONPES (2018), se indicó que el Ministerio de Salud y Protección Social realizaría a partir del año 2018, un diagnóstico para determinar la oferta de servicios de salud de las entidades territoriales que acogen a la población migrante proveniente de Venezuela, incluyéndose a Bogotá como entidad territorial de acogida. Según se expone en tal documento, este diagnóstico permitirá identificar las redes prestadoras de servicios de salud y definir las necesidades de fortalecimiento de capacidades en infraestructura, talento humano y dotación biomédica. Según respuesta emitida por el

Ministerio en cita (2020), a través de radicado No. 202016000872821, tal indicador, a junio de 2020, cuenta con un cumplimiento del 100% consistente en la elaboración de un documento técnico relacionado con la articulación en la prestación de servicios de salud de forma articulada para la población migrante, así como el desarrollo y el estado de los proyectos para el fortalecimiento de la capacidad instalada de los prestadores con relación al equipo biomédico.

El documento es el denominado “Identificación de la Capacidad de Respuesta de la Oferta de Servicios de los Prestadores Públicos para la Prestación de Servicios de Salud a la Población Migrante en la Zona de Frontera y los Territorios de Acogida con Mayor Concentración”, en este, se explica por ejemplo que, entre el 1 de marzo de 2017 y el 30 de septiembre de 2018 se reportaron a nivel nacional, 204.271 atenciones a población venezolanos en servicios de consulta externa, 37.123 en servicios de urgencias y 22.933 en hospitalización. De este reporte, Bogotá D.C. presenta: 35.255 (17,3%) atenciones en consulta externa, 1.338 (3,6%) servicios de urgencias y 3.831 (16,7%) hospitalizaciones. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Se expone que, de acuerdo con el análisis de demanda realizado, se identificaron como principales grupos de riesgo: mujeres gestantes y lactantes; atención a niños, niñas y adolescentes; eventos transmisibles como VIH e ITS, tuberculosis y condiciones inmunoprevenibles como sarampión, difteria, polio, entre otras; enfermedades transmitidas por vectores como malaria, enfermedad de chagas, dengue, leishmaniasis y fiebre amarilla; violencias, especialmente la de género, la explotación en todas sus formas y la trata de

personas; y condiciones crónicas que generalmente se ven descompensadas en la migración, como la diabetes, hipertensión y asma, así como las enfermedades mentales y la epilepsia, dado el alto riesgo psicosocial que se presenta en esta población. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.)

Según el documento en cita, para el análisis de la información y la recolección de datos, se realizó priorización de IPS, específicamente a Empresas Sociales del Estado que atienden altas proporciones de población venezolana. En Bogotá D.C. se realizó la priorización de las cuatro subredes integradas de servicios de salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Por otro lado, el documento CONPES 3950 (2018) estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social, en el año 2018, daría inicio a acciones relacionadas con la asistencia técnica a entidades territoriales en la ruta de aseguramiento, permitiendo así agilizar procesos y dinamizar la afiliación, entidades territoriales en las que está incluida la ciudad capital. El Ministerio de Salud y la Protección Social (2020) indicó que a junio de 2020 tal indicador contaba con un avance del 42, 50%, realizando asistencias entre el año 2018 y 2019 a los departamentos Cundinamarca, Atlántico, Valle de Cauca, Antioquia, Quindío, Vichada, Guainía, Boyacá, Meta, Vaupés, Chocó, Cauca y Nariño. En lo que se refiere al Distrito Capital, indicó que se brindaron dos asistencias técnicas en el mes de febrero de 2020, capacitación que fue aplazada debido a las circunstancias de emergencia sanitaria.

De acuerdo con el CONPES 3950 (2018), el Ministerio de Salud y Protección Social, desde el año 2019, desarrollaría un protocolo para el establecimiento del flujo de información básica en salud de migrantes desde Venezuela con los países fronterizos, acción coordinada con y socializada por Migración Colombia. En respuesta emitida por el referido Ministerio (2020), se indicó que esta acción, a junio de 2020, cuenta con un avance del 70%, habiéndose diseñado y adoptado un registro clínico electrónico básico en salud que resulta compatible con la base de datos regional de migrantes venezolanos.

En el documento “Estrategia para la Atención de la Migración desde Venezuela a Colombia” el Ministerio de Salud y Protección Social informa que se tiene previsto que este registro interopere con el registro de información de salud que se adopte regionalmente. Se explica que el mecanismo de intercambio de información será a través de servicios WEB en el marco del desarrollo de la interoperabilidad de la historia clínica, siendo necesaria una identificación única de la región, que permita llevar trazabilidad de las atenciones a población migrante. Con tal propósito, el Ministerio expidió las Circulares 12 y 29 de 2017, en las que se insta a las IPS y a las Secretarías de Salud de municipios y departamentos no fronterizos a enviar datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud en relación con la atención de personas extranjeras. Para la consulta de las atenciones a población migrante, el Ministerio desarrolló un servicio de información denominado Sistema Integrado de Información SISPRO. Los funcionarios capacitados para el manejo de este Sistema y del reporte de la información, para la ciudad de Bogotá, han sido 12.

En el documento CONPES 3950 (2018), además, se indicó que el Ministerio en cita, para el año 2019, realizaría un Análisis de la Situación de Salud que incluiría información relacionada con el comportamiento de la población señalada, procurando contar con un análisis de la dinámica demográfica y de la morbilidad y mortalidad, a corto y mediano plazo, de esta población. Este indicador, según la respuesta emitida por el Ministerio (2020), a junio de 2020 tiene un avance del 50%, materializado en el establecimiento de las herramientas de análisis de migrantes atendidos en los servicios de salud, de aplicación a nivel nacional, departamental, distrital y municipal.

El documento “Herramientas Análisis Migrantes Atendidos en los Servicios de Salud” tiene como objetivo apoyar el análisis de la población migrante en el territorio nacional, a partir del reporte de las atenciones en los servicios de salud, mediante plantillas automatizadas que permiten generar cálculos y salidas gráficas de uso en el documento ASIS.

El documento CONPES 3950 (2018) también planteó que el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del 2018, incluiría acciones de adaptación e implementación del plan de respuesta para la población migrante en los Planes Territoriales de Salud y en los Planes de Intervención Colectivos. Según respuesta emitida por el Ministerio (2020), a junio de 2020, este indicador cuenta con 100% de cumplimiento, a través de la elaboración y consolidación del Documento Técnico “Diagnóstico y Análisis de las Necesidades de Inversión en Infraestructura y Dotación para el Fortalecimiento de la Red Pública de Servicios de Salud de las Direcciones Territoriales de Salud Priorizadas”.

Refirió el Ministerio (2020) que, frente a las entidades territoriales con inclusión de actividades en sus planes territoriales, dirigidas a población migrante, se cuenta con avance del 45%, consistente en la implementación de las 17 entidades territoriales, entre las que se encuentra Bogotá D.C.

De la misma manera, el documento CONPES 3950 (2018) indicó que desde el año 2019, el Instituto Nacional de Salud reforzaría en las entidades territoriales, la capacidad de respuesta relacionada con la vigilancia en salud pública para la detección de situaciones de interés en salud pública, así como la emisión de alertas tempranas, a través de talleres frontline. Según información remitida por el referido Instituto (2020), a junio de 2020 se encuentra desarrollando los cursos de epidemiología de primera línea - frontline, procurando el fortalecimiento de los conocimientos y las habilidades de los trabajadores de la salud para desarrollar la capacidad epidemiológica, la vigilancia en salud pública y la promoción del uso de la información para la toma de decisiones. Según se explicó, el curso tiene una duración de tres meses, con tres talleres presenciales y el desarrollo de trabajos de campo dirigidos y asesorados por tutores de frontline formados por el Instituto en cita. Especificó que no se realizaron cursos en Bogotá D.C, ya que los cursos se definieron y realizaron en departamentos de frontera.

Habiendo descrito la atención y prestación de servicios de salud que contempla la Administración Distrital, se hace necesario relacionar tales lineamientos y servicios con los estándares expuestos en el capítulo 2, así:

3.3. Atención y servicios en salud en Bogotá en relación con estándares internacionales y nacionales.

Los Sistemas de Protección de Derechos Humanos descritos coinciden en que los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos consagrados en los instrumentos internacionales descritos, a todas las personas que se encuentren bajo su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, religión, ideología política, condición económica, sexo, edad, origen nacional o cualquier otra condición social. Tal como se describió, el derecho a la salud hace parte de este grupo de derechos que, en ninguna circunstancia, pueden limitarse por las razones o características descritas.

De acuerdo con el Sistema Universal, toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud, aspecto que incluye que los Estados desarrollen acciones o políticas dirigidas a reducir la mortalidad infantil, a mejorar la higiene, a proteger el medio ambiente, al tratamiento de enfermedades epidémicas y a la asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad. Según las interpretaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, garantizar el derecho a la salud implica para los estados el deber de proveer entre otros aspectos, alimentación sana y nutritiva, agua potable, servicios básicos de saneamiento, vivienda, condiciones de vida adecuadas, trabajo y garantía de vida familiar.

Tales aspectos son acogidos por el Sistema Interamericano, quien establece que toda persona tiene el derecho a la salud, entendida como el disfrute del bienes físico, mental y social en su más alto nivel, entendiendo que este derecho es indispensable para el disfrute de

los demás derechos, implicando en su desarrollo el deber del Estado de proveer, entre otras cosas, alimentación adecuada, condiciones sanitarias y acceso a agua limpia.

Desarrollar cada uno de los aspectos necesarios para el disfrute pleno del derecho a la salud escapa del objetivo de esta investigación, por lo que el análisis estará centrado o focalizado en los aspectos más concretos de la descripción del derecho a la salud.

Tal como se describió en el capítulo dos, el Sistema Interamericano, en lo que se refiere al derecho a la salud, acoge las disposiciones e interpretaciones realizadas por el Sistema Universal, entendiendo que los Estados, como condiciones mínimas en la garantía de este derecho, deben respetar aspectos como la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, descritos ampliamente por el Comité de DESC y reseñados por la Corte IDH en sus consideraciones.

Es importante aclarar que, atendiendo a la finalidad de esta investigación, se realizará la exposición de estos cuatro aspectos a partir de la información reseñada. Los aspectos correspondientes a la accesibilidad y disponibilidad se revisarán desde la normatividad emitida por el Gobierno Nacional y Distrital, y la aceptabilidad y calidad desde un análisis de contexto proveído por la información citada.

Estos aspectos, además, serán analizados de acuerdo con el principio de progresividad, contenido en el artículo 2 del PIDESC, que consagra que los Estados partes están comprometidos con la adopción de medidas, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios

apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos reconocidos.

La *accesibilidad* significa que los servicios de salud, incluidos los bienes y los establecimientos, deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna, estando los Estados obligados tal aspecto incluso a los sectores más vulnerables y marginados; estos deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población; sus pagos deben estar fundamentados en el principio de la equidad; y deben garantizar el derecho a solicitar, recibir y difundir información. (Comité DESC, 2000)

El deber de no discriminación aquí exigido a los Estados se extiende, tal como se mencionó, a la población en situación de migración. Los migrantes, según el Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes (2013), están protegidos por las normas especiales de derechos humanos, siendo el origen nacional un motivo prohibido de discriminación en el disfrute de estos, sin importar la condición administrativa o el estatus migratorio en el que se encuentren (Organización de las Naciones Unidas, 2017). Tal aspecto es también acogido por el Sistema Interamericano al establecer que es obligación de los Estados garantizar la igualdad y no discriminación de todas las personas, independientemente del estatus migratorio en el que se encuentren (Corte IDH, 2003).

Para el caso particular colombiano, puede entenderse que la Constitución Política recoge tales lineamientos fundamentándose en el principio de igualdad y no discriminación, estableciendo como uno de los criterios prohibidos de diferenciación, el origen nacional; la

Carta Política resalta que los extranjeros en Colombia gozan de las mismas garantías concedidas a los nacionales, salvo las limitaciones establecidas por la Constitución y la Ley.

Tal lineamiento se entiende materializado, en lo que respecta al derecho a la salud, en la Ley 10 de 1990, que menciona que todos los habitantes del territorio nacional tienen derecho a recibir la prestación de los servicios de salud, principio acogido además por la Ley 100 de 1993, que establece que la cobertura de los servicios de salud se extiende a todas las personas, sin discriminación alguna. Además, la Ley 1751 de 2015 recoge los elementos esenciales de la accesibilidad, reconociendo las particularidades de los diversos grupos vulnerables en el territorio colombiano.

Hasta este punto puede interpretarse que, la normatividad colombiana acoge lo dispuesto por los instrumentos internacionales al menos en materia normativa, pues establece, entre otras categorías, que el origen nacional no es un aspecto permitido para realizar diferenciación en la garantía de los derechos y recoge en sus leyes los aspectos requeridos en accesibilidad al derecho a la salud. Sin embargo, en la descripción normativa nacional realizada en el capítulo dos, se encuentran diversos pronunciamientos del Gobierno Nacional, específicamente del Ministerio de Salud y Protección Social en los que, pese a definir a la población migrante proveniente de Venezuela como un grupo de especial protección por su condición de vulnerabilidad, insta a los prestadores de servicios de salud a garantizar específicamente la atención de urgencias a la población migrante.

La Administración Distrital por su parte, en su Plan de Atención a Inmigrantes Venezolanos del año 2017, resaltó que se prestaría a esta población el servicio de atención

de urgencias, siempre que quienes demandaran este servicio tuvieran legalizada su situación con Migración Colombia. Posteriormente, con el Plan de Intervenciones Colectivas y Atenciones de Urgencias en las Subredes Distritales de Salud, se permite brindar servicios en salud a la población venezolana en Bogotá, sin importar su estatus migratorio. Sin embargo, solo garantiza servicio de urgencias para dicha población.

Puede entenderse entonces que, pese a que la Constitución y las Leyes mencionadas consagran la no discriminación, los pronunciamientos, programas y regulaciones expedidas específicamente para la atención de la población migrante proveniente de Venezuela sí realizan una diferenciación expresa basada en el origen nacional para determinar la prestación de los servicios en salud. Tal diferenciación, de lo observado y analizado, no cuenta con una justificación racional u objetiva, pues no logra exponer con claridad cuál fue la razón esbozada para determinar que la población migrante solo puede gozar, en principio, de atención de urgencias.

De acuerdo con la Comisión Colombiana de Juristas (2010), en el Informe sobre la Prohibición de Regresividad en Derechos Económicos, Sociales y Culturales en Colombia: Fundamentación y Casos (2002-2008), aunque puede creerse que este tipo de derechos pueden estar ligados a la disponibilidad de recursos públicos, el principio de progresividad en los DESC no supone la negación de la existencia de obligaciones de carácter inmediato para los Estados. Según se explica, este principio implica la necesidad de un esfuerzo constante por parte de cada Estado para alcanzar la plena satisfacción de los derechos, admitiendo las dificultades para alcanzar su realización en un breve período de tiempo, pero

aclarando que debe presentarse un aumento paulatino en el nivel de satisfacción de los derechos.

Según el análisis de la Comisión Colombiana de Juristas (2010), los Estados parte asumieron compromisos inmediatos ante la comunidad internacional, constituyéndose como obligaciones de cumplimiento inmediato, caracterizados por ser deberes que no están sujetos a los recursos disponibles del Estado. De acuerdo con lo explicado en el documento en cita, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales identificó como obligaciones de inmediato cumplimiento: i) Adopción de medidas legislativas, administrativas y judiciales; ii) Compromiso hasta el máximo de los recursos disponibles; iii) Garantía del disfrute de los derechos sociales sin ningún tipo de discriminación; iv) Garantía, incluso en situaciones de crisis, del contenido esencial de los derechos sociales; v) Vigilancia de la situación de los derechos sociales contando con la información detallada al respecto; y vi) No adopción de medidas de carácter deliberadamente regresivo.

Para el caso de análisis, si bien se encuentra la posibilidad de afiliación al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud para la población migrante, lo cierto es que, tales trámites están condicionados al estatus migratorio de las personas, circunstancia que está expresamente prohibida por los instrumentos y organismos internacionales para la garantía de los derechos humanos.

A partir de lo descrito podría concluirse que existen criterios que llevan a una discriminación indirecta frente a la población venezolana en situación de migración, esto fundamentado en que, con los recientes lineamientos y pronunciamientos, son

específicamente afectados los migrantes provenientes de la República Bolivariana de Venezuela, pues son explícitamente mencionados en tales instrumentos, limitándose su atención al exigirse un determinado estatus migratorio para la garantía plena del derecho a la salud.

Ahora bien, la accesibilidad física, es decir, el alcance geográfico de los establecimientos de salud a la población migrante, según información disponible en el Distrito (Acuerdo 641, 2016), se pretende satisfacer a partir del establecimiento de cuatro subredes conformadas por hospitales públicos que se ubican en diferentes localidades de Bogotá, procurando con esto que la población, sin importar la zona de la ciudad en la que resida o habite, cuente con centros para atención en salud. De las diferentes consultas realizadas, no se evidencia que se cuente con información acerca de las zonas o localidades en las que se asienten los migrantes en Bogotá.

De acuerdo con lo expuesto en el documento CONPES 3950 (2018), en relación con los servicios de salud se resalta que existe una grave dificultad con los procesos de identificación de la población migrante desde Venezuela. La respuesta enviada por la Secretaría Distrital de Salud (2020), aunque resalta las localidades en las que se brindó mayor número de atenciones en salud a migrantes venezolanos, no relaciona las localidades o zonas en las que habitan o residen tales personas, no pudiendo entonces determinar si realmente las Subredes mencionadas son accesibles a la población.

Frente a la obligación de los estados de asegurar la asequibilidad de la población migrante a los establecimientos, bienes y servicios de salud, debe recordarse que, según lo dispuesto

por la normatividad nacional en relación con las afiliaciones y pagos al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, estos responden a la capacidad económica de cada persona, es decir, quienes no cuenten con los recursos suficientes o se encuentren en vulnerabilidad económica, pueden acogerse al régimen subsidiado; incluso, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, los migrantes venezolanos son considerados población especial y pueden afiliarse de manera directa al Sistema. Sin embargo, tal como se mencionó, sólo podrán afiliarse aquellos que cuenten con el PEP o tengan regularizado su estatus migratorio; aquellos que aún se encuentren en situación irregular o apenas cuenten con tarjeta de movilidad fronteriza, sólo tienen acceso a servicios de atención de urgencias.

De lo anterior puede entenderse que, frente a la accesibilidad del derecho a la salud que debe ser garantizada por el Estado colombiano, no se evidencia cumplimiento. La situación relacionada con el amplio flujo migratorio de población venezolana a territorio colombiano constituyó un retroceso en la protección de tal derecho, exigiendo determinado estatus migratorio para la prestación de los servicios de salud. Desconoce el Estado colombiano que, la garantía del disfrute de los derechos sociales sin ningún tipo de discriminación, incluso en situaciones de crisis, es una obligación de cumplimiento inmediato. Lo anterior se suma a la ausencia de datos censales sobre la población migrante, así como a las fallas en los Sistemas de Información nacionales y distritales, impidiendo, a la fecha, determinar con claridad el estado de la prestación de los servicios en salud en relación con su ubicación geográfica y con el acceso a la información.

Ahora bien, en relación con el criterio de *disponibilidad*, el Estado colombiano está obligado a contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos y programas de salud. En este aspecto también se relacionan aspectos tales como el personal médico y su remuneración, así como los medicamentos esenciales, sin embargo, estas características serán analizadas al abordar el criterio de calidad. (Comité DESC, 2000)

En relación con el número suficiente de establecimientos, tal como se explicó, el Distrito y el Estado no cuentan con un censo sobre la población migrante en Bogotá. La ausencia de esta información impide reconocer si los hospitales públicos y los bienes dispuestos por el Gobierno Distrital son suficientes para la atención de las personas en situación de migración. Un aspecto importante por resaltar en este punto es que, organizaciones privadas, fundaciones e incluso, organizaciones de carácter religioso son prestadoras de servicios de salud para población migrante en Bogotá, según se evidencia en la Resolución 028 de 2019 de la Secretaría Distrital de Salud.

Con tal práctica podría concluirse que, o no existen suficientes establecimientos para la prestación de los servicios de salud a la población migrante, o que, existiendo estos, los criterios de atención y afiliación relacionados con el estatus migratorio impiden la prestación de estos servicios, obligando a la población migrante a acudir a organizaciones cooperantes, desconociendo el Estado la responsabilidad que tiene frente al derecho a la salud.

Analizar el criterio de disponibilidad en el derecho a la salud hace obligatorio observar la condición en la que se prestan u ofrecen los programas y servicios en salud a la población migrante desde la Administración Distrital. Tal como se mencionó, la atención en salud para

la población migrante está directamente relacionada con su estatus migratorio. De acuerdo con la normatividad revisada, la información brindada por la Secretaría Distrital de Salud y el informe remitido por la Personería de Bogotá, la prestación de los servicios y atención en salud para población migrante depende del estatus migratorio de la persona, es decir, si la persona migrante está en condición regular puede afiliarse al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud; si no cuenta con tal requisito, no podrá afiliarse y solo contará con atención de urgencias.

Es importante mencionar una vez más que, de acuerdo con lo contemplado por los Sistemas de Protección de Derechos Humanos, todas las personas bajo la jurisdicción de un Estado, sin importar su estatus migratorio o su condición administrativa, deben gozar de los derechos contemplados en los instrumentos referidos. El Sistema Universal refiere que todas las personas tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud; el Sistema Interamericano indica que todas las personas tienen derecho a la salud entendida como el disfrute de bienestar físico, mental y social en su más alto nivel. Estas determinaciones están recogidas en cada uno de los instrumentos internacionales descritos en el capítulo dos de este escrito, en ninguno de ellos se menciona que la población migrante sólo tiene derecho a gozar de atención de urgencias, salvo en la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familias (1990) que en su artículo 28 consagra:

Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños

irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.

Pese a lo referido en tal instrumento respecto a la atención de urgencias, dicha Convención solo es aplicable a “trabajadores migrantes y sus familias” conceptos que, de acuerdo con el mismo instrumento, son entendidos como las personas que realizan, vayan a realizar o hayan realizado actividades remuneradas en un Estado del que no sean nacionales, incluso si no cuentan con contrato de trabajo. Tal descripción, como se evidencia, no contempla la totalidad de población migrante proveniente de Venezuela pues no es posible determinar cuántas de las personas venezolanas en situación de migración en Colombia se encuentran desarrollando actividades laborales formales o informales que les permitan clasificarse como trabajadores migrantes, trabajadores por cuenta propia, y demás categorías.

Lo anterior significa que, la atención de urgencias ofrecida por la normatividad colombiana sólo sería aplicable, o mejor, sólo estaría enmarcada en un instrumento internacional, cuando sea brindada a población que cumpla con las características descritas en la referida Convención, es decir, que sean migrantes que trabajen o realicen actividades remuneradas en territorio colombiano.

De acuerdo con el Sistema Universal, los Estados no pueden limitar o negar el acceso de todas las personas bajo su jurisdicción a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos, incluyéndose a las personas migrantes, sin tener en cuenta su condición jurídica o su documentación (Organización de las Naciones Unidas, 2017). Esto, ligado con la

obligación de los Estados de garantizar, incluso en situaciones de crisis, el contenido esencial de los derechos sociales, aspecto ligado al principio de progresividad. (Comité DESC, 1990 citado por Comisión Colombiana de Juristas, 2010).

Los cuidados preventivos hacen referencia al tipo de cuidado de rutina que incluye acciones de detección, revisiones médicas periódicas y consejos médicos que procuren mejorar el estado de salud, prevenir enfermedades y mejorar el cuidado de padecimientos existentes. Entre los cuidados preventivos pueden encontrarse los chequeos anuales, las inmunizaciones, las vacunas, pruebas y exámenes médicos. (Cigna, s.f.)

Por otro lado, los cuidados curativos hacen referencia a los tratamientos que detiene el progreso de la enfermedad hacia estados más severos y que previene complicaciones y secuelas, limitando y atenuando los efectos de la enfermedad avanzada. (Ruales, J. 2004)

De acuerdo con las definiciones de la OMS (s.f.) citada por el Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.), los cuidados paliativos se entienden como el enfoque que mejora la calidad de vida las personas y familias que enfrentan problemas amenazantes para la vida, a través de la prevención, el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Según la OMS, estos cuidados se centran en la atención integral de la persona y su familia que enfrenta un diagnóstico de enfermedad terminal, crónica, degenerativa o irreversible.

Según lo establecido en la Ley 1733 de 2014, los cuidados paliativos son aquellos apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y

espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Por otro lado, la atención de urgencias a la que se refieren los pronunciamientos nacionales y distritales difiere de lo descrito acerca de los cuidados preventivos, curativos y paliativos. Según el numeral 1 del artículo 2.5.3.2.3. del Decreto 780 de 2016, se entiende por urgencia la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o una enfermedad que genere demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez o muerte. La atención inicial de urgencias es el conjunto de acciones realizadas a una persona con patología de urgencia, dirigidas a estabilizar sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definir su destino inmediato.

Lo anterior significa que, los servicios en salud planteados por el Gobierno Nacional y Distrital hacia las personas venezolanas en situación de migración difiere de lo orientado por los instrumentos e interpretaciones internacionales sobre el deber de garantía de los Estados en el derecho a la salud de los migrantes, pues además de limitarlo por causa de su estatus migratorio, contempla exclusivamente las prácticas asociadas a atender alteraciones o riesgos urgentes a la vida de una persona, sin incluir programas de prevención de enfermedades o infecciones, consultas periódicas, tratamientos curativos, otorgamiento de medicamentos para tratar enfermedades, cuidados para enfermedades crónicas o terminales, entre otras.

Esto corroborado por lo expuesto en el documento CONPES 3950 (2018), en el que, pese a que el Ministerio de Salud y Protección Social resalta el gran esfuerzo de los entes territoriales en el aumento de recursos y esfuerzos para atender las exigencias sanitarias, reconoció que la tendencia creciente del flujo migratorio ha desbordado las capacidades, presentando graves deficiencias.

A partir del diagnóstico expuesto en el documento en cita (2018), se entiende que el amplio flujo migratorio ha traído deterioro de la salud pública en Colombia. Según sus análisis, las problemáticas que se presentan en mayor medida son: deficiencia de talento humano capacitado y deficiencia en infraestructura e insumos para la prevención y atención de enfermedades.

Ahora bien, tal como se mencionó, los criterios de aceptabilidad y calidad se analizarán, debido a sus características, desde el contexto que provee la información reseñada a lo largo del escrito.

La *aceptabilidad* hace referencia a que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, así como respetuoso del género y el ciclo de vida. (Comité DESC, 2000)

A la referida descripción realizada por el Comité de DESC, se suman las Convenciones emitidas y acogidas para poblaciones de especial protección. Tal como se mencionó, el derecho a la salud está contemplado en las Convenciones sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), sobre la Eliminación de todas las Formas Discriminación contra la Mujer (1979), sobre los Derechos del Niño (1989), sobre los

Derechos de las Personas con Discapacidad (2007). En estos instrumentos se contempla el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad y servicios sociales, pasando por la salvaguardia en la función reproductiva, el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación en salud, hasta llegar al derecho a gozar del más alto nivel posible de salud.

De acuerdo con el Documento CONPES 3950 (2018), el Estado Colombiano reconoce que existe una grave dificultad con los procesos de identificación de la población migrante desde Venezuela, circunstancias que la Administración Distrital también reconoce en la respuesta emitida por la Secretaría Distrital de Salud; de las cifras remitidas por dicha Entidad, no se evidencia caracterización de la población, más allá de dividirla por el componente sexo.

Según lo expuesto por la Personería de Bogotá en el Informe sobre la Situación de las Personas provenientes de Venezuela en Bogotá D.C. (2020), para la afiliación de personas venezolanas en situación de migración pertenecientes a grupos étnicos, es necesario que sean reconocidos por la autoridad étnica correspondiente y además ser parte del auto censo registrado en el Ministerio del Interior.

Las evidentes deficiencias en el registro o información censal de la población venezolana migrante en la ciudad, impide la verificación de la aplicación de enfoque diferencial, de género, LGBTI, discapacidad, étnico, rural, etario en la prestación de los servicios de salud.

La *calidad* en el derecho a la salud implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud, además de ser apropiados culturalmente, sean también apropiados desde el punto de vista científico y médico. El personal debe estar debidamente capacitado, deben

disponerse los medicamentos adecuados y el equipo hospitalario científicamente aprobado. Tal determinación, ligada a la obligación de los Estados de comprometer hasta el máximo de los recursos disponibles para el disfrute de los derechos sociales. (Comité DESC, 1990 citado por la Comisión Colombiana de Juristas, 2010).

Según el diagnóstico expuesto en el documento CONPES 3950 (2018), el amplio flujo migratorio ha traído deterioro de la salud pública en Colombia. En dicho análisis se resaltó que, pese al gran esfuerzo de los entes territoriales, la tendencia creciente del flujo migratorio ha desbordado las capacidades, presentando graves deficiencias. Se indicó, además, de forma concreta que una de las problemáticas que se presenta en mayor medida es la deficiencia de talento humano capacitado y la deficiencia en infraestructura e insumos para la prevención y atención de enfermedades.

El Gobierno Distrital cuenta con planes detallados para el ejercicio del derecho a la salud, exigiendo estándares de calidad en la prestación de los servicios, a través del Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención en Salud (Resolución 3100, 2019), en el que se definen las condiciones y los procedimientos necesarios para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y su habilitación. La Secretaría Distrital de Salud cuenta con la Dirección de Calidad de Servicios en Salud y con la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, a través de las cuales realiza la verificación del cumplimiento de las condiciones exigidas, sin embargo, no se evidencia información de acciones relacionadas con la población migrante en Bogotá. Precisamente, tratándose de esta población, se expidió la Circular 028 de 2019, en la que se brindan lineamientos a los cooperantes acerca de la

prestación en salud para esta población; pese a esto, no se evidencia información concreta y precisa sobre los resultados o efectividad de los mecanismos de supervisión y fiscalización. (Circular 28, 2019).

De lo expuesto puede entenderse que las medidas adoptadas por el Estado Colombiano, y específicamente por el Distrito Capital para la atención en salud de las personas de nacionalidad venezolana en situación de migración, aunque reconocen fallas estructurales y presentan planes de acción para su mejora en alguno aspectos, no cumplen con los estándares internacionalmente exigidos, desconociendo principios como la no discriminación por origen nacional y presentando un claro déficit en establecimientos, personal capacitado y programas de atención en salud.

A partir de lo analizado, se presentan las siguientes conclusiones.

CONCLUSIONES

En medio de la situación económica, social y política presentada por la República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido entre los años 2015 y 2019, el Estado colombiano se convirtió en el mayor receptor de personas venezolanas que tomaron la decisión de migrar, enfrentando, al llegar a territorio colombiano, diferentes problemáticas relacionadas con el trabajo, la educación, la vivienda, la alimentación y la salud. Las diferentes complejidades que enfrenta la referida población se ven incrementadas por el estatus migratorio en el que se encuentran, debido a que, en Colombia, el acceso a los servicios públicos está determinado por tal aspecto.

Los Sistemas de Protección de Derechos Humanos, Universal e Interamericano, de los que hace parte el Estado colombiano, además de disponer instrumentos de protección para poblaciones específicas, establecen lineamientos de respeto, protección y garantía o satisfacción de los derechos de la población migrante. De acuerdo con el enfoque dado a esta investigación, en lo que respecta al derecho a la salud, se establecieron claros estándares entendidos como mínimos obligatorios para el Estado, para alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población en situación de migración, asegurando la no discriminación, y la asistencia médica y los servicios sociales debidos.

Tanto para el Sistema Universal como para el Sistema Interamericano, los Estados deben garantizar a todas las personas que se encuentren bajo su jurisdicción, sin importar su situación administrativa o su estatus migratorio, el más alto nivel posible de salud,

reconociendo en este concepto las condiciones biológicas y socioeconómicas de las personas, así como los recursos con los que cuenta el Estado. De acuerdo con las interpretaciones y pronunciamientos del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud debe respetarse, protegerse y garantizarse bajo criterios de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

El Estado colombiano y la administración distrital, a partir del masivo flujo o llegada de personas venezolanas en situación de migración, desarrollaron una serie de medidas y herramientas legales para acoger a la población referida y brindar a esta la atención debida en servicios de salud y servicios sociales. De la información aportada por la Secretaría Distrital de Salud y por la Personería de Bogotá, se evidenció que la prestación de estos servicios de salud está determinada por el estatus migratorio que presente cada persona.

Según el análisis realizado, el Distrito Capital ha determinado el acceso material al derecho a la salud a través de Hospitales que conforman 4 Subredes de Atención Integral en Salud. Sin embargo, este acceso material está completamente determinado por la situación administrativa de la persona migrante que demande las atenciones. A partir de la información emitida por la Secretaría Distrital de Salud, sus cifras aportadas y el informe remitido por la Personería de Bogotá, la Ruta para atención en salud de las personas migrantes en Bogotá depende de su afiliación al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud. Solo podrán acceder a afiliación las personas que cuenten con la debida documentación, es decir, que encuentren con estatus regular; aquellas que no cumplan con este requisito, solo podrán acceder a la atención de urgencias.

La anterior determinación genera una diferenciación en la garantía del derecho a la salud fundamentada en el origen nacional, sin contar con un fundamento o argumento jurídico específico. A esto se suman los deficientes sistemas de información con las que se cuenta y la imposibilidad de determinar datos censales concretos y estadísticas o cifras específicas de atención a la población, impidiendo determinar la accesibilidad y asequibilidad real de la población migrante, la disponibilidad de los programas y establecimientos y la aceptabilidad de la población en los servicios de salud.

El documento CONPES 3950 reconoció las complejidades que representa el flujo migratorio para los entes territoriales, aunque determinó diversas medidas para desarrollar por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, entre los años 2018 y 2019, aceptó serias deficiencias en aspectos relacionados con la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, estas, estrechamente relacionadas con los establecimientos, los programas y los profesionales capacitados.

Los objetivos dispuestos en el documento CONPES referido, pueden ser considerados una muestra clara del compromiso con la progresividad en el respeto y garantía de este derecho, sin embargo, las obligaciones inmediatas del Estado como son la no discriminación y la garantía del núcleo básico de los derechos sociales, incluso en situaciones de crisis, sigue siendo desconocida. A esto se suma que el acompañamiento y la formación técnica para la ciudad de Bogotá D.C. por parte del Ministerio de Salud y Protección Social es deficiente. Aunque según sus informes se entiende que se priorizaron las cuatro subredes disponibles, no se evidencia acompañamiento idóneo a la Administración Distrital, ejemplo

de ello es que, en las capacitaciones brindadas a los funcionarios de las entidades territoriales, para Bogotá solo se han formado 12 personas, una cifra mínima tratándose de la ciudad que más migrantes venezolanos recibe, 352.431 a 31 de diciembre de 2019, según cifras de Migración Colombia.

A partir de la información expedida por las diferentes Entidades del orden nacional y distrital, es posible evidenciar que el Estado colombiano reconoce deficiencias en la prestación de los servicios de salud. En sus diferentes pronunciamientos, además de aceptar la deficiencia presentada en establecimientos y personal, muestra graves fallas en relación con la diferenciación por origen nacional. Estos aspectos impiden la efectiva atención en salud y la plena garantía o satisfacción de este derecho para la población en situación de migración. A partir de tales circunstancias, puede entenderse que los lineamientos y programas, así como los servicios en salud para personas migrantes en Bogotá D.C., no cumplen a cabalidad con los lineamientos internacionales para la protección de este derecho.

Finalmente, es importante resaltar que, el Estado Colombiano presenta programas y compromisos de mejora en relación con sistemas de información, registro y datos censales, circunstancias que requieren de análisis y seguimiento, convirtiéndose en futuros escenarios posibles de investigaciones académicas, haciendo de este documento el punto de partida para su estudio.

ANEXOS

Anexo No. 1. Radicado 2020EE30841 Secretaría Distrital de Salud.



020000
Bogotá D.C.

Señora
MARÍA FERNANDA TORRES ARÉVALO
Correo: mafe_torres@aol.com / mariatorres@usantotomas.edu.co
Cel. 3022911893

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 14-05-2020 08:42:32
Al Contador Cte Este No.:2020EE34841 O 1 Fol.D Anec.D Rec:1
ORIGEN: 020000/SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y
DESTINO: PERSONA PARTICULAR/MARIA FERNANDA TORRES
TRAMITE: OFICIOS-PETICION
ASUNTO: PETICION SDQS 84538-2020 SINPROC 2745244 SOLU

Asunto: Requerimiento SDQS 84538-2020
SINPROC 2745244 Solicitud de Información Migrantes

Respetada María Fernanda:

Para los fines del asunto, comedidamente me permito dar respuesta a su solicitud desde la competencia de la Secretaría Distrital de Salud, así:

1. *¿Cuántas personas de nacionalidad venezolana en situación de migración solicitaron atención o acompañamiento de la Personería de Bogotá entre el 2015 y el 2019 por posible vulneración a su derecho a la salud? Por favor discriminar por sexo, género, edad, localidad, etnia y discapacidad.*

Respuesta: Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIIPS) y sus variables de diligenciamiento están reglamentadas en la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000. En esta normatividad no se encuentra la variable nacionalidad de nacimiento, por lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social decide generar la circular N° 000029 del 18 agosto de 2017; donde define el proceso de notificación de los pacientes extranjeros sin seguro internacional. La Secretaría Distrital de Salud realizó los ajustes pertinentes en el validador del aplicativo RIIPS con el fin de que permitiera la inclusión de la variable tipo y número de identificación de extranjería y realizó las capacitaciones pertinentes para las instituciones prestadoras de servicios de salud de todo Bogotá D.C., dando el lineamiento de iniciar la notificación de esta variable a partir del 1 noviembre, la cual se inicia su notificación estable el 1 de enero 2018. Actualmente las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE, en el proceso de historia clínica sistematizada y unificación de los sistemas de información realiza la parametrización de las variables a incluir.

Nota 1: Las atenciones que se reportan corresponden a las atenciones de la Red Pública, atenciones de instituciones privadas que cobran atenciones al Ente territorial y atenciones de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Las personas no se deben sumar, porque se trabaja con prevalencias anuales (casos nuevos y antiguos de manera anual) y se entrega información preliminar del año 2019.

Nota 2: El sistema de información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, no contempla el registro de la localidad de residencia como requisito; por lo cual lo informado corresponde a la localidad donde se prestó la atención.

Nota 3: Un individuo puede ser atendido por la red adscrita como por la red no adscrita, acceder a varias atenciones y tener distintos diagnósticos; ser atendido por distintos prestadores, cambiar de localidad de residencia habitual y ser atendido en más de una de ellas, acceder a distintos tipos de atenciones en el periodo o cambiar de grupo etario en el

Carrera 23 No. 12 - 81
Teléfono: 2640930
www.saludbogota.gov.co



ALCALDÍA MAJOR
DE BOGOTÁ D.C.

mismo periodo, es decir; en los archivos RIPS la edad se maneja con edades cumplidas, (días, meses, años) y para tal efecto puede cambiar de días a meses, puede cambiar de meses a años, o simplemente cumplir un año más que lo involucra en el siguiente grupo etario.

Hechas las anteriores precisiones a continuación se presenta la información registrada por sexo, se aprecia cerca del doble de mujeres atendidas, por cada hombre; para los años contemplados.

No. Atenciones, Individuos reportados en Bogotá a población identificada como venezolana, correspondiente a consultas, procedimientos, urgencias, hospitalizaciones, otros servicios y medicamentos por Sexo, Bogotá

Año	Sexo	# Atenciones	# Individuos
2017	Hombre	192	24
	Mujer	554	58
Total 2017		746	
2018	Hombre	127.488	7.241
	Mujer	335.889	16.148
Total 2018		464.487	
2019	Hombre	401.969	23.004
	Mujer	1.083.391	43.733
Total 2019		1.485.360	
2020	Hombre	78.055	5.280
	Mujer	208.788	11.059
Total 2020		286.843	
Total general		2.236.436	

Fuente: Base de datos RIPS SDBS 2004-2020, población vinculada, desplazada, atenciones no pos, particulares e IVI (Corte de recepción 202004Q2)

Según el grupo de edad, se aprecia que las personas entre los 18 y 28 años, seguidas de las de 29 a 59 años, fueron las que más consultaron y posteriormente seguidos de los menores de 5 años.

No. Atenciones, Individuos reportados en Bogotá a población identificada como venezolana, correspondiente a consultas, procedimientos, urgencias, hospitalizaciones, otros servicios y medicamentos por grupo edad, Bogotá

Año	Grupo edad	# Atenciones	# Individuos
2017	Menores de 1 año	9	3
	De 1 a 5 años	18	5
	De 6 a 11 años	34	4
	De 12 a 17 años	53	7
	De 18 a 28 años	293	23
	De 29 a 59 años	312	27
	De 60 y más años	27	11
Total 2017		746	
2018	Menores de 1 año	30.590	1.680
	De 1 a 5 años	33.310	2.698
	De 6 a 11 años	12.222	764
	De 12 a 17 años	19.588	949

	De 18 a 28 años	239.604	11.025
	De 29 a 59 años	117.322	5.906
	De 60 y más años	11.851	475
	Total 2018	464.487	
2019	Menores de 1 año	67.944	9.390
	De 1 a 5 años	109.250	8.989
	De 6 a 11 años	35.370	2.919
	De 12 a 17 años	69.525	2.923
	De 18 a 28 años	708.280	25.600
	De 29 a 59 años	412.756	15.519
	De 60 y más años	82.235	1.705
	Total 2019	1.485.360	
2020	Menores de 1 año	5.954	1.642
	De 1 a 5 años	16.915	1.853
	De 6 a 11 años	6.857	612
	De 12 a 17 años	17.002	830
	De 18 a 28 años	140.795	6.807
	De 29 a 59 años	80.848	4.216
	De 60 y más años	17.442	402
	Total 2020	285.843	
	Total general	2.236.436	

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2020, población vinculada, desplazada, atenciones no pos, particulares e IVE (Corte de recepción 2020/04/03)

Según la localidad de atención en la red Adscrita, las localidades Antonio Nariño, Kennedy y San Cristóbal, están entre a las que más acudieron las personas buscando atención.

No. Atenciones, Individuos reportados en Bogotá a población identificada como venezolana, correspondiente a consultas, procedimientos, urgencias, hospitalizaciones, otros servicios y medicamentos por localidad de atención en la Red Adscrita, Bogotá

Año	Prestador Localidad	# Atenc	# Indiv
2017	Antonio Nariño	338	7
	Ciudad Bolívar	137	14
	San Cristóbal	46	5
	Tunjuello	87	11
	Usme	17	4
	Total 2017		625
2018	Antonio Nariño	132.991	5.405
	Barros Unidos	2.703	241
	Bosa	24.644	1.885
	Chapinero	15	4
	Ciudad Bolívar	32.476	1.773
	Engativá	19.289	1.058
	Fontibón	20.416	1.285
	Kennedy	94.807	4.237
	La Candelaria	27	15
	Los Mártires	920	176
	Puerto Aranda	2.845	363
	Rafael Uribe Uribe	878	157
	San Cristóbal	16.439	1.211
	Santa Fe	1.857	110

	Suba	29.363	1.892
	Sumapaz	6	1
	Tunjuelito	41.576	1.824
	Usaquén	25.227	888
	Usme	4.528	402
	Total 2018	451.117	
2019	Antonio Narño	419.918	18.783
	Barrios Unidos	9.342	1.032
	Bosa	90.657	4.129
	Chapinero	118	31
	Ciudad Bolívar	152.142	6.717
	Engativá	62.350	3.386
	Fontibón	81.252	2.908
	Kennedy	365.002	10.498
	La Candelaria	18	18
	Los Mártires	302	214
	Puerta Aranda	12.213	1.656
	Rafael Uribe Uribe	167	96
	San Cristóbal	2.210	578
	Santa Fe	505	41
	Suba	72.144	3.871
	Sumapaz	58	6
	Tunjuelito	78.781	3.704
Usaquén	73.541	2.809	
Usme	16.858	1.373	
	Total 2019	1.437.568	
2020	Antonio Narño	25.280	411
	Barrios Unidos	1.536	183
	Bosa	15.826	779
	Chapinero	2	2
	Ciudad Bolívar	36.654	1.583
	Engativá	13.747	856
	Fontibón	13.882	571
	Kennedy	62.490	2.292
	La Candelaria	5	5
	Los Mártires	1.167	209
	Puerta Aranda	2.422	354
	Rafael Uribe Uribe	1.612	233
	San Cristóbal	57.122	3.398
	Santa Fe	2.461	132
	Suba	13.515	758
	Tunjuelito	11.013	484
	Usaquén	13.885	667
Usme	1.433	211	
	Total 2020	274.032	
	Total Adscrita	2.163.342	

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2020, población vinculada, desplazada, atenciones no pos, particulares e IVE (Corte de recepción 2020/04/09)

Según la localidad de atención en la red NO Adscrita, las localidades Barrios Unidos, Chapinero y Usaquén están entre a las que más acudieron las personas buscando atención.

No. Atenciones, Individuos reportados en Bogotá a población identificada como venezolana, correspondiente a consultas, procedimientos, urgencias, hospitalizaciones, otros servicios y medicamentos por localidad de atención en la Red NO Adscrita, Bogotá

Año	Prestador Localidad	# Atenc	# Indiv
2017	Barrios Unidos	4	1
	Chapinero	54	20
	Los Mártires	1	1
	Suba	32	4
	Usaquén	30	14
Total 2017		121	
2018	Antonio Nariño	34	21
	Barrios Unidos	2.358	821
	Chapinero	1.942	544
	Engativá	80	53
	Fontibón	53	26
	Kennedy	231	15
	La Candelaria	8	3
	Los Mártires	9	3
	Puente Aranda	375	164
	Rafael Uribe Uribe	197	128
	San Cristóbal	4.836	52
	Santa Fe	127	119
	Sin Dato	661	419
	Suba	487	236
Teusaquillo	722	233	
Usaquén	1.150	488	
Total 2018		13.370	
2019	Antonio Nariño	86	30
	Barrios Unidos	3.539	678
	Bosa	315	268
	Chapinero	5.982	1.459
	Ciudad Bolívar	452	248
	Engativá	633	231
	Fontibón	802	508
	Kennedy	543	421
	La Candelaria	7	4
	Los Mártires	10	4
	Puente Aranda	161	64
	Rafael Uribe Uribe	2.853	1.056
	San Cristóbal	18.532	354
	Santa Fe	624	490
	Sin Dato	2.222	1.271
	Suba	2.314	476
	Teusaquillo	2.536	865
	Tunjuelito	10	6
Usaquén	6.183	2.411	
Usme	8	4	
Total 2019		47.792	
2020	Antonio Nariño	40	21
	Barrios Unidos	613	157
	Bosa	116	105
	Chapinero	1.352	563
	Ciudad Bolívar	292	172

	Engativá	151	75
	Fontibón	355	208
	Kennedy	125	78
	La Candelaria	5	3
	Puente Aranda	56	22
	Rafael Uribe Uribe	798	323
	San Cristóbal	2.368	88
	Santa Fe	10	9
	Sin Dato	1.307	661
	Suba	456	148
	Tousaquillo	1.318	474
	Usaquín	2.249	957
Total 2020		11.811	
	Total No Adscrita	73.094	

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2020, población vinculada, desplazada, atenciones no pos. particulares e NE (Corte de recepción 2020/04/20)

2. ¿Cuántas personas de nacionalidad venezolana en situación de migración solicitaron atención o acompañamiento de la Secretaría Distrital de Salud entre el 2015 y el 2019 por posible vulneración a su derecho a la salud?
3. ¿Cuáles fueron las principales problemáticas enfrentadas por estas personas frente a la atención en salud en la ciudad de Bogotá?

Respuesta: En la respuesta al numeral anterior se encuentra lo relacionado con el número de personas que solicitaron atención en salud, de otra parte, el Plan de Respuesta al Fenómeno Migratorio del Ministerio de Salud y Protección Social definió para la población migrante de países fronterizos su atención por urgencias, la cual está claramente definida y no habría diferencia por nacionalidad ni grupo etario, así las cosas la orientación dada a las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud del Distrito, es que deben garantizar estas atenciones teniendo en cuenta que los servicios a prestar son atenciones de urgencia según la definición del Decreto 780 de 2016 1 y teniendo en cuenta las siguientes precisiones:

"Artículo 2.9.2.6.2. Atenciones iniciales de urgencia. Para efecto del presente capítulo se entiende que las atenciones iniciales de urgencia comprenden, además, la atención de urgencias."

- Que corresponde a una atención inicial de urgencias.
- 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.
- Que la persona que recibe la atención no tenga capacidad de pago.
- Que la persona que recibe la atención sea nacional de un país fronterizo.

¹ Decreto 780 de 2016 Artículo 2.5.3.2.3 Definiciones:

Urgencia. Es la afección de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

Atención inicial de urgencia. Denomínese como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definir el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Atención de urgencias. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

- Que la atención haya sido brindada en la red pública hospitalaria del departamento o distrito.*

Adicionalmente se expidió el Decreto 1288 del 25/07/2018, que define:

"Artículo 7. Oferta institucional en salud. Los venezolanos inscritos en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos tienen derecho a la siguiente atención en salud:

- La atención de urgencias.
- Las acciones en salud pública, a saber: vacunación en el marco del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI, control prenatal para mujeres gestantas, acciones de promoción y prevención definidas en el Plan Sectorial de respuesta al fenómeno migratorio y a las intervenciones colectivas que desarrollan las entidades territoriales en las cuales se encuentren dichas personas, tal y como se indica en la Circular 025 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.
- La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto al régimen contributivo como al subsidiado, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en el Decreto 780 de 2016, en la parte 1, ítem 2, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, así como al Sistema de Riesgos Laborales en los términos de la parte 2, del título 2, capítulo 4, del Decreto 1072 de 2015."

Con relación a los componentes de atención en salud, la Secretaría Distrital de Salud garantiza la atención a los migrantes de países fronterizos en el marco de sus competencias, estos ciudadanos reciben cuidados a través del Plan de Intervenciones Colectivas y atenciones de urgencia en caso de requerirlo en las Sub Redes Distritales de Salud.

Al tenor de lo expuesto el ciudadano extranjero que pudiese demandar servicios de salud, entre ellos los migrantes venezolanos, en caso de requerir atención en salud por urgencias, deberá consultar en cualquier punto de atención de las Subredes Distritales y solicitar la atención por urgencias, en dicho lugar se deberá identificar, se verificará la condición migratoria y posterior a la realización del triage se realizará la atención.

En síntesis, los migrantes de países fronterizos, entre ellos los migrantes de nacionalidad venezolana, de acuerdo a la normatividad vigente, pueden demandar servicios de salud de urgencias en las cuatro Subredes Integrales de Servicios de Salud ESE.

4. *¿Cuál ha sido la respuesta o la solución brindada desde la Personería de Bogotá a tales problemáticas?*

Respuesta: Problemática en Salud - Afiliación al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud.

Es posible inferir la procedencia de los usuarios según el tipo de documento de identificación, teniendo en cuenta que la cédula de ciudadanía, la tarjeta de identidad y el registro civil corresponden a nacionales colombianos, mientras que

la cedula de extranjería, el salvoconducto y el pasaporte corresponden a ciudadanos extranjeros (tanto venezolanos como de otros países) y el permiso especial de permanencia (PEP) es exclusivo de los procedentes de Venezuela.

El Decreto 064 de 2020, de reciente expedición, modifica y adiciona el Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio, incluye como afiliados al régimen subsidiado a los migrantes venezolanos con Permiso Especial de Permanencia y les ordena acreditar su permanencia en el país cada cuatro (4) meses actualizando a la dirección de residencia ante la entidad territorial la afiliación de la población venezolana con PEP y Encuesta Sisben.

"18. Migrantes Venezolanos. Los migrantes venezolanos sin capacidad de pago pobres y vulnerables con Permiso Especial de Permanencia - PEP vigente, así como sus hijos menores de edad con documento de identidad válido en los términos del artículo 2.1.3.5 del presente decreto, que permanezcan en el país. El listado censal de esta población será elaborado por las alcaldías municipales o distritales."

Teniendo en cuenta lo anterior, el siguiente cuadro muestra el estado de aseguramiento de los usuarios, infiriendo la procedencia con base en el tipo de documento de identidad registrado en bases de datos:

Afiliación de extranjeros en Bogotá, D.C., por tipo de identificación a abril 30 de 2020.

PROCEDENCIA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	SISBEN NO AFILIADOS	Total general
a. Nacionales (CC, TI, RC)	6.130.867	1.344.388	32.732	7.507.987
b. Extranjeros (CE, PA, SC)	47.251	1.971	978	50.200
c. Venezolanos (PEP)	47.024	14.523	18.392	79.939
Total general	6.225.142	1.360.882	52.102	7.638.126

NOTA: "Extranjeros" incluye tanto venezolanos como los procedentes de otros países.

CE Cedula extranjería

PA Pasaporte

SC Salvo conducto

PEP Permiso especial de permanencia

FUENTES

* Contributivo BDUA - ADRES, corte a 30 de abril de 2020.

* Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 30 de abril de 2020.

* Base de datos SISBÉN certificada DNP, Marzo de 2020 (vigente a 30 de abril de 2020).

El Decreto 064 de 2020, permitirá afiliar una vez toquen los servicios de salud a cerca de 18.392 migrantes venezolanos, a corte de abril 30 de 2020.

Atenciones a población venezolana

Conforme se informó anteriormente el sistema de información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud-RIPS se encuentra reglamentado

mediante la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000, la cual no contempla la variable nacionalidad, procediéndose mediante la Circular N° 000029 del 16 Agosto de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, a realizar ajustes pertinentes en el validador del aplicativo RIPS.

Por lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud realizó los ajustes pertinentes en el validador del aplicativo RIPS, para que permitiera la identificación por medio del campo "número de documento de identificación", donde en los tres primeros caracteres de este campo se registran los extranjeros con base en la codificación de países (ISO 3166-1 tres caracteres); para el caso de los ciudadanos Venezolanos que demanden servicios de salud, se identifican en el número de documento de identidad iniciando con la sigla: "VEN".

Así mismo, se han venido realizando capacitaciones a las instituciones prestadoras de servicios de salud de Bogotá D.C., en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, para que reporten al Ministerio de Salud y Protección Social los RIPS de las personas extranjeras atendidas a partir del 1° noviembre de 2017.

Como puede observarse en la siguiente tabla en el año 2019 se atendieron por urgencias 56.294 migrantes venezolanos en la red adscrita y 10.755 venezolanos en la red no adscrita. El valor de la facturación bruta ascendió a \$ 84.738.708.478. en el año 2020 se han atendido por urgencias 12.350 migrantes venezolanos en la red adscrita y 4.035 venezolanos en la red no adscrita y para el periodo enero a marzo de 2020 el valor bruto de facturación ascienda a la suma de \$15.937.548.621.

Total, atenciones, usuarios únicos y valores por año y red de servicios

Red Servicios	Año	# Atenc	# Indiv	# Valores2
Adscrita	2017	626	40	\$34.317.089,00
	2018	451.117	20.353	\$28.661.448.688,30
	2019	1.437.568	56.294	\$80.544.795.970,49
	2020	274.032	12.350	\$15.173.962.535,90
Total Adscrita		2.163.342		\$124.414.524.284,69
No Adscrita	2017	121	40	\$26.971.884,00
	2018	13.370	3.055	\$1.194.496.852,00
	2019	47.782	10.755	\$4.193.912.507,35
	2020	11.811	4.035	\$763.586.085,79
Total No Adscrita		73.084		\$6.178.967.329,14
Total general		2.236.436		\$130.593.491.613,83

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos RIPS SDS 2004-2020, población vinculada, desplazada, atenciones no POS, particulares e NE (Corte de recepción 2020/04/20)

Flexibilización Política Migratoria

El Gobierno colombiano ha flexibilizado la normatividad migratoria mediante la expedición del Permiso Especial de Permanencia - PEP, sin embargo, persiste el fenómeno de irregularidad migratoria de muchas personas de nacionalidad venezolana. En el caso del sector salud, solo se autoriza la atención de urgencias de los migrantes irregulares de conformidad con el Decreto 1288 de 2018.

Como puede observarse los migrantes regulares con PEP, pueden solicitar Encuesta Sisbén y ser beneficiarios de todos los programas sociales en Colombia y a partir del Decreto 0064 de 2020, los migrantes venezolanos se consideran una población especial y se afilian al régimen subsidiado sin necesidad de contar con la Encuesta Sisbén.

Financiamiento

El Ministerio de Salud y Protección Social realizó asignación de recursos específicos para mitigar los costos de la atención de migrantes venezolanos en las entidades territoriales, la asignación fue realizada mediante los siguientes actos administrativos:

Recursos asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Concejo Distrital de Bogotá para la atención en salud.

N° Resolución	Valor	Valor Incorporado al FFDS	Valor Ejecutado	Valor a Reintegrar
5305 de 22/12/ 2017	\$ 1.138.570.935	\$ 0	No fue posible la incorporación al Presupuesto del FFDS, fue notificada en Dic-28-2017 y debía ejecutarse en la vigencia 2017.	
3954 de 19/09/2018	\$ 2.657.396.865	\$ 2.657.396.865	\$ 2.657.334.958	\$ 61.907
5869 de 27/12/2018	\$ 3.376.250.026	\$ 3.376.250.026	\$ 3.376.239.914	\$ 10.112
1175 de 22/05/2019	\$ 2.458.253.020	\$ 2.458.253.020	\$ 2.458.251.866	\$ 1.154
3343 de 11/12/2019	\$ 3.513.858.000	\$ 594.060.005	\$ 594.060.005	
Sub Total Recursos Nacionales	\$ 13.144.328.846	\$ 9.085.959.916	\$ 9.085.886.743	\$ 73.173
Recursos Asignados por el Concejo Distrital	\$ 13.000.000.000	\$ 13.000.000.000	\$ 12.999.996.853	\$ 3.147
Total	\$ 26.144.328.846	\$ 22.085.959.916	\$ 22.085.883.596	

Fuente: Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud

De otro lado, y como puede observarse en el cuadro precedente la Comisión de Hacienda y Crédito Público del Concejo de Bogotá aprobó y asignó recursos por valor de \$13.000.000.000 mediante el Acuerdo 728 del 26 de diciembre de 2018, con la finalidad de brindar la atención requerida a la población venezolana, los cuales se incorporaron al presupuesto del FFDS. Es importante precisar que dichos recursos fueron utilizados como complemento a los asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social para garantizar la atención de urgencias de los migrantes venezolanos.

Con relación a la Resolución 3343 del 11 de diciembre de 2019, se incorporó al presupuesto del FFDS el valor de \$594.060.005 para cancelar cuentas de urgencias certificadas por dicho valor. El saldo de \$2.919797.995 se incorporará para la vigencia 2020.

5. *¿Cuáles han sido los lineamientos o los pronunciamientos emitidos por la Personería de Bogotá hacia las Entidades de la Administración Distrital (Secretaría Distrital de Salud, Hospitales, EPS, IPS, etc.) en relación con el derecho a la salud de los migrantes venezolanos?*

Respuesta: Con relación a los componentes de atención en salud, como se mencionó previamente, la Secretaría Distrital de Salud garantiza la atención a los migrantes de países fronterizos en el marco de sus competencias, estos ciudadanos reciben cuidados a través del Plan de Intervenciones Colectivas y atenciones de urgencia en caso de requerirlo en las Sub Redes Distritales de Salud y en casos excepcionales son atendidos en prestadores de servicios de salud privados.

El ciudadano extranjero que pudiese demandar servicios de salud, entre ellos los migrantes venezolanos, en caso de requerir atención en salud por urgencias, deberá consultar en cualquier punto de atención de las Subredes Distritales y solicitar la atención por urgencias, incluso se han atendido urgencias en la red privada de la ciudad

6. *¿Cuál ha sido la respuesta de estas Entidades frente a tales lineamientos y pronunciamientos?*

Respuesta: Las instituciones de prestación de servicios de salud públicas y privadas han adecuado sus sistemas de información para capturar en los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS, la variable nacionalidad y reportan a la plataforma del Sistema de Información de Referencia y Contra referencia SIRC, el ingreso de los extranjeros por urgencias en la red privada de la ciudad, para posteriormente realizar la respectiva autorización de servicios.

7. ¿Existe un protocolo, ruta, documento que describa los trámites a desarrollar para la atención en salud en el Distrito para personas de nacionalidad venezolana en situación de migración?

Respuesta: Las Subredes Integradas de Servicios de Salud de la Red Pública Adscrita del Distrito conocen y aplican lo ordenado por el Decreto 780 de 2016 y sus modificaciones, especialmente las dispuestas por el Decreto 064 de 2020 en el artículo 3 numeral 18 con relación a la población migrante venezolana con Permiso Especial de Permanencia – PEP, la cual, al ser atendida en las unidades de servicios de salud, será afiliada de manera inmediata al régimen subsidiado. Adicionalmente los migrantes con PEP pueden solicitar su afiliación a régimen subsidiado directamente en las EPSS autorizadas en Bogotá.

Cordialmente,




MANUEL ALFREDO GONZÁLEZ MAYORGA
Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento

Copias: 023100

Consolidó: Gris E. Reyes Gómez – Profesional Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento 
Proyectó: Jairo Hernán Tamara Pulido – Profesional Subdirección de Administración del Aseguramiento 
Revisó: Luis Felipe Martínez Rojas – Profesional Subdirección de Administración del Aseguramiento
Aprobó: Gloria Jannett Quilones Cárdenas - Subdirectora de Administración del Aseguramiento 
Jaime G. Díaz Chabut – Director de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud 


*Respetado Ciudadano – Ciudadana. La Secretaría Distrital de Salud con el propósito de mejorar la atención ciudadana, amablemente lo invita a dar su opinión y sugerencias en la ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SDQS-SDS que hemos dispuesto para usted en el link <http://app.saludcapital.gov.co/encuestas/index.php?id=52865&lang=es> o acceder a la página www.saludcapital.gov.co – link de Contáctenos o Servicio al Ciudadano - Ir a enlace Encuesta de Satisfacción SDQS. Sus comentarios nos comprometen a mejorar. MUCHAS GRACIAS.

Anexo No. 2. Radicado 2020EE281612 Personería de Bogotá.



De: María Jose Crespo Lopez mjrespo@personeriabogota.gov.co
Asunto: Respuesta Derecho de Petición de Información. Sinproc 2745244.
Fecha: 5 de mayo de 2020, 8:36 p. m.
Para: mafe_torres@aol.com, mariatorres@usantotomas.edu.co

María Jose Crespo Lopez ha compartido un archivo de OneDrive para la Empresa con usted. Para verlo, haga clic en el vínculo siguiente.

 [Informe Final Personería - ACNUR.pdf](#)

PERSONERIA DE BOGOTA 05-05-2020 09:21:11
Al Consultar Cite Este Nr.: 2020EE281612 O 1 Fol:1 Anex:2
ORIGEN: Origen: 58 1098 - P.D. PARA LA DEFENSA Y PROTECCION DE
DESTINO: Destino: PERSONA NATURAL/MARIA FERNANDA TORRES ARI
ASUNTO: Asunto: DERECHO DE PETICION DE INFORMACION
CUI: CUI: SINPROC 2745244

Señora
MARÍA FERNANDA TORRES ARÉVALO
mafe_torres@aol.com
mariatorres@usantotomas.edu.co

Referencia: SINPROC 2745244. Derecho de petición de información, población migrante proveniente de Venezuela. Ley 1755 de 2015.

Respetada Senadora María Fernanda:

En atención a lo citado en el asunto, se procede a dar respuesta conforme a las competencias y funciones de la Personería de Bogotá D.C., así:

"1. ¿Cuántas personas de nacionalidad venezolana en situación de migración solicitaron atención o acompañamiento de la Personería de Bogotá entre el 2015 y el 2019 por posible vulneración a su derecho a la salud? Por favor discriminar por sexo, género, edad, localidad, etnia y discapacidad."

"2. ¿Cuáles fueron las principales problemáticas enfrentadas por estas personas frente a la atención en salud en la ciudad de Bogotá?"

"3. ¿Cuál ha sido la respuesta o la solución brindada desde la Personería de Bogotá a tales problemáticas?"

"4. ¿Cuáles han sido los lineamientos o los pronunciamientos emitidos por la Personería de Bogotá hacia las Entidades de la Administración Distrital (Secretaría Distrital de Salud, Hospitales, EPS, IPS, etc.) en relación con el derecho a la salud de los migrantes venezolanos?"

"5. ¿Cuál ha sido la respuesta de estas Entidades frente a tales lineamientos y pronunciamientos?"

Fundamentados en la Ley 1755 de 2015, por no ser competencia de la Personería de Bogotá algunos de los puntos de su petición, esta fue trasladada a la Secretaría Distrital de Salud.

Pertinente precisar la competencia de la Personería de Bogotá, D.C. (en adelante Personería) como órgano de control del Distrito Capital que, con enfoque social, en el marco de un Estado pluralista, promueve la efectividad integral de los derechos de las personas, trabaja al servicio de la ciudad, interviene y actúa como garante del respeto del ordenamiento jurídico, por parte de las autoridades públicas del Distrito Capital, y vigila la conducta de los servidores públicos. Conforme el artículo 118 de la Constitución Política, a la Personería como parte del ministerio público, le corresponde la guarda y promoción de los derechos humanos, la protección del interés público y la vigilancia de la conducta oficial de quienes desempeñan funciones públicas en el Distrito Capital.

El artículo 99 del Decreto Ley 1421 de 1993, el artículo 178 de la Ley 136 de 1994, disponen las atribuciones del Personero como agente del ministerio público ante autoridades judiciales o administrativas para defensa del orden jurídico, el patrimonio público o los derechos y garantías fundamentales. El Acuerdo 755 de 2019, establece la estructura organizacional, la planta de empleos de la Personería y las funciones del Personero, entre ellas actuar como agente del ministerio público, ejercer la veeduría ciudadana en el territorio de su jurisdicción y desarrollar la defensoría de los Derechos Humanos en la capital de la República.

Teniendo en cuenta las funciones y competencias de la Personería, en protección y garantía de los derechos humanos y derechos fundamentales en el marco del Distrito Capital, se brinda orientación a la población migrante en sus relaciones con la administración, indicándoles las rutas de atención y servicios vigentes que ofrecen las distintas entidades, igualmente de manera sostenida se realizan sensibilizaciones, dirigidas tanto a los servidores públicos como a miembros de la fuerza pública, a organizaciones civiles y la comunidad en general, se adelantan jornadas participativas dirigidas a mitigar la posible discriminación y xenofobia, así como gestionar ante las entidades competentes la exigibilidad de derechos precisando también los deberes, es decir se atienden los requerimientos ciudadanos.

"6. ¿Existe un protocolo, ruta, documento que describa los trámites a desarrollar para la atención en salud en el Distrito para personas de nacionalidad venezolana en situación de migración?"

En igual sentido, se traslada en integridad por competencia a la Secretaría Distrital de Salud, para que respondan de fondo, en términos, de manera clara y concreta. Sin embargo, contextualizados en las acciones que adelanta la Personería de Bogotá, respecto a orientación, sensibilización, recepción de peticiones, requerimientos ciudadanos, quejas, solicitudes de intervenciones y atención a la población migrante, en especial la proveniente de Venezuela en el Distrito Capital, relacionamos a continuación la ruta de orientación sobre el tema de salud:

RUTA DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA

♦ **POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA EN CONDICIÓN IRREGULAR**

Para los pacientes extranjeros de país fronterizo en condición irregular que acceden a los servicios de salud, se les autorizará en el marco del Decreto 866 de 2017, Artículo: 2.9.2.6.3 únicamente la atención inicial de urgencias.

♦ **POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA EN CONDICIÓN REGULAR**

Una vez el migrante venezolano regularice su situación migratoria en Colombia ante LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL MIGRACIÓN COLOMBIA, quienes ejercen las funciones de autoridad de vigilancia y control migratorio y de extranjería del Estado Colombiano y requiera acceso a los servicios de salud en la ciudad de Bogotá, es necesario que realice los pasos que se relacionan a continuación:

Primero: Después de regularizar su situación ante Migración Colombia, es necesario que solicite la encuesta SISBEN ante la oficina de la Secretaría Distrital de Planeación ubicada en un CADE o SUPERCADÉ de la ciudad de Bogotá, presentando el documento de identidad emitido por Migración Colombia, ya sea la Cédula de Extranjería, el Salvoconducto para Refugiado y/o Permiso Especial de Permanencia y solicitar la visita.

Segundo: Cuando le hayan aplicado la encuesta SISBEN y validado el puntaje que obtenga de la misma, debe esperar que la Secretaría de Planeación remita la información a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y si cumple con los parámetros establecidos por Ministerio de Protección Social, podrán ser beneficiados en los subsidios de salud, a través de su afiliación a una Empresa Promotora de Salud Subsidiada EPS-S.

Tercero: Para poder ser afiliado (a) como beneficiario (a) al régimen contributivo deberá contar con un documento oficial en Colombia y haber regularizado la situación migratoria, bien sea una cédula de extranjería, salvoconducto de refugiado o permiso especial de permanencia – PEP.

Lo anterior por cuanto los documentos de identificación válidos para efectuar la afiliación y reportar novedades al SGSSS, están identificados en el artículo 2.1.3.5 del Decreto 780 de 2016. Adicionalmente, el Permiso Especial de Permanencia fue adoptado como válido para el SGSSS mediante la Resolución 3015 de 2017 del Ministerio de Salud.

Ahora bien, con la expedición del Decreto 064 del 20 de enero de 2020, por el cual se modifican artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.2.1 y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 201 en relación con los afiliados régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones, se priorizó la afiliación de la población pobre no asegurada, recién nacidos, menores de edad y su grupo familiar, así como la afiliación de migrantes venezolanos que cuenten con el Permiso Especial de Permanencia y colombianos que hayan retornado de Venezuela, generando algunas posibles cambios en la ruta que se viene manejando.

Por último, hacemos entrega en formato PDF del "Informe sobre la situación de las

personas provenientes de Venezuela en Bogotá D.C. Vacíos de protección, barreras de acceso y respuesta institucional a la población refugiada, migrante y retornada colombiana como un aporte a la reflexión y discusión distrital”.

Este Informe es el resultado de un ejercicio de cooperación derivado de la firma de una carta de entendimiento entre el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados-ACNUR y la Personería de Bogotá D.C. Para nuestra entidad compartir este documento es uno de los pasos necesarios para contribuir a la acogida de la población migrante, retornada y refugiada en el Distrito Capital, en condiciones que garanticen su dignidad humana.

Cordialmente,

María José Crespo López

Asesor 105-01

Personería Delegada para la Defensa y Protección de los Derechos Humanos

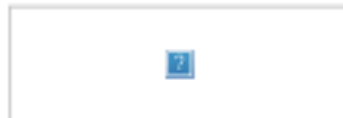
Personería de Bogotá D.C.

Tel. 3820450 Ext 5246



**Personería
de Bogotá, D. C.**

Al servicio de la ciudad



Personería de Bogotá, D.C. comprometida con el medio ambiente.

*Este mensaje y cualquier archivo anexo son confidenciales y podrían contener información privilegiada y reservada de la Personería de Bogotá D.C.; para uso exclusivo del destinatario. Si llegó a usted por error, por favor elimínelo y avise inmediatamente al remitente, absteniéndose de usar, retener, imprimir, copiar, enviar, revelar el contenido o utilizar alguna parte de este mensaje o de sus adjuntos, pues de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 de 2009 y las demás que resulten pertinentes. * Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus. No obstante, la PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C., no garantiza la confiabilidad de los datos contenidos en el contenido de este mensaje.*

Anexo No. 3. Radicado 202016000872821. Ministerio de Salud y Protección Social



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202016000872821

Fecha: 2020-06-09

Página 1 de 11

Bogotá D.C.,

Estudiante

Sra. MARIA FERNANDA TORRES ARÉVALO

Correo electrónico: mafe_torres@aol.com / mariatorres@usantolomas.edu.co

Asunto: Respuesta a derecho de petición de información – migrantes venezolanos.*

Respetada Estudiante,

El Ministerio de Salud y Protección Social [en adelante el Ministerio], se permite atender oportunamente las 5 peticiones planteadas en solicitud de información "migrantes venezolanos", radicada el pasado 25 de mayo de 2020, permitiéndose por cada una, transcribirlas y en seguida incluir la respuesta que corresponde.

Pregunta:

1. *El documento CONPES 3950-2018 estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social realizaría, desde el año 2018, un diagnóstico para determinar la oferta de servicios de salud de las entidades territoriales que acogen a la población migrante proveniente de Venezuela. Esto, permitiría identificar las redes prestadoras de servicios de salud y definir las necesidades de*

Camera 13 No. 32- 76 Bogotá, D.C., Código Postal 110311
PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-960020 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202016000872821

Fecha: 2020-06-09

Página 2 de 11

fortalecimiento de capacidades en infraestructura, talento humano y dotación biomédica. ¿Cuál es el diagnóstico para la ciudad de Bogotá D.C.?

Respuesta MSPS:

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cabeza de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, desde el 2016 atendió con seguimiento y avance la acción 1.1 del CONPES 3950 'Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela a Colombia', referida a: **"Identificar la oferta de servicios de salud ubicada en el territorio y articular la gestión de prestación de servicios con otras instancias que apoyen la atención de las necesidades de la población migrante procedente de Venezuela, retornados y con status de refugiados"**, que responde al reporte del siguiente indicador: Porcentaje de avance en la elaboración del documento técnico en el cual se identifique la oferta de servicios y se determinen las acciones para articular respuesta con las otras instancias que apoyen la prestación de servicios de salud en la zona de frontera y territorios de acogida con mayor concentración.

Dicha acción e indicador ya cuentan con un avance del 100% consistente en la elaboración de documento técnico referido a la Articulación en la Prestación de Servicios Salud, que presenta las acciones llevadas a cabo para la coordinación, cooperación y gestión de la prestación de servicios de salud de forma articulada a la población migrante, así como el desarrollo y estado de trámite de los proyectos para el fortalecimiento de la capacidad instalada de los prestadores con relación a equipamiento biomédico.

Nota: Se adjunta para su consulta, anexo No.1 (a), denominado **"Identificación de la Capacidad de Respuesta de la Oferta de Servicios de los Prestadores Públicos para la Prestación de Servicios de Salud a la Población Migrante en la Zona de Frontera y los Territorios de Acogida con Mayor Concentración"**, donde se incluye el diagnóstico

Camera 13 No. 32- 76 Bogotá, D.C., Código Postal 110311

PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-960020 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202016000872821

Fecha: 2020-06-09

Página 3 de 11

realizado por cada uno de los Departamentos y de Bogotá D.C. También se incluye para el examen, el documento anexo No.1 (b), denominado *"Análisis necesidades de fortalecimiento de capacidades"*.

Pregunta:

1. *El documento CONPES 3950-2018 indicó que el Ministerio, en el mismo año, daría inicio a acciones relacionadas con la asistencia técnica a entidades territoriales en la ruta de aseguramiento, permitiendo así? agilizar procesos y dinamizar la afiliación. ¿Cuáles han sido las acciones de asistencia dirigidas a Bogotá D.C.?*

Respuesta MSPS:

El Ministerio de Salud y Protección Social, representado por la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, riesgos laborales y pensiones, desde el 2018 atendió con seguimiento y avance la acción 1.2 del CONPES 3950/2018, que le exhortaba a: **"Realizar asistencia técnica a los departamentos sobre la ruta de aseguramiento que presentan población migrante desde Venezuela, retornados y con status de refugiados."**, que corresponde al reporte del indicador: Porcentaje de departamentos con asistencias técnicas realizadas.

Dicha acción e indicador cuentan a la fecha con un avance del 42,50%, lo que se traduce en el cumplimiento del avance en los términos que se programaron. Así entonces, desde 2018 y hasta el 31 de diciembre de 2019 se realizaron asistencias



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202016000872821

Fecha: 2020-06-09

Página 4 de 11

técnicas en los siguientes departamentos: Cundinamarca, Atlántico, Valle del Cauca (Tuluá, Buenaventura), Antioquia, Quindío, Vichada, Guainía, Boyacá, Meta, Vaupés, Chocó, Cauca, Nariño.

Adicionalmente valdría explicar que, El Ministerio, en el marco de sus competencias legales, brinda capacitación, conceptúa y presta asistencia técnica a las Entidades Territoriales y las Empresas Promotoras y prestadoras de servicios de salud, promoviendo la adecuada apropiación del conocimiento y la oportuna aplicación de las normas expedidas para la garantía del aseguramiento en salud de nacionales y extranjeros.

Dentro de las acciones de asistencia técnica al nivel subnacional desplegadas por el MSPS se destacan las siguientes:

1. Asistencia para el fortalecimiento de capacidades técnicas de los funcionarios en relación a los documentos válidos de identificación para el aseguramiento en salud de las personas migrantes venezolanas con vocación de permanencia en Colombia;
2. Reuniones técnicas para mejorar la propuesta de inclusión de población migrante venezolana como población especial en el sistema de salud colombiano;
3. Capacitaciones en la implementación del Decreto 064 de 2020¹², manejo del listado censal y afiliación de oficio de la población migrante en condición regular.

Una vez expedido el Decreto 064 de 2020, el Ministerio, a través de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, en el mes de febrero de 2020 realizó una capacitación nacional sobre la implementación de esta norma, la cual contó con la asistencia del Distrito Capital. En el espacio de capacitación se abordaron aspectos afines a la afiliación en salud de la

Camera 13 No. 32- 76 Bogotá, D.C., Código Postal 110311

PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-960020 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202016000872821

Fecha: 2020-06-09

Página 5 de 11

población migrante, Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) y en algunos casos Financiamiento Sectorial a 339 IPS-EPS de 337 municipios y 14 departamentos; abarcando el 43,7% de los departamentos del país.

En lo que específicamente corresponde a Bogotá DC, se brindaron dos asistencias técnicas en el mes de febrero de 2020 del Decreto 064 de 2020, siendo importante señalar que la capacitación departamental estaba programada para el 17 de marzo de 2020 en la Gobernación de Cundinamarca. Sin embargo, como consecuencia del Decreto 385 de 2020, el Gobernador de Cundinamarca canceló todos los eventos masivos desde el 16 de marzo, razón por la cual esta asistencia técnica que incluía a la Secretaría de Salud de Bogotá, será reprogramada.

Actualmente, dado el estado de emergencia sanitaria decretado por el Covid-19, el MSPS está estructurando un curso que integra las mismas temáticas antes citadas para culminar las capacitaciones en el 100% del territorio nacional, y que se desarrollará a través de una plataforma virtual de educación, brindada por un organismo de cooperación internacional. El MSPS tiene programado el lanzamiento de este curso en el mes de julio de 2020 si todas condiciones en relación a materiales, tecnología e inscripciones cumplen con lo estipulado en el plan de trabajo.

Pregunta:

1. *El CONPES 3950-2018 señaló que el Ministerio de Salud y Protección Social, desde el año 2019, desarrollaría un protocolo para el establecimiento del flujo de información básica en salud de migrantes desde Venezuela con los países fronterizos, acción coordinada con y socializada por Migración Colombia. Sírvase enviar el documento correspondiente al protocolo señalado; de no*



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202016000872821

Fecha: 2020-06-09

Página 6 de 11

contar con este, solicito informar cuál es su estado de avance y las acciones llevadas a cabo a la fecha.

Respuesta MSPS:

El Ministerio, encabezado por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, desde el año 2019, llevó a cabo un seguimiento y continuo avance frente a la acción 1.4 del CONPES 3950/2018, en sentido de: ***“Definir y socializar a los países fronterizos un protocolo que permita establecer un flujo de información básica en salud de migrantes desde Venezuela, retornados y con status de refugiados”***.

Esta actividad responde al reporte del siguiente indicador: Porcentaje de avance en la elaboración y socialización del plan de acción elaborado para el diseño y adopción de un registro clínico electrónico básico en salud compatible con la base de datos regional de migrantes venezolanos.

Dicha acción e indicador cuentan con un avance actual del 70%, consistente en el diseño y adopción de un registro clínico electrónico básico en salud compatible con la base de datos regional de migrantes venezolanos (como país), el cual se tiene previsto interoperar con el registro de información de salud que se adopte regionalmente. Así mismo, se presentan las acciones adelantadas para la recolección de datos de atenciones en salud a población migrante venezolana desde el año 2017, la prestación de asistencia técnica y capacitación, entre otros.

Así mismo, El proyecto de interoperabilidad de historia clínica de migrantes está articulado con el desarrollo de la interoperabilidad nacional de historia clínica electrónica, pues utilizarán el mismo mecanismo. Durante el período se ha trabajado en la normatividad de los actores responsables y de su participación en el mecanismo de interoperabilidad. Se han realizado acercamientos con instituciones como la ONU con el propósito de conocer modelos de interoperabilidad en otras regiones, por ejemplo, se

Camera 13 No. 32- 76 Bogotá, D.C., Código Postal 110311

PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-960020 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202016000872821

Fecha: 2020-06-09

Página 7 de 11

revisó y se hizo un acercamiento con la Organización Internacional de Migración y se analizó el modelo actualmente utilizado en Europa.

Nota: Se adjunta para su consulta, anexo No.2, denominado "Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela a Colombia", donde se exhibe el avance alcanzado en el documento.

Pregunta:

1. *El CONPES 3950-2018 indicó que el Análisis de la Situación de Salud incluiría información relacionada con el comportamiento de la población señalada, procurando contar con un análisis de la dinámica demográfica y de la morbilidad y mortalidad, a corto y mediano plazo, de esta población. Sírvase enviar el documento correspondiente al análisis señalado; de no contar con este, solicito informar cuál es su estado de avance y las acciones llevadas a cabo a la fecha.*

Respuesta MSPS:

El Ministerio de Salud y Protección Social, representado por la Dirección de Epidemiología y Demografía, a partir de año 2019 se abocó en el seguimiento y avance respecto de la acción 1.5 del CONPES 3950/2018, atinente a: ***"Incluir en el Análisis de Situación de Salud nacional y territorial la dinámica demográfica y morbi-mortalidad de la población migrante a corto y mediano plazo"***, que se correlaciona al reporte del siguiente indicador: Porcentaje de avance en la elaboración del documento de análisis de Situación de Salud nacional y territorial la dinámica



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202016000872821

Fecha: 2020-06-09

Página 8 de 11

demográfica y morbi-mortalidad de la población migrante a corto y mediano plazo.

La acción e indicador ya tienen un avance del 50%, que se materializa en la elaboración de documento que establece las herramientas de análisis de migrantes atendidos en los servicios de salud, que tiene una aplicación en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal. En tal sentido, paralelamente El Ministerio acompañó su implementación a nivel nacional, departamental y distrital, fortaleciendo las capacidades para que los departamentos también lo hicieran con los municipios mediante videoconferencia realizada el 30 de septiembre de 2019.

Nota: Se adjunta para su consulta, anexos No.3 y 4, denominados "Herramientas análisis migrantes atendidos en los servicios de salud" y "Presentación Actualización ASIS 2019", donde se exhibe el avance alcanzado en relación con dicha acción hasta diciembre de 2019.

Pregunta:

1. *El CONPES 3950-2018 señaló que este Ministerio, a partir del 2018, incluiría acciones de adaptación e implementación del plan de respuesta para la población migrante en los Planes Territoriales de Salud y en los Planes de Intervención Colectivos. Sírvase informar cuáles son las acciones incluidas en el Plan Territorial de Salud correspondiente a la ciudad de Bogotá? D.C.*

Respuesta MSPS:



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202016000872821

Fecha: 2020-06-09

Página 9 de 11

La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, responde a la pregunta desde 2018, gestionado lo pertinente frente al cumplimiento de la acción 1.6 del CONPES 3950/2018 relativa a: ***“Identificar la capacidad de respuesta de los prestadores públicos para la prestación de servicios de salud de la población migrante en la zona de frontera y los territorios de acogida con mayor concentración”***, que se reporta a través del siguiente indicador: Porcentaje de avance en el documento diagnóstico con las necesidades de inversión en infraestructura física y dotación para fortalecer la capacidad de respuesta de los prestadores públicos para la atención de la población migrante en zona de frontera y territorios de acogida con mayor concentración.

Tal acción e indicador han sido avanzados en un 100%, mediante la elaboración y consolidación de Documento Técnico “Diagnóstico y análisis de Necesidades de Inversión en Infraestructura y Dotación para el fortalecimiento de la red pública de servicios de salud de las Direcciones Territoriales de Salud priorizadas, para la atención en salud integral, en el contexto del Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio” (documento adjunto), en el cual a partir de un análisis de oferta y demanda, se determinaron las brechas para cubrir las necesidades de la población, así como alternativas para su cierre y fuentes de financiación, en cada uno de los departamentos y de Bogotá.

Así mismo, se contesta a la pregunta con el seguimiento y avance de la acción 1.7 del CONPES 3950/2018 que atribuyó al Ministerio la tarea de ***“Identificar las rutas de atención e integración para la población migrante proveniente de Venezuela”***, que responde al reporte del siguiente indicador: Porcentaje de entidades territoriales con inclusión de actividades dirigidas a población migrante en planes territoriales. En este sentido se cuenta con un avance del 45% consistente en la implementación, en el año 2018, del plan de respuesta en salud al fenómeno Migratorio en las 17 entidades territoriales; actualmente se está realizando gestión con las Entidades Territoriales del Norte de Santander, Santander, Arauca, La Guajira, Atlántico, Cesar, Barranquilla, Magdalena, Santa Marta, Antioquia, Bolívar, Cartagena, Bogotá, Valle del Cauca,



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202016000872821

Fecha: 2020-06-09

Página 10 de 11

Nariño, Casanare y Guainía para que en la identificación de las prioridades en salud y en el marco de la Planeación Integral en Salud, sean incluidas actividades dirigidas a la población migrante en los planes territoriales de la vigencia 2020-2023.

Nota: Se adjunta para su consulta, anexo No.5, denominado "Diagnostico de necesidades de inversión en infraestructura y dotación", donde se evidencia el avance alcanzado frente a la presente acción.

Agradeciéndolo de antemano la atención prestada,

Cordialmente,

Maricella Martínez Uribe
Jefe (e) Oficina Promoción Social

Anexo: Los anunciados a lo largo de la presente respuesta.

Elaboró: LRios.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202016000872821

Fecha: 2020-06-09

Página 11 de 11

Revisó: MMartinez

Hay que tener igualmente presente, que desde punto de vista de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Gobierno Nacional con iniciativa del MSPS, en el mes de enero de 2020 expidió el Decreto 064 de 2020, norma que incluye a los migrantes regulares de la República Bolivariana de Venezuela, identificados con PEP vigente y a sus hijos menores con identificación válida, como población especial afiliada al Régimen Subsidado en Salud, focalizada a través de listado censal elaborado por las entidades territoriales; el citado Decreto también integra disposiciones sobre la afiliación de oficio a cargo del prestador de servicios de salud o de la entidad territorial, según corresponda.

Anexo No. 4. Radicado PQRSDF No. 2020-2168. Instituto Nacional de Salud.

De: [Contactenos_dvansp](mailto:contactenos_dvansp@ins.gov.co) contactenos_dvansp@ins.gov.co
Asunto: Respuesta PQRSDF 2020-2168
Fecha: 17 de junio de 2020, 9:33 a. m.
Para: mariatorres@usantotomas.edu.co, Mafe_torres@ins.gov.co



Bogotá D.C. 17/06/2020

Señora: MARÍA FERNANDA TORRES ARÉVALO
Mafe_torres@aol.com / mariatorres@usantotomas.edu.co
Peticionaria

Ref.: Aviso de Respuesta a PQRSDF No. 2020-2168

Cordial saludo,

Hemos recibido la petición con número de radicado 2020-2168 de fecha 25/05 /2020, mediante el cual solicita la siguiente información para el desarrollo de su proyecto de Investigación: "Sírvase informar cuáles han sido las acciones o los programas llevados a cabo, en relación con la ciudad de Bogotá D.C., para el cumplimiento del objetivo citado". Con respecto a su solicitud nos permitimos informarle.

1. Dando alcance a la línea 3 del CONPES 3950 de 2018, el Instituto Nacional de Salud (INS) viene desarrollando los cursos de epidemiología de primera línea - frontline, con el objeto de fortalecer los conocimientos y las habilidades de los trabajadores de la salud para desarrollar la capacidad epidemiológica, la vigilancia en salud pública y la promoción del uso de la información para la toma de decisiones. El curso tiene una duración de tres meses, con tres talleres presenciales y el desarrollo de trabajos de campo dirigidos y asesorados por tutores de frontline formados por el Instituto Nacional de Salud. Específicamente en el marco de este CONPES 3950 de 2018, no se realizaron cursos en Bogotá D.C., ya que los cursos se definieron y realizaron en departamentos de frontera.

Sin embargo, dentro de las actividades desarrolladas por la dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública del Instituto Nacional de Salud, específicamente en Bogotá para el 2019 si se desarrollaron dos cursos Frontline.

Gracias por comunicarse con nosotros.

Acorde con lo anterior, se ha brindado respuesta, de conformidad lo expuesto por la Ley 1755 de 2015, art. 14

Cordialmente;



Lista de Referencias

- AFP. (05 de febrero de 2020). *Inflación en Venezuela cerró 2019 en 9.585,5%*. Portafolio. Recuperado de: <https://www.portafolio.co/internacional/inflacion-en-venezuela-cerro-2019-en-9-585-5-537800>
- Agencia Nacional de las Naciones Unidas para las Migraciones. (7 de junio de 2019). *Refugiados y migrantes de Venezuela superan los cuatro millones: ACNUR y OIM* [Comunicado de prensa]. Recuperado de: <https://www.acnur.org/noticias/press/2019/6/5cfa5eb64/refugiados-y-migrantes-de-venezuela-superan-los-cuatro-millones-acnur-y.html>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2018). *Alcalde Peñalosa anuncia atención integral a venezolanos migrantes en Bogotá*. Recuperado de: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/gobierno/venezolanos-migrantes-tendran-atencion-integral-por-parte-del-distrit>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (02 de mayo de 2019). Lineamientos para las entidades y organismos pertenecientes a la Administración Distrital, sobre atención a ciudadanos venezolanos en situación migratoria irregular. [Circular Conjunta 001 de 2019].
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2019). *Bogotá, ciudad referente en Colombia en atención a migrantes*. Recuperado de: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/integracion-social/atencion-migrantes-en-bogota>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (s.f.). Bogotá lanza plan de atención a inmigrantes venezolanos. Recuperado de: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/atencion-en-salud-paralos-venezolanos>
- Aliaga, F., Baracaldo, V., Gissi Barbieri, N. & Pinto, L. (2018). *Imaginario de exclusión y amenaza en torno al inmigrante venezolano en Colombia*. Temas y Debates 36. doi: [10.35305/tyd.v0i36.415](https://doi.org/10.35305/tyd.v0i36.415)
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (s.f.) *Definiciones*. Recuperado de: <https://refugeesmigrants.un.org/es/definitions>
- Amnistía Internacional, (2019). *Informe Anual 2019*. Recuperado de: <https://www.amnesty.org/download/Documents/AMR0113532020SPANISH.PDF>

- Bustamante, A. (2011). *La frontera colombo-velezolana: de la conflictividad limítrofe a la global*. Artículo en Relaciones fronterizas: Encuentros y Conflictos. Recuperado de: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/40018.pdf>
- Cámara de Comercio de Cúcuta. (2016). *Reabren los siete pasos fronterizos entre Colombia y Venezuela*. Recuperado de <http://www.cccucuta.org.co/noticias-7-m/868-reabren-los-siete-pasos-fronterizos-entre-colombia-y-venezuela.htm>
- Cigna. (s.f.). *¿Qué es el cuidado preventivo?*. Recuperado de: <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/understanding-insurance/preventive-care>
- Comisión Colombiana de Juristas. (Marzo de 2010). *Informe sobre la prohibición de regresividad en derechos económicos, sociales y culturales en Colombia: fundamentación y casos (2002-2008)*.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2017). *Institucionalidad democrática, Estado de derecho y derechos humanos en Venezuela*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 209. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Venezuela2018-es.pdf>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2019). *Democracia y Derechos Humanos en Venezuela*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 54. Recuperado de: <http://www.cidh.org/countryrep/Venezuela2009sp/VE09.indice.sp.htm>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1991). La Índole de las Obligaciones Estatales. Observación General No. 3 Doc. E/1991/23.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (11 de agosto de 2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: Observación General No. 14*. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2017). *Obligaciones de los Estados con respecto a los refugiados y los migrantes en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. E/C.12/2017/1. Recuperado de: <https://undocs.org/es/E/C.12/2017/1>
- Concejo de Bogotá. (30 de noviembre de 2006). Estructura Administración Distrital. [Acuerdo 257 de 2006]. Recuperado de: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=22307>

- Concejo de Bogotá. (31 de marzo de 2016). Sector Seguridad, Convivencia y Justicia. [Acuerdo 637 de 2016]. Recuperado de: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=65633>
- Concejo de Bogotá. (31 de marzo de 2016). Sector Gestión Jurídica. [Acuerdo 638 de 2016]. Recuperado de: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=65635>
- Concejo de Bogotá. (06 de abril de 2016). Sector Salud. [Acuerdo 641 de 2016]. Recuperado de: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=65686>
- Congreso de Colombia. (10 de enero de 1990). Ley Sistema Nacional de Salud. [Ley 10 de 1990] Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf
- Congreso de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Ley Sistema Seguridad Social Integral. [Ley 100 de 1993] Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de Colombia. (21 de diciembre de 2001). Ley Sistema General de Participaciones. [Ley 715 de 2001] Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html
- Congreso de Colombia. (19 de enero de 2011). Ley Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Ley 1438 de 2011] Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
- Congreso de Colombia. (8 de septiembre de 2014). Ley Consuelo Devis Saavedra. [Ley 1733 de 2014] Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html#:~:text=Esta%20ley%20reglamenta%20el%20derecho,familias%2C%20mediante%20un%20tratamiento%20integral
- Congreso de Colombia. (16 de febrero de 2015). Ley Estatutaria Derecho Fundamental a la Salud. [Ley 1751 de 2015] Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2018). *Estrategia para la Atención de la Migración desde Venezuela. Documento CONPES 3950*. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3950.pdf>
- Constitución Política de Colombia. [Const.]. (20 de julio de 1991). Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
- Constitución Política de la República Bolivariana de Venezuela. [Const.] (30 de diciembre de 1999). Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf
- Correa, M. (18 de agosto de 2014). *En frontera con Venezuela hay 254 pasos ilegales*. El Colombiano. Recuperado de: https://www.elcolombiano.com/historico/en_frontera_con_venezuela_hay_254_pasos_ilegales-NGec_307280
- Corte Constitucional. (31 de julio de 2008). Sentencia T-760 de 2008. [MP Manuel José Cepeda Espinosa]. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- Corte Constitucional. (15 de noviembre de 2017). Sentencia SU-677 de 2017. [MP Gloria Stella Ortíz Delgado]. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/SU677-17.htm>
- Corte Constitucional. (25 de febrero de 2019). Sentencia T-074 de 2019. [MP Antonio José Lizarazo Ocampo]. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-074-19.htm>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (17 de septiembre de 2003). *Opinión Consultiva OC-18/03. Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados*. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2003/2351.pdf>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (17 de junio de 2005). *Caso Comunidad indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Sentencia Fondo, Reparaciones y Costas*. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (04 de julio de 2006). *Caso Suárez Peralta vs Ecuador. Sentencia Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_261_esp.pdf

- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (19 de agosto de 2014). *Opinión Consultiva OC-21/14. Derechos y Garantías de Niñas y Niños en el Contexto de la Migración y/o en necesidad de Protección Internacional*. Recuperado de: <https://www.acnur.org/es-es/5b6ca2644.pdf>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (28 de agosto de 2014). *Personas Dominicanas y Haitianas Expulsadas vs República Dominicana. Sentencia Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Recuperado de: http://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_282_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (30 de noviembre de 2016). *Caso I.V.* vs Bolivia.. Sentencia Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Recuperado de: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (8 de marzo de 2018). *Caso Pobletes Vilches y otros vs Chile. Sentencia Fondo, Reparaciones y Costas*. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf
- Departamento Nacional de Planeación. (s.f.). *¿Qué es el SISBEN?*. Recuperado de: <https://www.sisben.gov.co/sisben/paginas/que-es.aspx>
- EFE. (9 de enero de 2019). *Inflación en Venezuela cierra el 2018 en casi 1.700.000 %*. Portafolio. Recuperado de: <https://www.portafolio.co/internacional/inflacion-en-venezuela-cierra-el-2018-en-casi-1-700-000-525046>
- Grupo Banco Mundial. (2018). *Migración desde Venezuela a Colombia: impactos y estrategia de respuesta en el corto y mediano plazo*. P. 14
- Human Rights Watch. (2016). *Crisis Humanitaria en Venezuela*. Recuperado de: https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/venezuela1016sp_brochure_web.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (17 de junio de 2020). *Aviso de respuesta a PQRSDf No. 2020-2168*.
- Mercado, L., (23 de enero de 2019). *Cinco posibles causas que llevaron a Venezuela a la crisis*. El Tiempo: Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/mundo/venezuela/causas-que-llevaron-a-venezuela-a-la-crisis-84652>

- Migración Colombia. (2020). *Total de Venezolanos en Colombia corte a 31 de diciembre de 2019*. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/259-infografias-2020/total-de-venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-diciembre-de-2019>
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (25 de julio de 2017). Permiso Especial de Permanencia. [Resolución 5797 de 2017]. Recuperado de: <https://www.migracioncolombia.gov.co/jdownloads/Resoluciones/Resoluciones%20-%202017/resolucion%205797-PEP%20venezolanos.pdf>
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (5 de febrero de 2018). Permiso Especial de Permanencia. [Resolución 740 de 2018]. Recuperado de: <https://eycolombia.files.wordpress.com/2018/02/resolucion-0740-de-2018-pep.pdf>
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (18 de diciembre de 2018). Permiso Especial de Permanencia. [Resolución 10677 de 2018]. Recuperado de: https://www.migracioncolombia.gov.co/jdownloads/Resoluciones/Resoluciones%20-%202018/Resolucion%2010667%20ampliacion_plazo_pep.pdf
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (28 de mayo de 2019). Permiso Especial de Permanencia. [Resolución 2634 de 2019]. Recuperado de: [https://www.migracioncolombia.gov.co/jdownloads/Resoluciones/Resoluciones%20-%202019/Resoluci%c3%b3n%202634%20del%2028%20de%20mayo%20de%202019%20-%20establece%20-%20MRE%20\(2\).pdf](https://www.migracioncolombia.gov.co/jdownloads/Resoluciones/Resoluciones%20-%202019/Resoluci%c3%b3n%202634%20del%2028%20de%20mayo%20de%202019%20-%20establece%20-%20MRE%20(2).pdf)
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (3 de julio de 2019). Permiso Especial de Permanencia. [Resolución 3548 de 2019]. Recuperado de: <https://www.migracioncolombia.gov.co/jdownloads/Resoluciones/Resoluciones%20-%202019/Resoluci%c3%b3n%203548%20del%203%20de%20julio%20de%202019.pdf>
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (20 de diciembre de 2019). Permiso Especial de Permanencia. [Resolución 6667 de 2019]. Recuperado de: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=88716>
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2020). *Frontera Terrestre Colombia – Venezuela*. Recuperado de: <https://www.cancilleria.gov.co/politica/venezuela>

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2016). *Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*. [Decreto 780 de 2016]

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Guía del Usuario. Paso a paso sobre el acceso a los servicios de salud*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/SG/SAB/AT/guia-usuario-minsalud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (18 de agosto de 2017). [Resolución 3015 de 2017]. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-03015-de-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (31 de julio de 2017). [Circular 25 de 2017]. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%20025%20de%202017.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de noviembre de 2019). *Procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*. [Circular 3100 de 2019]

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Diagnóstico y Análisis de las Necesidades de Inversión en Infraestructura y Dotación para el Fortalecimiento de la Red Pública de Servicios de Salud de las Direcciones Territoriales de Salud Priorizadas*

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Herramientas análisis migrantes atendidos en los servicios de salud*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Identificación de la Capacidad de Respuesta de la Oferta de Servicios de los Prestadores Públicos para la Prestación de Servicios de Salud a la Población Migrante en la Zona de Frontera y los Territorios de Acogida con Mayor Concentración*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Lineamientos para la Atención Integral de Cuidados Paliativos*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamnts-cuidvs-paliatvs-gral-pediatrc.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Seguimiento al Documento Conpes 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela a Colombia. Registros Clínicos Migrantes*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Seguimiento al Documento Conpes 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela a Colombia. Registros Clínicos Migrantes*.
- Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios. (2018). *Plan de Respuesta a Flujos Migratorios Mixtos desde Venezuela*. Recuperado de: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/plan_de_respuesta_a_flujos_migratorios_mixtos_desde_venezuela_2018.pdf
- Organización de Estados Americanos. (1944). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*. Recuperado de: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Organización de las Naciones Unidas. (26 de junio de 1945). *Carta de las Naciones Unidas*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/charter-united-nations/>
- Organización de las Naciones Unidas. (22 de julio de 1946). *Creación de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: <http://origin.who.int/about/mission/es/>
- Organización de las Naciones Unidas. (10 de diciembre de 1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20Universal%20de%20los,historia%20de%20los%20derechos%20humanos.&text=La%20Declaraci%C3%B3n%20establec e%2C%20por%20primera,a%20m%C3%A1s%20de%20500%20idiomas.>
- Organización de las Naciones Unidas. (21 de diciembre de 1965). *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>

- Organización de las Naciones Unidas. (16 de diciembre de 1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas. (16 de diciembre de 1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Organización de Estados Americanos. (1967). *Carta de la Organización de los Estados Americanos*. Recuperado de: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-41_carta_OEA.asp
- Organización de Estados Americanos. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm
- Organización de las Naciones Unidas. (18 de diciembre de 1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- Organización de Estados Americanos. (1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado de: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
- Organización de las Naciones Unidas. (20 de noviembre de 1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas. (18 de diciembre de 1990). *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familiares*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cmw.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas. (2000). *Protección de los Migrantes. A/RES/54/166*. Recuperado de: https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy_and_research/un/54/A_RES_54_166_es.pdf

- Organización de las Naciones Unidas. (2007). *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2013). *Derechos Humanos de los Migrantes*. A/68/283. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9735.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (19 de septiembre de 2016). *OIM se convierte en parte del sistema de la ONU*. Recuperado de: <https://news.un.org/es/story/2016/09/1364531>
- Organización de las Naciones Unidas. (2017). *Obligaciones de los Estados con respecto a los refugiados y los migrantes en virtud del Pacto Internacional de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales*. E/C.12/2017/1. Recuperado de: <https://undocs.org/es/E/C.12/2017/1>
- Organización de las Naciones Unidas. (s.f.). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado de: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2013). *Migración Internacional, salud y derechos humanos*. Recuperado de: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Salud de los Migrantes*. WHA61.17. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/26286/A61_R17-sp.pdf;jsessionid=DEF80F217FB684EC58D5C3423065BE66?sequence=1
- Partido Socialista Unido de Venezuela. (2020). *Estatutos del Partido Socialista Unido de Venezuela (PSUV)*. Recuperado de: <http://www.psuv.org.ve/psuv/estatutos/>
- Personería de Bogotá. (05 de mayo de 2020). *SINPROC 2745244. Derecho de petición de información, población migrante proveniente de Venezuela. Ley 1755 de 2015. [Radicado 2020EE281612]*
- Personería de Bogotá. (2020). *Informe sobre la Situación de las Personas Provenientes de Venezuela en Bogotá D.C.*
- Presidencia de la República. (25 de julio de 2018). *Medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos a la oferta institucional*. [Decreto 1288 de 2018]. Recuperado de:

<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201288%20DEL%2025%20DE%20JULIO%20DE%202018.pdf>

Rodríguez, J. (28 de febrero de 2020). *En estratos uno y dos vive el 60 % de los venezolanos que habita en Bogotá*. La FM. Recuperado de: <https://www.lafm.com.co/colombia/en-estratos-uno-y-dos-vive-el-60-de-los-venezolanos-que-habita-en-bogota>

Romero, M. (6 de agosto de 2014). *Venezuela: Maduro Impone Plan de la Patria 2013-2019*. Panam Post. Recuperado de: <https://es.panampost.com/maria-teresa-romero/2013/12/03/venezuela-maduro-impone-plan-de-la-patria-2013-2019/>

Ruales, J. (2004). Revista Facultad Nacional de Salud Pública. *Tendencias en servicios de salud y modelos de atención en salud*. Universidad de Antioquia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12021904.pdf>

Secretaría Distrital de Salud. (8 de noviembre de 2019). *Lineamientos para la cooperación respecto de la atención a población migrante venezolana en el sector salud y prestación de servicios de salud en brigadas o jornadas en el Distrito Capiatl* [Circular 0028 de 2019]

Secretaría Distrital de Salud. (14 de mayo de 2020). *Requerimiento SDQS 85538-2020 SINPROC 2745244 Solicitud de Información Migrantes*. [Radicado 2020EE34841]

Servicio Jesuita a Refugiados. (2019). *Informe de Contexto Frontera Colombo-Venezolana 2018*. Recuperado de: <https://www.cpalsocial.org/documentos/762.pdf>

Sociedad Geográfica Colombiana. (2002). *Frontera con Venezuela*. Recuperado de: http://sogeocol.edu.co/Ova/fronteras_colombia/fronteras/venezuela/venezuela.html

Universidad de los Andes. (27 de marzo de 2019). *4 Claves para Entender el Origen de la Crisis en Venezuela*. [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=o-sXPAo0NZA>

Werner, A. (23 de julio de 2018). *Perspectivas para las Américas: Una recuperación más difícil* [Entrada de blog] Recuperado de <https://blog-dialogoafondo.imf.org/?p=9669>