



Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia

¿Cómo manejar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria?



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



Profamilia

Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia

¿Cómo manejar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria?

Bogotá D.C., Barranquilla, Cartagena,
Cúcuta, Riohacha y Santa Marta



Asociación Profamilia

Marta Royo, Directora Ejecutiva
Lina María Castaño, Gerente de Proyectos e Investigaciones

Equipo de Investigación

Juan Carlos Rivillas, Director de Investigaciones
Germán López, Director de Proyecto
Rocío Murad Rivera, Coordinadora de Investigaciones Sociodemográficas
Marcela Sánchez, Coordinadora de Investigación Operativa
Johan Sebastián Ariza, Analista de Investigación Cualitativa
Ángela Cifuentes, Analista de Investigación Cualitativa
Mariana Calderón, Analista de Investigación Cualitativa
Danny Rivera, Analista Estadístico
Juan Sebastián Arteaga, Analista Estadístico
Julieth Medrano, Analista de Monitoreo y Evaluación
Camila Vera, Auxiliar Administrativa

Equipo de Recolección de Información

Johan Sebastián Ariza Abril
Mariana Calderón Jaramillo
Ángela Cifuentes Avellaneda
Marcela Sánchez Molano

Transcripciones

Esperanza Cruz Vega

Portada

Foto: Profamilia. 2020.

Bogotá, D.C. Colombia 2020

Por favor citar: Asociación Profamilia y Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA-USAID). Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria?. Bogotá, D.C. 2020.

ISBN: 978-958-8164-80-9

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	75
CAPÍTULO I Necesidad de la investigación y enfoque metodológico	19
CAPÍTULO II Contexto sociodemográfico de la población migrante y refugiada y de la comunidad de acogida	25
CAPÍTULO III Respuesta del sistema de salud según percepciones y experiencias de la población migrante y refugiada	31
Cobertura Universal en Salud	32
Necesidades y circunstancias en el acceso a los servicios de salud	42
Expectativas de la población migrante venezolana frente a los servicios de salud en Colombia	44
CAPÍTULO IV Uso de servicios en salud en la población migrante y refugiada y en la comunidad de acogida	47
Salud sexual y reproductiva	50
Acceso a servicios de anticoncepción	51
Salud materna	54
Atención prenatal	55
Atención del parto	56
Morbilidad materna extrema	58
Sífilis gestacional y sífilis congénita	60
Salud infantil	63
Enfermedad Diarreica Aguda	64
Infección Respiratoria Aguda	68
Cáncer infantil	70
Salud de adolescentes	73
Enfermedades transmisibles	77
VIH/Sida	78
Hepatitis virales	79
Malaria	81
Enfermedades no transmisibles	84
Enfermedad del sistema circulatorio	85

Diabetes	86
Cáncer de cuello uterino	88
Cáncer de mama	90
Cáncer de próstata	92
Violencia contra las mujeres	95
Violencia sexual	96
Violencia física	97
Violencia psicológica	99
Salud mental	102
Intentos de suicidio	103
Depresión y ansiedad	106
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	109
REFERENCIAS	125

Listado de Tablas

Tabla 1.1.	Ficha técnica - variables determinadas para el análisis de datos cuantitativos.	23
Tabla 3.1.	Respuestas y desafíos ante la cobertura universal en salud en Colombia frente a la población migrante y refugiada proveniente de Venezuela	34
Tabla 3.2.	Necesidades y circunstancias en salud de la población migrante y refugiada participante en los grupos focales de seis ciudades priorizadas.	42
Tabla 3.3.	Expectativas y oportunidades en salud para la atención de personas migrantes y refugiadas.	44
Tabla 4.1.	Diez primeras causas relacionadas con EDA en niñas y niños de 0 a 5 años de población migrante y refugiada venezolana y comunidad de acogida (Número de personas atendidas)	67
Tabla 4.2.	Diez primeras causas relacionadas con enfermedad diarreica aguda en niñas y niños de 6 a 10 años de población migrante y refugiada venezolana y comunidad de acogida (Número de personas atendidas)	67
Tabla 4.3.	Diez primeras causas relacionadas por IRA en niñas y niños de 0 a 5 años de población migrante y refugiada venezolana y comunidad de acogida (Número de personas atendidas)	69
Tabla 4.4.	Diez primeras causas relacionadas por IRA en niñas y niños de 6 a 10 años de población migrante y refugiada venezolana y comunidad de acogida (Número de personas atendidas)	70
Tabla 4.5.	Diez primeras atenciones a mujeres adolescentes migrantes y refugiadas venezolanas y de comunidad de acogida.	76
Tabla 4.6.	Diez primeras atenciones a hombres adolescentes migrantes y refugiadas y de comunidad de acogida.	76

Listado de Gráficas

Gráfica 2.1.	Estructura de la Población migrante y refugiada y comunidad de acogida en seis ciudades de Colombia (Barranquilla, Bogotá, Cartagena. Cúcuta, Santa Marta y Riohacha), 2018.	26
Gráfica 2.2.	Nivel educativo de la Población migrante y refugiada y comunidad de acogida en seis ciudades de Colombia (Barranquilla, Bogotá, Cartagena. Cúcuta, Santa Marta y Riohacha), 2018.	27
Gráfica 2.3.	Actividad económica de la población de 10 años y más migrante y refugiada y comunidad de acogida en seis ciudades de Colombia (Barranquilla, Bogotá, Cartagena, Cúcuta, Santa Marta y Riohacha), 2018.	28
Gráfica 2.4.	Población migrante y refugiada y comunidad de acogida en seis ciudades de Colombia (Barranquilla, Bogotá, Cartagena, Cúcuta, Santa Marta y Riohacha), 2018.	28
Gráfica 2.5.	Población migrante y refugiada y comunidad de acogida que tuvo algún problema de salud en el mes anterior, en seis ciudades de Colombia (Barranquilla, Bogotá, Cartagena, Cúcuta, Santa Marta y Riohacha), 2018.	29
Gráfica 3.1.	Top 10 de Necesidades Insatisfechas en Salud, según la población migrante y refugiada en seis ciudades priorizadas con alto flujo migratorio.	33
Gráfica 3.2.	Nube de palabras de las expectativas de la población migrante y refugiada venezolana frente a los servicios de salud.	46
Gráfica 4.1.	Uso de servicios de salud de la población migrante y refugiada en Colombia	49
Gráfica 4.2.	Porcentaje de la proporción de uso de servicios por anticoncepción en personas migrantes y refugiadas durante 2019.	50
Gráfica 4.3.	Porcentaje de personas atendidas en anticoncepción, población migrante y comunidad de acogida, 2019	51
Gráfica 4.4.	Distribución proporcional de uso de servicios de salud materna en 2019.	54
Gráfica 4.5.	Número de mujeres atendidas por control prenatal, población migrante y comunidad de acogida, 2019	55
Gráfica 4.6.	Número de mujeres atendidas por parto, población migrante y comunidad de acogida, 2019	57
Gráfica 4.7.	Número de mujeres atendidas por morbilidad materna extrema, población migrante y comunidad de acogida, 2019	59
Gráfica 4.8.	Número de mujeres atendidas por sífilis gestacional, población migrante y comunidad de acogida, 2019	61
Gráfica 4.9.	Número de niños y niñas atendidas por sífilis congénita, población migrante y comunidad de acogida, 2019	61
Gráfica 4.10.	Porcentaje de la proporción de servicios de salud infantil según diagnóstico en 2019.	63
Gráfica 4.11.	Porcentaje de niños y niñas de 0 a 5 años atendidas por EDA, población migrante y comunidad de acogida, 2019	65
Gráfica 4.12.	Porcentaje de niños y niñas de 0 a 5 años atendidas por IRA, población migrante y comunidad de acogida. 2019	68

Gráfica 4.13.	Porcentaje de menores de 19 años atendidos por cáncer, población migrante y comunidad de acogida, 2019	71
Gráfica 4.14.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que recibieron atenciones en salud, población migrante y comunidad de acogida, 2019	74
Gráfica 4.15.	Distribución proporcional de atenciones por enfermedades transmisibles según diagnóstico en 2019.	77
Gráfica 4.16.	Número de personas atendidas por VIH/Sida, población migrante y comunidad de acogida, 2019	78
Gráfica 4.17.	Número de personas atendidas por hepatitis (A, B y C), población migrante y comunidad de acogida, 2019.	80
Gráfica 4.18.	Número de personas atendidas por malaria, población migrante y comunidad de acogida, 2019.	82
Gráfica 4.19.	Porcentaje de la proporción de uso de servicios de salud materna según diagnóstico 2019.	84
Gráfica 4.20.	Porcentaje de personas 18 años y más atendidas por enfermedades del sistema circulatorio, población migrante y comunidad de acogida, 2019	85
Gráfica 4.21.	Porcentaje de personas de 18 años y más atendidas por diabetes, población migrante y comunidad de acogida, 2019	87
Gráfica 4.22.	Porcentaje de personas atendidas por cáncer de cuello uterino, población migrante y comunidad de acogida, 2019	89
Gráfica 4.23.	Porcentaje de personas atendidas por cáncer de mama, población migrante y comunidad de acogida, 2019	91
Gráfica 4.24.	Porcentaje de personas atendidas por cáncer de próstata, población migrante y comunidad de acogida, 2019	93
Gráfica 4.25.	Porcentaje de la proporción de uso de servicios de violencia contra las mujeres en 2019	95
Gráfica 4.26.	Número de mujeres de 18 años y más atendidas por violencia sexual, población migrante y comunidad de acogida, 2019	96
Gráfica 4.27.	Número de mujeres de 18 años y más atendidas por violencia física, población migrante y comunidad de acogida, 2019	98
Gráfica 4.28.	Número de mujeres de 18 años y más atendidas por violencia psicológica, población migrante y comunidad de acogida, 2019	100
Gráfica 4.29.	Porcentaje de la proporción de personas atendidas por Salud Mental según 3 diagnósticos, 2019.	102
Gráfica 4.30.	Número de personas de 18 años y más atendidas por intento de suicidio, población migrante y comunidad de acogida, 2019	104
Gráfica 4.31.	Número de personas de 18 años y más atendidas por depresión, población migrante y comunidad de acogida, 2019.	107
Gráfica 4.32.	Número de personas de 18 años y más atendidas por ansiedad, población migrante y comunidad de acogida, 2019.	107

PRESENTACIÓN

Desde el 2019, Profamilia en alianza con la Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA-USAID) está adelantando el proyecto *Salud y garantía de los derechos de la población migrante en el marco de la crisis humanitaria*, el cual tiene el propósito de aumentar la prestación de servicios de salud a la población migrante y refugiada venezolana y a la comunidad de acogida en 12 departamentos de Colombia.

Como parte de este proyecto, entre noviembre de 2019 y enero de 2020, se llevó a cabo una investigación para identificar las necesidades, desigualdades y expectativas en el acceso a los servicios de salud de la población migrante y refugiada venezolana. La investigación se concentró en seis ciudades priorizadas por su alto flujo migratorio: Bogotá, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Riohacha y Santa Marta. Con el fin de generar evidencia para mejorar la respuesta del sistema de salud a nivel local, esta investigación también indagó sobre el uso de servicios y desigualdades en la comunidad de acogida.

El sistema de salud colombiano se ha propuesto asegurar la atención en salud básica para la población migrante y refugiada. No obstante, en la práctica aún existen múltiples dificultades que tienen que ver con el complejo funcionamiento del sistema de salud, la falta de apropiación del marco legal en salud para atender a la población migrante y refugiada, los altos flujos migratorios que afectan áreas geográficas con altas necesidades insatisfechas y la exclusión social. Esto ofrece una oportunidad para repensar la preparación y la respuesta del sistema de salud a las necesidades de la población migrante y refugiada y de la comunidad de acogida, dentro de la emergencia humanitaria y sobre todo, para avanzar en estrategias que garanticen la cobertura universal de la salud dentro del territorio colombiano.



Marta Royo
Directora Ejecutiva Profamilia

Los resultados de esta investigación tienen el propósito de apoyar la migración segura, efectiva y libre de discriminación dentro de la respuesta humanitaria, al tiempo que hace un llamado por mejorar la cobertura en salud de las comunidades de acogida. En particular, llama la atención sobre la necesidad de orientar el flujo de recursos del financiamiento en salud nacional a los territorios, la movilización de estrategias y recursos de las agencias internacionales y ONG para contribuir con el logro de la Cobertura Universal en Salud de la población que se encuentra en el territorio colombiano como derecho humano y meta catalizadora del desarrollo sostenible a 2030.

Profamilia ve la migración como una oportunidad demográfica, social y de desarrollo. Por esta razón, debemos avanzar en una colaboración local, nacional y global entre todos los actores trabajando en la respuesta humanitaria para facilitar los cambios políticos y comunitarios que incluyan a los migrantes y refugiados en las respuestas municipales y territoriales de salud, con el fin de asegurar el derecho a la salud como medio esencial para lograr la cobertura universal en salud.

Estamos en un momento crítico de la respuesta humanitaria y no puede haber ninguna complacencia con prejuicios, discriminación y xenofobia en los servicios de atención en salud. Los trabajadores de la salud y quienes trabajamos en la prestación de los servicios de salud debemos acercar los servicios a los migrantes y colombianos más vulnerables y esto solo puede lograrse eliminando barreras administrativas, diseñando soluciones adaptadas al contexto, apropiando lineamientos e innovando con enfoques más equitativos para continuar trabajando con resultados y satisfacción.

No hay tiempo que perder, Profamilia está comprometida para ayudar a aumentar nuestra comprensión del fenómeno migratorio y su impacto diferencial sobre la salud de las personas, a la vez que esperamos mejorar los esfuerzos de la respuesta local para mejorar la vida de las personas migrantes y refugiadas y de las comunidades de acogida.

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

CAC: Cuenta de Alto Costo

CNVP: Censo Nacional de Vivienda y Población 2018.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

EPS: Entidades Promotoras de Salud

INS: Instituto Nacional de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

PEP: Permiso Especial de Permanencia

PROFAMILIA: Asociación Profamilia

RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

SSR: Salud Sexual y Reproductiva

TMF: Tarjeta de Movilidad Fronteriza

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

RESUMENTE EJECUTIVO

Necesidades

1.8 Millones personas migrantes y refugiadas

983 mil migrantes y refugiados en seis departamentos

2 de cada 10 migrantes y refugiados han asistido a los servicios de salud en Colombia en el último año

Identidades

Más de 300 Indígenas Yukpa en la frontera Colombia-Venezuela

Más de 333 personas Trans

Circunstancias

737 mil migrantes y refugiados irregulares

346 mil migrantes y refugiados en tránsito

4.3 millones con tarjeta de movilidad fronteriza

67% población migrante y refugiada en edad fértil

573 migrantes y refugiados víctimas de violencia sexual

12 mil migrantes y refugiados con alguna discapacidad

Capítulo 1

Necesidad de la investigación y enfoque metodológico

Pág. 11 - 15

La migración es un determinante estructural y tiene un impacto diferencial en la salud a lo largo de la vida de las personas, la necesidad en evaluar el uso de servicios de salud y la oportunidad de aprovechar la información disponible sobre la salud de migrantes y refugiados; constituyen tres de las razones que motivaron la realización de esta investigación.

En 2019, aproximadamente 372.835 migrantes y refugiados venezolanos accedieron a servicios de salud en toda Colombia, lo cual representa un incremento del 46% con respecto a 2018 (203.771).

La investigación se llevó a cabo mediante una metodología mixta (enfoque cuantitativo y cualitativo de investigación). Se combinó el uso de dos métodos de investigación: i) revisión de fuentes de información, ii) grupos focales.

La investigación se concentra en el análisis de la salud sexual y reproductiva, salud materna, salud infantil y adolescente, enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia contra las mujeres y salud mental. El área geográfica analizada fue: Barranquilla, Bogotá, Cartagena, Cúcuta, Riohacha y Santa Marta.

Capítulo 2

Contexto socioeconómico

Pág. 16 - 21

Es necesario identificar y describir rasgos socioeconómicos de la población migrante y refugiada dentro del territorio colombiano, para adaptar la respuesta a sus necesidades y circunstancias.

Se concentró en la búsqueda y recolección de diferentes fuentes de información nacional y local. A partir del último reporte de Migración Colombia se estableció la evolución de la emergencia humanitaria; el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 permitió la caracterización demográfica de la comunidad de acogida y la población migrante y refugiada.

Capítulo 3

Respuesta del sistema de salud según percepciones y experiencias de la población migrante y refugiada

Pág. 22 - 31

Los grupos focales buscaron oír la voz de las personas migrantes y refugiadas, enfocados particularmente en la cobertura en servicios de salud. Estos grupos focales se realizaron con población migrante mayor de 18 años de edad, separados por sexo en las seis ciudades priorizadas para la investigación.

Las perspectivas y experiencias de las personas migrantes y refugiadas venezolanas se analizaron a través de los siguientes ejes temáticos: cobertura, necesidades, barreras y expectativas en el acceso a los servicios de salud.

Capítulo 4

Uso de servicios de salud

Pág. 32 - 83

Identificar y describir cuál es la situación de salud tanto para la población migrante y refugiada como para la comunidad de acogida, es una necesidad urgente para fortalecer la respuesta humanitaria.

Las fuentes de información usadas fueron el sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

Capítulo 5

Conclusiones y recomendaciones

Pág. 90 - 92

A partir de la evidencia generada se proponen recomendaciones para mejorar la respuesta del sistema de salud a nivel local, nacional y de la respuesta humanitaria al fenómeno migratorio.

GLOSARIO

Cobertura universal en salud: implica que todas las personas tengan acceso a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad, de acuerdo con sus necesidades sin que el uso de los servicios exponga a los usuarios a dificultades financieras [1].

Comunidad de acogida: hace referencia a la población del país de destino que recibe a la población migrante y refugiada [2].

Determinantes sociales de la salud: conjunto de circunstancias que determinan la mayor parte de las inequidades y desigualdades que enfrentan las personas y las comunidades a la hora de atender y responder a sus necesidades en salud. La migración es un determinante estructural de la salud [3].

Desigualdades en salud: Hace referencia a las disparidades en materia de salud que se producen al interior de la sociedad por diversos determinantes. Las desigualdades en salud se dividen en dos grupos: I) inevitables e II) injustas y prevenibles (inequidades) [4].

Migrante: persona que, por diversas razones, se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente.

Migración irregular: Aquella migración que se da ingresando a los países de acogida por algún punto no autorizado, por lo cual los migrantes no cuentan con documentos que acrediten o aclaren su situación migratoria [2].

Migración regular: Aquella en la que el ingreso al país receptor se da de manera legal, lo cual favorece al control de los límites de tiempo de permanencia que le son autorizados a los migrantes, por lo tanto el migrante cuenta con documentos que le permiten acreditar su situación migratoria [2].

Refugiado: persona que huye del conflicto y la persecución. Su condición y su protección están definidas por el derecho internacional, y no deben ser expulsadas o retornadas a situaciones en las que sus vidas y sus libertades corran riesgo [5].

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación es financiada por la Oficina de Asistencia de Desastres Extranjeros de los Estados Unidos (OFDA-USAID) en colaboración con diferentes actores humanitarios las seis ciudades de Colombia. OFDA-USAID agradece a todas las organizaciones, actores, migrantes y refugiados venezolanos que contribuyeron con este informe.

Un agradecimiento especial a las personas migrantes y refugiadas venezolanas quienes compartieron parte de su tiempo para compartir sus historias, intereses y necesidades sobre el acceso a los servicios de salud en Colombia. Agradecemos que a pesar de los momentos de búsqueda de oportunidades, sustento diario y riesgos a los que están expuestos debido a la migración, decidieron apoyarnos y participar en la investigación.

Agradecemos especialmente a las clínicas de Profamilia en Bogotá, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Riohacha y Santa Marta; ya que sin su ayuda logística el trabajo de campo realizado para esta investigación no habría sido posible. De igual manera, agradecemos al Centro de Atención Integral al Migrante en Bogotá, a la Fundación CORSOLUZ en Barranquilla, a la Pastoral Social en Riohacha y al centro de Adoración Familiar en Soacha; por apoyarnos en la organización y contacto con las personas migrantes.

La información aquí presentada es resultado del trabajo de campo y recolección de información a cargo de Johan Sebastián Ariza, Ángela Cifuentes, Mariana Calderón y Marcela Sánchez. Las cuestiones éticas y consideraciones de género estuvieron a cargo de Mariana Calderón y Ángela Cifuentes. Los análisis de información de los resultados de salud y análisis de desigualdades estuvieron a cargo de Johan Ariza, Ángela Cifuentes, Mariana Calderón, Juan Sebastián Arteaga, Danny Rivera, Julieth Medrano, Rocío Murad, Andrés Gómez y Juan Carlos Rivillas. Rocío Murad, Sandra Marcela Sánchez y Camila Vera contribuyeron de manera importante con el apoyo técnico y administrativo de la investigación. Juan Carlos Rivillas, Ángela Cifuentes, Carlos Gómez, Diana Moreno, German López, Mariana Calderón y Rocío Murad revisaron críticamente las versiones del documento y validaron los datos. Juan Carlos Rivillas coordinó el diseño e implementación de la investigación.

Este estudio es posible gracias al generoso apoyo del pueblo americano a través del Acuerdo No. 720FDA19CA00076 de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Los contenidos son responsabilidad de Profamilia y no reflejan necesariamente las opiniones de USAID o el Gobierno de los Estados Unidos.

ESTE INFORME TIENE EL PROPÓSITO DE:



INFORMAR

sobre la existencia de desigualdades en el uso de servicios de salud y las necesidades en salud de la población migrante y refugiada en Colombia.



IDENTIFICAR

las oportunidades para innovar en la adaptación de servicios de salud equitativos que lleguen a las personas migrantes y refugiadas más vulnerables dentro de la emergencia humanitaria.



INCIDIR

las oportunidades para innovar en la adaptación de servicios de salud equitativos que lleguen a las personas migrantes y refugiadas más vulnerables dentro de la emergencia humanitaria.



CAPÍTULO I

NECESIDAD DE LA INVESTIGACIÓN Y ENFOQUE METODOLÓGICO

NECESIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La población migrante y refugiada venezolana llega a Colombia con necesidades insatisfechas en salud y educación que superan las estructuras de apoyo social existentes, incluido el sistema de salud y las instituciones públicas y privadas. Niñas y niños que vienen separados de sus padres o solos, mujeres lactantes y gestantes, caminantes, personas indígenas y afrodescendientes, personas con alguna discapacidad, adultos mayores y personas con identidades sexuales o de género diversas presentan mayores riesgos en su salud, dada la discriminación, la falta de información, las dificultades y la falta de acceso a servicios de atención primaria. [6].

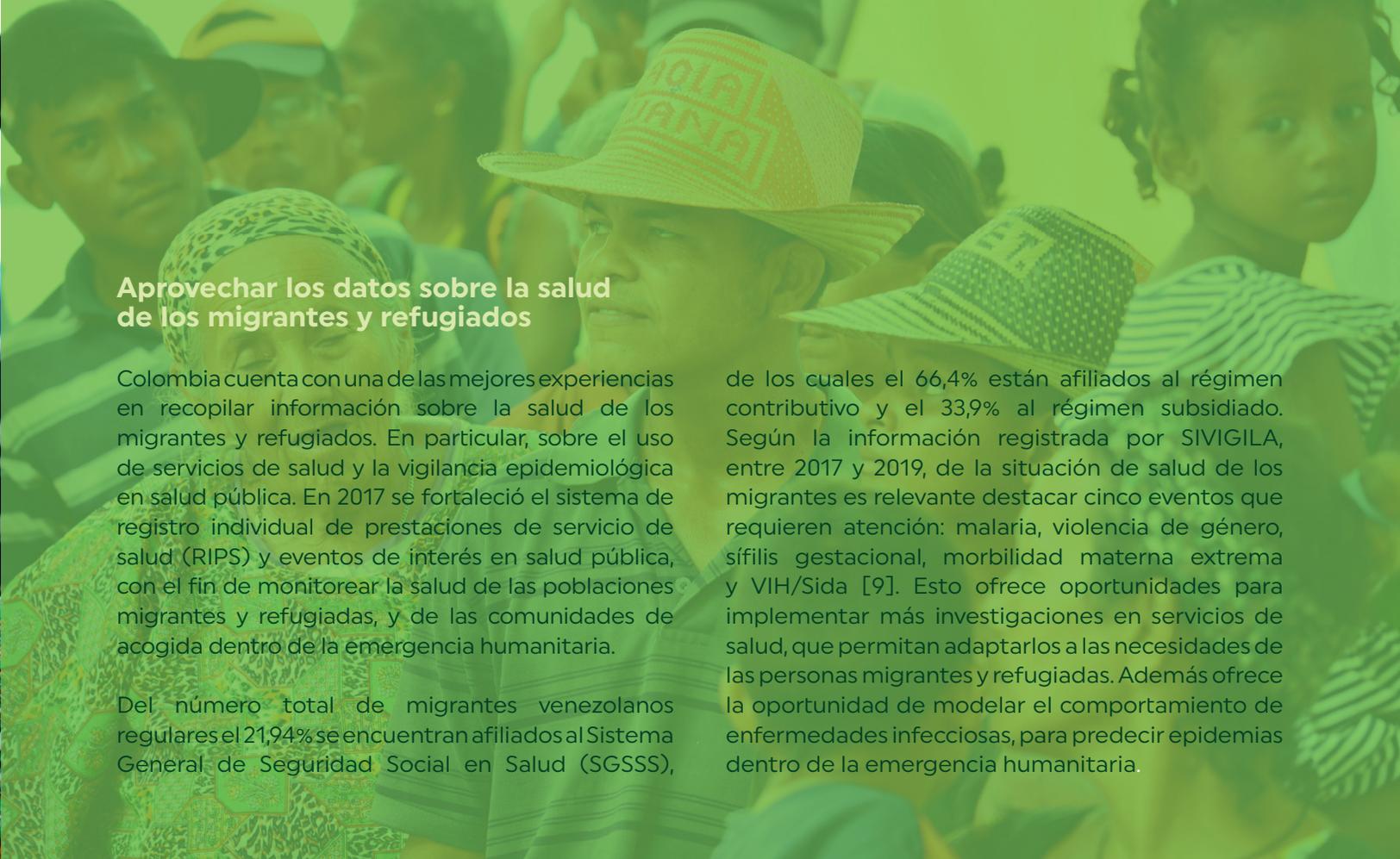
En 2018, Profamilia adelantó una evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de las personas migrantes y refugiadas venezolanas en Colombia [7]. Los resultados permitieron identificar las necesidades más urgentes en el acceso a métodos anticonceptivos, prevención del embarazo adolescente, prevención y manejo de violencias de género y educación integral para la sexualidad en situaciones humanitarias. Así mismo, la investigación contribuyó a entender las barreras en el uso de servicios por parte de las personas migrantes y propuso recomendaciones para mejorar la coordinación interinstitucional e intersectorial. No obstante, todavía existen necesidades a evaluar en el uso de servicios de salud en otros diagnósticos por parte de la población migrante y refugiada. Con el fin de alcanzar una mejor preparación y respuesta ante la emergencia humanitaria, es necesario priorizar cuáles son las necesidades en salud materna, infantil y adolescente, enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia contra las mujeres y salud mental, más urgentes.

La migración como determinante de la salud a lo largo de la vida

La migración es un determinante estructural que tiene un impacto diferencial en la salud y a lo largo de la vida de las personas. Durante los flujos migratorios se pueden incrementar las desigualdades en el uso de servicios de salud, las personas se exponen a riesgos de enfermedades transmisibles y a múltiples formas de violencia; en particular, las mujeres y niñas, personas con alguna discapacidad, personas trans, personas con orientación sexual diversa, indígenas, afros y adolescentes [8].

La relación entre migración y salud es compleja antes, durante y después de la movilización; ya sea forzada o voluntaria, regular, pendular o irregular. La salud y el bienestar como derechos humanos de los migrantes representan una cuestión moral y de equidad que debe ponerse en el centro de las agenda de la respuesta humanitaria. Especialmente deben generarse acciones centradas en la dignidad, la prevención y reducción de la morbilidad y mortalidad que resultan durante la migración, así como el impacto diferencial en los resultados de salud entre hombres y mujeres, entre población migrante y refugiada y entre la comunidad de acogida; al interior de diferentes resultados de salud trazadores.





Aprovechar los datos sobre la salud de los migrantes y refugiados

Colombia cuenta con una de las mejores experiencias en recopilar información sobre la salud de los migrantes y refugiados. En particular, sobre el uso de servicios de salud y la vigilancia epidemiológica en salud pública. En 2017 se fortaleció el sistema de registro individual de prestaciones de servicio de salud (RIPS) y eventos de interés en salud pública, con el fin de monitorear la salud de las poblaciones migrantes y refugiadas, y de las comunidades de acogida dentro de la emergencia humanitaria.

Del número total de migrantes venezolanos regulares el 21,94% se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS),

de los cuales el 66,4% están afiliados al régimen contributivo y el 33,9% al régimen subsidiado. Según la información registrada por SIVIGILA, entre 2017 y 2019, de la situación de salud de los migrantes es relevante destacar cinco eventos que requieren atención: malaria, violencia de género, sífilis gestacional, morbilidad materna extrema y VIH/Sida [9]. Esto ofrece oportunidades para implementar más investigaciones en servicios de salud, que permitan adaptarlos a las necesidades de las personas migrantes y refugiadas. Además ofrece la oportunidad de modelar el comportamiento de enfermedades infecciosas, para predecir epidemias dentro de la emergencia humanitaria.

Urgencia de prestar servicios de salud para las niñas, adolescentes, personas trans, personas con discapacidad, indígenas, adultos mayores y mujeres víctimas violencia de género y sin regularizar su estatus migratorio

Alrededor de 184.455 niñas migrantes y refugiadas venezolanas están expuestas de manera particular a las inequidades etarias y de género, que limitan su seguridad y fomentan escenarios de discriminación donde pueden ser víctimas de violencias físicas y psicológicas como malnutrición, abandono, trata de personas con fines de explotación sexual y diferentes formas de violencia sexual [10]. Igualmente, se requiere asistencia en salud mental, en salud sexual y salud reproductiva y el restablecimiento de derechos para 475 mujeres víctimas de violencia de género, algunas de ellas adolescentes gestantes [11]. Así mismo, hay 333 personas trans propensas a ser vulneradas y discriminadas por su orientación sexual e identidad de género, que pueden ser estigmatizadas, vivir con VIH y no recibir tratamientos por falta de información [12].

Por otro lado, 38.416 adultos mayores migrantes y refugiados requieren cuidados específicos y continuos para sus condiciones de salud, comorbilidades y acceso a medicamentos. También, alrededor de 12.000 personas en situación de discapacidad tienen necesidades particulares dentro de la emergencia humanitaria [13]. Finalmente, es urgente pensar en los más de 300 indígenas Yukpa que no son reconocidos como ciudadanos binacionales, tienen barreras de lenguaje y son especialmente vulnerables a la pobreza extrema en las ciudades fronterizas.

Además de otros grupos vulnerables dentro de la migración.

ENFOQUE METODOLÓGICO

Objetivo general

Identificar las desigualdades en salud, barreras y experiencias más comunes en el acceso a servicios en salud de la población migrante y refugiada venezolana en seis ciudades con alto flujo migratorio en Colombia.

Objetivos específicos

- Identificar necesidades, barreras y circunstancias en el uso de servicios de salud de la población migrante y refugiada venezolana.
- Describir el uso de servicios de salud en la población migrante y refugiada venezolana y de la comunidad de acogida.
- Generar evidencia para orientar servicios de salud adaptados a las necesidades y circunstancias de las personas migrantes y refugiadas venezolanas dentro de la respuesta humanitaria.

La investigación se llevó a cabo mediante una metodología mixta con el fin de aprovechar las diferentes fuentes de información y la evidencia que en Colombia se ha empezado a generar sobre el tema. La investigación se concentró en el análisis de la situación en salud en seis ciudades de Colombia: Barranquilla, Bogotá, Cartagena, Cúcuta, Riohacha y Santa Marta, así como en sus respectivos departamentos: Atlántico, Bolívar, Magdalena, La Guajira y Norte de Santander; su elección se debió a que son parte de los 10 departamentos con mayor cantidad de personas migrantes y refugiadas venezolanas y hacen parte de corredores de alto flujo migratorio [14].

Métodos de investigación implementados

Se combinó el uso de dos herramientas que se describen a continuación: i) revisión de fuentes de información y ii) grupos focales de discusión.

I. Revisión de fuentes de información

Se obtuvieron datos sobre la población migrante venezolana y refugiada, así como de comunidades de acogida a partir de diferentes fuentes de información disponibles y con acceso libre.

Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS (2018-2019)

Las atenciones en salud fueron obtenidas a partir del Cubo de RIPS y Cubo Circular 029 para población colombiana y migrante, respectivamente. Ambos cubos de información proporcionan datos sobre la oferta y acceso a los servicios de salud. Esta fuente de información es gestionada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Periodo de la consulta: 01 de enero 2018 a 30 de septiembre de 2019.

Censo Nacional de Población y Vivienda (2018)

Las características sociodemográficas fueron obtenidas a partir del análisis de la población colombiana y migrante en Colombia.

Migración Colombia (2019)

El número de hombres y mujeres migrantes venezolanos en las seis ciudades priorizadas de Colombia fue obtenido a partir de los registros del Gobierno Nacional.

Sistema de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila (2018-2019)

Los datos epidemiológicos sobre eventos de interés en salud pública en población migrante venezolana y comunidades de acogida fueron obtenidos a partir del Instituto Nacional de Salud (INS) del Ministerio de Salud y Protección Social.

II. Grupos focales de discusión

Los grupos focales permitieron interpretar con mayor profundidad las realidades de la población migrante venezolana en el momento de utilizar los servicios de salud. El instrumento aplicado estuvo compuesto por cuatro secciones: necesidades en salud, barreras en el acceso a la atención en salud, cobertura universal en salud, y desenlaces, experiencias y expectativas.

La prueba piloto del instrumento fue realizada en el municipio de Soacha (Cundinamarca) el día 06 de noviembre de 2019, con dos grupos de migrantes venezolanos (13 mujeres y 12 hombres). La duración promedio de los grupos fue de dos horas y 30 minutos.

12 Grupos focales migrantes y refugiados venezolanos mayores de 18 años de edad y separados por sexo. Dos grupos focales por cada municipio. 153 personas participantes (hombres n= 79 y mujeres n= 74). Realizados entre el 19 y el 29 de noviembre de 2019.

Los grupos focales fueron grabados, transcritos y codificados mediante el software N-Vivo. Para el proceso de codificación se consideraron las mismas cuatro secciones del instrumento aplicado. Las personas participantes en los grupos focales fueron convocadas a través de la red de atención humanitaria de las ciudades que cubrió albergues, puestos de atención en salud, centros de atención integral de la población migrante y clínicas de Profamilia.

Consideraciones éticas y de género

Esta investigación contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigaciones de Profamilia, obtenida el 22 de octubre del 2019 mediante el oficio CEIP-2019-19. Aunque es una investigación sin riesgos, profundizar en los problemas de salud de la población migrante puede revivir situaciones dolorosas de discriminación, estigma y xenofobia; por tal motivo y con el fin de lograr un ambiente de mayor confianza y seguridad entre los participantes, estos fueron realizados con personas mayores de edad y diferenciados por sexo. Para salvaguardar la confidencialidad de la información el equipo investigador aplicó un consentimiento informado con los participantes, aseguró la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio; y, garantizó la confidencialidad de la información. Esta investigación no tuvo ningún beneficio económico para los participantes.

Temas analizados en el uso de servicios

Las consultas del número de personas migrantes y refugiadas venezolanas y de la comunidad de acogida en servicios de salud, se hicieron a través de RIPS. Para esto se tuvieron en cuenta los eventos en salud presentados en la siguiente tabla (Los código CIE X con nombres completos pueden consultarse en los anexos de la investigación):

Tabla 1.1. Ficha técnica - variables determinadas para el análisis de datos cuantitativos

Tema	Evento de salud	Indicador	Numerador	Denominador	Código CIE X
SSR	Anticoncepción	Porcentaje (%) personas que consultaron por anticoncepción	Número personas atendidas por los códigos CIE X relacionados con anticoncepción	Mujeres en edad fértil	Z30 - Z39
	Atención prenatal	Número mujeres + 18 años, que accedieron a servicios de salud por atención prenatal.	Número de mujeres + 18 años, que accedieron a servicios de salud por atención prenatal.		Z340 - Z369
	Atención del parto	Número de mujeres + 18 años, que accedieron a servicios de salud por atención del parto.			O800 - O849
Salud materna	Morbilidad materna extrema (MME)	Número de mujeres + 18 años, que accedieron a servicios de salud por MME.			O081, O120, O141, O151, O152, O159, O265, O678, O679, O710, O711, O730, O731, O995
	Sifilis gestacional	Número de mujeres + 18 años, que accedieron a servicios de salud por sifilis gestacional			O981
	Sifilis congénita	Número de niñas/niños, - 5 años, que accedieron a servicios de salud por sifilis congénita			A500 - A509
Salud infantil	Infección respiratoria aguda (IRA)	Porcentaje (%) niñas/niños que han hecho uso de los servicios de salud por IRA	Número de niñas/niños atendidos por los códigos CIE X relacionados con IRA	Niñas/niños de 0 a 5 años	J00 - J22; Z251
	Enfermedad diarreica aguda (EDA)	Porcentaje (%) niñas/niños que han hecho uso de los servicios de salud por EDA	Número de niñas/niños atendidos por los códigos CIE X relacionados con EDA	Niñas/niños de 0 a 5 años	A00 - A09; Z110; Z221; Z270
	Cáncer infantil	Porcentaje (%) niñas/niños que han hecho uso de los servicios de salud por Cáncer infantil	Número de niñas/niños y adolescentes atendidos por los códigos CIE X relacionados con cáncer infantil	Niñas/niños y adolescentes de 0 a 19 años	C710; C820; C859; C910; C920; C923; C926; C928; D330; D332; Z130
	VIH/Sida	Número personas + 18 años, que accedieron a servicios de salud por VIH/Sida			B200 - B232, B238, B24X
Enfer. Transmis	Hepatitis virales	Número personas + 18 años, que accedieron a servicios de salud por hepatitis virales			B15; B19; Z205; Z225; Z246
	Malaria	Número personas + 18 años, que accedieron a servicios de salud por malaria			B500; B54X; Z116; Z119
	Enfermedades del Sist. circulatorio (ESC)	Porcentaje (%) personas que han hecho uso de los servicios de salud por ESC	Número de personas atendidas por los códigos CIE X relacionados con ESC	Personas de + 18 años	I00 - I99; Z034 - Z035; Z135
Enfermedades no transmisibles	Diabetes	Porcentaje (%) personas que han hecho uso de los servicios de salud por diabetes	Número de personas atendidas por los códigos CIE X relacionados con diabetes	Personas de + 18 años	E00 - E07; E10 - E14; E15 - E16; E20 - E35; E70 - E90; Z131
	Cáncer de Cuello uterino	% personas que han hecho uso de los servicios de salud por cáncer de cuello uterino	Número de mujeres + 18 años, atendidas por los códigos CIE X relacionados con cáncer de cuello uterino	Mujeres + 18 años	C51 - C58; D060 - D073
	Cáncer de mama	% personas que han hecho uso de los servicios de salud por cáncer de mama	Número de mujeres + 18 años, atendidas por los códigos CIE X relacionados con cáncer de mama	Mujeres + 18 años	C500; C509; D057; D059; D486.
	Cáncer de próstata	% personas que han hecho uso de los servicios de salud por cáncer de próstata	Número de hombres + 18 años, atendidos por los códigos CIE X relacionados con cáncer de próstata	Hombres de + 18 años	C61X; D075; D2991; D400; Z125
Viol.muj.	Violencia sexual	Número de niñas y mujeres que accedieron a servicios de salud por violencia sexual			T742; Y05; Y059
	Violencia física	Número de niñas/mujeres que accedieron a servicios de salud por violencia física			T41; T48 - T49; X850 - Y049; Y070 - Y099; Y10 - Y34; Y35 - Y36
	Violencia psicológica	Número de niñas/mujeres que accedieron a servicios de salud por violencia psicológica			T743; Z601 - Z613; Z617 - Z659
Salud ment.	Intentos de suicidio	Número personas + 18 años, que accedieron a servicios de salud por intentos de suicidio			X60-X84.
	Depresión	Número personas + 18 años, que accedieron a servicios de salud por depresión			F320 - F339
	Ansiedad	Número personas + 18 años, que accedieron a servicios de salud por ansiedad			F400 - F419

Fuentes. en la consulta de población migrante y refugiada se revisó el Cubo Circular 00029 de 2018; y para personas colombianas atendidas el Cubo RIPS, del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Período de referencia: año 2018 hasta septiembre de 2019. Consultas realizadas durante noviembre de 2019 y febrero de 2020. Para los denominadores en población migrante y refugiada se consultó el reporte de Migración Colombia, del Ministerio de Relaciones Exteriores, del 31 de octubre 2019 y para población colombiana el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística.



CAPÍTULO II

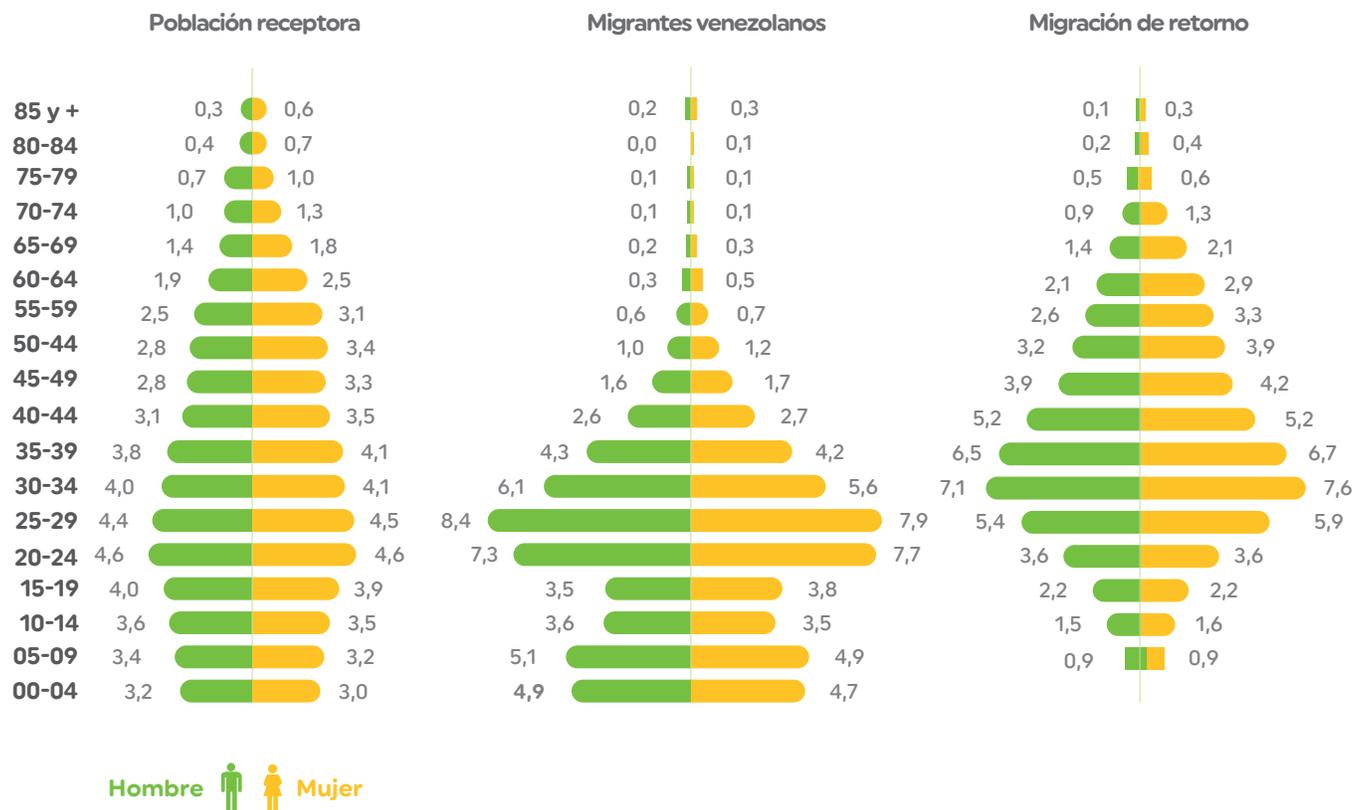
CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN MIGRANTE Y REFUGIADA Y DE LA COMUNIDAD DE ACOGIDA

Esta sección describe el contexto sociodemográfico de la población migrante y refugiada venezolana y de la comunidad de acogida en las seis ciudades priorizadas (Barranquilla, Bogotá, Cartagena, Cúcuta, Santa Marta y Riohacha) con sus respectivos departamentos (Atlántico, Bolívar, Norte de Santander, Magdalena y La Guajira). En este sentido, la anterior infografía detalla el número de personas migrantes y refugiadas venezolanas presentes en los departamentos analizados, los tipos de migrantes que hay en el país y el uso de servicios de salud en el 2019.

El Censo Nacional de Población y Vivienda (CNVP) 2018 entrega una aproximación a las características de la población migrante y refugiada venezolana que permite el análisis diferencial con la comunidad de acogida. De acuerdo con los resultados obtenidos, las seis ciudades priorizadas reúnen en total 10.476.358 personas, cerca del 22% de la población del país. Según el CNVP del 2018 en estas seis ciudades, considerando el sitio de residencia en los cinco años anteriores y en el año anterior al censo, el 94% son colombianos que no han migrado; el 3% son migrantes y refugiados venezolanos, el 0,6% son colombianos que retornaron de Venezuela, el 0,5% son migrantes de otros países y para el 1,6% no se obtuvo información sobre el lugar de nacimiento. Según el CNPV, los mayores porcentajes de migrantes venezolanos, con relación al total de la población de las ciudades priorizadas, se encuentran en Cúcuta (7,9%), Riohacha (7,7%), Santa Marta (5,4%) y Barranquilla (3,6%).

Para el conjunto de estas ciudades la estructura de la comunidad de acogida se ajusta a la estructura nacional y corresponde a una población en la que el efecto de la transición demográfica está cobrando mayor peso en las poblaciones jóvenes (15 a 29 años de edad) (Gráfica 2.1).

Gráfica 2.1. Estructura de la Población migrante y refugiada y comunidad de acogida en seis ciudades de Colombia (Barranquilla, Bogotá, Cartagena, Cúcuta, Santa Marta y Rihacha) 2018.



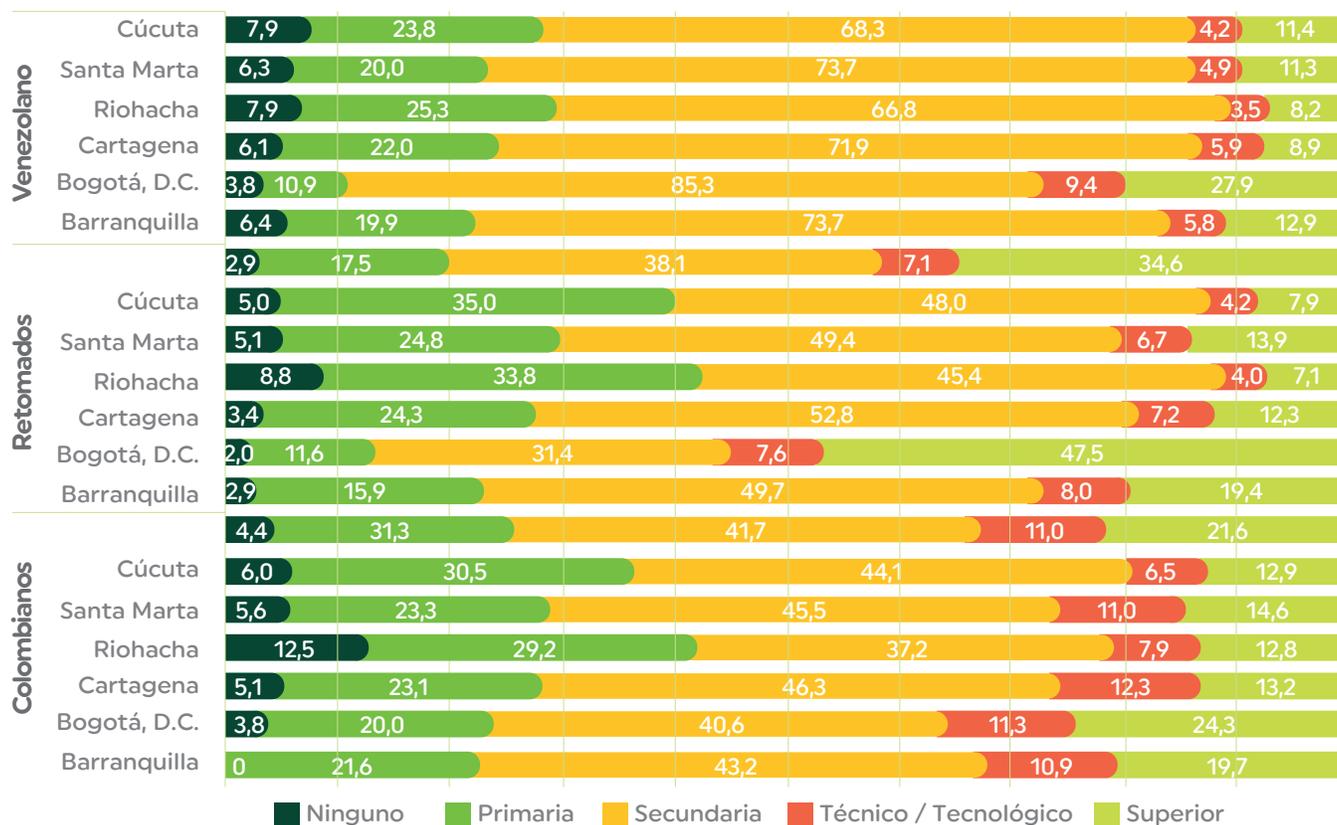
Fuente. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2018.

A su vez, la estructura de la población migrante y refugiada venezolana en estas ciudades es similar a la reportada por el CNPV para el total del país y corresponde a la obtenida en los registros de migrantes: los mayores volúmenes de migrantes se encuentran entre los 20 y 34 años y entre los menores de 10 años de edad. En la estructura de los migrantes de retorno desde Venezuela destacan los mayores porcentajes de personas entre los 30 y los 39 años de edad y el peso relativo de los grupos de mayor edad es superior al peso relativo entre los migrantes y refugiados venezolanos.

Con relación a la estructura poblacional de la población migrante y refugiada venezolana, la tasa de dependencia demográfica indica que en Cartagena, Cúcuta y Rihacha por cada 100 migrantes en edad de trabajar (15 a 64 años) hay aproximadamente 57 en edades dependientes (0-14 y 65 y +); en Santa Marta y Barranquilla por cada 100 migrantes en edad de trabajar hay 47 en edades dependientes; y, en Bogotá D.C. por cada 100 migrantes en edad de trabajar, hay 28 en edades dependientes.

Según el nivel educativo, existen diferencias importantes entre la comunidad de acogida, los migrantes de retorno y los migrantes venezolanos. En términos

Gráfica 2.2. Distribución porcentual según nivel educativo de la Población mayor de 5 años migrante y refugiada y comunidad de acogida, 2018.



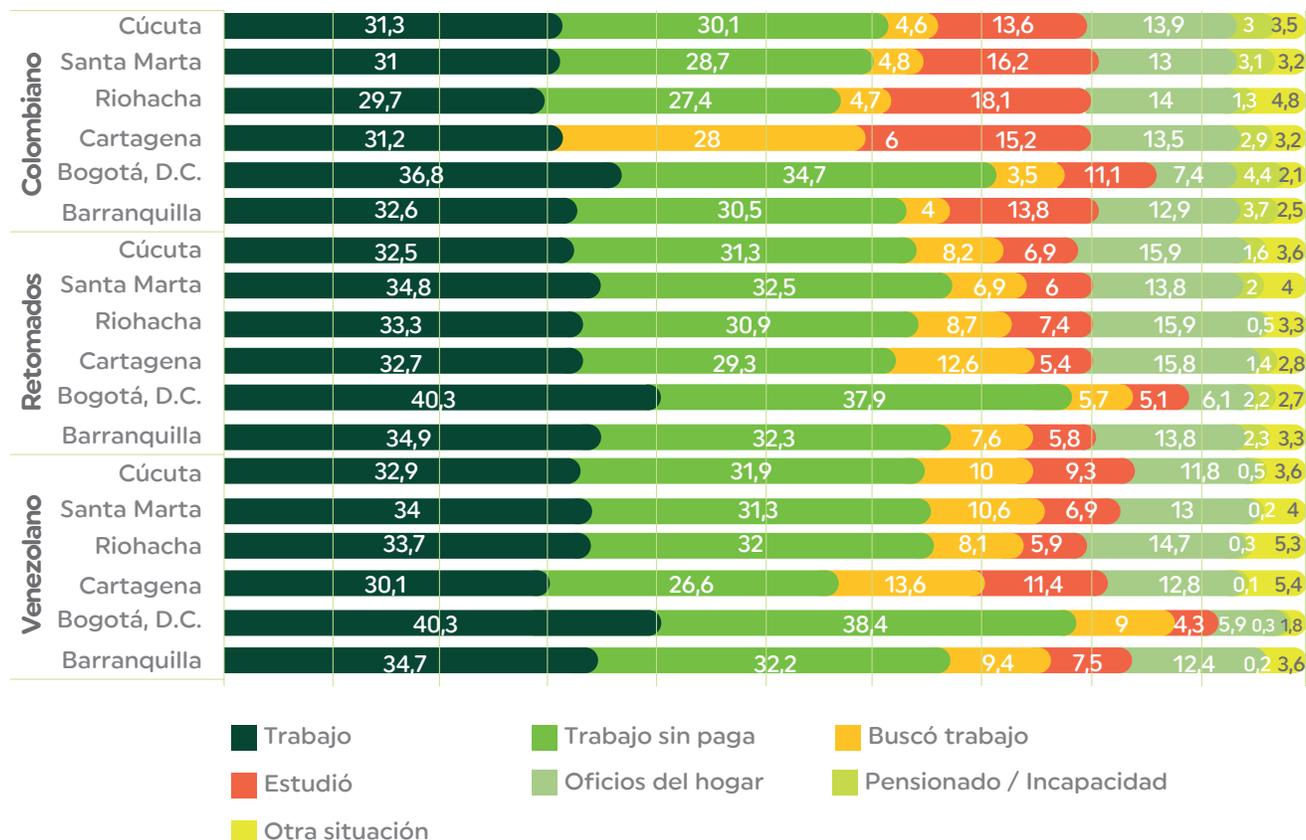
Fuente. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2018.

generales destaca que entre la población de retorno es mayor el porcentaje que cursó educación superior, que entre la población venezolana, en la cual es mayor el porcentaje que aprobó algún año de secundaria (Gráfica 2.2).

Bogotá y Barranquilla registraron los mayores porcentajes de colombianos que retornaron y de migrantes venezolanos con educación superior (47,5% retornados y 24,3% venezolanos en Bogotá y, 19,4% retornados y 19,7% venezolanos en Barranquilla). Por otro lado, Riohacha registró los mayores porcentajes de colombianos que retornaron y de migrantes venezolanos con ningún nivel de educación (8,8 % retornados y 12,9% venezolanos) y un logro escolar de básica primaria (33,8% retornados y 29,2% venezolanos); de igual manera en Riohacha se registra el mayor número de colombianos sin ningún nivel de educación (12,9%) y con básica primaria (29,2%).

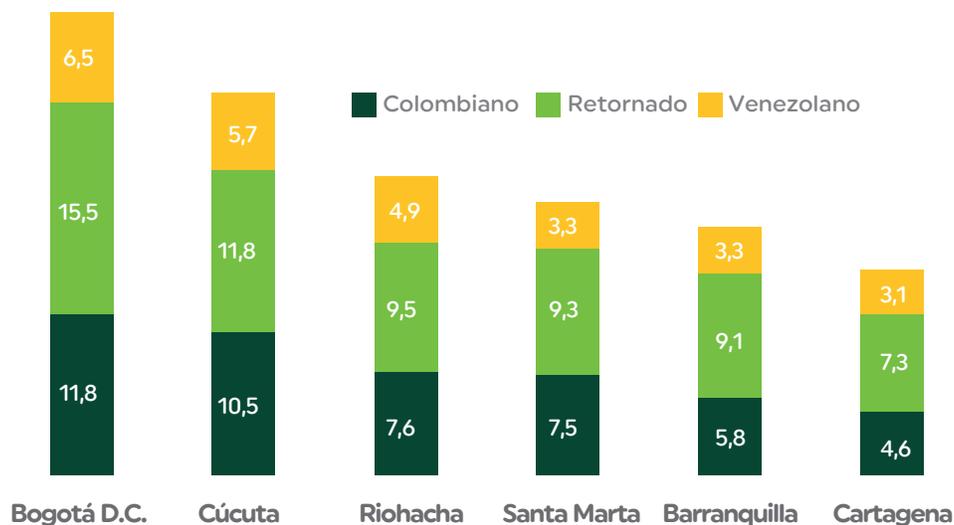
Según la actividad económica de las personas de 10 años y más, el porcentaje de personas que trabajaron la semana anterior es similar en los tres grupos poblacionales y es mayor en Bogotá. A su vez, en Bogotá el porcentaje de personas que trabajaron pero no recibieron pago por su trabajo es mayor entre los migrantes venezolanos y en los migrantes retornados (Gráfica 2.3).

Gráfica 2.3. Porcentaje de la actividad económica de la población de 10 años y más migrante y refugiada y comunidad de acogida en seis ciudades de Colombia 2018.



Fuente. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2018.

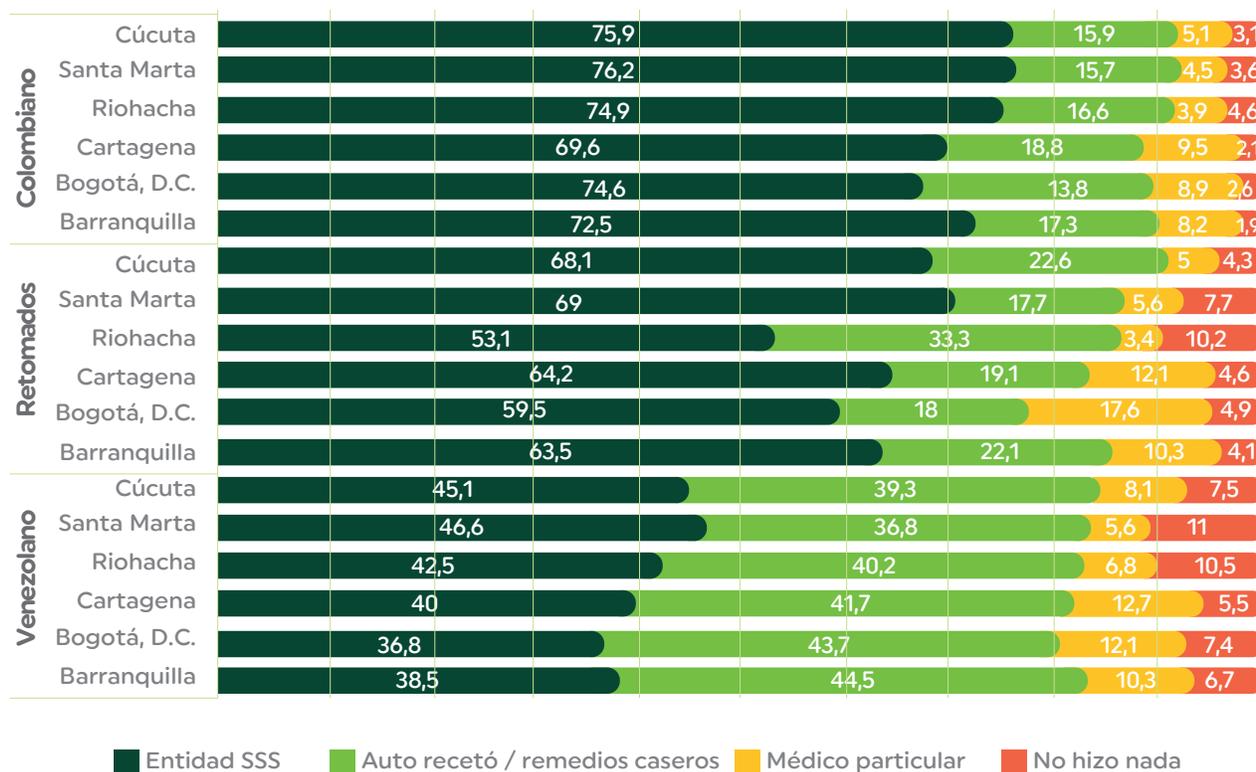
Gráfica 2.4. Porcentaje de la población migrante y refugiada y comunidad de acogida que tuvo algún problema de salud en el mes anterior, 2018.



Fuente. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2018.

También fue posible establecer si en los últimos 30 días las personas tuvieron alguna enfermedad, accidente de causa externa, problema odontológico o algún otro problema de salud y que no implicó servicios de hospitalización. Al respecto, estas situaciones fueron más frecuentes en Bogotá y Cúcuta y entre los colombianos que retornaron (Gráfica 2.4).

Gráfica 2.5. Distribución porcentual de la población migrante y refugiada y comunidad de acogida que tuvo algún problema de salud en el mes anterior según lo que hicieron para tratar el problema. 2018.



Fuente. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2018.

Cuando se preguntó qué hicieron las personas para tratar el problema de salud, más del 50% de la comunidad de acogida y de los migrantes de retorno mencionó que acudieron a una entidad del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Mientras que los migrantes venezolanos en mayores porcentajes se auto recetaron o prescribieron medicamentos, acudieron a remedios caseros, a la droguería, tratamientos alternativos o no hicieron nada para tratar su problema de enfermedad; estos porcentajes fueron particularmente mayores en Cúcuta y Bogotá (Gráfica 2.5).

De igual forma, el CNPV permitió una aproximación a la situación de desventaja social que enfrenta la población migrante y refugiada venezolana y los migrantes de retorno en términos de oportunidades. En particular, trabajo no pago y bajo acceso a la educación, así como un limitado uso de los servicios de atención en salud, situación sobre la cual se profundiza en el cuarto capítulo.



CAPÍTULO III

RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD SEGÚN PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS DE LA POBLACIÓN MIGRANTE Y REFUGIADA

Todo sistema de salud tiene como fin último lograr la cobertura universal en salud a través del alcance de las siguientes metas: i) mejorar la salud y la equidad en salud; ii) desarrollar un financiamiento justo; iii) mejorar el uso y eficiencia de los recursos disponibles; y iv) lograr un mayor acceso y cobertura de las intervenciones de salud sin poner en peligro los esfuerzos para garantizar la calidad y seguridad del paciente [15]. Por lo tanto, en contextos de migración y dentro de la respuesta humanitaria el sistema de salud local y regional debe poner en el centro de la atención en salud las necesidades y circunstancias tanto de la población migrante y refugiada como de la comunidad de acogida, para lograr la cobertura universal en salud.

Este capítulo es resultado de las percepciones y experiencias recolectadas a partir de doce grupos focales con hombres y mujeres de población migrante y refugiada venezolana en seis ciudades principales de Colombia. La finalidad de estos diálogos fue reunir información frente a sus propias necesidades en salud e identificar barreras y desenlaces en el uso de servicios de atención en salud. Esta evidencia puede ser un insumo esencial para orientar el diseño y adaptación de las respuestas del sistema de salud a nivel local y territorial.

La Cobertura Universal en Salud

Hace referencia a que todas las personas y comunidades - sin importar su nacionalidad - tengan acceso equitativo a los servicios de salud (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) que necesitan, cuando y donde los necesiten a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras, es decir que no sufran un empobrecimiento por el simple hecho de utilizarlos [16].

La cobertura universal se basa en tres dimensiones estratégicas: el aseguramiento en salud, que hace referencia a las formas e instituciones mediante las cuales se garantiza el acceso a los servicios de salud; la prestación de servicios de atención en salud, que hace referencia al portafolio de servicios de salud en el marco del aseguramiento en salud; y la protección financiera, que hace referencia a los mecanismos para reducir el gasto de bolsillo que puede resultar de acceder a estos servicios [15].

Sin embargo, dentro de las emergencias humanitarias, las personas migrantes y refugiadas

en el mundo enfrentan dificultades en el acceso a los servicios de salud básicos y esenciales en los países de acogida. En Colombia, algunos de estos escenarios son:

Solo el 21,94% de los migrantes regulares se encuentran afiliados a seguridad social y salud.

De la cifra total de migrantes y refugiados, los migrantes y refugiados afiliados representan el 5% [17].

Este capítulo se estructura de la siguiente forma: primero, se describen los hallazgos sobre el logro de la cobertura universal en población migrante y refugiada venezolana a partir de tres cuestiones: i) aseguramiento en salud, ii) oferta de servicios de salud, y iii) protección financiera. Segundo, se describen las necesidades y barreras en la utilización de servicios de salud. Y tercero, se describen las expectativas de las personas frente a los servicios de salud ofrecidos a nivel local y dentro de la respuesta humanitaria.



A continuación la gráfica 3.1. describe las necesidades más urgentes e inmediatas que resultaron de la triangulación de las fuentes. Es importante señalar que las necesidades más urgentes tienen que ver con el acceso a servicios de atención primaria, entre ellos exámenes de diagnósticos para los principales eventos de salud pública. En segundo lugar, la atención a controles prenatales y control post-parto. Y en tercer lugar, el acceso a información sobre la oferta de servicios de salud (dónde encontrar lo que se necesita dentro de la respuesta humanitaria). Se destaca que los programas de vacunación oportunos, en Cúcuta y Riohacha, son necesarios para seguir dando respuesta a la emergencia humanitaria.

Gráfica 3.1. Top 10 de Necesidades Insatisfechas en Salud, según la población migrante y refugiada en seis ciudades priorizadas con alto flujo migratorio.

	Bogotá	Barranquilla	Cartagena	Cúcuta	Riohacha	Santa Marta	
1	Acceso a servicios de atención primaria en salud y exámenes de diagnóstico						Necesidades más urgentes
2	Atención a enfermedades crónicas y de alto costo (Cardiovasculares -	Información sobre oferta de servicios en salud y ruta de atención para migrantes y refugiados		Atención de controles prenatales y controles post parto		Información sobre oferta de servicios en salud y ruta de atención para migrantes y refugiados	
3	Atención de controles prenatales y controles post parto		Atención a enfermedades crónicas y de alto costo (Cardiovasculares - Cáncer - Diabetes)	Programas de vacunación oportunos mantener respuesta actual		Atención a enfermedades crónicas y de alto costo (Cardiovasculares - Cáncer - Diabetes)	
4	Acceso efectivo a servicios de salud mental con enfoque diferencial en la población migrante	Atención a enfermedades crónicas y de alto costo (Cardiovasculares - Cáncer - Diabetes)	Atención de controles prenatales y controles post parto	Atención a enfermedades crónicas y de alto costo (Cardiovasculares - Cáncer - Diabetes)	Acceso gratuito a anticonceptivos de calidad cuando deseen	Atención de controles prenatales y controles post parto	Necesidades urgentes
5	Salud infantil priorizada en atención pediátrica y nutricional			Acceso gratuito a anticonceptivos de calidad cuando deseen	Salud infantil priorizada en atención pediátrica y nutricional		
6	Acceso efectivo a medicamentos e insumos de salud	Respuesta combinada a enfermedades transmisibles		Salud infantil priorizada en atención pediátrica y nutricional	Atención a enfermedades crónicas y de alto costo (Cardiovasculares - Cáncer - Diabetes)	Acceso efectivo a servicios de salud mental con enfoque diferencial en migración	
7	Respuesta combinada a enfermedades transmisibles	Acceso efectivo a servicios de salud mental con enfoque diferencial en la población migrante	Acceso gratuito a anticonceptivos de calidad cuando los necesiten	Respuesta combinada a enfermedades transmisibles		Acceso gratuito a anticonceptivos de calidad cuando deseen	Otras necesidades prioritarias
8	Acceso gratuito a anticonceptivos de calidad cuando los necesiten		Acceso efectivo a medicamentos e insumos de salud	Oferta de servicios de SSSR para migrantes y refugiados adolescentes		Respuesta combinada a enfermedades transmisibles	
9	Prevención y manejo de casos violencia sexual, física y psicológica	Acceso efectivo a medicamentos e insumos de salud	Prevención y manejo violencia sexual, física y psicológica			Acceso efectivo a medicamentos e insumos de salud	
10	Servicios de urgencias oportunos y sin discriminación	Prevención y manejo de violencia sexual, física y psicológica	Servicios de urgencias oportunos y sin discriminación	Acceso efectivo a servicios de salud mental con enfoque diferencial en la población migrante y refugiada		Atención efectiva e integral para víctimas de violencia sexual, física y psicológica	

La tabla 3.1. expone algunas de las acciones que ha implementado el sistema de salud colombiano como parte de la respuesta ante la emergencia humanitaria. Igualmente, describe los desafíos y problemas en la práctica que se pudieron recoger de las percepciones y experiencias de las personas migrantes y refugiadas entrevistadas.

Tabla 3.1. Respuestas y desafíos ante la cobertura universal en salud en Colombia frente a la población migrante y refugiada proveniente de Venezuela

Dimensión Cobertura Universal en Salud	Respuesta del sistema de salud colombiano	Desafíos y problemas en la práctica
Aseguramiento en salud ¿A quién cubro?	<p>Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS)</p> <p>Extranjeros, migrantes o refugiados deben inscribirse a una Empresa Promotora de Prestación de Servicios EPS y contar con algún documento de permanencia legal en Colombia, para acceder al SGSS. Si es empleado, trabajador independiente o tiene capacidad de pago, deberá afiliarse y cotizar al régimen contributivo; para afiliarse al régimen subsidiado deberá aplicarse la encuesta SISBEN y estar clasificado en el nivel I y II. En caso de no contar con lo anterior deberá acercarse a una oficina de Migración Colombia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Imposibilidad de afiliarse al sistema de salud, incluso aun regularizando su situación migratoria. • Falta de información de calidad sobre cómo navegar a través de un complejo sistema de salud colombiano: parte de la población migrante y refugiada en condición regular y que tiene la posibilidad de afiliarse al régimen subsidiado o contributivo, no tiene la información necesaria para poder adelantar los trámites correspondientes a la afiliación. • Migrantes y refugiados venezolanos refieren que no cuentan con las condiciones de seguridad social que el empleador les debería facilitar.
	<p>Lineamientos para la afiliación en salud.</p> <p>La Circular 025 de 2017 del MSPS solicitó a gobernadores locales y territoriales adelantar acciones para asegurar a la población migrante y refugiada proveniente de Venezuela y determinar los niveles de atención en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de los lineamientos para afiliación al sistema de salud a nivel local y territorial.
	<p>Derecho a la salud desde las entidades territoriales</p> <p>Toda persona nacional o extranjera tiene derecho a recibir atención de urgencias, y en caso de que no tengan capacidad, la atención debe ser cubierta con cargo a los recursos de oferta de la respectiva entidad territorial donde se realice la prestación del servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de los lineamientos para afiliación al sistema de salud a nivel local y territorial; y vulneración del derecho de la salud por parte de las mismas entidades territoriales. • Desconocimiento por parte de la entidad territorial del flujo de recursos desde el gobierno nacional para atender la salud de las personas migrantes y refugiadas.

<p>Prestación de servicios de salud ¿Qué servicios presto?</p>	<p>Cuatro componentes de la prestación de servicios.</p> <p>1. Atención de urgencias:</p> <p>El artículo 168 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y la Ley 1751 de 2015, expone que los extranjeros que ingresaron a Colombia sin contar con una póliza de salud que les permita cobertura ante cualquier contingencia de salud, se les garantizara la atención inicial de URGENCIAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente apropiación de los lineamientos del gobierno para garantizar la atención en urgencias. • No es claro lo que se entiende como una URGENCIA en el sistema de salud colombiano y como resultado se crean barreras en el acceso. • Existe xenofobia y discriminación por parte de los prestadores a los que les corresponden los servicios de Urgencias. • Se debe reforzar la vigilancia epidemiológica en situaciones de salud, principalmente en las enfermedades infecciosas de niñas y niños, violencias de género y salud mental de la población migrante y refugiada.
	<p>2. Vigilancia epidemiológica:</p> <p>Contención de enfermedades de interés en salud pública.</p> <p>Cerco nacional de vacunación: extender vacunas desde menores de un año para controlar enfermedades inmuno-prevenibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si bien se ha cubierto el acceso a programas de vacunación para niños y niñas, es necesario reforzar la atención primaria sobre esta población para responder a necesidades de nutrición, infecciones y salud mental. • Las personas migrantes desconocen los lineamientos y la oferta de servicios de salud (dónde, cuáles y cómo acceder efectivamente).
	<p>3. Garantía del aumento de aseguramiento en salud:</p> <p>Estrategia de afiliación retornados al SGSSS (Subsidiado)</p> <p>Estrategia población registrada PEP (avanzando en afiliación régimen subsidiado y caracterización del SISBEN).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta acceso a exámenes de diagnóstico y diagnósticos tempranos, para las personas migrantes, principalmente aquellas en condición irregular.
	<p>4. Estrategia de atención de grupos y eventos prioritarios:</p> <p>Intensificar labores de fortalecimiento institucional y vacunación</p> <p>Equipos de apoyo para ETS fortalecer el SIVIGILA</p> <p>Atención prioritaria extramural, PyP y manejo clínico de nutrición y cuidado materno-infantil y VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de implementar actividades preventivas en salud: detección temprana y protección específica también entre la población migrante y refugiada venezolana. • Exclusión social en el acceso a diagnósticos, tratamientos y cuidados continuos.

<p>Prestación de servicios de salud ¿Qué servicios presto?</p>	<p>Derecho a la atención en salud en la jurisprudencia de la Corte Constitucional "no se circunscribe a mantener los signos vitales de las personas, sino que también abarca los servicios médicos necesarios para evitar o disminuir los riesgos de invalidez y muerte por alteraciones físicas y/o mentales." (T-210/18)</p> <p>"El Estado está en la obligación de prestar los servicios de salud materna, relacionados con la gestación, el parto y el post-parto a todas a las mujeres que los requieran de forma gratuita, independientemente de que sean nacionales colombianas o extranjeras con permanencia regular o irregular. En servicios de salud las mujeres gestantes y los recién nacidos requieren de una atención urgente. (SU677/17).</p>	<p>Desconocimiento de la jurisprudencia de la Corte Constitucional a nivel local y territorial. Por lo tanto, vulneraciones a los derechos de una atención en salud en particular para mujeres migrantes gestantes, adolescentes, adultos y adultos mayores.</p> <p>El talento humano requiere entrenamiento para atención en salud desde la apropiación y conocimiento del derecho a la salud y la jurisprudencia colombiana.</p> <p>Persiste la imposibilidad de acceso a suministros médicos y medicamentos.</p> <p>En salud materna se han prestado los servicios necesarios para las atenciones de partos. No obstante, hay un gran vacío en el acceso a controles prenatales y servicios post parto para las mujeres migrantes y refugiadas, principalmente irregulares.</p> <p>Ajustar los servicios de salud materna e infantil a las necesidades y especificidades de las mujeres gestantes que se encuentran en procesos de migración. Adicionalmente, eliminar todas las formas de barrera y estigma.</p>
<p>Protección financiera ¿Qué proporción de los costos puedo cambiar?</p>	<p>Derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Constitucional "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."(SU677/17).</p>	<p>Falta de oportunidades de trabajo, gasto de bolsillo en salud y empobrecimiento; a pesar de tener un estatus migratorio regularizado.</p> <p>Cobros por atención primaria.</p> <p>Cobros por exámenes de diagnóstico.</p> <p>Cobros por suministros médicos o medicamentos.</p> <p>Cobros por suplementos nutricionales.</p>

Fuente. Dirección de Investigaciones, Profamilia, 2020. A partir del análisis de los grupos focales y de la revisión de jurisprudencia de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes, 2019 [115] y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para el Plan de Respuesta en Salud de los Migrantes Venezolanos en Colombia [17].

Aseguramiento en salud

Durante los grupos focales de discusión se identificaron retos para garantizar la cobertura universal de la población migrante venezolana en términos de aseguramiento en salud dentro de la respuesta humanitaria. En concordancia con lo expuesto en la tabla 3.1. a continuación se amplían las percepciones y experiencias de las personas migrante y refugiadas sobre los servicios de salud en Colombia:

Imposibilidad de afiliarse al sistema de salud, incluso aun regularizando su situación migratoria

El principal acuerdo entre las personas migrantes y refugiadas participantes fue alrededor de experiencias que dan cuenta de una limitada cobertura en salud

y problemas en el aseguramiento al SGSS. La situación más crítica se evidenció en la falta de aseguramiento de migrantes irregulares, la cual está relacionada con la falta de PEP, y las dificultades que supone para afiliarse al régimen subsidiado y contributivo:

Aquí el que no tiene el PEP no lo atienden en salud, ahí te puedes quedar muriéndote, te mueres mientras no tengas. Incluso, los que tienen el PEP sino se está en el SISBEN, tampoco te atienden, aquí te piden el SISBEN, si no tienes SISBEN no te atienden.

Participante - Grupo focal de mujeres en Barranquilla.

De igual manera, aunque las personas que cuentan con PEP tienen la opción de afiliarse al sistema de salud, manifiestan sentirse abrumados por la burocracia y los trámites administrativos que se convierten en una barrera dentro del proceso de aseguramiento en salud. Por lo anterior, en muchos casos los migrantes venezolanos prefieren dar prioridad a la búsqueda de empleo y oportunidades para ocuparse en algún oficio, en lugar de seguir en trámites burocráticos para completar una afiliación en salud; los cuales además no solo implican una inversión de tiempo sino también monetaria que la mayoría de la población migrante y refugiada no puede pagar.



Falta de información de calidad sobre cómo navegar a través un complejo sistema de salud colombiano

La anterior situación se agudiza por el desconocimiento de la población migrante y refugiada venezolana frente al funcionamiento del sistema de salud colombiano. En ese sentido, existió un amplio acuerdo entre los participantes de los grupos focales sobre la complejidad de los mecanismos de aseguramiento, la profunda desinformación sobre éstos y las múltiples dudas acerca de cómo funciona en la práctica local el sistema de salud. Lo anterior, hace que muchas veces interpreten el sistema como discriminatorio, ineficiente e inequitativo, deteriorando la confianza en el mismo. Muchas de las personas que cuentan con PEP o SISBEN, afirmaron que durante estos procesos han enfrentado barreras administrativas:

Porque sí hay un tema de calidad humana en los sistemas de salud, no sé si es que se les cauterizan los sentimientos o han visto tantas cosas que pierden la sensibilidad, pero son unos maestros para manejar las normas, para manejar la letra chiquita de la ley y que no te atiendan ni afilien.

Participante – Grupo focal de hombres en Santa Marta

En general, las dificultades de aseguramiento en salud y de acceso efectivo a servicios de salud por parte de las personas migrantes y refugiadas, están siendo determinadas por obstáculos para regularizar su situación migratoria, la ausencia de información de calidad en cada municipio con respecto a cómo afiliarse, las barreras administrativas establecidas dentro del sector salud y la ausencia de un trato que reconozca la situación humanitaria de la migración.

En general, las dificultades de aseguramiento en salud y de acceso efectivo a servicios de salud por parte de las personas migrantes y refugiadas, están siendo determinadas por obstáculos para regularizar su situación migratoria, la ausencia de información de calidad en cada municipio con respecto a cómo afiliarse, las barreras administrativas establecidas dentro del sector salud y la ausencia de un trato que reconozca la situación humanitaria de la migración.

El principal acuerdo entre las personas migrantes y refugiadas fue la limitada cobertura en salud, problemas en el aseguramiento al SGSS, falta de información de calidad para moverse dentro del sistema de salud y una débil protección financiera.

Prestación de servicios de salud

La cobertura universal en salud no solo tiene por finalidad asegurar un conjunto de servicios de salud mínimos, sino también lograr la ampliación progresiva de los servicios de salud y protección financiera [16]. La prestación de servicios de salud es determinada por la disponibilidad, accesibilidad y capacidad de la configuración del sistema de salud en todos los niveles. Durante los grupos focales de discusión se identificaron los siguientes retos en la prestación de servicios de salud a nivel local:

Apropiación insuficiente de los lineamientos del gobierno para garantizar la atención en urgencias

Aunque el gobierno colombiano, atendiendo a las normativas internacionales, ha señalado que toda urgencia debe ser atendida, durante los grupos focales

identificaron dificultades en el acceso de la población migrante venezolana a los servicios de urgencias, así como a otros servicios básicos, especializados y de cuidado continuo e integral. La reconstrucción de experiencias permitió evidenciar la poca información que tienen respecto a cómo acceder a los servicios de urgencias, cómo se determina una urgencia y en qué lugares se prestan estos servicios:

- *¿Ustedes conocen puntualmente cuáles son sus derechos frente al acceso de servicios de salud en Colombia?*

- *No.*

- *Bueno, los únicos derechos que ellos [los prestadores] dicen que por emergencia entra y si no es emergencia no entra.*

- *El detalle es saber a quién llamar en una emergencia [...] y que aquí determinen qué es una emergencia, porque si yo voy por dolor de cabeza, porque no puedo ver, voy a desmayarme, estoy vomitando, para mí eso es una emergencia.*

Participantes - Grupo focal de mujeres en Bogotá.

De acuerdo con los marcos jurídicos vigentes la atención de urgencias debería prestarse sin solicitar documentos ni el pago de los servicios. Sin embargo, algunas de las personas dijeron que en ocasiones se les han negado servicios de urgencias por no tener PEP o algún tipo de afiliación; y aquellas personas que logran ser atendidas dentro del servicio de urgencias señalaron que cuando se determinó que el nivel de la urgencia no era suficientemente alto tuvieron que asumir los costos de las atenciones:

Necesidad de implementar actividades preventivas en salud: detección temprana y protección específica también entre la población migrante y refugiada venezolana

Son múltiples las preocupaciones de buena parte de la población migrante y refugiada venezolana entrevistada por no tener acceso a servicios básicos de salud. Esta preocupación es más plausible entre las personas que migraron con menores de edad, personas de la tercera edad, personas con discapacidad o personas con condiciones preexistentes. El hecho de que el acceso a los servicios de salud para la población migrante irregular se restrinja de forma exclusiva a la atención en urgencias imposibilita el acceso de estas personas a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, gratuitos y de calidad, presionando a las personas a buscar otras soluciones como lo es la automedicación:

[...] estábamos haciendo la cola para que nos atendieran porque estaba así con bastantes flemitas y nos dijeron: “— ¿Tiene PEP? — No. — Chao, adiós papá.”

Compré un remedio y se lo di, en la farmacia pregunté, se llama Mucosina, me lo vendió el doctor, el que atiende...

E: ¿El de la droguería?

P: El que atiende, me dice: “Déselo tantas horas, tantas gotas”. Y gracias a Dios se me mejoró.

Participante - Grupo focal de hombres en Bogotá.

Existen limitados mecanismos de protección financiera: información para acceder o calificar a un subsidio, exenciones de copagos. Lo anterior, explica el gasto de bolsillo en salud que se origina explicados desde pagos por fotocopias hasta co-pagos de 50.000 pesos para acceder a servicios básicos de salud como el mismo servicio de urgencias que tienen por derecho.

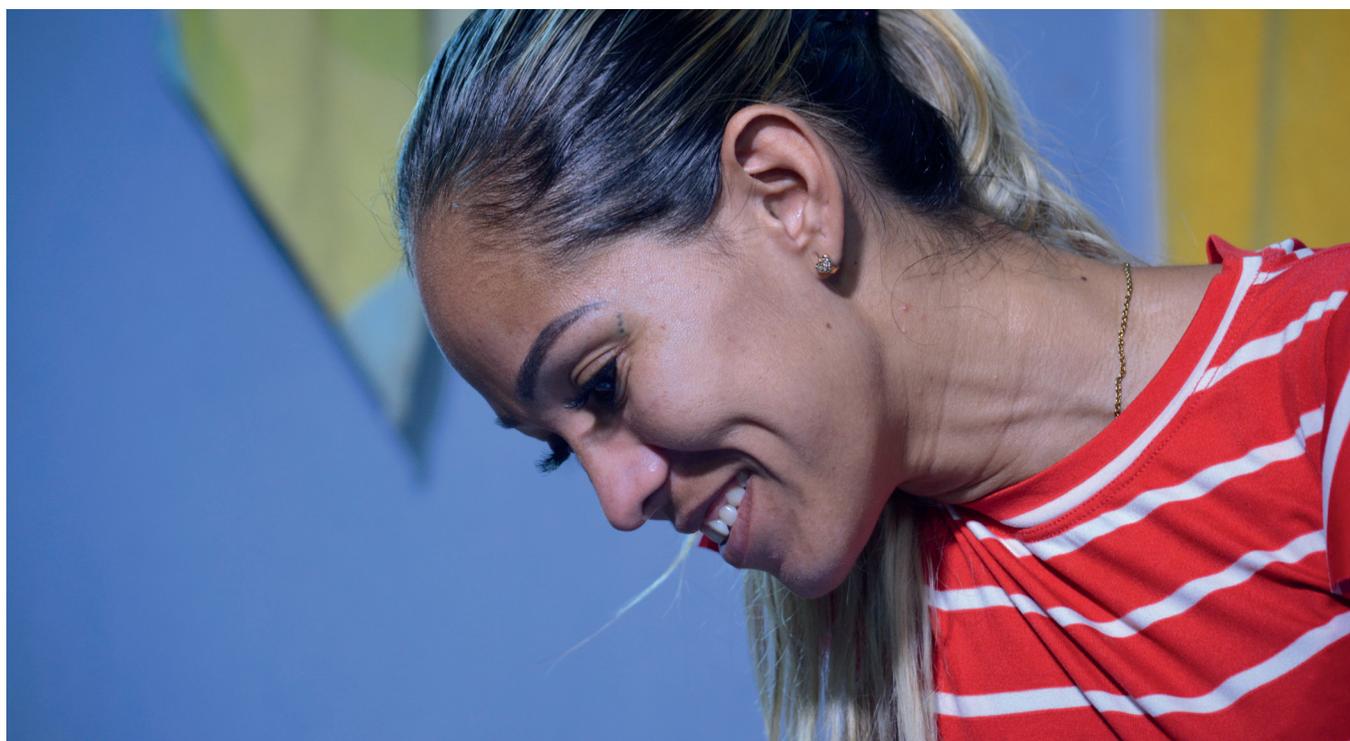
Una de las grandes preocupaciones de quienes han experimentado la falta de atención y tratamiento médico oportuno es que, sin la atención adecuada durante los primeros síntomas, la situación puede empeorar y generar mayores afectaciones y complicaciones. Así, tal y como lo señalaron las personas migrantes y refugiadas venezolanas, las necesidades básicas en salud deben cubrirse con valoraciones médicas gratuitas y de calidad, sin discriminación, y más allá de lo que se interpretan como urgencias.

Exclusión social en el acceso a diagnósticos, tratamientos y cuidados continuos

La población migrante venezolana también enfrenta numerosas dificultades para acceder a servicios especializados, de cuidado continuo e integral. A pesar de que muchas personas han migrado a Colombia en busca de servicios y tratamientos médicos a los que no han podido acceder en Venezuela, el sistema de salud colombiano parece no contar con suficientes estrategias para garantizar el acceso a este tipo de servicios. Durante los grupos focales se señaló que muchas personas no han logrado acceder a médicos especialistas ni a servicios de apoyo diagnóstico. En estos casos, cuando los exámenes se solicitan por fuera del servicio de urgencias o no son cubiertos dentro del mismo, se les pide a las personas que asuman los costos:

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

Grupo focal con mujeres. Barranquilla.



Igualmente, aunque las personas reconocen que distintas agencias humanitarias o entidades sin ánimo de lucro tienen proyectos que han cubierto algunas de estas afecciones, la cobertura es insuficiente y en varias ocasiones los médicos generales suelen remitir a la población migrante a servicios especializados a los que no tienen acceso ya sea por la falta de aseguramiento o por los costos de la atención. Sin embargo, junto con la atención básica, los servicios especializados, de cuidado continuo o integral son imprescindibles para garantizar la salud de la población migrante. La negación de estos servicios a largo plazo tiene consecuencias negativas en la vida de esta población, así como en la salud de la población en general.

Esto conlleva a la necesidad de la reorientación de los servicios de salud para que asegure que la atención se preste en el contexto más apropiado, con un justo equilibrio entre la atención a los pacientes externos e internos y el fortalecimiento de la coordinación de esa atención. Los servicios de salud, incluidos los servicios de la medicina tradicional y complementaria, que se organizarán en función de las necesidades y expectativas generales de las personas y comunidades, contribuirán a asegurar que estas desempeñen un papel más activo en su salud y sistema de salud.

Protección financiera

Con el fin de que el gobierno determine qué servicios cubrir dentro de la respuesta humanitaria, es esencial contar con financiación de diferentes mecanismos y fuentes [16] Durante los grupos focales de discusión se identificaron retos para garantizar la protección financiera.

Falta de oportunidades de trabajo, gasto de bolsillo en salud y empobrecimiento

Las condiciones socioeconómicas de la población migrante y refugiada, las condiciones laborales, su estatus irregular y la falta de recursos económicos, han implicado obstáculos en el acceso a los servicios de salud:

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

Participante - Grupo focal de mujeres en Barranquilla

Parte de la población migrante y refugiada ha tenido que asumir un gasto de bolsillo en salud y no ha recibido información sobre la razón de estos cobros. En muchas ocasiones, las personas han asumido costos de medicamentos, insumos médicos y hospitalizaciones. Diferentes actores dentro de la respuesta humanitaria han ayudado a alivianar el gasto de bolsillo de la población migrante mediante subsidios, paquetes individualizados de servicios y apropiación de los lineamientos de urgencias y atención en salud materna e infantil.

Muchas personas señalaron no haber obtenido información previa sobre qué es considerado como una urgencia, cómo se determina y en qué lugares se prestan estos servicios, lo cual dificulta la atención oportuna. Lo anterior sumado a las múltiples y ambiguas interpretaciones de las urgencias por parte de los trabajadores de la salud.

NECESIDADES Y CIRCUNSTANCIAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

A continuación, se analizan las necesidades y circunstancias en el acceso a servicios de salud específicos experimentadas por la población migrante venezolana. Es importante aclarar que las necesidades se refieren a la salud sexual y reproductiva, salud materna, enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud infantil, salud adolescente, salud mental y violencias contra las mujeres. Por otro lado, las circunstancias se refieren a aquellas situaciones que ponen en desventaja o vulnerabilidad a las personas, por ejemplo su edad, estatus migratorio, identidad de género, nivel de educación, entre otros. Esta información es resultado de los grupos focales de discusión en las seis ciudades priorizadas. La tabla 3.2. relaciona las necesidades y circunstancias en el acceso a servicios de salud en siete resultados específicos de salud.

Tabla 3.2. Necesidades y circunstancias en salud de la población migrante y refugiada participante en los grupos focales de seis ciudades priorizadas.

Tema	Necesidades	Circunstancias
Salud Sexual y Reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Anticoncepción con métodos modernos reversibles, de larga duración y de emergencia en todos los niveles (urgencias, consulta externa, acciones extramurales). • Adherencia y acceso a servicios costo-efectivos. • Información y educación sexual integral. 	<p>Adolescentes y jóvenes irregulares sin redes de apoyo</p> <p>Personas con discapacidad, personas no binarias e indígenas</p> <p>Personas trabajadoras sexuales, víctimas de violencia sexual y/o explotación sexual.</p>
Salud Materna	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes básicos de laboratorio. • Inducir la demanda a controles prenatales. • Atención del parto • Acceso a servicios de alta complejidad. • Talento humano con entrenamiento en atención de emergencias obstétricas • Anticoncepción post evento obstétrico. 	<p>Mujeres y adolescentes gestantes sin redes de apoyo</p> <p>Mujeres sin completar sus controles prenatales</p> <p>Mujeres gestantes con un alto riesgo de morbi-mortalidad</p> <p>Deficiencias en nutrición de las mujeres gestantes.</p> <p>Mujeres gestantes que sufren violencia física o psicológica</p> <p>Riesgo al tráfico de personas.</p>

Salud Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria en salud en IRA a menores de edad. • Atención en salud mental, nutrición, odontología y optometría • Información sobre acceso a programas nutricionales e inmunización • Prevención a enfermedades relacionadas con el manejo del agua y alimentos 	<p>Niñas y niños con problemas de nutrición; que detuvieron su etapa escolar; sin redes de apoyo; que han sufrido abandono o ruptura familiar</p> <p>Niñas y niños que viven en albergues o asentamientos sin acceso a agua potable y alcantarillado.</p>
Salud Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a métodos anticonceptivos reversibles y de larga duración • Acceso a consejería y atención en salud sexual y reproductiva • Atención en salud nutricional • Educación integral para la sexualidad y prevención de la violencia (estatus irregular) 	<p>Adolescentes que han iniciado su vida sexual</p> <p>Adolescentes en estado de embarazo.</p> <p>Adolescentes en abandono o en ruptura familiar, sin redes de apoyo</p> <p>Adolescentes víctimas de distintos tipos de violencias.</p> <p>Adolescentes y jóvenes en explotación laboral.</p>
Enf. No Trasmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • Controles de medicina general y exámenes de diagnóstico (cáncer, diabetes, insuficiencia renal, entre otros) • Acceso a medicamentos e insumos 	<p>Mujeres gestantes</p> <p>Hombres y mujeres adultos mayores; personas a cargo de otras personas</p> <p>Personas con antecedentes de enfermedades crónicas y co-morbilidades</p>
Enf. Trasmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje, manejo y tratamiento de VIH y hepatitis virales • Prevención combinada para la contención de epidemia con comportamiento creciente en migrantes. • Promover campañas para prevenir conductas de riesgo para la salud 	<p>Personas con ITS; Mujeres gestantes y niñas, niños y adolescentes sin redes de apoyo</p> <p>Personas con dificultades económicas para acceder a tamizajes</p> <p>Personas víctimas de violencia y/o explotación sexual</p>
Violencia contra las mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo y prevención intersectorial (salud, educación, protección, justicia). • Servicios de apoyo psicosocial, • Información de referencia y contra-referencia. 	<p>Mujeres y niñas víctimas de explotación sexual o violencia sexual.</p> <p>Mujeres y hombres trabajadores sexuales.</p>
Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria en salud mental (estrés, ansiedad, temor y preocupación) • Acceso a servicios especializados en salud mental • Información sobre oferta y rutas integrales de atención en salud mental • Programas de salud mental dirigidos a migrantes y comunidad de acogida que generen conciencia sobre los riesgos que la migración genera sobre la salud mental 	<p>Personas migrantes y refugiadas que no han logrado resolver su estatus migratorio y sin redes de apoyo.</p> <p>Personas que viajan con menores de edad, adultos mayores, personas en situación de discapacidad o con algún tipo de enfermedad.</p> <p>Personas que han enfrentado barreras de acceso a servicios de salud.</p> <p>Niñas y niños separados de miembros de su familia producto de la migración.</p> <p>Mujeres y niñas víctimas de violencia de género y violencia económica (trata de personas, explotación laboral, entre otros).</p>

Fuente. Dirección de Investigaciones, Profamilia, 2020.

EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA FRENTE A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

Es una pregunta que tiene su sentido, porque independientemente de que seamos venezolanos, colombianos, la salud, debe ser buena, o sea, en este país, donde sea [...]

Participante – Grupo focal de hombres en Santa Marta

En el presente apartado se analizan las expectativas de las personas migrantes y refugiadas como una oportunidad para mejorar la respuesta de los servicios de salud en Colombia. El análisis de esta información representan una posibilidad para explorar cómo la población migrante venezolana puede aportar al mejoramiento del sistema de salud colombiano, y funciona como un primer paso para entender las maneras en que el sistema de salud colombiano puede fortalecerse y aumentar su resiliencia.

Tabla 3.3. Expectativas y oportunidades en salud para la atención de personas migrantes y refugiadas.

Expectativas de atención en salud, según migrantes y refugiados	Oportunidades de atención centradas en las expectativas de migrantes y refugiados.
Recibir información de alta calidad sobre cómo asegurarse al SGSS y el derecho a la salud	Generar información clave sobre los lineamientos y los mecanismos para afiliarse y evitar tramitología.
Recibir la información sin discriminación y libre de estigma	Asegurar que el personal del sistema de salud proporcione información transparente, libre de estigma y procure un acompañamiento sensible.
Lograr el aseguramiento al sistema de salud de manera rápida y efectiva.	Aprovechar al máximo el primer contacto con personas migrantes que buscan información sobre aseguramiento en salud, para garantizar que sea de forma oportuna y efectiva.
Encontrar prestadores de servicios de salud con los lineamientos de atención apropiados en la práctica. Ejem. conocimiento de atención en urgencias y conocimiento de atención en salud materna infantil. Conocimiento de la jurisprudencia en salud.	Asegurar que el personal de salud participe de actividades vinculadas con los aspectos jurídicos de la migración y procesos de formación centrados en la respuesta humanitaria.

Fuente. Dirección de Investigaciones, Profamilia, 2020.

Entre las experiencias de la atención que recibieron algunas de las personas participantes se mencionaron: la falta de cobertura del aseguramiento, los altos costos para acceder a servicios de salud, la discriminación por parte del personal prestador de servicios de salud, los tiempos de espera, la falta de información al paciente y la falta de capacidad instalada de las instituciones prestadoras de servicios de salud a las que tienen acceso:

Yo sí he escuchado que sí, que hay que darle atención a los venezolanos, o sea, siempre por trabajo social tienen que ayudarnos, pero la verdad siento que eso es como, como para quedar bien. Por una experiencia que yo tuve con mi esposo y él tiene permiso, el sacó permiso [PEP] y él se enfermó, a él le dio neumonía y a él le dijeron que fuera a Barranquilla, y ya uno va confiado por la información que le habían dado a uno, que ahí uno podía ir y le daban la atención. Cuando fuimos, chévere, ahí le atendieron, cuando le iban a dar de alta, [dijeron] que él tenía que pagar tres millones de pesos [...]

Participante - Grupo focal de mujeres en Barranquilla

En el fragmento anterior se evidencian varios de los aspectos asociados a las expectativas de las personas migrantes y refugiadas. Probablemente, la expectativa más frecuente tuvo que ver con que las personas esperan que al momento de acceder a servicios de urgencias no se les solicite el PEP o un documento de afiliación. Adicional, cuando se logra el acceso a urgencias se espera que este servicio no genere ningún costo y que las personas puedan recibir controles médicos gratuitos, cuando el caso lo obligue.

Por otro lado, las personas señalaron la importancia de mantener ciertos aspectos que consideran vitales sobre la atención en los servicios de salud, una vez han logrado acceder a los mismos: el trato digno, la disponibilidad de suministros y servicios y la buena atención recibida por instituciones públicas y agencias humanitarias. Si bien es cierto que estos temas no ocuparon un lugar protagónico dentro de las conversaciones, y que la mayoría de las experiencias de las personas participantes hicieron más referencia a los aspectos negativos, el hecho de que fueran mencionados permite interpretar desde otro ángulo las expectativas de la población migrante:

Como me trataron los médicos, las enfermeras, el perinatólogo, fue tres días con fiebre de 40. A ella [la recién nacida] me la revisaron muy bien durante el embarazo, estuvieron muy pendientes del embarazo por eso, todo, todo. Cuando di a luz me atendieron muy bien, todo me lo atendieron muy bien, yo no tengo queja de (silencio) ¿qué voy a decir? ¿qué me trataron?, Nunca me trataron mal por ser venezolana, nunca me discriminaron por ser venezolana, igual como trataban una colombiana me trataron a mí.

Participante – Grupo focal de mujeres en Cúcuta.

La disponibilidad de los servicios y la cobertura en el acceso a la salud, suponen en últimas mejorar la comunicación, garantizar la continuidad del cuidado, y aumentar la confianza con los prestadores de servicios de salud [1]. La gráfica

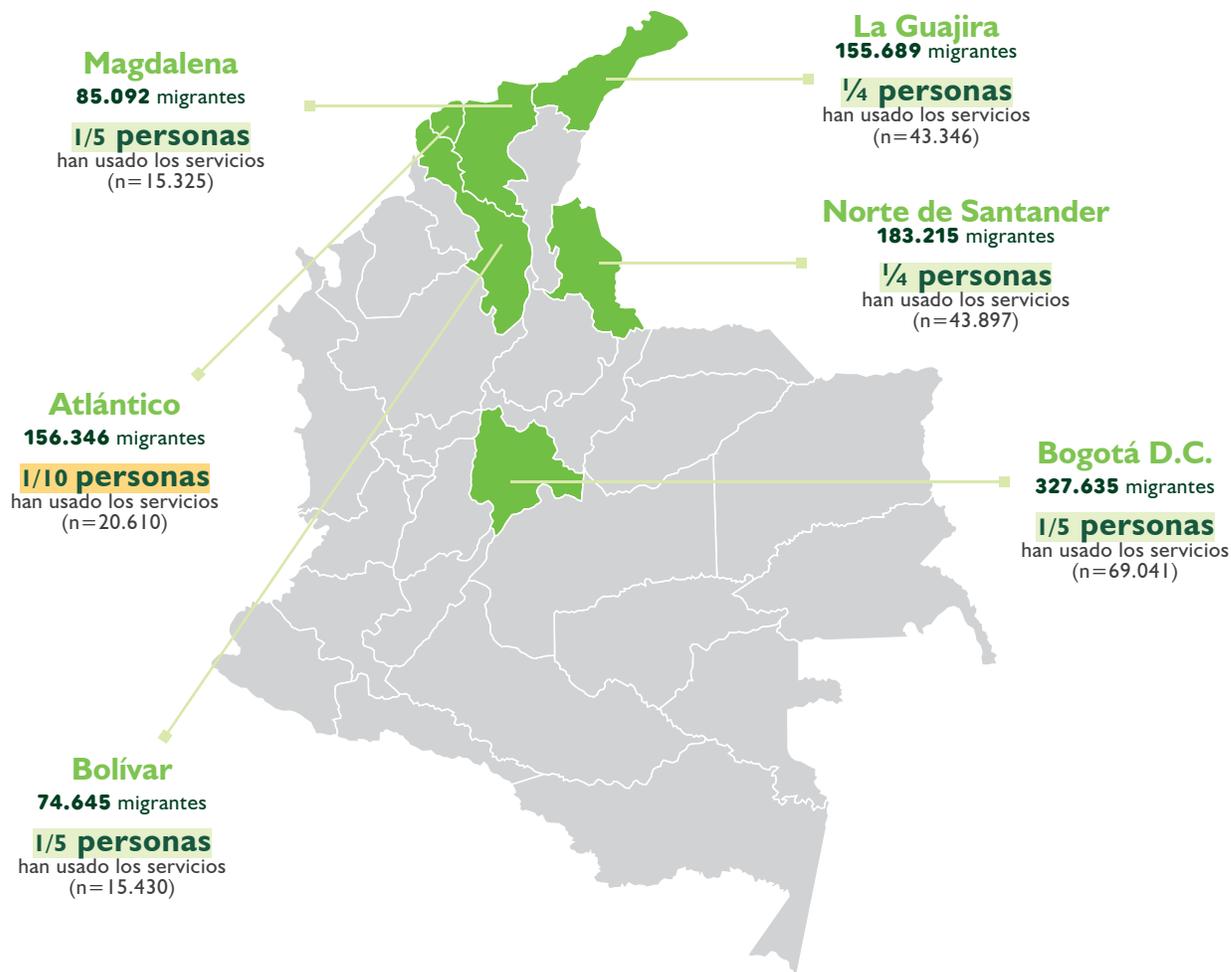
CAPÍTULO IV

USO DE SERVICIOS EN SALUD EN LA POBLACIÓN MIGRANTE Y REFUGIADA Y EN LA COMUNIDAD DE ACOGIDA

El uso de servicios de salud no debería estar determinado o limitado en ninguna circunstancia por el género, la pertenencia étnico-racial, la religión, la orientación sexual, la edad, la capacidad de pago o el estatus migratorio. En contextos de migración y emergencia humanitaria los servicios de salud no deben interrumpirse y a su vez tienen que adaptarse a las necesidades y circunstancias de la población migrante y refugiada, especialmente de aquellos en mayor desventaja social o que se encuentran en las situaciones más vulnerables.

Colombia es un país que se caracteriza por un sistema de salud basado en el principio de la solidaridad y la equidad. En 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió los lineamientos para garantizar el acceso a la salud de mujeres gestantes y niños, y en 2019 emitió la resolución para asegurar todos los servicios de urgencias para la población migrante que eventualmente sería cubierta por el régimen subsidiado dentro del esquema de aseguramiento [18]. Aprovechando la oportunidad que ofrecen los últimos desarrollos del Sistema Integrado de Información para la Protección en Salud (SISPRO), en particular, la gestión de datos sobre prestación de servicios de salud en comunidad migrante, refugiada y de acogida, este capítulo describe cómo ambas poblaciones accedieron y usaron los servicios de atención en salud en ocho temas de salud priorizados: salud sexual y reproductiva, salud materna, salud infantil, salud de adolescentes, enfermedades transmisibles y no transmisibles de especial interés en salud pública, violencia contra las mujeres y salud mental.

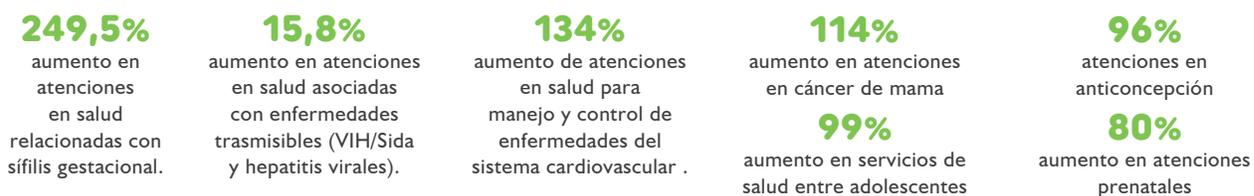
Mapa con uso de servicios de salud en seis ciudades con alto flujo migratorio en Colombia, 2020



Número de migrantes y refugiados venezolanos en Colombia



Entre 2018 a 2019, la utilización de servicios de salud por parte de la población migrante y refugiada aumentó:

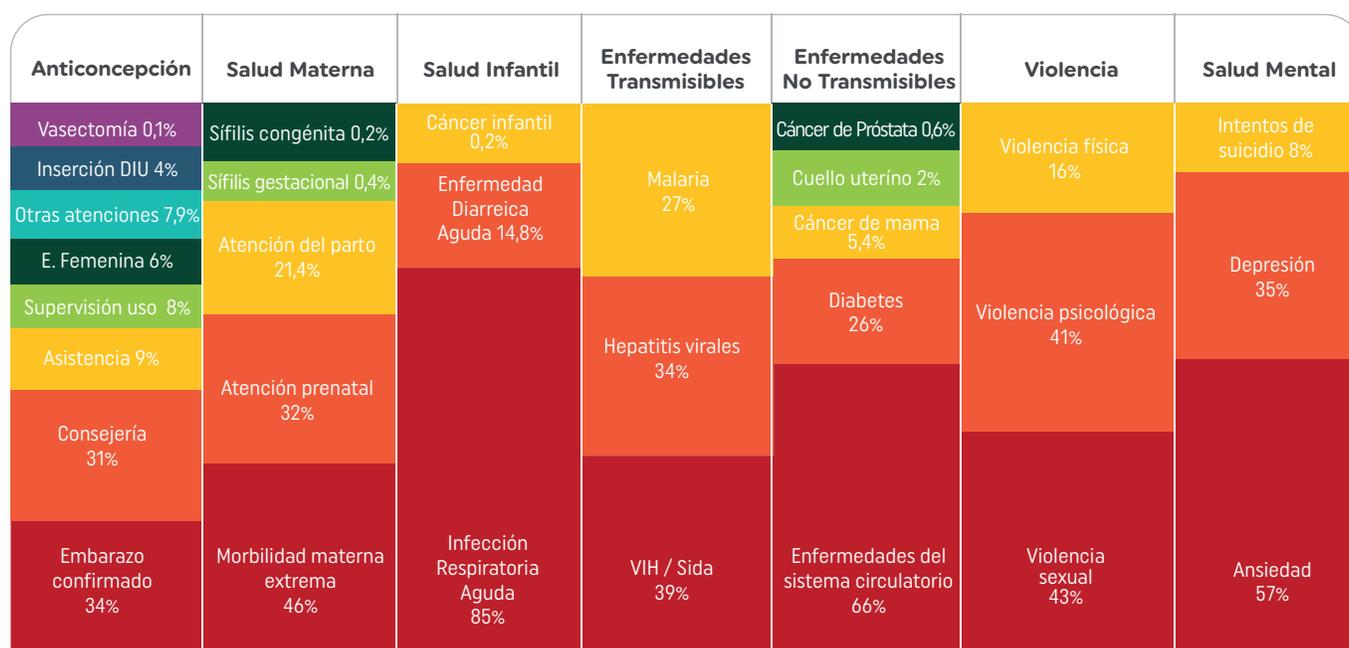


Fuente. Dirección de Investigaciones, Profamilia, 2020. Elaborado a partir de la información de Migración Colombia; Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) - Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia. Consulta realizada a septiembre 30 de 2019 durante el mes de noviembre del mismo año.

La gráfica 4.1. presenta la distribución proporcional del número de personas migrantes y refugiadas

que buscaron acceder a servicios de salud en cada uno de los grupos de diagnósticos priorizados.

Gráfica 4.1. Proporción de uso de servicios de salud de la población migrante y refugiada en Colombia



Fuente. Dirección de Investigaciones, Profamilia, 2020, basada en el Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

De esta manera se evidencia que en anticoncepción el mayor porcentaje de personas atendidas se encuentra en consultas por confirmación de embarazos, seguido del asesoramiento en métodos anticonceptivos y la asistencia del uso de estos métodos. En salud materna el mayor porcentaje de migrantes atendidas acudió por Morbilidad Materna Extrema (MME) y en menores porcentajes por atenciones prenatales y atención del parto. En salud infantil la Infección Respiratoria Aguda (IRA) representa la mayor causa de consulta, siendo cinco veces mayor que la consulta por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).

En enfermedades transmisibles los mayores porcentajes de personas fueron atendidas por VIH y Hepatitis. En enfermedades no trasmisibles, el mayor porcentaje de personas buscó servicios de atención por enfermedades del sistema circulatorio, seguido de diabetes; cáncer de mama; cáncer de cuello uterino y cáncer de próstata.

En violencia contra las mujeres, en porcentajes cercanos, la violencia sexual y la violencia psicológica muestran los mayores porcentajes de personas atendidas. Por último, en salud mental el mayor número de personas buscó servicios por diagnósticos asociados a la ansiedad, seguido de depresión.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual y reproductiva (SSR) supone el bienestar físico, mental y social del sistema reproductivo, la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear o no hacerlo y decidir cuándo y con qué frecuencia [19]. El acceso a métodos de anticoncepción permite a las parejas espaciar los embarazos y, a quienes lo deseen, limitar el tamaño de la familia. La OMS recomienda que para garantizar la SSR toda persona que desee anticonceptivos pueda obtener información exacta y de calidad fácilmente, así como servicios médicos y de apoyo psicosocial [20].

Durante la migración, las personas, particularmente las mujeres, experimentan acceso insuficiente e inequitativo a los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva que aumenta su vulnerabilidad y las expone a mayores riesgos de violencia sexual y de género, embarazos no deseados, embarazos tempranos (entre 10-14 años de edad), enfermedades de transmisión sexual, abortos inseguros, morbilidad materna extrema, entre otros [21, 22].

Esta sección describe el uso de servicios de anticoncepción por parte de la población migrante y refugiada venezolana y la comunidad de acogida en Colombia.

Gráfica 4.2. Porcentaje de la proporción de uso de servicios por anticoncepción en personas migrantes y refugiadas durante el 2019.



Fuente. Dirección de Investigaciones, Profamilia, 2020, basada en el Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Orientaciones para los servicios de salud a nivel local

- Aumentar la cobertura de atención en servicios de SSR en los departamentos de frontera colombo-venezolana.
- Garantizar el acceso eficaz y sencillo a la información sobre uso y acceso a métodos anticonceptivos, principalmente para la población migrante y refugiada venezolana, haciendo énfasis en los métodos anticonceptivos para hombres.
- Fomentar el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva por parte de los hombres, tanto para población de acogida como para la población migrante y refugiada, principalmente en los departamentos de Bolívar y Magdalena donde se registra el menor número de hombres que acuden en busca de métodos anticonceptivos.
- Implementar estrategias que permitan reconocer las diferencias sociales y culturales sobre la SSR entre la población migrante y refugiada, para transformar imaginarios y estigmas sobre la SSR, la atención basada en género y la anticoncepción.
- Fortalecer la aplicación de enfoques diferenciales en el abordaje de las necesidades en SSR, principalmente en la población migrante y refugiada, garantizando que tanto migrantes regulares como irregulares puedan tener acceso a los servicios de atención anticonceptiva y de SSR.

Acceso a servicios de anticoncepción

Uso de servicios en Colombia de anticoncepción en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

46.675 personas atendidas
96% respecto a 2018

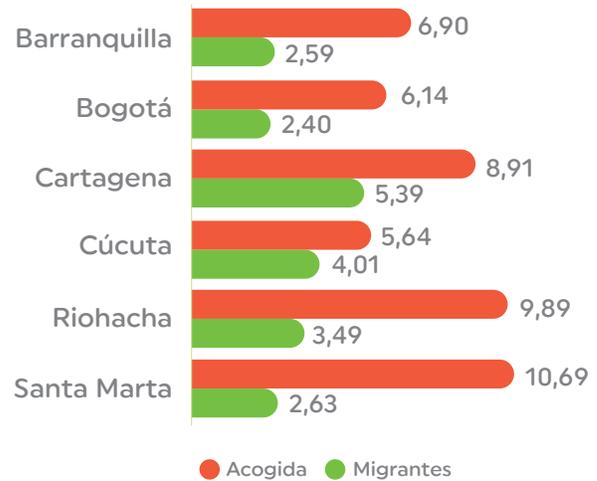


Comunidad de acogida

1.732.569 personas atendidas
-7% respecto a 2018

- El 2018 alrededor de 2 millones de personas accedieron a servicios de anticoncepción en Colombia; esta cifra se mantiene estable en 2019; a su vez, el número de personas migrantes y refugiadas venezolanas que recibió alguna atención por servicios de anticoncepción se duplicó entre 2018 y 2019.
- El acceso a servicios de anticoncepción en la población migrante y refugiada es mayor entre las mujeres que entre los hombres.
- Bogotá registra el mayor número de personas migrantes atendidas en servicios de anticoncepción (alrededor de 4 mil personas en 2018 y más de 6 mil en 2019).
- El uso de servicios de anticoncepción en Riohacha es bajo, no obstante, presenta la menor diferencia en el acceso a estos servicios entre la población de acogida y la población migrante y refugiada venezolana.

Gráfica 4.3. Porcentaje de personas atendidas en anticoncepción, población migrante y comunidad de acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Durante la migración las mujeres enfrentan barreras en el acceso a los servicios de salud, y que en los lugares de paso y de llegada encuentran disponibilidad limitada de métodos anticonceptivos [7]. En contextos de emergencia humanitaria, la atención en salud sexual y reproductiva debe garantizarse aún en los contextos más difíciles y complejos [23]. No obstante, en Colombia aún existen múltiples necesidades insatisfechas en el acceso a servicios de anticoncepción por parte de la población migrante y refugiada venezolana, en particular en la frontera Colombia-Venezuela [7].

Contexto Colombia Venezuela

Según la ENDS 2015, en Colombia el 7% de las mujeres fértiles actualmente unidas que no desean quedar embarazadas no están usando un método anticonceptivo, es decir tienen necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos. Este porcentaje revela inequidades y barreras de acceso a servicios de anticoncepción entre las mujeres de 15 a 19 años (19,3%), con menor nivel educativo (13,9%), más pobres (10,1%), en la Región Caribe y la Región de la Amazonía y la Orinoquía (10,1%) y en la zona rural (8,8%). Para los departamentos priorizados, mientras Bogotá tiene una necesidad insatisfecha de anticoncepción del 3,7%, los otros superan el nivel nacional: en Norte de Santander es del 8,1%, en Bolívar es del 8,4%, Magdalena del 9,2%, Atlántico del 10,0%), en La Guajira llega al 13,7% [24].

En Venezuela, no se cuenta con cifras actualizadas sobre necesidad insatisfecha en anticonceptivos. La crisis humanitaria de Venezuela ha llevado a una escasez de medicamentos que afecta el acceso a métodos anticonceptivos. Durante 2018, con excepción de los condones, el Índice de Escasez de Métodos Anticonceptivos (IEMA) en cinco ciudades de Venezuela es superior al 75% [24].

Uso de servicios de salud

En 2018 en Colombia alrededor de 2 millones de personas accedieron a servicios de anticoncepción y servicios de salud sexual y reproductiva, esta cifra se mantiene estable en 2019. Sin embargo el número de personas migrantes y refugiadas venezolanas que recibieron alguna atención por servicios de anticoncepción aumentó entre 2018 a 2019 de 23,764 pasó a 46,675. En los seis departamentos priorizados se registraron entre la comunidad de acogida alrededor de 400 mil personas atendidas por servicios de anticoncepción en 2019, cifra cercana a la reportada para el año anterior; entre la población migrante y refugiada venezolana residente en los departamentos priorizados, 14.534 personas accedieron a los servicios de anticoncepción en 2019 lo que representó una variación porcentual del 69,7% con respecto a 2018.

En Atlántico y La Guajira se evidencia el mayor número de personas migrantes y de comunidad acogida atendidos en servicios de anticoncepción (Atlántico más de 96 mil y La Guajira más de 53 mil en 2019). Entre la población migrante y refugiada venezolana, en todos los departamentos, salvo Atlántico, aumentó entre 2018 y 2019 el

número de personas atendidas, destacando los aumentos de Bolívar (213,9%), Magdalena (133,5%) y Norte de Santander (133,3%). En la comunidad de acogida se registra aumento en el número de personas atendidas para los mismos años en los departamentos de Magdalena (40,1%) y Norte de Santander (5,9%); los departamentos que registran un mayor número de personas colombianas atendidas son Atlántico y Bolívar.

Según las ciudades, Bogotá registró el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas en los servicios de anticoncepción (cerca de 4 mil personas en 2018 y de 6 mil en 2019). Cúcuta presentó el mayor número de personas migrantes y refugiadas atendidas en estos servicios, tanto en 2018 (más de mil personas) como en 2019 (más de 3 mil personas). En la comunidad de acogida, Bogotá (más de 600 mil personas) registra el mayor número de colombianos que acudieron a servicios de anticoncepción con una gran diferencia en comparación a las demás ciudades. Destaca Riohacha que si bien registra el menor número de personas atendidas, tiene la menor brecha en el uso de servicios de anticoncepción entre la población migrante y refugiada venezolana y la población de acogida.

Según sexo, tanto entre los migrantes como en la comunidad de acogida asisten más mujeres a los servicios de anticoncepción; los departamentos con mayor número de mujeres migrantes y refugiadas atendidas son Bogotá, Norte de Santander y Atlántico. En la población de acogida, Bogotá, Atlántico y Bolívar reportaron los mayores números de mujeres colombianas atendidas. Si bien los hombres acceden en menor volumen, al igual que en el nivel nacional, el número de hombres migrantes y refugiados venezolanos que acudieron a hacerse la vasectomía en los departamentos priorizados aumentó pasando de 102 en 2018 a 165 en 2019. Este aumento fue mayor en Atlántico (de 1 a 26) y en Norte Santander (de 36 a 75). En Norte de Santander destaca que el aumento en el número migrantes y refugiados usuarios de vasectomía ocurrió en municipios diferentes a Cúcuta, revelando los esfuerzos de atención humanitaria en otros municipios fronterizos del departamento como Villas del Rosario y los Patios.



En

2019, 372,835

migrantes y refugiados provenientes de Venezuela accedieron a servicios de salud en Colombia, lo cual representa un incremento del

46% con respecto a 2018.



En la comunidad de acogida en 2019 fueron atendidas

27.759.606 personas, cifra que se mantiene estable en comparación al número de colombianos atendidos en 2018.

SALUD MATERNA

La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. Entre las complicaciones de la salud materna responsables del 70% de la mortalidad se encuentran: hemorragias, infecciones, abortos inseguros, eclampsia y parto obstruido. La atención en salud especializada antes, durante y después del parto puede mejorar y salvar la vida de las mujeres gestantes y los recién nacidos [26].

Durante las dinámicas de la migración, el acceso a atención prenatal, aborto, asistencia a partos calificados y atención obstétrica de emergencia

pueden estar comprometidos o su atención continua puede ser negada [21]. Tanto en campamentos y albergues como en asentamientos en entornos urbanos las necesidades de salud materna y neonatal de migrantes y refugiadas venezolanos requieren soluciones urgentes. Esta sección analiza el uso de servicios de salud materna entre la población migrante venezolana y la comunidad colombiana de acogida a partir de cuatro resultados de salud: i) atención prenatal; ii) atención institucional del parto; iii) morbilidad materna extrema durante y después del embarazo; y iv) sífilis gestacional y congénita.

Gráfica 4.4. Distribución proporcional de uso de servicios de salud materna 2019.



Fuente. Cubo RIPS – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia. CIE X: Z340 - Z369; O800 - O849; O00-O075; O85-O92; O980-O94X; O987; O981y A500 - A509

Orientaciones para los servicios de salud a nivel local

- Aumentar la cobertura de atención primaria para personas migrantes, con el fin de que puedan acceder a diagnósticos tempranos.
- Garantizar asesoramiento médico a mujeres gestantes tanto de la comunidad migrante y refugiada venezolana como de la comunidad de acogida.
- Proporcionar información suficiente sobre cuidados prenatales, nutrición y factores de riesgo de la etapa gestacional.
- Garantizar el acceso a controles prenatales y suplementos dietéticos energéticos y proteicos equilibrados para reducir el riesgo de muerte prenatal en mujeres con déficit nutricional.
- Asegurar que las mujeres gestantes puedan acceder a los servicios de salud para la evaluación materna y fetal.
- Fortalecer los grupos participativos comunitarios de mujeres como parte del apoyo que se debe brindar a las necesidades de las mujeres embarazadas.
- Disminuir las desigualdades y aumentar las oportunidades de la población migrante para que puedan tener acceso a una mejor calidad de vida que les permita tener hábitos saludables.
- Desde el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, mejorar la notificación y vigilancia de las complicaciones de mujeres gestantes a nivel de prestadores de servicios de salud y comunitaria.

Atención prenatal

La atención en salud durante el embarazo y el parto salva vidas porque durante la atención prenatal existen más oportunidades para detectar y tratar posibles problemas de salud de la gestante y del feto. El modelo de atención prenatal recomienda un mínimo de ocho controles para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de las mujeres con la atención. Sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo [27].

Uso de servicios en Colombia de atención por consultas prenatales en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

27.446 personas atendidas
80,3% respecto a 2018

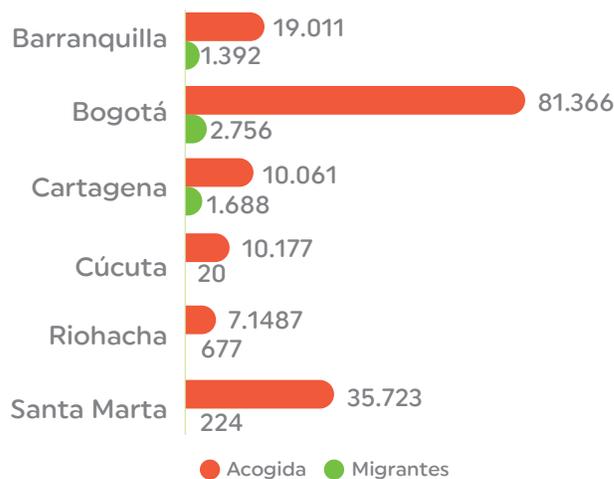


Comunidad de acogida

488.324 personas atendidas
-15,1% respecto a 2018

- El uso de servicios de atención prenatal entre migrantes y refugiados aumentó 80% entre 2018 y 2019.
- Atlántico, Bolívar y Norte de Santander reportan la mayor cantidad de migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por controles prenatales.
- En Norte de Santander, el mayor número de personas atendidas en el departamento se concentra en municipios diferentes a Cúcuta. En 2019 mientras que en Cúcuta acudieron 58 personas a consulta prenatal, en el total del departamento acudieron 1660.
- Santa Marta presenta el mayor aumento pasando de 6 en 2018 a 224 en 2019, seguido por Riohacha que pasó de 181 a 677 en el mismo periodo.

Gráfica 4.5. Número de mujeres atendidas por control prenatal, población migrante y comunidad de acogida. 2019



Fuente. Cubo SISPRO. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Para las personas migrantes gestantes acceder a controles prenatales se vuelve más importante debido a las condiciones de vulnerabilidad y a las numerosas barreras en el acceso a servicios de salud materna y del recién nacido que están determinadas por la movilidad humana; el estatus migratorio; insuficiente cobertura en salud; la falta de apropiación de lineamientos para la atención en salud dentro de la respuesta humanitaria a nivel local; la falta de información de calidad sobre dónde y cómo completar sus controles prenatales; la xenofobia desde los servicios de salud y los limitados servicios de atención en salud dentro la respuesta humanitaria [7].

Contexto Colombia - Venezuela

Según el DANE, en el 2018 en Colombia el 63% de las personas gestantes asistió a menos de 8 consultas prenatales, este porcentaje fue seguido del 31,6% que tuvo entre 8 y 12 consultas; cabe destacar el 3,8% de gestantes que no accedió a ninguna consulta prenatal [28]. De acuerdo con el MSPS, en 2018, 8,209 mujeres gestantes venezolanas llegaron a Colombia requiriendo acceso a controles prenatales y atención especializada, de las cuales 6,304 no tuvieron control prenatal [18].

Uso de servicios de salud

En 2019, 515.770 personas utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a controles prenatales. En los departamentos priorizados esta cifra llegó a 27.446 migrantes y refugiados venezolanas y a 76.085 personas de la comunidad de acogida. El uso de servicios de salud entre migrantes y refugiados venezolanos aumentó 80% entre 2018 y 2019.

Según los datos por departamento, Atlántico, Bolívar y Norte de Santander reportan la mayor cantidad de migrantes y refugiadas atendidas por controles prenatales. En el caso de Norte de Santander, destaca la mayor participación

de las personas atendidas por control prenatal en municipios diferentes a Cúcuta, reflejando los esfuerzos de la atención humanitaria en otros municipios fronterizos. En el caso de la comunidad de acogida es posible encontrar que los departamentos con la mayor cantidad de personas atendidas son Atlántico y Bolívar. Con relación a las ciudades destaca Bogotá, Barranquilla y Cartagena con la mayor cantidad de personas atendidas por control prenatal tanto entre las migrantes y refugiadas como en comunidad de acogida. Santa Marta presenta el mayor aumento pasando de 6 en 2018 a 224 en 2019, seguido por Riohacha que pasó de 181 a 677 en el mismo periodo.

Atención del parto

El parto debe ser una experiencia positiva aún como momento crítico para la vida de la gestante y del recién nacido. Se ha definido como una experiencia positiva de parto dar a luz en un ambiente sano y seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, contar con apoyo práctico y emocional y cumplir con creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer [29]. Al no cumplirse con estas características se aumenta el riesgo de complicaciones y de morbi-mortalidad en el parto.

Uso de servicios en Colombia de atención del parto en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

20.076 personas atendidas
73,1% respecto a 2018

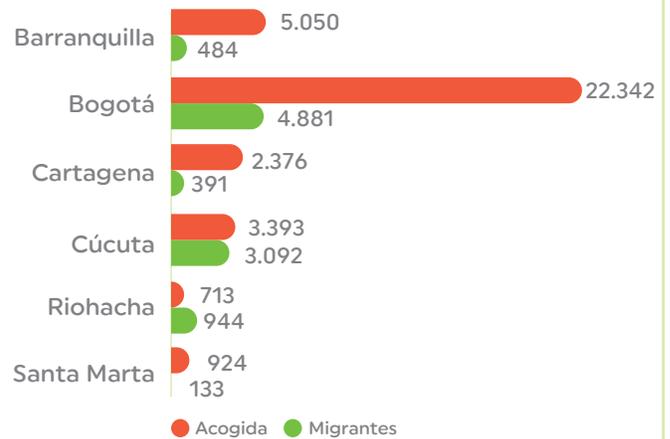


Comunidad de acogida

121.071 personas atendidas
-39,3% respecto a 2018

- En 2019, 141.147 personas usaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a atención del parto, de las cuales, 20.076 personas migrantes y refugiadas venezolanas y 121.071 colombianas de la comunidad de acogida.
- Norte de Santander y La Guajira reportaron el mayor número de atenciones por partos de mujeres migrantes y refugiadas venezolanas.
- Los departamentos de La Guajira (58,2%) y Norte de Santander (40,0%) presentan los mayores incrementos porcentuales en el número de partos atendidos.
- Los municipios con mayores incrementos porcentuales entre 2018 y 2019 fueron Bogotá (118%) y Santa Marta (41,5%).
- En 2019, los mayores volúmenes de partos atendidos a personas migrantes se encontraron en Bogotá (4881), Cúcuta (3082) y Riohacha (944).

Gráfica 4.6. Número de mujeres atendidas por parto, población migrante y comunidad de acogida. 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Las demoras en la atención en salud, el trato no digno, la discriminación, el desconocimiento y la falta de apropiación de los lineamientos nacionales constituyen las barreras más comunes en la atención institucional del parto de las personas migrantes, poniendo en riesgo sus vidas, su calidad de vida y la de sus bebés [7]. Pese a que las migrantes venezolanas tienen acceso a la atención del parto, enfrentan diversas situaciones que no garantizan una experiencia positiva [28].

Contexto Colombia-Venezuela

En Colombia, durante el 2018 el 98,3% de los partos ocurrió en instituciones de salud y el 1,4% en domicilios domésticos; el 54,6% fueron partos espontáneos y el 44,4% por cesárea [28]. Entre 2009 y 2018 la atención a partos entre migrante y refugiados venezolanos, presentó un incremento del 2.253% pasando de 164 a 3.859 partos [9].

Uso de servicios de salud

En 2019, Colombia reportó 141.147 personas que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a atención del parto, de las cuales, 20.076 son migrantes y refugiadas venezolanas y 121.071 colombianas de la comunidad de acogida. Las atenciones en salud de personas colombianas es considerablemente mayor, pero es posible notar un aumento importante en el número de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por controles prenatales entre 2018 y 2019; el uso de servicios de salud por controles prenatales se incrementó 80.3% (8.479) con respecto a 2018 (11.597). En 2019, se evidencia una tendencia al aumento del número de partos atendidos de mujeres migrantes venezolanas, lo cual es visible en el incremento de los partos atendidos con excepción de Atlántico, que registró menos casos.

Según el departamento, Norte de Santander y La Guajira reportaron el mayor número de atenciones por partos de mujeres migrantes y refugiadas venezolanas, de estos datos llama la atención la amplia diferencia que tienen los dos departamentos respecto al resto. Para la comunidad de acogida,

Atlántico y La Guajira reportan la mayor cantidad de personas atendidas; Magdalena presentó el menor número de mujeres atendidas por partos tanto en población migrante y refugiada como de acogida, en los dos años analizados.

A nivel de ciudades, Bogotá registra el mayor número de partos atendidos de personas migrantes y refugiadas, durante los dos años (aumentó en 118% con respecto al año anterior). Igualmente Cúcuta reporta mayor número de atenciones, que representan la mayor proporción de atenciones por parto de todo el departamento. En el caso de la comunidad de acogida, Bogotá es la ciudad que reporta la mayor cantidad de personas atendidas por partos, aunque presenta una disminución del 45,9% respecto al 2018. En La Guajira destaca que presenta un alto reporte de atenciones por parto en comunidad migrante y de acogida, pero en su capital, Riohacha, estas cifras son bajas, lo cual permite establecer que la mayoría de los partos ocurrieron en otros municipios, un hecho que no comparte con los otros departamentos analizados.

Morbilidad materna extrema

La Morbilidad Materna Extrema (MME) se refiere a alguna complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio que poniendo en riesgo la vida de la persona, requiere de una atención inmediata para evitar la muerte materna. La MME es un evento de interés en salud pública y permite evaluar el desempeño de los servicios de salud, pues una atención oportuna y de calidad, cuando las complicaciones obstétricas severas se presentan, puede prevenir un desenlace fatal [21].

Uso de servicios en Colombia asociados a la morbilidad materna extrema en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

1.326 personas atendidas
58,9% respecto a 2018

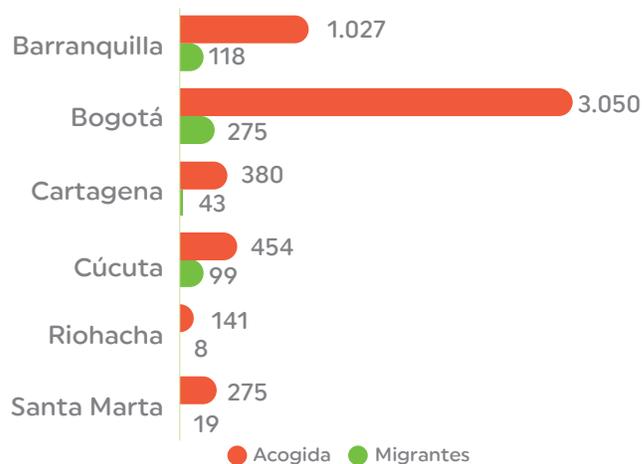


Comunidad de acogida

20.054 personas atendidas
-5,8% respecto a 2018

- En 2019, 1.326 personas migrantes y refugiadas venezolanas usaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a MME.
- Atlántico y Norte de Santander reportaron el mayor número de personas atendidas por MME en migrantes y refugiadas venezolanas.
- Bogotá, Barranquilla y Cúcuta registran los mayores números de personas atendidas por MME en migrantes y refugiadas venezolanas.
- Excepto Barranquilla, todas las ciudades priorizadas presentan mayor número de personas migrantes y refugiadas atendidas por morbilidad materna extrema.

Gráfica 4.7. Número de mujeres atendidas por morbilidad materna extrema, población migrante y comunidad de acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Durante la migración, los cambios generados por las dinámicas de los flujos migratorios, tales como el estrés, la ansiedad, los desplazamientos, los cambios en la alimentación, las dificultades para tener acceso a saneamiento básico, a los servicios de salud, el clima y los largos trayectos de un lugar a otro que enfrentan algunas de las personas migrantes y refugiadas tienen efectos negativos sobre la salud materna [31]. Las personas gestantes migrantes llegan al país en extrema vulnerabilidad y riesgo de sufrir alguna complicación relacionada con la enfermedad específica (eclampsia, pre eclampsia severa, sepsis o infección sistémica severa); con la disfunción orgánica (falla vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral) y con el manejo (necesidad de UCI, necesidad de transfusión y necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia) [32].

Contexto Colombia-Venezuela

En Colombia, durante el 2019 se han notificado 11.786 casos confirmados de MME particularmente entre mayores de 35 años. Los principales eventos de salud asociados con MME han sido la preclamsia severa, la ruptura uterina y las fallas respiratorias y cardíacas [32]. En Colombia la MME tiende al descenso: entre 2008 y 2011, la razón de mortalidad materna osciló entre 60,7 y 71,6 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Posteriormente entre 2011 y 2017 se produjeron 19,6 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos [33]. Por su parte, en Venezuela, la última información disponible de la tasa de MME en 2016 registró 110 casos por cada 100.000 nacidos vivos [34]. El número de casos de MME en población migrante y refugiada venezolana en Colombia aumentó entre el 2018 y 2019, pasando de 49 casos confirmados a 183, lo que representa un aumento del 373,4% [35].

Uso de servicios de salud

En 2019 se reportó 21.380 personas migrantes y refugiadas venezolanas que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a MME. Se destaca el aumento del 58,9% en el número de personas

migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por morbilidad materna extrema entre 2018 y 2019. Según el departamento, Atlántico (1.351) y Bolívar (642) reportaron el mayor número de atenciones por MME en migrantes y refugiadas venezolanas. A nivel de ciudades, Bogotá (275), Barranquilla (118) y Cúcuta (99) registran el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por morbilidad materna extrema en 2019.

Sífilis gestacional y sífilis congénita

La sífilis es una infección curable causada por la bacteria *Treponema pallidum* la cual se transmite por vía sexual o durante el embarazo de la madre al feto; al causar úlceras genitales conlleva un mayor riesgo de transmisión y adquisición de la infección por el VIH. La sífilis gestacional (durante el embarazo) puede tener consecuencias graves como partos prematuros y muerte del recién nacido y la sífilis congénita (transmitida de la madre gestante al feto) puede ocasionar bajo peso al nacer, infección neonatal y otros trastornos, como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas. Los daños durante el embarazo son prevenibles si se detecta y trata la infección antes de la mitad del segundo trimestre [36].

Uso de servicios en Colombia por sífilis congénita en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

138 personas atendidas
46,8% respecto a 2018



Comunidad de acogida

998 personas atendidas
12,1% respecto a 2018

Uso de servicios en Colombia por sífilis gestacional en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

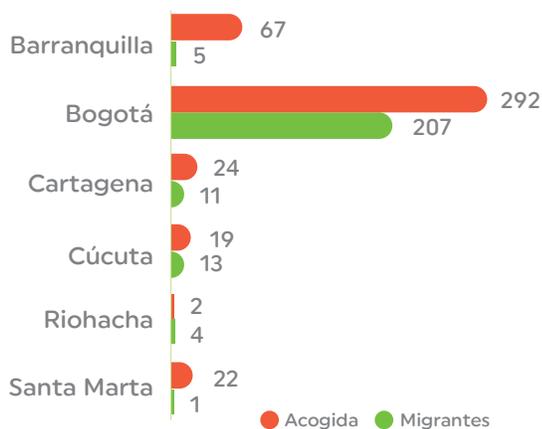
367 personas atendidas
249,5% respecto a 2018



Comunidad de acogida

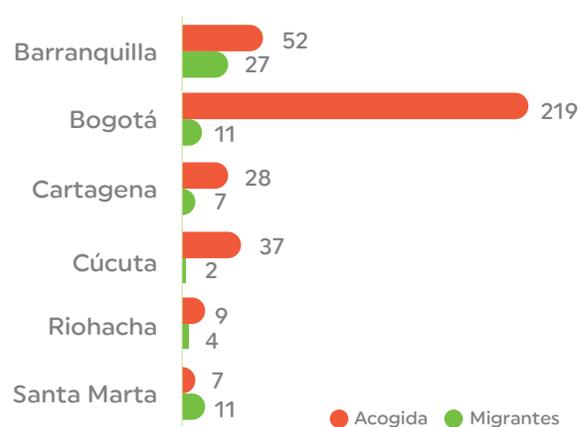
1.037 personas atendidas
20,7% respecto a 2018

Gráfica 4.8. Número de mujeres atendidas por sífilis gestacional, población migrante y comunidad de acogida. 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Gráfica 4.9. Número de niños y niñas atendidas por sífilis congénita, población migrante y comunidad de acogida. 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

- En 2019, Colombia reportó 1.404 personas que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a sífilis gestacional, 1.037 en comunidad de acogida y 367 en población migrante. La utilización de servicios de salud por sífilis gestacional se incrementó 249% entre población migrante y refugiada.
- Bolívar y Norte de Santander reportan un mayor número de mujeres migrantes atendidas por sífilis gestacional. Bogotá tiene un mayor número de personas atendidas por sífilis gestacional tanto en población migrante y refugiada como en comunidad de acogida.
- En 2019, Colombia reportó 1.136 personas que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a sífilis congénita, 998 en comunidad de acogida y 138 en población migrante. La utilización de servicios de salud por sífilis congénita se incrementó 46% entre población migrante y refugiada.
- Atlántico y Magdalena reportan el mayor número casos atendidos por sífilis congénita. Por municipio, Barranquilla, Santa Marta y Bogotá atendieron el mayor número de casos de sífilis congénita en población migrante y refugiada y Bogotá, Barranquilla y Cúcuta el mayor número de casos en comunidad de acogida.

Migración como determinante

En el contexto de migración, dadas las dificultades para tener acceso a los servicios de salud, particularmente al control prenatal, cobra mayor trascendencia mitigar casos de sífilis gestacional y congénita [37]. Las barreras en el acceso a información sobre prevención, acceso a tamizaje y pruebas diagnósticas, manejo y tratamiento de la sífilis durante el embarazo aumentan el riesgo. Durante 2019 solo el 31,8% de las gestantes migrantes y refugiadas venezolanas accedió a pruebas para diagnosticar esta enfermedad [38].

Contexto Colombia-Venezuela

En Colombia, por sífilis gestacional, en 2019 se han notificado 3.090 casos en todo el país. De los casos reportados en 2019, el 8,9% corresponde a mujeres afrocolombianas y el 2,6% a mujeres indígenas. El 90,6% de los casos de sífilis gestacional fueron diagnosticados durante el embarazo, el 5,5% en el parto, el 2,5% en el puerperio y el 1,5% en post aborto. Con respecto a la sífilis congénita se notificaron 992 casos en todo el país, lo que representó un incremento del 35,0% con relación a 2018 [39]. A nivel nacional, entre las migrantes venezolanas se detectaron 88 casos de sífilis gestacional en 2018 y 411 en el primer semestre de 2019; para sífilis congénita en niños y niñas migrantes venezolanos se detectaron 36 casos en 2018 y 108 en el primer semestre de 2019 [39].

Uso de servicios de salud para sífilis gestacional

En 2019, Colombia reportó 1.404 personas que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a sífilis gestacional, 367 en población migrante y 1.037 en comunidad de acogida. La utilización de servicios de salud por sífilis gestacional tuvo un incremento de 249% entre población migrante y refugiada, y del 20.7% entre comunidad de acogida. Por departamento, Bolívar y Norte de Santander reportan el mayor número de mujeres migrantes atendidas por sífilis gestacional y Magdalena y Atlántico el menor número. En comunidad de acogida, Atlántico reporta el mayor número de mujeres colombianas atendidas.

Por ciudad, Bogotá tiene un mayor número de personas atendidas por sífilis gestacional tanto en población migrante como en comunidad de acogida. Entre 2018 y 2019, Barranquilla presentó el mayor aumento en el número de migrantes atendidas y Cartagena el mayor aumento en comunidad de acogida. Vale la pena resaltar que en Cúcuta, los casos de mujeres migrantes y refugiadas con sífilis gestacional representan casi el 50% del total de casos de los municipios analizados sin incluir Bogotá.

Uso de servicios de salud para sífilis congénita

En 2019, Colombia reportó 1.136 niñas y niños menores de 6 años que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a sífilis congénita, 138 en población migrante y 998 en comunidad de acogida. Con respecto al año 2018, la utilización de servicios de salud por sífilis congénita aumentó en un 46.8% en población migrante. Entre la comunidad de acogida aumentó en un 15.7% en el número de niñas y niños atendidos por consultas relacionadas con sífilis congénita entre 2018 y 2019.

Según departamento, Magdalena y Norte de Santander reportan el mayor número de atenciones por sífilis congénita en personas migrantes y refugiadas venezolanas menores de 6 años. En la comunidad de acogida, Atlántico, Bolívar y La Guajira reportan el mayor número de menores de 6 años. Según la ciudad, Barranquilla reportó la mayor cantidad de atenciones de niñas y niños migrantes atendidos por sífilis congénita tanto para el 2018 como para el 2019.

SALUD INFANTIL

Las niñas y niños menores de cinco y los recién nacidos en particular son especialmente vulnerables frente a la malnutrición y enfermedades infecciosas, que en su mayoría son prevenibles o tratables. La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016 - 2030) se centra en la protección de las mujeres, los niños y los adolescentes que viven en entornos humanitarios frágiles buscando garantizar el goce efectivo del grado máximo de salud que se pueda lograr, incluso en las circunstancias más difíciles [40].

Las niñas y niños migrantes experimentan situaciones de vulnerabilidad particulares que afectan y violentan sus derechos; se enfrentan a barreras para lograr una alimentación equilibrada y nutritiva, acceso a agua potable, servicios de higiene, lugares en condiciones habitables, entre otros, que los expone a enfermedades contagiosas que suelen no ser tratadas de forma adecuada debido a la insuficiencia de servicios de salud durante el tránsito. Adicionalmente, en la movilización transfronteriza niñas y niños están más expuestos a fenómenos

que restan sus posibilidades de desarrollo como el reclutamiento forzado, la violencia, la explotación sexual, el tráfico de personas, la discriminación, el abandono, la negligencia y la falta de atención emocional por parte de sus cuidadores [41].

El riesgo que experimentan niñas y niños en sus primeros años, en particular cuando son abandonados, viajan separados y en grupos de su misma edad aumenta las posibilidades de empeorar su estado de salud y sufrir muertes tempranas que podrían ser evitadas si se consideran sus necesidades y enfermedades más urgentes y se garantiza una atención adecuada y diferencial por parte del sistema de salud dentro de la respuesta humanitaria. Esta sección analiza la utilización de servicios de salud infantil entre la población migrante venezolana y comunidad de acogida colombiana a partir de tres resultados de salud que representan los mayores retos para la atención de la salud infantil en contextos de migración: i) Enfermedad Diarreica Aguda, ii) Infección Respiratoria Aguda y iii) Cáncer Infantil.

Gráfica 4.10. Porcentaje de la proporción de servicios de salud infantil según diagnóstico en 2019.



Fuente. Cubo RIPS – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia. Notas: los códigos CIE 10 utilizados para filtrar la consulta en el Cubo fueron A00-A09, Z110; Z221; Z270; J00- J22; Z251; C710; C820 - C859; C910 y D330 - D332.

Orientaciones para los servicios de salud a nivel local

- Prestar asistencia en los albergues y puntos de frontera con información que permita a las familias de niñas y niños reconocer los centros de atención de salud donde pueden acceder a servicios.
- Seguir promoviendo los programas de inmunización para la población que lo requiera.
- Aumentar la cobertura en atenciones de salud primaria para las niñas, niños y adolescentes y las mujeres gestantes como parte de la prevención de enfermedades y el diagnóstico temprano.
- Abordar la atención de los niños y las niñas desde una perspectiva biopsicosocial sensible a sus necesidades y circunstancias así como a las de sus padres y cuidadores.
- Asegurar el acceso a agua potable y a saneamiento básico.

Enfermedad Diarreica Aguda

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) reúne un grupo de infecciones causadas por agentes que se instalan en el tracto digestivo como bacterias, parásitos, hongos o virus, y se puede transmitir a través de alimentos, agua contaminada o de una persona a otra por falta de prácticas de higiene adecuadas.

Se caracteriza por el aumento en el número de deposiciones que genera pérdida aguda de líquidos y electrolitos llevando a la deshidratación. Se considera que es la octava causa de muerte en todas las edades a nivel mundial y cada año en el mundo mueren 525.000 niñas y niños por esta causa [42].

Uso de servicios en Colombia por enfermedad diarreica aguda en niños y niñas de 0 a 5 años en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

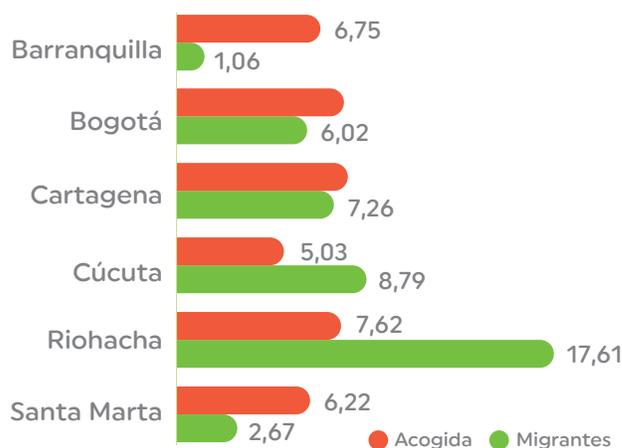
2.318 niños y niñas atendidas
-2,9% respecto a 2018

Comunidad de acogida

212.702 niños y niñas atendidas
-34,9% respecto a 2018

- En el 2019, por diagnósticos relacionados con EDA en niñas y niños entre 0 y 5 se prestaron 2.318 servicios de salud a migrantes y refugiados de Venezuela y 212.702 servicios de salud en la comunidad de acogida.
- Entre los departamentos analizados, en La Guajira y Norte de Santander se encuentran los mayores números niñas y niños migrantes y refugiados venezolanos atendidos por EDA.
- De las ciudades analizadas, Riohacha, Cúcuta y Bogotá reportan los mayores porcentajes de migrantes venezolanos atendidos por EDA. Destaca Riohacha con el mayor porcentaje (17,61%).
- En 2019, 140 menores de seis años migrantes y refugiados han tenido EDA por exposición a agua contaminada con heces y 125 por exposición a alimentos en estado de descomposición.

Gráfica 4.11. Porcentaje de niños y niñas de 0 a 5 años atendidas por EDA, población migrante y comunidad de acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Durante la migración, el saneamiento básico, la higiene y el acceso a agua potable no están garantizados lo que aumenta el riesgo propagación de brotes [43]. En Colombia, debido a la alta prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda en los menores de cinco años, el Instituto Nacional de Salud monitorea la morbilidad y mortalidad relacionadas con este evento. Se estima que es la segunda mayor causa de muerte en este grupo de edad, en especial si las niñas y niños tienen algún estado de malnutrición o presentan inmunosupresión [44].

Contexto Colombia – Venezuela

En 2019, se reportaron 426.425 casos de EDA en menores de cinco años. Así mismo, la incidencia de morbilidad de este grupo fue de 88,5 por cada 1000 habitantes [42]. Por otro lado, en Venezuela la última información disponible fue publicada en el boletín epidemiológico del Ministerio del Poder Popular para la Salud en 2016 y se reportaron 34.174 casos de EDA entre menores de cinco años[45]; a su vez, la OPS en el 2016 notificó en su último registro que ocurrieron 2.013 muertes por EDA en este grupo poblacional, lo que representó el 3,7 de las muertes en el país [46].

Uso de servicios de salud

En el año 2019 por diagnóstico de enfermedad diarreica aguda se prestaron 2.318 servicios de salud a niñas y niños migrantes y refugiados de Venezuela entre 0 y 5 años, y 212.702 a niños y niñas de este mismo grupo de edad pertenecientes a la comunidad de acogida. Se evidencia una disminución en la prestación de servicios para ambas poblaciones en relación a las atenciones realizadas en el 2018. Para las niñas y niños migrantes de Venezuela es el 2,9% (con 70 personas menos), mientras que para la comunidad de acogida es del 34,9 % (con 114.023 personas menos).

Según departamentos, en 2019, La Guajira (762), Norte de Santander (600) presentan mayores números de niñas y niños de 0 a 5 años atendidas por EDA por parte de los migrantes venezolanos. Entre la comunidad de acogida los mayores números de personas atendidas se concentran en Atlántico (11.310) y Bolívar (10.595). En todos los departamentos priorizados es posible identificar un aumento del porcentaje del número de personas migrantes y refugiadas atendidas entre el año 2018 y el 2019, siendo mayor en Bolívar al pasar de 32 a 171 niños y niñas.

Según ciudades, Bogotá (780), Riohacha (361) y Cúcuta (323) reportan los mayores números de mayores atenciones para la población migrante y refugiada venezolana en 2019. El número de niños y niñas atendidas aumentó con relación a 2018 en Bogotá (239%, 582 casos más) y Cartagena (392,9%, 110 niños casos más) mientras que descendió en Cúcuta (6,1%, 21 casos menos). Por su parte,

en la comunidad de acogida las ciudades con los mayores números de personas atendidas por EDA en 2019 son Bogotá (48.895), Barranquilla (6.998) y Cartagena (5.598).

La tabla 4.1 presenta las 5 primeras causas relacionadas con enfermedad diarreica aguda por las cuales las niñas y niños (0 a 5 años) migrantes y refugiados venezolanos y de comunidad de acogida usan los servicios de salud en Colombia, 2019. Entre la población migrante destacan los 140 casos de consultas por enfermedades intestinales especificadas debidas a protozoarios que se dan por consumo de agua contaminada con heces y los 125 casos de infecciones localizadas debida a salmonela que se dan por consumo de agua contaminada o de alimentos contaminados en estado de descomposición.

En 2019, Colombia reportó que 1.468 personas migrantes venezolanas y refugiadas entre 6 y 10 años recibieron servicios de salud por diagnóstico de EDA, lo cual supone un aumento del 79,6 % con respecto al año anterior (572 personas más atendidas). Igualmente se registran a nivel nacional 65.371 servicios de salud utilizados por niñas y niños de este segmento de edad en la comunidad de acogida.

Según departamentos, Norte de Santander (245) y La Guajira (243) presentan los mayores números de niños y niñas de 6 a 10 años atendidos por enfermedad diarreica aguda entre la población migrante y refugiada en 2019. Por su parte, Atlántico (3.179) y Bolívar (2.543) presentan los mayores números de niños y niñas atendidos de la comunidad de acogida. De manera general, en los departamentos analizados el número de niñas y niños de 6 a 10 años atendidos en 2019 ha disminuido con respecto al año anterior entre las comunidades de acogidas. La mayor disminución se encontró en La Guajira (3.925 casos menos) y la menor en Bolívar (899 casos menos).

Según ciudad, Bogotá (257), Cúcuta (140) y Riohacha (125) presentan los mayores números de niñas y niños de 6 a 10 años migrantes y refugiados venezolanos atendidos por diagnóstico de EDA en 2019. Los mayores aumentos en el número de casos se evidencian en Cartagena con un incremento del 800% (52 casos más). Según sexo, a nivel

nacional los niños migrantes y refugiados (777) y de la comunidad de acogida (33.568) han asistido más a los servicios de salud por EDA que las niñas de ambos grupos poblacionales (691 migrantes y refugiadas, y 31.803 en la población de acogida).

La tabla 4.2 presenta las 5 primeras causas relacionadas con enfermedad diarreica aguda por las cuales las niñas y niños migrantes y refugiados venezolanos y de comunidad de acogida usan los servicios de salud en Colombia, 2019.

Tabla 4.1. Cinco primeras causas relacionadas con EDA en niñas y niños de 0 a 5 años de población migrante y refugiada venezolana y comunidad de acogida en el 2019 (n: Número de personas atendidas)

n	Población migrante	Lugar	Comunidad de acogida	n
408	Otras infecciones intestinales	1	Diarrea y gastroenteritis	145.412
278	Otras enteritis virales	2	Gastroenteritis y colitis	33.743
274	Infección intestinal viral sin otra especificación	3	Infección intestinal viral, sin otra especificación	19.154
175	Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios por consumo de agua contaminada con heces	4	Otras enteritis virales	17.758
157	Infecciones debida a salmonela por consumo de agua contaminada o alimentos en descomposición	5	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	16.980

Fuente. Cubo RIPS – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Tabla 4.2. Cinco primeras causas relacionadas con enfermedad diarreica aguda en niñas y niños de 6 a 10 años de población migrante y refugiada venezolana y comunidad de acogida en el 2019 (n: Número de personas atendidas)

n	Población migrante	Lugar	Comunidad de acogida	n
888	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	38465
155	Otras infecciones intestinales especificadas	2	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	7720
88	Infección intestinal viral, sin otra especificación	3	Otras enteritis virales	5698
73	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	4	Infección intestinal viral, sin otra especificación	5713
62	Otras enfermedades intestinales especificadas debidas a protozoarios	5	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	3766

Fuente. Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Infección Respiratoria Aguda

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) comprende un conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por virus o bacterias más frecuentes en los seres humanos y que pueden ubicarse por al menos 15 días, en las vías respiratorias tanto

inferiores como superiores. Las personas más afectadas por estas causas son los menores entre 0 y 5 años de edad. Estas infecciones respiratorias agudas representan una de las principales causas de mortalidad infantil [47].

Uso de servicios en Colombia por infección respiratoria aguda en niños y niñas de 0 a 5 años en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

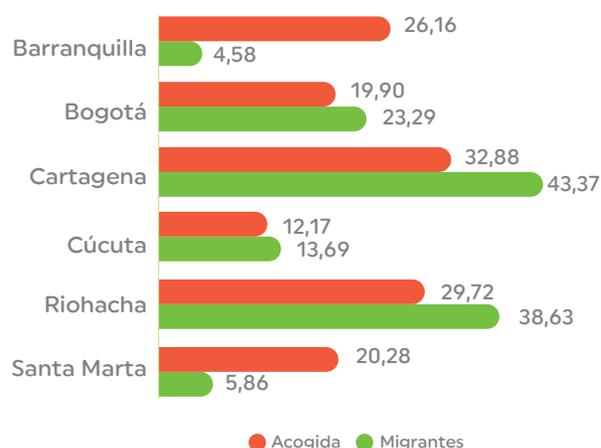
14.097 niños y niñas atendidas
82% respecto a 2018

Comunidad de acogida

648.746 niños y niñas atendidas
-26,8% respecto a 2018

- En el 2019, por diagnósticos relacionados con IRA en niñas y niños entre 0 y 5 años, acudieron a los servicios de salud 14.097 migrantes y refugiados venezolanos y 648.746 colombianos.
- Norte de Santander y La Guajira presentan el mayor número de atenciones por infección respiratoria aguda entre niñas y niños migrantes venezolanos.
- Bogotá, Cartagena y Riohacha presentaron el mayor número de niñas y niños menores de cinco años migrantes venezolanos que usan los servicios de salud por diagnósticos relacionados con infección respiratoria aguda.
- Los niños menores de 5 años migrantes y de la comunidad de acogida utilizaron más los servicios de salud por diagnósticos relacionados con infección respiratoria aguda que las niñas.

Gráfica 4.12. Porcentaje de niños y niñas de 0 a 5 años atendidas por IRA, población migrante y comunidad de acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Durante la migración, aumentan los espacios de hacinamiento, los asentamientos en zonas periféricas sin condiciones adecuadas de habitabilidad y la asistencia a lugares con altos flujos de concentración como terminales de transporte, así como las condiciones insuficientes de higiene, saneamiento básico y acceso a agua potable para el lavado de manos, que aumentan el riesgo de infección respiratoria aguda. De igual forma, las enfermedades respiratorias agudas suelen aparecer cuando las personas se exponen a cambios bruscos de temperatura, tienen el sistema inmune debilitado por deshidratación, déficit nutricional y esquemas incompletos de inmunización.

Contexto Colombia - Venezuela

En Colombia, la IRA es la quinta causa de muerte en la población general y la tercera en los menores de 5 años [47]. Desde el año 2012, se realizan estrategias especiales de vigilancia para los eventos de IRA grave inusitada y de mortalidad por estas causas en estas edades. Además, se realiza un monitoreo constante a las cifras de morbilidad en pacientes hospitalizados y ambulatorios de urgencias por esta causa. En 2019, se han registrado 6'113.619 casos en consultas ambulatorias y de urgencias. Igualmente, se reportaron 660 casos de muertes de los cuales el 70% fueron de menores de 5 años [48]. Por otro lado, el último informe en Venezuela es del año 2016 en el que se notificaron 95.722 casos de IRA [45]. No obstante, la información actualizada sobre Venezuela es poco difundida y exhibe la necesidad de desagregar los datos para identificar sus propias dinámicas de salud referentes a IRA.

Uso de servicios de salud

En Colombia, durante el 2019, 14.097 niños y niñas migrantes entre 0 y 5 años recibieron atención en salud por diagnósticos relacionados con IRA, lo que significó un aumento del 82%, es decir 6.353 personas más que fueron atendidas con respecto al

año anterior. Durante el 2019, 648.746 niñas y niños de la comunidad de acogida fueron atendidos por los mismos diagnósticos lo que representó una reducción del 26.8% frente los servicios brindados durante el año anterior.

Según departamentos, Norte de Santander (1.099) y La Guajira (1.415) presentan el mayor número de niñas y niños migrantes y refugiados venezolanos atendidos por IRA en 2019. Bolívar presentó el mayor incremento porcentual (376%) al pasar de 192 niños y niñas migrantes y refugiadas atendidas en 2018 a 914 en 2019. En la comunidad de acogida, el mayor número de personas atendidas por IRA se concentra en Atlántico (4.413) y Bolívar (42.868). Según ciudad, Bogotá (3.019), Cartagena (824) y Riohacha (792) presentaron el mayor número de niñas y niños menores de cinco años migrantes y refugiados venezolanos que usaron los servicios de salud por diagnósticos relacionados con IRA. Por su parte, entre la población de acogida los mayores números se encuentran en Bogotá (126.007), Barranquilla (28.117) y Cartagena (27.515). La tabla 2.13 presenta las 5 primeras causas relacionadas con infección respiratoria aguda por las cuales las niñas y niños de 0 a 5 años, migrantes y refugiados venezolanos y de comunidad de acogida.

Tabla 4.3. Cinco primeras causas relacionadas por IRA en niñas y niños de 0 a 5 años de población migrante y refugiada venezolana y comunidad de acogida en el 2019 (n: Número de personas atendidas)

n	Población migrante	Lugar	Comunidad de acogida	n
6.107	Rinofaringitis aguda o resfriado común	1	Rinofaringitis aguda o resfriado común	382.938
2.018	Infección aguda no especificada	2	Amigdalitis aguda	75.977
1.720	Bronquiolitis aguda	3	Bronquiolitis aguda	73.324
1.450	Infección aguda de las vías respiratorias superiores	4	Infección aguda de las vías respiratorias superiores	63.992
1.094	Amigdalitis aguda	5	Infección aguda no especificada en las vías respiratorias inferiores	50.427

Fuente. Cubo RIPS – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia. Notas: los códigos CIE 10 utilizados para filtrar la consulta en el Cubo fueron J00- J22; Z25.

A nivel nacional, en 2019 se atendieron por IRA 4.303 niñas y los niños de 6 a 10 pertenecientes a la población migrante y refugiada, lo cual significó un aumento del 73,2% con relación a 2018. Por su parte, entre la comunidad de acogida 179.889 personas de este grupo de edad fueron atendidas, lo cual significó una reducción del 37,6%.

Según departamentos, La Guajira (472) y Norte de Santander (309) presentan el mayor número de atenciones por diagnósticos relacionados con infección respiratoria aguda entre niñas y niños de 6-10 años de edad entre población migrante y refugiada. A su vez en la comunidad de acogida el mayor número de personas atendidas fueron reportadas en Bolívar (14.041) y Atlántico (13.016).

Según ciudades, Bogotá (932) y Riohacha (292) reportaron el mayor número de atenciones por infección respiratoria aguda entre niñas y niños de 6-10 años migrantes venezolanos y refugiados. En la comunidad de acogida Bogotá (31.226) y Cartagena (8.292) reportaron el mayor número de atenciones por infección respiratoria aguda entre niñas y niños.

En todas las ciudades analizadas el número de personas atendidas de la comunidad de acogida disminuyeron en 2019 siendo mayor la disminución en Riohacha (48,9%). Por sexo, no se presentan diferencias considerables entre el número de niñas y el número de niños atendidos para el 2019. La tabla 4.4 presenta las 5 primeras causas relacionadas con infección respiratoria aguda por las cuales las niñas y niños de 6 a 10 años, migrantes y refugiados venezolanos y de comunidad de acogida en 2019.

Cáncer infantil

El cáncer infantil agrupa todos aquellos cánceres que se desarrollan en niñas, niños y adolescentes entre los 0 y los 18 años. Es poco frecuente y representa entre el 1% y el 3% de los diagnósticos de cáncer en el mundo y entre el 0,5% y 4,6% de la morbilidad por esta causa en esta población [49]. En Colombia hasta el año 2008 se reconoció el cáncer infantil en personas menores de 19 años de edad como un problema de salud pública debido al aumento en la mortalidad, principalmente por leucemias agudas pediátricas [50].

Tabla 4.4. Cinco primeras causas relacionadas por IRA en niñas y niños de 6 a 10 años de población migrante y refugiada venezolana y comunidad de acogida en el 2019 (n: Número de personas atendidas)

n	Población migrante	Lugar	Comunidad de acogida	n
1888	Rinofaringitis aguda o resfriado común	1	Rinofaringitis aguda o resfriado común	102306
571	Bronquitis aguda	2	Amigdalitis aguda	32508
501	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores	3	Infección aguda de las vías respiratorias superiores	14057
326	Amigdalitis aguda	4	Faringitis aguda	12834
313	Infección aguda de las vías respiratorias superiores	5	Bronquitis aguda	8940

Fuente. Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia. Consulta realizada el -- septiembre 2019.

Uso de servicios en Colombia por cáncer infantil en niños y niñas de 0 a 5 años en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

28 personas atendidas
86,7% respecto a 2018

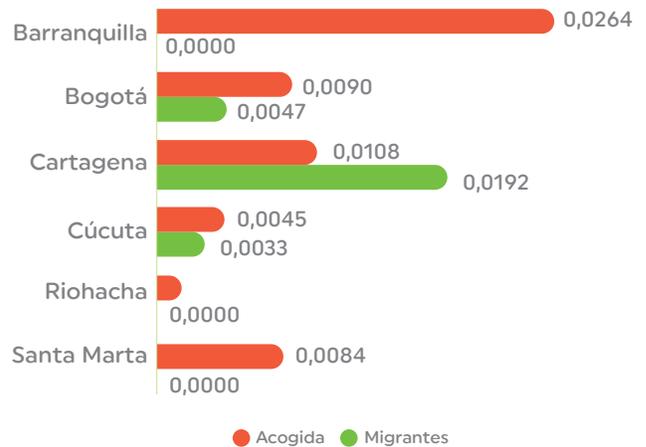


Comunidad de acogida

1.072 personas atendidas
17,8% respecto a 2018

- En 2019, Colombia reportó 1.100 niñas, niños y adolescentes menores de 19 años que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a cáncer.
- La utilización de servicios de salud en cáncer infantil incrementó en un 17,8 entre la población de acogida y en un 86,7% entre la población migrante y receptora venezolana.
- Bolívar y Norte de Santander son los únicos departamentos que reportan atenciones a niñas, niños y adolescentes migrantes que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a cáncer.
- Bogotá, Cúcuta y Cartagena reportan atenciones por cáncer infantil entre niños migrantes venezolanos, mientras que en ninguno de los dos años se encontraron reportes para niñas migrantes.
- Cartagena presenta el porcentaje más alto de menores de 19 años de la población migrante y refugiada, atendidos por cáncer.

Gráfica 4.13. Porcentaje de menores de 19 años atendidos por cáncer, población migrante y comunidad de acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Las niñas, niños y adolescentes migrantes que sufren de algún tipo de cáncer son propensos a sufrir de trastornos adaptativos, de ansiedad o depresión, lo cual responde al doble impacto de tener una enfermedad y enfrentarse a una nueva realidad y cultura resultado de la decisión de migrar. En este sentido, las niñas, niños y adolescentes migrantes tienen una triple vulnerabilidad: ser menores de edad, ser migrantes y padecer algún tipo de cáncer [51]

Contexto Colombia - Venezuela

En 2019, Colombia reportó 1.406 casos de cáncer infantil de los cuales solo 49 fueron en población migrante y refugiada venezolana. La leucemia linfocítica aguda representó el 31,3% de los casos, los tumores del sistema nervioso el 15,4% y los linfomas el 10,4%; el mismo reporte revela que el cáncer infantil es más frecuente entre los niños (54,9%) que entre las niñas. Por otro lado, en Venezuela 50 de cada 100 niños con cáncer pierden la vida producto de la falta de tratamiento, la escasez de insumos y los altos costos. Así en 2018 se registró un incremento del 45% en las cifras de mortalidad infantil [52].

Uso de servicios de salud

En 2019, Colombia reportó 1.100 niñas, niños y adolescentes menores de 19 años que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a cáncer, 28 en población migrante y refugiada y 1.072 en comunidad de acogida. Existe una ligera diferencia entre sexos en ambas poblaciones, puesto que los niños y adolescentes hombres

reportaron un mayor uso de servicios de atención oncológica. Los porcentajes de personas atendidas por diagnósticos asociados a cáncer infantil incrementaron tanto para la comunidad de acogida como la de migrantes y refugiados, respectivamente, en un 17,8% (al pasar de 910 personas a 1.072) y en un 86,7% (al pasar de 15 a 28 personas). Según sexo, aunque a nivel nacional sí se registran niñas migrantes atendidas por cáncer infantil, el número de reportes en niños es ligeramente mayor. Esto es similar en la comunidad de acogida, pues se ha reportado un mayor número de niños atendidos por cáncer infantil. Bogotá (201) y Barranquilla (161) reportan el mayor número de personas atendidas por cáncer infantil en niñas, niños y adolescentes colombianos.

Según departamentos, Bolívar (3) y Norte de Santander (1) son los únicos que reportan atenciones a menores de 19 años migrantes, mientras que Atlántico (161) reporta el mayor número de menores de 19 años en comunidad de acogida. Según ciudades, Bogotá (5), Cúcuta (1) y Cartagena (3) reportan atenciones por cáncer infantil entre menores de 19 años migrantes venezolanos y refugiados.

SALUD DE ADOLESCENTES

La adolescencia es el período de crecimiento y desarrollo que ocurre después de la niñez y antes de la edad adulta, enmarcado entre los 10 y los 19 años. La ONU desde el 2015 incluyó por primera vez a los adolescentes en el centro de atención mundial, y reconoció las importantes consecuencias de los problemas sanitarios que afectan la salud de esta población [40]. Aunque la investigación sobre los determinantes sociales de la salud ha enfatizado

en la importancia de incluir el curso de vida en el análisis; de manera general, los estudios se han concentrado en la niñez y en la vida adulta dejando de lado la adolescencia y los determinantes sociales que influyen en su salud [53]. Particularmente, la población migrante adolescente enfrenta una serie de adversidades que afectan su bienestar y salud durante un momento de transición sensible de su curso de vida.

Orientaciones para los servicios de salud a nivel local

- Garantizar el acceso a una educación integral para la sexualidad en las y los adolescentes así como la prevención del embarazo en la adolescencia
- Fomentar campañas de uso de métodos anticonceptivos con un enfoque diferencial en población adolescente migrante.
- Fomentar el uso e identificación de fuentes de agua limpia, acceso a sanitarios y cuidados del aire en los albergues, puntos de frontera transitorios para migrantes y asentamientos teniendo en cuenta las condiciones del contexto.
- Prestar asistencia en los albergues y puntos de frontera con información que permita a las familias reconocer los centros de atención de salud donde pueden acceder a servicios.
- Garantizar el uso de servicios de salud y el acceso a información en prevención y manejo del IRA y EDA que reconozca los cuidados específicos que deben realizarse en situaciones de movilización, alojamiento en albergues, asentamientos, lugares con gran flujo de población y cuidados especiales respecto a los cambios climáticos intempestivos.
- Promover los planes de inmunización en la población que lo requiera.
- Fomentar en las instituciones la importancia del registro de sexo de los usuarios de servicios ya que los casos que refieren sexo indefinido o sin sexo limitan las posibilidades de regenerar planes de acción para la atención.

Uso de servicios en Colombia por parte de adolescentes 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

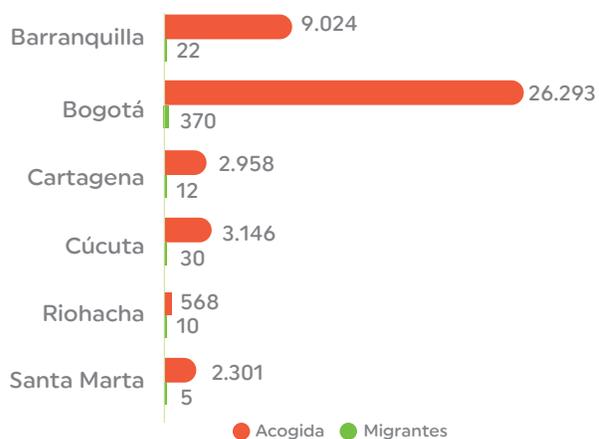
61.084 adolescentes atendidos
99,5% respecto a 2018

Comunidad de acogida

3.831.909 adolescentes atendidos
-13,0% respecto a 2018

- En 2019, 3.892.993 adolescentes usaron los servicios de salud en el país, de los cuales, 61.084 fueron adolescentes migrantes y refugiados venezolanos.
- Las mujeres adolescentes tanto colombianas, como migrantes y refugiadas buscaron más servicios de salud que los hombres.
- Bogotá reporta el mayor número de adolescentes migrantes, refugiados y de la comunidad de acogida atendidos.
- Riohacha presenta los porcentajes más altos de atención a adolescentes migrantes y refugiados.

Gráfica 4.14. Porcentaje de menores de 19 años atendidos por cáncer, población migrante y comunidad de acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO).

Migración como determinante

Durante la migración, los adolescentes experimentan mayores tasas de depresión y síntomas de trastorno por estrés postraumático; sufren de abandono y omisión de cuidados que tiene la migración de los padres y madres sobre la salud de los niños y adolescentes que no migran y son más vulnerables a la explotación sexual. El proceso migratorio y las condiciones laborales de la población migrante adolescente implican diferentes riesgos para su bienestar físico y mental [54], los adolescentes migrantes están particularmente expuestos a diferentes tipos de violencia [55], enfermedades mentales [56], a la vez que presentan necesidades específicas en salud sexual y salud reproductiva [7].

Uso de servicios de salud

En 2019, Colombia reportó 3.892.993 adolescentes que utilizaron los servicios de salud, 61.084 en población migrante y 3.831.909 en comunidad de acogida. Existe marcadas diferencias entre sexos ya que tanto para la población migrante y refugiada como para la comunidad de acogida, las mujeres adolescentes fueron las que más buscaron servicios de salud. Entre la población migrante las mujeres han recibido un volumen tres veces mayor de atenciones (45.159) con respecto a los hombres (15.925). Además, la utilización de servicios de salud por parte de la población migrante y refugiada incrementó un 99.5% pasando de 30.626 personas atendidas en el 2018 a 61.084.

Según departamentos, Norte de Santander (7.664), La Guajira (7.684) y Atlántico (3.776) reportaron el mayor número de adolescentes migrantes y refugiados atendidos mientras que Atlántico (240.892), Bolívar (237.209) y Magdalena (156.692) reportan un mayor número de adolescentes colombianos atendidos. Según ciudades, Bogotá (9.245), reporta el mayor número de adolescentes migrantes y refugiados atendidos en servicios de salud. Entre la comunidad de acogida Bogotá (666.891), Barranquilla (147.427) y Cartagena (151.347) presentan el mayor el número de adolescentes que recibieron algún tipo de atención en salud.

Las tablas 4.5 y 4.6 presentan las 5 primeras atenciones prestadas a hombres y mujeres adolescentes de la población migrante y de la población de acogida y se puede apreciar que entre las adolescentes mujeres migrantes y adolescentes de la comunidad de acogida existen similitudes en las 5 primeras causas, las cuales se relacionan con su salud sexual y salud reproductiva, salud mental, y con la presencia de EDA e IRA. En ambos casos el parto ocupa los primeros lugares de atención, lo cual está relacionado con la ocurrencia del embarazo adolescente en ambas poblaciones.

A su vez destacan importantes diferencias entre las principales causas de atención de adolescentes migrantes y de la comunidad de acogida. En primer lugar, en los adolescentes migrantes aparecen entre las 10 principales causas traumatismos, relacionados con las violencias y la realización de trabajos peligrosos; en segundo lugar, entre hombres y mujeres adolescentes migrantes se evidencia la presencia de consultas por diagnósticos relacionados con IRA poco comunes en este grupo de edad y que son indicativas de las afectaciones que puede estar teniendo la migración en su perfil epidemiológico; en tercer lugar, llama la atención la presencia de enfermedades en la cavidad bucal en la población migrante y que tiene que ver con necesidades en el acceso a consultas odontológicas.

Tabla 4.5. Cinco primeras atenciones a mujeres adolescentes migrantes y refugiadas venezolanas y de comunidad de acogida en el 2019.

Población migrante	Lugar	Comunidad de acogida
Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	1	Parto
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	2	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	3	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto
Atención prenatal	4	Síntomas y signos generales
Atención salud sexual y reproductiva	5	Otras enfermedades del sistema urinario

Fuente. Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia. Consulta realizada a septiembre 2019. Notas: en la consulta se incluyeron todos los tipos de diagnóstico.

Tabla 4.6. Cinco primeras atenciones a hombres adolescentes migrantes y refugiados y de comunidad de acogida en el 2019.

Población migrante	Lugar	Comunidad de acogida
Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	1	Síntomas y signos generales
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	2	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen
Traumatismos de cabeza	3	Enfermedades del apéndice
Traumatismos del antebrazo y del codo	4	Fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres virales hemorrágicas
Traumatismos de la muñeca y de la mano	5	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas

Fuente. Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Las enfermedades transmisibles son las que se contagian de un ser humano a otro o de un animal a un humano, son causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible. Las enfermedades transmisibles contribuyen con mayor carga de morbilidad y mortalidad en América Latina; entre ellas se encuentran: infección por VIH/sida, las infecciones de transmisión sexual (ITS), y las hepatitis virales; la tuberculosis; la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores; las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; y las enfermedades prevenibles mediante vacunación [57].

Los migrantes tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades transmisibles debido a su exposición a las infecciones, la falta de acceso a la atención en salud, la interrupción de la atención y las malas

condiciones de vida durante el proceso de migración y los desplazamientos. Ahora bien, la proporción de migrantes entre los casos de ITS e infecciones transmitidas por vectores registrados en un país de acogida varía en función de la prevalencia de esta enfermedad en la comunidad de acogida por lo que una proporción significativa de migrantes que son VIH positivos puede haberse infectado tras su llegada o durante el tránsito de un lugar a otro. Pese a la creencia generalizada de lo contrario, existe un riesgo muy bajo de que los migrantes transmitan enfermedades a su comunidad de acogida [58]. Esta sección analiza la utilización de los servicios de salud por enfermedades transmisibles de la población migrante venezolana y comunidad de acogida colombiana a partir de tres resultados de salud: i) VIH/Sida; ii) hepatitis virales (con especial énfasis en A, B y C); y iii) Malaria.

Gráfica 4.15. Distribución proporcional de atenciones por enfermedades transmisibles según diagnóstico en 2019.



Fuente. Cubo RIPS – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia. Notas: los códigos CIE 10 utilizados para filtrar la consulta en el Cubo fueron: B20; B24; Z114; Z206; Z21X; B15 - B19; Z205; Z225; Z246; B500 - B54X y Z116 - Z119.

Orientaciones para los servicios de salud a nivel local

- Promover el uso de métodos anticonceptivos de barrera incluso cuando se está haciendo uso de otros métodos anticonceptivos.
- Priorizar en las campañas de prevención y acceso al diagnóstico a las comunidades más vulnerables y a la población migrante.
- Entregar orientaciones para servicios a nivel local y canalizar los casos positivos mediante el sistema de vigilancia en salud pública.
- Proporcionar información clara y de calidad para las diferentes formas de prevención de las enfermedades transmisibles en ambas poblaciones (folletos, tv, radio, supervisión en IPS y EPS).

VIH/Sida

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), cuya forma tardía es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) es una de las infecciones de transmisión sexual más vigiladas en el mundo debido a los efectos que puede causar en la calidad de vida de las personas y a las consecuencias económicas derivadas del

incremento de los recursos necesarios para su atención en los servicios de salud. El VIH además de transmitirse a través de relaciones sexuales también puede transmitirse por transfusiones sanguíneas, en usuarios de drogas intravenosas o a través de la madre al hijo durante el embarazo, parto y lactancia [59].

Uso de servicios por VIH/Sida en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

1.053 personas atendidas
81,5% respecto a 2018

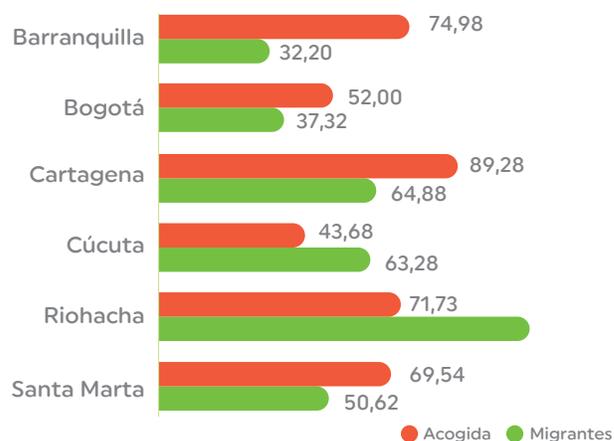


Comunidad de acogida

92.714 personas atendidas
29,3% respecto a 2018

- Colombia reportó 93.767 personas que utilizaron los servicios de salud para manejo y atención de VIH/Sida: 1.053 migrantes venezolanos y 92.714 colombianos.
- Con respecto 2018, el uso de servicios de salud para manejo de VIH/Sida en 2019 aumentó en 81,5%.
- Los hombres tanto de la población migrante y refugiada, como de la comunidad de acogida, utilizan más los servicios de atención y manejo por VIH/Sida con relación a las mujeres de ambos grupos.
- Bogotá es la ciudad con la mayor cantidad de personas atendidas, tanto de la comunidad migrante y refugiada como de acogida.

Gráfica 4.16. Número de personas atendidas por VIH/Sida, población migrante y comunidad de acogida, 2019



Fuente. RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia..

Migración como determinante

Durante la migración, los factores de riesgo de transmisión del VIH/Sida pueden incrementarse debido a las dinámicas del desplazamiento y a las vulnerabilidades durante el tránsito y en las rutas migratorias. Estas dinámicas ponen en mayor desventaja a mujeres y niñas migrantes viajando sin redes de apoyo de forma irregular y pendular y las exponen a la explotación sexual, la trata de personas con fines comerciales y el sexo por supervivencia, que como resultado aumentan las probabilidades y riesgos de contraer infecciones como el VIH [60].

Contexto Colombia - Venezuela

En Colombia, la prevalencia de VIH/Sida para 2019 es de 0,19 por cada 100 habitantes, lo que corresponde a 75 mil personas infectadas por el virus [61]. Más del 90% de las personas infectadas ha tenido posibilidad de acceder a Tratamiento Antirretroviral (TAR), sin embargo se han evidenciado problemas de adherencia entre el 60% al 65% de los casos. Por otro lado, para el 2019 en Venezuela se estiman en 120.000 las personas infectadas por VIH/Sida, las cuales tienen un limitado acceso a TAR y pruebas de diagnóstico debido a la crisis humanitaria, pues se ha reportado un desabastecimiento del 100% de insumos y tratamientos en los establecimientos de salud. A principios de 2019 alrededor de 8.000 personas con VIH migraron de Venezuela hacia otros países de América Latina en busca de acceso a tratamientos y atención médica. Sin embargo, hasta la fecha no existen datos que den cuenta de la distribución de estos migrantes en los distintos países de América Latina [62, 63]. De igual forma, aún no existe información disponible y evidencia sistemática que permita determinar una relación entre el aumento del flujo migratorio y el aumento de casos de VIH/Sida.

En 2019, en Colombia se han notificado 14.010 casos de VIH/Sida, de los cuales el 81,6% corresponde a hombres y el 18,4% a mujeres. En comparación con los reportes para el primer semestre de 2019 el número de extranjeros con VIH en Colombia aumentó ya que se reportaron 573 casos de extranjeros con VIH de los cuales más del 94% corresponde a población migrante venezolana [64].

Uso de servicios de salud

En 2019, Colombia reportó 93.767 personas mayores de 18 atendidas por servicios asociados con VIH/Sida; de los cuales 1.053 fueron personas migrantes y refugiadas, y 92.714 personas de la comunidad de acogida. Entre 2018 y 2019 el número de personas migrantes y refugiadas venezolanas que recibieron este tipo de atenciones aumentó un 81,5% (al pasar de 580 a 1.053 personas atendidas). Entre las personas de la comunidad de acogida hubo un aumento de 29,3% (al pasar de 71.689 a 92.714).

Según sexo, los hombres tanto de la población migrante y refugiada como de la comunidad de acogida utilizan más los servicios de atención y manejo por VIH/Sida con relación a las mujeres; en el caso de la población migrante y refugiada es dos veces mayor el número de hombres (718) que de mujeres (335) que accedieron a los servicios y, en el caso de la comunidad de acogida, el número de hombres atendidos (70.224) es tres veces mayor que el de mujeres atendidas (22.490).

Según departamentos, Norte de Santander (35), La Guajira (29) y Atlántico (25) reportan el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por casos de VIH/Sida. Bolívar reporta el mayor aumento en el número de personas migrantes atendidas entre 2018 y 2019, dicho aumento fue del 550% al pasar de 2 personas atendidas a 14. Según ciudades, Bogotá (370), Cúcuta (30) y Barranquilla (22) reportan el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por VIH/Sida, mientras Cartagena (12) y Santa Marta (5) reportan el menor número de personas atendidas VIH/Sida. Por otro lado, Bogotá (26.293) y Barranquilla (9.024) reportaron el mayor número de personas de la comunidad de acogida atendidas por VIH/Sida.

Hepatitis virales

La hepatitis viral es una inflamación del hígado causada por uno de los cinco virus de la hepatitis (A, B, C, D o E). Los virus se transmiten por distintas vías: los de la hepatitis A y E, por alimentos y agua contaminados; el de la hepatitis B, a través de sangre, saliva y secreciones infectadas, y el de la hepatitis C, principalmente a través de sangre infectada y tener relaciones sexuales sin protección. La hepatitis D solo ocurre en personas infectadas con el virus de la hepatitis B. Todos esos virus provocan hepatitis aguda, caracterizada por fatiga, pérdida de apetito, fiebre e ictericia. La mayoría de las personas se recuperan totalmente, pero un pequeño porcentaje pueden volver crónicas y causar cirrosis, cáncer de hígado y la muerte [65]. La hepatitis se puede prevenir proporcionando acceso a alimentos y agua seguros (hepatitis A y E), a vacunas (hepatitis A, B y E), al cribado de las donaciones de sangre y a material de inyección estéril y garantizando el control de las infecciones (hepatitis B y C) [65].

Uso de servicios en Colombia de Hepatitis virales en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

914 personas atendidas
151,8% respecto a 2018



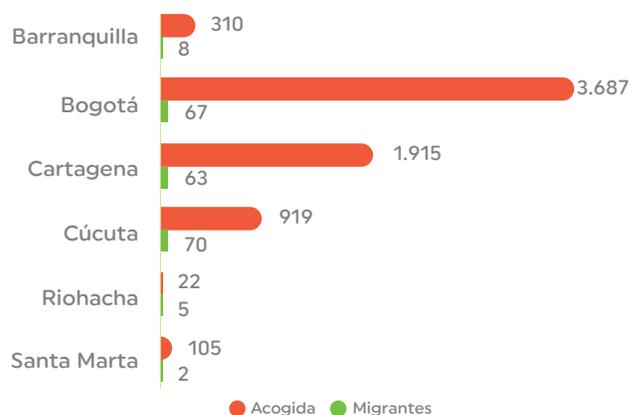
Comunidad de acogida

19.354 personas atendidas
-53,9% respecto a 2018



- En 2019, Colombia reportó 20.268 personas mayores de 18 años de edad que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a la Hepatitis A, B y C, 914 en población migrante y 19.354 en comunidad de acogida.
- Norte de Santander y Bolívar reportan el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas y colombianas.
- Bogotá, Cartagena y Cúcuta reportan el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas y comunidad de acogida atendidas por diagnósticos de hepatitis virales.
- En Bogotá, el número de personas de la comunidad de acogida atendidas por hepatitis virales ha aumentado con respecto al año 2018.

Gráfica 4.17. Número de personas atendidas por hepatitis (A, B y C), población migrante y comunidad de acogida, 2019.



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Durante el tránsito y rutas migratorias los migrantes son vulnerables a sufrir de hepatitis virales debido a la dificultad de acceso a servicios públicos (agua potable, acueducto y alcantarillado), la alta probabilidad de consumir alimentos sin higiene y prácticas de manejo saludables; la trata de personas con fines comerciales; el trabajo sexual; así como la falta de información de la población migrante sobre los factores de riesgo y los síntomas de estas enfermedades. No obstante, tanto para las poblaciones receptoras como migrantes las medidas de prevención y concientización distan de ser suficientes.

Contexto Colombia – Venezuela

En Colombia, durante 2019, se han reportado 3.107 casos de hepatitis A y 2.113 casos de hepatitis B y C, los hombres se han infectado más de hepatitis virales en comparación a las mujeres representando más del 60% de los casos de hepatitis a nivel nacional. Adicionalmente, más del 77% de los casos han sido confirmados a través de pruebas de laboratorio facilitando el acceso a tratamiento antiviral por el sistema de vigilancia en salud pública [66, 67]. Desde 2016, el país entrega de forma supervisada los medicamentos para Hepatitis C (1500 tratamientos) y en 2019 se evaluó el cumplimiento de una posible eliminación de la hepatitis B en niñas y niños menores de 10 años de edad. Por el otro lado, en Venezuela hasta 2018 se reportó que más de 25 mil personas se han infectado de alguna hepatitis viral, no obstante menos del 1% ha accedido a tratamiento antiviral [68].

Usos de servicios de salud

En 2019, en Colombia 20.268 personas mayores de 18 años de edad utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a la Hepatitis A, B y C; 914 en población migrante y refugiada y 19.354 en comunidad de acogida. La utilización de servicios de salud por hepatitis virales se incrementó entre la población migrante y refugiada a nivel nacional en un 151% al pasar de 363 personas atendidas en el 2018 a 551 en el 2019. Es importante anotar que los datos durante la consulta no fueron desagregados por sexo.

Según departamento, Norte de Santander (397) reporta el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por diagnósticos asociados a estas hepatitis. Por su parte, Bolívar (2.241) y Norte de Santander (1.777) presentan el mayor número de personas atendidas de la comunidad de acogida. Según ciudades, Cúcuta (70), Bogotá (68) y Cartagena (63) reportan el mayor número de personas migrantes y refugiadas atendidas por diagnósticos de hepatitis virales. Por su parte, Bogotá (3.687) y Cartagena (1.915) han atendido los mayores números de personas de la comunidad de acogida; a pesar de esto se destaca que Bogotá presenta una reducción porcentual importante de personas atendidas en el 2019 con respecto al año anterior, la cual fue de un -79,4% al pasar de 41.990 a 19.354 personas atendidas.

Malaria

La malaria o paludismo es una enfermedad infecciosa causada por parásitos del género *Plasmodium* spp y transmitida por la picadura de los mosquitos *Anopheles* hembra. Se caracteriza por episodios de fiebre aguda que pueden ser potencialmente mortales. Aunque la malaria se puede prevenir y tratar aún sigue teniendo efectos negativos en las poblaciones que se encuentran en las zonas endémicas, principalmente en la población vulnerable que no tiene acceso a atención médica, pruebas de detección, o elementos básicos que permitan la prevención de la infección como insecticidas o toldillos [69].

Uso de servicios en Colombia por Malaria en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

745 personas atendidas
58,5% respecto a 2018



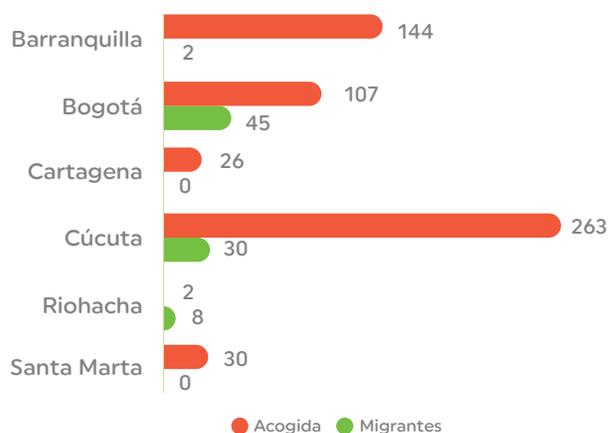
Comunidad de acogida

5.169 personas atendidas
-7,8% respecto a 2018



- En 2019, en Colombia 5.914 personas utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a malaria, 745 en población migrante y 5.169 en comunidad de acogida.
- Norte de Santander fue el departamento que reportó más personas migrantes y refugiadas atendidas por malaria. Mientras Magdalena reportó el menor número de migrantes atendidos.
- Cúcuta reportó el mayor número de personas migrantes y de comunidad de acogidas atendidas en salud por casos de malaria en 2018 y 2019.
- Entre las ciudades priorizadas resalta Cúcuta, Barranquilla y Bogotá por tener la mayor cantidad de personas atendidas de la comunidad de acogida por malaria.

Gráfica 4.18. Número de personas atendidas por malaria, población migrante y comunidad de acogida, 2019.



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Tras la emergencia humanitaria, la población migrante venezolana se encuentra en un alto riesgo de contraer malaria, debido a su condiciones de vulnerabilidad y a que pueden contraer la infección tanto en Venezuela como en Colombia una vez iniciada su ruta migratoria. Precisamente, ambos países presentan el mayor número de casos de malaria en América Latina [69].

Contexto Colombia - Venezuela

En Colombia debido a su ubicación geográfica, las condiciones climáticas y las condiciones epidemiológicas la malaria continúa siendo un evento de interés para la salud pública [70]. En Venezuela a pesar de que fue el primer país en reducir los casos de Malaria en la región, casi sesenta años después es el país con más transmisión de América [71]. En 2019, Colombia ha reportado 70.421 casos de malaria, de estos 69.249 corresponden a malaria no complicada y 1.172 a malaria complicada. De estas notificaciones el 57,5% (36.029 casos) corresponde a hombres y el 47,2% (29.557 casos) tienen como área de ocurrencia las zonas rurales, reportando un incremento del 29,2% en los casos de malaria en todo el país. Por otro lado, en el 2018 en Venezuela casi 16 millones de personas estuvieron en riesgo de contagiarse en zonas endémicas del país. Debido al alto flujo migratorio de población venezolana los países en América Latina activaron los sistemas de vigilancia y control para mitigar nuevos casos en población migrante y comunidad de acogida [71].

Colombia reportó 2.108 casos de malaria en población migrante en 2019; 2.007 casos corresponden a malaria no complicada y 101 a malaria complicada; siendo el 96% de los casos de migrantes venezolanos. Según el MSPS, para el primer semestre de 2019 el evento en salud pública más notificado en población

venezolana en Colombia fue la malaria y representó el 22,8% de los eventos de interés en salud pública en esta población [9].

Uso de servicios de salud

En 2019, en Colombia 5.914 personas utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a malaria, de los cuales, 745 fueron a población migrante y refugiada, y 5.169 en comunidad de acogida. La utilización de servicios de salud por Malaria en población migrante y refugiada se incrementó en un 58% con respecto al año anterior, al pasar de 470 personas a 745. Es importante señalar que no se analizaron datos de uso de servicios de salud desagregados por sexo.

Según departamento, Norte de Santander (100) presentó el mayor número de personas migrantes y refugiadas atendidas por malaria. En los demás departamentos priorizados el número de personas atendidas no supera los 10 casos. Entre la comunidad de acogida, Norte de Santander (566), Bolívar (313) presentan los mayores números de personas atendidas. Según ciudad, Bogotá (45) y Cúcuta (30) presentan el mayor número de personas migrantes y refugiadas por casos de malaria en el 2019. Entre la comunidad de acogida Cúcuta (263), Barranquilla (144) y Bogotá (107) atendieron el mayor número de personas por diagnósticos asociados con malaria.

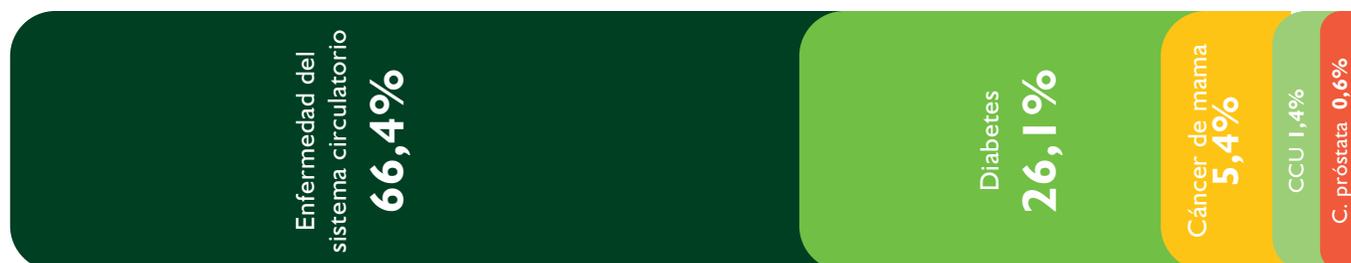
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades no transmisibles suelen ser de larga duración, su origen se ha especificado como multicausal, ya que pueden resultar de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Estas enfermedades son más comunes entre los 30 y los 69 años de edad, tanto en hombres como en mujeres. Dentro de los principales tipos de enfermedades no transmisibles se encuentran las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes [72].

Los migrantes parecen verse menos afectados que las poblaciones de acogida por muchas enfermedades no transmisibles en el momento de su llegada.

Sin embargo, si viven en condiciones de pobreza, su estancia prolongada, en los países de acogida, aumenta el riesgo de que sufran enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares o cáncer. Como es probable que los migrantes cambien su estilo de vida y hagan menos actividad física y consuman menos alimentos saludables, también están más expuestos a los factores de riesgo de las enfermedades crónicas [58]. Esta sección analiza la utilización de servicios de salud por enfermedades no trasmisibles entre la población migrante venezolana y comunidad de acogida colombiana a partir de cinco resultados de salud: i) enfermedades del sistema circulatorio; ii) diabetes; iii) cáncer de cuello uterino; iv) cáncer de mama y v) cáncer de próstata.

Gráfica 4.19. Porcentaje de la proporción de uso de servicios de salud materna según diagnóstico, 2019.



Fuente. Cubo RIPS – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia. Notas: los códigos CIE 10 utilizados para filtrar la consulta en el Cubo fueron: Diagnóstico capítulo I00 - I99; Z034 - Z035; Z135; E00- E07; E10 - E14; E15 - E16; E20 - E35; E70 - E90; Z13; C53.0 - C55; D06.0 -D06.9; C500 - C509; D057; D059; D486; D24X; Z123; Z853; C61X, D075, D291, D400 y Z125.

Orientaciones para los servicios de salud a nivel local

- Garantizar un diagnóstico y tratamiento temprano que cuente con el apoyo de las políticas públicas del sector salud y de la cobertura suficiente por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud.
- Integrar el sector salud con los productores y fabricantes de alimentos para que contribuyan a la prevención de enfermedades como las cardiovasculares.
- Asegurar el acceso a atención primaria y otros niveles para las personas migrantes y refugiadas.
- Promover programas que ayuden a la población a seguir una dieta saludable, prevenir el consumo de sustancias psicoactivas, reducir el índice de masa corporal, aumentar el ejercicio.
- Fortalecer la atención del personal médico desde un acompañamiento responsable centrado en las personas y en el reconocimiento de sus circunstancias y necesidades.
- Construir políticas costo efectivas para la atención de enfermedades crónicas basadas en las nuevas evidencias de las necesidades de la población migrante y refugiada.
- Brindar asesoría a los grupos comunitarios para su fortalecimiento como parte de la respuesta sanitaria a las necesidades de las poblaciones migrantes y refugiadas.

Enfermedad del sistema circulatorio

Las enfermedades del sistema circulatorio son uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, regional y local, ya que son la principal causa de muerte en el mundo [73], las Américas [74], y Colombia [75]. Las enfermedades del sistema circulatorio afectan un grupo heterogéneo

de órganos vitales: corazón, cerebro, riñón, arterias y venas, por lo cual se pueden manifestar en diferentes condiciones. Vale la pena destacar que la mayoría de las enfermedades del sistema circulatorio son prevenibles con buenos hábitos de vida, alimenticios y actividad física [73].

Uso de servicios en Colombia por enfermedades del sistema circulatorio en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

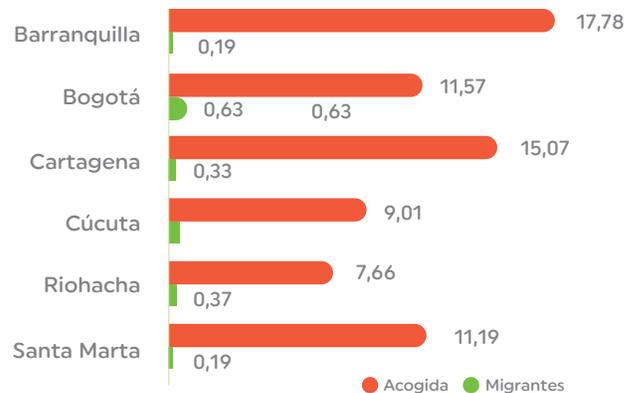
6.312 personas atendidas
93,4% respecto a 2018

Comunidad de acogida

3.383.916 personas atendidas
-9,5% respecto a 2018

- Colombia reportó 3.390.228 personas que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a enfermedades del sistema circulatorio, 6.312 personas migrantes y refugiadas venezolanas y 3.383.916 colombianos de la comunidad de acogida.
- Las mujeres migrantes y refugiadas y las de la comunidad de acogida utilizaron con más frecuencia los servicios de atención en salud para enfermedades del sistema circulatorio, respecto a los hombres.
- Bogotá y Cúcuta presentaron los mayores números de personas migrantes y refugiadas atendidas por ESC.

Gráfica 4.20. Porcentaje de personas atendidas de 18 años y más por enfermedades del sistema circulatorio, población migrante y comunidad de acogida, 2019



Fuente. RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Las poblaciones en contextos de migración forzada tienen más riesgo de desarrollar enfermedades del sistema circulatorio, tales como enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares debido a los cambios en sus hábitos de vida. En este sentido, hábitos alimenticios desbalanceados, malas condiciones laborales, aumento en episodios de ansiedad y depresión, entre otras; pueden aumentar el riesgo de la población migrante de sufrir alguna enfermedad del sistema circulatorio [73].

Contexto Colombia – Venezuela

En Colombia las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad desde hace décadas, la enfermedad isquémica cardíaca y el accidente cerebro vascular se encuentran dentro de las primeras causas de muerte. En los hombres predomina la enfermedad cardíaca isquémica; y en las mujeres, las enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial, como la enfermedad cerebro vascular y la insuficiencia cardíaca [73, 76]. Para el caso de Venezuela, según la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (2019), aproximadamente el 30% de las muertes ocurridas se deben a problemas del corazón, el factor de riesgo más prevalente es la hipertensión arterial que afecta a 7 millones de venezolanos (34,1%). Las enfermedades cardiovasculares más frecuentes son la cardiopatía isquémica o infarto al miocardio y luego la insuficiencia cardíaca [77].

Uso de servicios de salud

En 2019, Colombia reportó 3.390.228 personas que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a enfermedades del sistema circulatorio, de las cuales 6.312 son personas migrantes y refugiadas venezolanas y 3.383.916 personas de la comunidad de acogida. A nivel nacional se identifica un aumento del 93.4% de migrantes y refugiados atendidos por enfermedades del sistema circulatorio, al pasar de 3.263 en el 2018 a 6.312 en el 2019. Según sexo se puede identificar que más mujeres que hombres usaron los servicios

de salud por diagnósticos asociados; para el caso de la población migrante y refugiada se evidencia que dos veces más mujeres que hombres acudieron a los servicios de salud (respectivamente asistieron 4.257 mujeres y 2055 hombres), y para el caso de la comunidad de acogida la diferencia fue de casi 1,5 mujeres por cada hombre que asistió (respectivamente asistieron 2.102.676 mujeres y 1.281.240 hombres).

Según departamento, Norte de Santander (492) y La Guajira (474) presentan los mayores números de población migrante y refugiada atendida por enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, el mayor incremento se presenta en Bolívar al pasar de 4 personas atendidas en el 2018 a 173 en el 2019. Entre la comunidad de acogida, los departamentos de Atlántico (199.788) y Bolívar (153.587) presentan los mayores números de personas atendidas. Entre las ciudades priorizadas, Bogotá (1.772) y Cúcuta (319) presentan los mayores números de personas migrantes y refugiadas atendidas por enfermedad del sistema circulatorio. Entre la comunidad de acogida las ciudades con los mayores números son Bogotá (627.743) y Barranquilla (157.940).

Diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La diabetes con el tiempo daña algunos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos [78].

Uso de servicios en Colombia por diabetes en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

2.482 personas atendidas
68,5% respecto a 2018

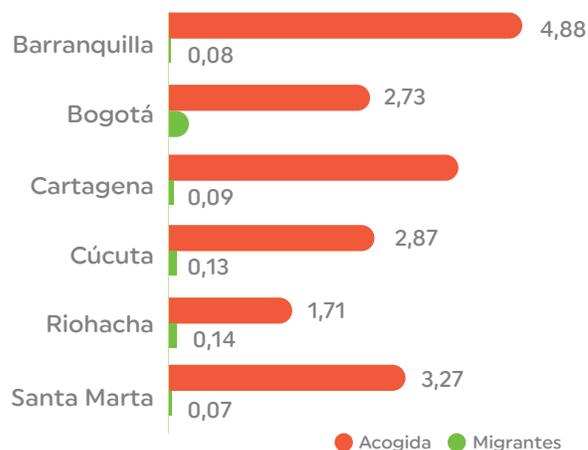


Comunidad de acogida

846.736 personas atendidas
-1,6% respecto a 2018

- 849.218 personas fueron atendidas en el 2019 por diagnósticos asociados con diabetes, de las cuales 2.482 migrantes venezolanos y 846.736 colombianos en comunidad de acogida.
- En 2019, la utilización de servicios de salud por diabetes entre las personas migrantes y refugiadas se incrementó 68,5% respecto al año anterior.
- Más mujeres que hombres, tanto migrantes y refugiadas como de la comunidad de acogida han buscado atención por diabetes.
- Bogotá y Cúcuta reportan el mayor número de mujeres y hombres migrantes que utilizaron los servicios de salud por diabetes.

Gráfica 4.21. Porcentaje de personas de 18 años y más atendidas por diabetes, población migrante y comunidad de acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

En general, la tasa de incidencia y de prevalencia de la diabetes entre las personas migrantes, así como de mortalidad por esta enfermedad, es mayor entre las mujeres [78]. Durante la migración se puede establecer una relación entre el deterioro de la salud de las personas en el tránsito de un lugar a otro y la duración de la residencia en el país receptor. Como es probable que los migrantes cambien su estilo de vida, hagan menos actividad física y consuman menos alimentos saludables, también están más expuestos a los factores de riesgo de las enfermedades crónicas dentro de la comunidad de acogida [58]. Estos factores terminan por afectar la salud de la población migrante haciéndola propensa a padecer desordenes y enfermedades como la diabetes que necesitan de un tratamiento y cuidado especial debido a los efectos que ésta produce, lo cual implica un aumento en los costos de atención en salud destinados a garantizar medicamentos, insulinas, entre otros insumos necesarios para el tratamiento de la enfermedad [79].

Contexto Colombia - Venezuela

En Colombia, durante los últimos cinco años la prevalencia de la diabetes aumentó de 1,3 a 2,2 casos por cada 100 habitantes con un promedio de edad de 59 años en las personas con un nuevo diagnóstico (59). En 2018, 1.099.471 personas fueron diagnosticadas con diabetes, 41,8% hombres y 58,9% mujeres. Por su parte, se estima que en Venezuela el 13,1% de la población mayor de 20 años tiene diabetes, es decir que esta enfermedad ha llegado a afectar a 2,5 millones de personas. Así pues, se registra un aumento en la prevalencia de esta enfermedad en Venezuela de 7,7% en 2010 a 13,1% en 2017, mientras que el porcentaje de personas en riesgo incrementó de 22% a 39,8% [80].

Uso de servicios de salud

En 2019, Colombia reportó 849.218 personas que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados con diabetes, 2.482 migrantes venezolanos y 846.736 colombianos en comunidad de acogida. Entre la población migrante y refugiada a nivel nacional se evidencia un aumento del 68,5% al pasar de 1.009 personas en el 2018 a 1.473 personas. Según sexo más mujeres, tanto migrantes y refugiadas como colombianas, han hecho uso de

estos servicios con respecto a los hombres; para las primeras en 2019 la diferencia fue mayor que el doble (1.679 mujeres con respecto a 803 hombres) y para las segundas, fue de 1,4 mujeres por cada hombre (500.936 mujeres y 846.736 hombres).

Según departamentos, Norte de Santander (163) y La Guajira (148) reportan el mayor número de personas migrantes y refugiadas atendidas por diagnósticos relacionados con diabetes en 2019. Para la comunidad de acogida los mayores números de personas atendidas se presentaron Atlántico (53.095) y Bolívar (36.604). Según ciudades, Bogotá (840) y Cúcuta (197) reportan el mayor número de mujeres y hombres migrantes que utilizaron los servicios de salud por diabetes. En la comunidad de acogida, Bogotá (148.373) y Barranquilla, (43.332) presentan los mayores números de personas atendidas.

Cáncer de cuello uterino

Por lo general el cáncer de cuello uterino se asocia con la presencia del virus del Papiloma Humano (VPH), el cual puede ser una causa necesaria, más no suficiente, para que este tipo de cáncer se desarrolle [81]. El cáncer de cuello uterino es el tercer cáncer incidente y el cuarto con más muertes en mujeres a nivel mundial [82].

Uso de servicios en Colombia por cáncer de cuello uterino en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

122 mujeres atendidas
117,8% respecto a 2018

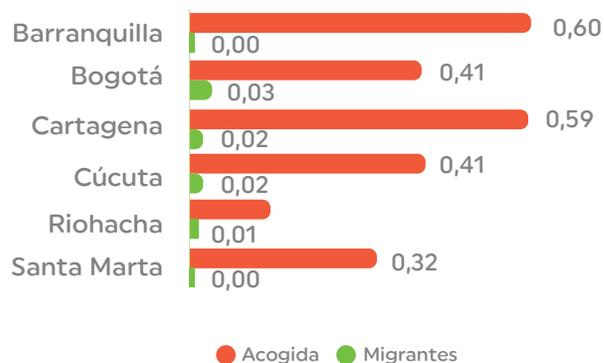


Comunidad de acogida

29.217 mujeres atendidas
41,5% respecto a 2018

- En el 2019, 29.339 mujeres utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a cáncer de cuello uterino; 132 fueron de población migrante y refugiada y 29.217 de comunidad de acogida.
- Comparando el 2019 con el año anterior, hubo un aumento en el número de mujeres atendidas por cáncer de cuello uterino, en ambos grupos de mujeres.
- Bogotá, Cartagena y Cúcuta reportaron el mayor número de personas atendidas por cáncer de cuello uterino tanto en mujeres migrantes y refugiadas como de comunidad de acogida.

Gráfica 4.22. Porcentaje de personas atendidas por cáncer de cuello uterino, población migrante y comunidad acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

El cáncer en mujeres migrantes tiene más probabilidades de ser diagnosticado en una etapa avanzada, lo que puede conducir a resultados de salud considerablemente peores en comparación con los de la comunidad de acogida [83]. El VPH se contagia a través de relaciones sexuales. Y se puede suponer que, teniendo en cuenta las dificultades de las mujeres migrantes para acceder a servicios y productos de salud sexual y reproductiva, las personas se encuentran en un alto riesgo de contraer VPH. A esto se le debe sumar las complicaciones que usualmente tienen las mujeres migrantes para acceder a servicios ginecológicos y a exámenes de diagnóstico que permitan identificar de manera oportuna este tipo de cáncer.

Contexto Colombia-Venezuela

Entre el 2000 y el 2010, Colombia ha logrado un descenso progresivo en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino y ha aumentado la proporción de casos in situ detectados oportunamente [84]. No obstante, el cáncer de cuello uterino continúa como la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, con una tasa de 17,2 muertes por cada 100.000 habitantes y una prevalencia de 49,6 casos por cada 100.000 mujeres [85]. En 2019 se reportaron 4.199 casos de cáncer de cuello uterino, 126 casos notificados por semana, es decir, hubo un aumento del 83,9% en el número de casos en comparación a 2018. Se estima que el 34,7% y el 33% de las mujeres accedió oportunamente al diagnóstico a través de biopsias y recibió tratamiento, respectivamente [81]. Para el caso de Venezuela, la prevalencia se registra en 101,5 casos por cada 100.000 mujeres [85] y la tasa de mortalidad para 2017 fue de 9,97 por cada 100.000 mujeres [86]. Entre 2017 y 2019, se han incrementado los casos de cáncer de cuello uterino en población migrante venezolana en Colombia. En 2017, se notificaron 11 casos (1,2% del valor nacional); en 2018, 30 casos (1,8% del valor nacional); y en 2019, 41 casos (1,21% del valor nacional) [87].

Uso de servicios de salud

En 2019, Colombia reportó 29.339 mujeres que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a cáncer de cuello uterino, 132 en población migrante y refugiada y 29.217 en comunidad de acogida. A nivel nacional, entre la población migrante y refugiada se evidencia

un aumento del 117,8% en el número de mujeres atendidas por cáncer de cuello uterino, al pasar de 56 mujeres en el 2018 a 132 en el 2019. Igualmente, a nivel nacional, entre la comunidad de acogida se evidencia un aumento del 41,5% al pasar de 20.646 mujeres atendidas en el 2018 a 29.217 en el 2019.

Según departamento, Norte de Santander (19) y Bolívar (9) reportaron el mayor número de mujeres migrantes que han utilizado los servicios de salud por causas asociadas a cáncer de cuello uterino. En cambio, de la comunidad de acogida Bolívar (9.498) y Atlántico (1.232) reportan el mayor número de mujeres atendidas por cáncer de cuello uterino. Según ciudad, Bogotá (24) y Cúcuta (18) reportaron el mayor número de personas atendidas por cáncer de cuello uterino entre las mujeres migrantes y refugiadas. Para el caso de la comunidad de acogida, el mayor número de mujeres atendidas por cáncer de cuello de útero se dio en Cartagena (9.321), Bogotá (4.163) y Barranquilla (1.083).

Cáncer de mama

El cáncer de mama consiste en la proliferación anormal y desordenada de células mamarias malignas que llevan al crecimiento descontrolado de un tumor dentro de la mama, y puede tener la capacidad de invadir a otros órganos [88]. El cáncer de mama es el segundo cáncer más común en todo el mundo y el más frecuente entre las mujeres ya que una de cada ocho mujeres puede llegar a desarrollar la enfermedad a lo largo de su vida. Además, su incidencia está en aumento, en especial en los países de mediano y alto ingreso y particularmente entre mujeres con residencia habitual en áreas urbanas [89].

Uso de servicios en Colombia por cáncer de mama en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

268 personas atendidas
129,1% respecto a 2018

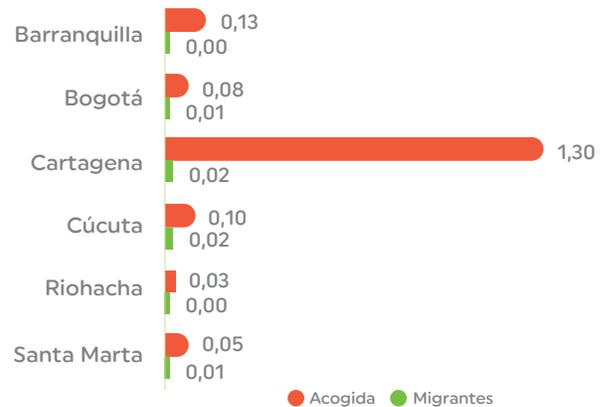


Comunidad de acogida

86.760 personas atendidas
3,75% respecto a 2018

- En el 2019, 87.028 personas utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a cáncer de mama; 268 personas migrantes y refugiadas y 86.760 personas de la comunidad de acogida.
- Hubo un aumento del 129.1% en las personas migrantes y refugiadas entre el 2018 y el 2019 pasó de 117 a 268.
- En el 2019, 258 mujeres migrantes y refugiadas acudieron a servicios de salud por cáncer de mama y 10 hombres.
- En el 2019, 84.761 mujeres de la comunidad de acogida acudieron a servicios de salud por cáncer de mama y 1.999 hombres.

Gráfica 4.23. Porcentaje de personas atendidas por cáncer de mama, población migrante y comunidad acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Reconociendo que la detección precoz mejora el pronóstico y la supervivencia de las y los pacientes, las personas migrantes y refugiadas venezolanas, especialmente las mujeres migrantes irregulares, pueden estar en riesgo de padecer cáncer y no detectarlo a tiempo, ya que suelen quedar por fuera de campañas de sensibilización, servicios de diagnóstico y tratamientos oportunos.

Contexto Colombia - Venezuela

En Colombia, el cáncer de mama es la primera causa de enfermedad y muerte por cáncer entre las mujeres colombianas, aunque también se presenta en menor medida en hombres [88]. Cerca del 12% de las muertes en mujeres en Colombia pueden atribuirse a cáncer de mama [90]. En el 2018 la tasa de incidencia calculada con respecto al 2016 fue de 4,5 por cada 100.000 personas mayores de 18 años [91]. En Venezuela, se registraron 124.248 casos de personas diagnosticadas con cáncer de mama entre 2013 y 2018, siendo el cáncer con más incidencia entre mujeres. Allí la mayor frecuencia de mortalidad por cáncer de mama se encontró en mujeres entre los 55 y 64 años de edad y la mayor incidencia entre mujeres de 45 a 54 años de edad [86]. En población migrante venezolana se ha reportado un aumento en los casos de atenciones por cáncer de mama entre 2017 y 2019. No obstante, es importante anotar que las mujeres migrantes venezolanas con cáncer de mama están llegando en búsqueda de servicios de salud donde históricamente han existido inequidades en la supervivencia relacionadas con el aseguramiento en salud y la posición socioeconómica de las mujeres colombianas, y que han determinado los diagnósticos en etapas muy avanzadas en el país [92, 93].

Uso de servicios de salud

En 2019, Colombia reportó 87.028 personas que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a cáncer de mama, 268 personas migrantes y refugiadas venezolanas y 86.760 personas en comunidad de acogida. Las atenciones en salud entre colombianos es considerablemente mayor, pero es posible notar un aumento del 129,1% en el número de migrantes venezolanos atendidos

por cáncer de mama al pasar de 117 en el 2018 a 268 personas atendidas en el siguiente año. Aunque un porcentaje mayor de mujeres hizo uso de servicios de salud por cáncer de mama, es importante resaltar que en Bogotá (3), Riohacha (1) y Cúcuta (1), hombres de la comunidad de migrantes y refugiadas también buscaron servicios de salud por este diagnóstico. Para el caso de la comunidad de acogida, en todas las ciudades priorizadas se revela un uso de servicios por parte de los hombres, especialmente se destaca Bogotá (412), Barranquilla (97) y Cartagena (173).

Según departamento, Norte de Santander registra el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por cáncer de mama (11). En la comunidad de acogida, el mayor número de personas atendidas por cáncer de mama se dio en los departamentos de Atlántico (5.740) y Bolívar (4.679). Según ciudades, Bogotá (97) y Cúcuta (12) reportaron el mayor número de mujeres migrantes venezolanas atendidas por cáncer de mama. Para la comunidad de acogida, las ciudades con la mayor cantidad de mujeres atendidas se dio en las ciudades de Barranquilla

Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es el tipo de cáncer más común en hombres y representa en Latinoamérica la segunda causa de muerte para la población masculina [94]. Por lo general este tipo de cáncer ocurre en hombres de edad avanzada (después de los 65 años) [95], por ello, se establece una relación entre la edad y el riesgo de padecer cáncer de próstata. Es decir, a mayor edad mayor riesgo de padecer este cáncer. Otros factores que también influyen en la aparición del cáncer de próstata son el alto consumo de carnes rojas y lácteos, el sedentarismo, la obesidad, el consumo de alcohol y la exposición a contaminantes químicos [96].

Uso de servicios en Colombia por cáncer de próstata en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

58 hombres atendidos
114,8% respecto a 2018

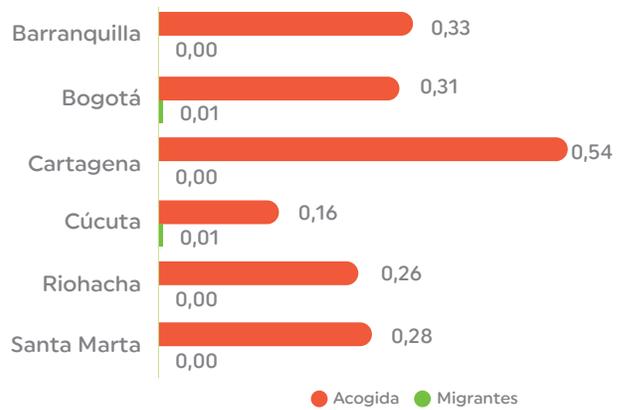


Comunidad de acogida

76.085 hombres atendidos
-14,6% respecto a 2018

- En 2019, 76.143 hombres utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a cáncer de próstata, 58 migrantes venezolanos y 76.085 colombianos en comunidad de acogida.
- La utilización de servicios de salud por cáncer de próstata se incrementó en un 114.8% entre la población migrante y refugiada en 2019, al pasar de 27 hombres en el 2018 a 55 en el 2019
- Entre las ciudades priorizadas, Bogotá reportó el mayor número de hombres atendidos por cáncer de próstata, tanto de la comunidad migrante y refugiada (19) como de la comunidad de acogida (17.056).

Gráfica 4.24. Porcentaje de personas atendidas por cáncer de próstata, población migrante y comunidad acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Los hombres migrantes venezolanos pueden estar expuestos a desarrollar cáncer de próstata producto de las dificultades para llevar estilos de vida saludables que les permita prevenir esta situación. Los migrantes adultos mayores en situación de irregularidad no tienen acceso a pruebas de detección temprana o de diagnóstico que permitan atender oportunamente los casos de cáncer de próstata.

Contexto Colombia - Venezuela

En Colombia, el cáncer de próstata ocupa el primer lugar de incidencia en hombres y el segundo lugar en la mortalidad por cáncer en esta población [81]. Para el 2018, la prevalencia de cáncer de próstata en Colombia se registró en 127,0 casos por cada 100.000 habitantes. Según la OMS, en el 2018 se diagnosticaron 12.712 casos nuevos de cáncer de próstata en el país. Sin embargo, se ha detallado que en Colombia aún existen inequidades para acceder a servicios de salud que permitan la detección de este cáncer y reduzca los índices de mortalidad [95]. En Venezuela, el cáncer de próstata también representa el primer lugar de incidencia en hombres, con una prevalencia de 49,22 casos por cada 100.000 hombres. Esto representó un aumento de 5 casos nuevos por cada 100.000 hombres para el año 2017 [86].

Uso de servicios de salud

En 2019, Colombia reportó 76.143 hombres que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos

asociados a cáncer de próstata, 58 migrantes venezolanos y 76.085 hombres de la comunidad de acogida. Las atenciones en salud de personas colombianas es considerablemente mayor, pero es posible notar un aumento del 114.8% en el número de hombres migrantes venezolanos atendidos por cáncer de próstata, al pasar de 27 hombres en el 2018 a 58 hombres en el año siguiente.

Según el departamento, se observa que Norte de Santander (4) tuvo la mayor cantidad de hombres atendidos por cáncer de próstata. En la comunidad de acogida, los departamentos con mayor cantidad de hombres atendidos fueron Bolívar (4.235), Atlántico (3.216) y Magdalena (1.156). Según la ciudad, Bogotá reportó el mayor número de hombres migrantes venezolanos atendidos por cáncer de próstata (19), seguida de Cúcuta (4). Para la comunidad de acogida las ciudades que reportaron el mayor número de hombres atendidos por cáncer de próstata fueron Bogotá (17.052), Cartagena (3.854), Barranquilla (2.919) y Santa Marta (1.036).

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia por parte de su pareja en algún momento de su vida. Además, un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina [97]. Las estimaciones mundiales indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. La mayoría de estos casos son violencias infligidas por la pareja. Los hombres que tienen un nivel de educación bajo, han sido objeto de malos tratos durante la infancia, han estado expuestos a escenas de violencia doméstica y al uso nocivo de alcohol son más proclives a cometer actos violentos. Mientras que las mujeres que tienen un nivel de educación bajo, han estado expuestas a actos de violencia de pareja contra sus madres, han sido objeto de malos tratos durante la infancia, han vivido en entornos

en los que se aceptaba la violencia, los privilegios masculinos y la condición de subordinación de la mujer corren un mayor riesgo de ser víctimas de la violencia de pareja [97].

Las situaciones de desplazamiento debido a la migración pueden agravar la violencia existente, como la infligida contra la mujer por su pareja y la violencia sexual fuera de la pareja, y dar lugar a nuevas formas de violencia contra la mujer. En concreto, la violencia puede afectar negativamente la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y, en algunos entornos, puede incluso aumentar el riesgo de contraer el VIH u otras enfermedades transmisibles [97]. Esta sección analiza la utilización de servicios de salud por violencia contra las mujeres entre la población migrante venezolana y comunidad de acogida colombiana a partir de tres resultados de salud: i) violencia sexual, ii) violencia física y iii) violencia psicológica.

Gráfica 4.25. Porcentaje de la proporción de uso de servicios de violencia contra las mujeres 2019



Fuente. Cubo RIPS – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia. Notas: los códigos CIE 10 utilizados para filtrar la consulta en el Cubo fueron: T742; Y05 - Y059; ; T41; T48 - T49; X850 - Y049; Y070 - Y099; Y10 - Y34; Y35 - Y36; T743; Z601 - Z613 y Z617 - Z659.

Orientaciones para los servicios de salud a nivel local

- Reconocer la vulnerabilidad y el riesgo de las niñas y mujeres migrantes y refugiadas venezolanas de sufrir algún caso de violencia y ofrecer servicios que respondan a las necesidades de esta población.
- Reforzar los servicios de atención en materia de violencia sexual en ciudades como Bogotá y Cartagena, así como en los departamentos con frontera Colombia - Venezuela.
- Difundir información que permita comprender y reconocer la violencia contra las mujeres, para lo cual es necesario también incluir a la población de hombres tanto de la comunidad migrante y refugiada como de la comunidad de acogida.
- Promover la igualdad de género y los derechos de las mujeres, principalmente para las mujeres migrantes y refugiadas difundir los derechos que tienen como migrantes en los países de acogida.

Violencia sexual

La violencia sexual incluye cualquier acción que obliga a una persona a tener algún contacto – ya sea físico o verbal – de tipo sexual o a participar en interacciones de este tipo mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno,

manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la víctima a realizar alguno de estos actos con terceras personas [98].

Uso de servicios en Colombia por violencia sexual en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

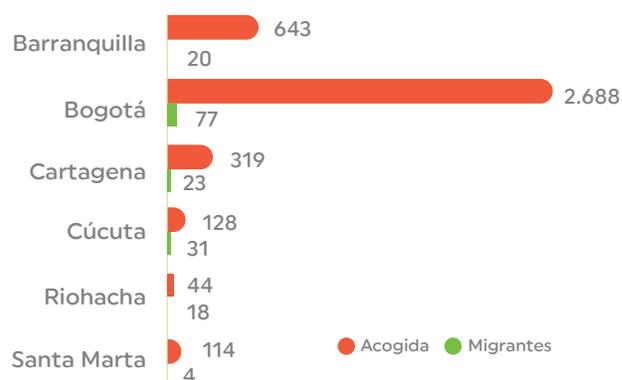
573 mujeres atendidas
92,3% respecto a 2018

Comunidad de acogida

17.773 mujeres atendidas
3,5% respecto a 2018

- En Colombia durante 2019 se han atendido a 18.346 mujeres por casos de violencia sexual, 17.773 son mujeres de la comunidad de acogida y 573 mujeres migrantes y refugiadas venezolanas.
- Los números de mujeres atendidas por violencia sexual se incrementaron tanto para la población migrante y refugiada como para la comunidad de acogida.
- La Guajira (52) y Norte de Santander (41), presentaron el mayor número de mujeres migrantes y refugiadas atendidas por violencia sexual.

Gráfica 4.26. Número de mujeres de 18 años y más atendidas por violencia sexual, población migrante y comunidad de acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

En los contextos de migración, el factor que tienen las niñas y las mujeres de sufrir violencia sexual aumenta, debido a que se pueden ver enfrentadas a casos de trata de personas con fines comerciales, al trabajo sexual forzado, abusos laborales y de poder que se manifiestan en agresiones sexuales, entre otras. A esto se le debe sumar la falta de acceso de las migrantes a servicios de salud, protección y de justicia que les garantice el restablecimiento de sus derechos ante casos de violencia sexual [99].

Contexto Colombia - Venezuela

En Colombia, durante el 2019 el 22,5% de los casos de violencia de género se refieren a casos de violencia sexual, en los cuales las principales víctimas son las mujeres con más del 70% de los casos reportados [100]. En 2018, los mayores registros de mujeres que accedieron a exámenes medico legales por presunto delito sexual se encuentran en el rango de edad de 5 a 24 años (87,45% del total de los casos), lo cual evidencia la vulnerabilidad de las niñas y mujeres adolescentes de sufrir alguna clase de abuso sexual [101]. También en el 2018 se reportaron 237 casos de violencia sexual contra personas pertenecientes a la comunidad LGBT, en los cuales el 22,36% corresponde a mujeres bisexuales y el 34,14% a lesbianas [101]. En Venezuela según el Cuerpo de investigaciones Científicas, Penales Criminalísticas se han registrado 1.180 casos de abuso sexual en el 2019. De estos casos el 63% han recibido respuesta por parte de servicios de salud y justicia [102].

Uso de servicios de salud

En Colombia durante 2019 se han atendido a 18.346 mujeres por casos de violencia sexual, 17.773 son mujeres de la comunidad de acogida y 573 mujeres migrantes y refugiadas venezolanas. A nivel nacional el número de personas atendidas de la población migrante y refugiada aumentó un 92,3% con respecto al año anterior (al pasar de 298 a 573 personas) y entre la comunidad de acogida este aumento fue de 3,5% (al pasar de 17.172 a 17.773).

Entre los departamentos priorizados el mayor número de mujeres migrantes y refugiadas atendidas por violencia sexual se dio en La Guajira

(52), Norte de Santander (41) y Atlántico (41). Respecto a la comunidad de acogida Atlántico (869) y Bolívar (514) presentan el mayor número de casos; con excepción de La Guajira (-62,1% al pasar de 396 a 150 casos) todos los departamentos presentaron un incremento del número de casos respecto al año anterior, siendo el mayor del 22,2% en Norte de Santander y el menor de 15,9% en Atlántico.

Según las ciudades, Bogotá presenta el mayor número de mujeres atendidas, tanto para la población migrante y refugiada venezolana (77) como para la comunidad de acogida (2.688). Cartagena registra el mayor aumento de mujeres migrantes y refugiadas atendidas por violencia sexual, ya que se han registrado 20 casos más en 2019 en comparación a 2018. En la población de acogida para 2019, también se destacan los casos de ciudades como Barranquilla (643) y Cartagena (319). En todas las ciudades analizadas, con excepción de Cúcuta, se presenta un aumento de 2018 a 2019 del número de mujeres en la comunidad de acogida, siendo el menor en Bogotá de un 2,8% (al pasar de 2.614 a 2.688) y el mayor en Riohacha del 51,7% (al pasar de 29 a 44 personas).

Violencia física

La violencia física contra las mujeres ha sido entendida como aquella que ocasiona riesgo o disminución de la integridad corporal de las mujeres. Por lo tanto, dentro de esta clase de violencia es posible incluir las golpizas, empujones, bofetadas, intentos de asfixia, heridas con armas contundentes, agresiones con ácidos, privación de las necesidades básicas a través del daño físico o cualquier otro acto que dé lugar a dolor, molestias o lesiones personales [103].

Uso de servicios en Colombia por violencia física en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

214 mujeres atendidas
60,9% respecto a 2018

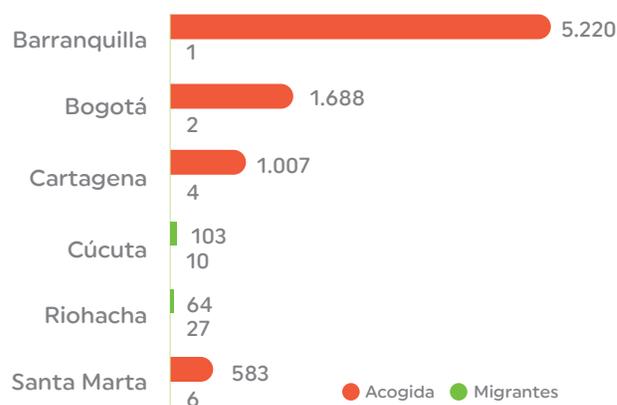


Comunidad de acogida

28.889 mujeres atendidas
175,6% respecto a 2018

- En Colombia, se han reportado alrededor de 29 mil mujeres atendidas por algún caso de violencia física durante 2019. De estos casos la mayoría corresponden a mujeres colombianas (28.889), pero también se evidencian casos (214) entre mujeres migrantes y refugiadas.
- En ambos casos se evidencia un aumento en las cifras de 2018 a 2019, tanto en la comunidad de acogida (aumentó en un 175,6% al pasar de 10.483 a 18.406) como en la población migrante y refugiada (60,9% de 133 a 214 personas).
- La Guajira (41 en 2018 y 51 en 2019) y Norte de Santander (17 en 2018 y 16 en 2019) presentan los mayores números de mujeres migrantes y refugiadas atendidas por violencia física.

Gráfica 4.27. Número de mujeres de 18 años y más atendidas por violencia física, población migrante y comunidad de acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección

Migración como determinante

Las mujeres y niñas migrantes y refugiadas tienen mayor probabilidad de enfrentarse a casos de violencia física debido a las condiciones vulnerables en las que viven durante su proceso de migración, además de las condiciones laborales y de vivienda que pueden tener en los países de acogida. Adicionalmente, los casos de violencia física dentro de los hogares aumentan producto de problemas económicos y relaciones de poder que hacen a las mujeres y niñas migrantes más vulnerables [99].

Contexto Colombia - Venezuela

En Colombia los casos de violencia física durante el 2019 han representado el 52,0% de los casos de violencia de género e intrafamiliar del país. De estos casos el 77,3% tiene que ver con violencia física en las mujeres y usualmente los agresores son miembros familiares de la víctima (72,8%). En Venezuela debido a la escasez de alimentación y la administración estricta de los pocos recursos disponibles ha provocado situaciones de violencia de pareja o maltrato infantil, que se manifiestan en violencia física, por lo cual las agresiones en contra de las mujeres han aumentado en los últimos años [103].

Durante el 2018 se reportaron 16 feminicidios de mujeres venezolanas y uno en grado de tentativa, lo cual representó el 1,9% de los feminicidios cometidos en Colombia. Es de anotar que el mayor número de casos de violencia física y feminicidios contra las mujeres migrantes y refugiadas venezolanas se han registrado en los departamentos fronterizos Norte de Santander y La Guajira. De igual manera, se ha reportado que en la mayoría de los casos los agresores son la pareja o familiares que han migrado con las mujeres, pero a su vez se han reportado casos en los que los agresores son colombianos, aun así se estima que son muchos los casos que no son denunciados por las víctimas [99].

Uso de los servicios de salud

En Colombia, se han reportado 29.103 mujeres atendidas por algún caso de violencia física durante 2019. De estos casos 28.889 fueron contra mujeres

colombianas y 214 contra mujeres migrantes y refugiadas. Para esta última población el número de mujeres atendidas por violencia física ha aumentado en un 60,9% al pasar de 133 personas en 2018 a 214 en el año siguiente, entre las mujeres de la comunidad de acogida también se presentó un aumento del 175,6% al pasar de 10.483 personas en el 2018 a 28.889 en el año siguiente.

Según departamento, La Guajira (51) y Norte de Santander (16) presentan los mayores números de personas atendidas de la población migrante y refugiada; y Atlántico (7.806) y Bolívar (3.274) presentan los mayores números de casos contra la comunidad de acogida. Adicionalmente, Bolívar presenta el mayor aumento porcentual de mujeres migrantes y refugiadas atendidas de 2018 a 2019 (266,7% al pasar de 3 personas en el 2018 a 11 en el siguiente año). Para las ciudades priorizadas Riohacha (27) y Cúcuta (10) presentan los mayores números de mujeres migrantes y refugiadas atendidas por violencia física; por su parte, Barranquilla (5.220) y Cartagena (1.007) presentan los mayores números de mujeres atendidas en la comunidad de acogida.

Violencia psicológica

La violencia psicológica es entendida como la acción y omisión destinada a degradar o controlar los comportamientos, creencias y decisiones de otras personas. Estas acciones se pueden generar a través del abuso del poder, la manipulación, intimidación, amenaza, humillaciones o cualquier otro acto que implique daños sobre la salud psicológica, la autodeterminación o el libre desarrollo personal [98].

Uso de servicios en Colombia por violencia psicológica en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

546 mujeres atendidas
80,8% respecto a 2018



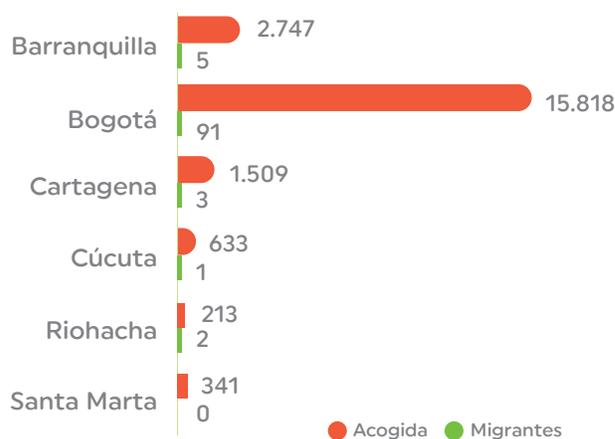
Comunidad de acogida

59.042 mujeres atendidas
-9,6% respecto a 2018



- En Colombia durante el 2019 se evidencia a nivel nacional más de 59 mil mujeres migrantes y colombianas atendidas por casos de violencia psicológica. De esta cifra 59,042 son mujeres colombianas y 546 migrantes y refugiadas provenientes de Venezuela.
- En los departamentos priorizados el total de mujeres atendidas se aproxima a 7 mil, mientras que en las ciudades -sin contar Bogotá- se registran más de 5 mil mujeres atendidas por violencia psicológica.
- En los departamentos priorizados el número de mujeres migrantes y refugiadas atendidas no supera los 10 casos en 2018 y 2019.
- Bogotá registra el mayor número de mujeres atendidas tanto en la población migrante y refugiada venezolana (105 en 2018 y 91 en 2019) y en la población de acogida (17.697 en 2018 y 15.818 en 2019).

Gráfica 4.28. Número de mujeres de 18 años y más atendidas por violencia psicológica, población migrante y comunidad de acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

En contextos de migración, el riesgo de enfrentarse a violencia psicológica aumenta producto de la xenofobia, la discriminación, la separación familiar, las dificultades económicas, de alimentación y de vivienda, los problemas de adaptación, entre otros. Principalmente, las mujeres se pueden ver enfrentadas a situaciones extremas de depresión y ansiedad debido a las circunstancias adversas de las rutas migratorias, las cuales se relacionan con alteraciones del sueño, explotación laboral, preocupaciones por sus hijos y familiares con quienes han migrado, así como aquellos que aún viven en Venezuela [104].

Contexto Colombia – Venezuela

En Colombia, los casos de violencia psicológica en 2019 representan el 7,8% de los casos de violencia de género e intrafamiliar. Así como en el caso de las violencias sexual y física, las mujeres son las que más se enfrentan a casos de violencia psicológica [100]. Las mujeres de 13 a 49 años alguna vez o unidas el 64% ha sufrido violencia psicológica por parte de su pareja, expareja o algún miembro familiar. De esta cifra, el 23,9% ha sido víctima de intimidación, el 39,0% ha sufrido de subvaloración y el 57,9% ha sufrido de acciones de control [105]. En Venezuela, existe un gran vacío de información sobre los casos de la violencia psicológica contra las mujeres; sin embargo, para el 2004 el Centro de Estudio de la Mujer de Venezuela aseguró que la violencia psicológica representaba el 42,75% de los casos de violencia de género contra la mujer, por lo cual esta clase de violencia era la más común.

Debido a la dificultad de acceso a servicios de atención psicológica y de orientación sobre la violencia psicológica en Colombia no se conoce con exactitud el número de mujeres migrantes y refugiadas venezolanas que han enfrentado casos de violencia psicológica. A esto se le debe sumar, los estereotipos, imaginarios y desconocimientos que impiden que las víctimas de violencia psicológica busquen ayuda profesional y denuncien vivir de esta clase de violencia [104].

Uso de servicios de salud

En Colombia durante el 2019 se evidencia a nivel nacional más de 59.588 mujeres migrantes y colombianas atendidas por casos de violencia psicológica. De esta cifra 59,042 son mujeres colombianas y 546 migrantes y refugiadas provenientes de Venezuela. Entre las mujeres migrantes y refugiadas se evidencia un aumento del 80,8% en el 2019 con respecto al año anterior (al pasar de 302 a 546 mujeres).

En los departamentos priorizados el número de mujeres migrantes y refugiadas atendidas no supera los 10 casos en 2018 y 2019. Para esta población los departamentos que registran un mayor número de casos son Bolívar (10) y Atlántico (8), mientras que en Magdalena no se registran datos para ninguno de los dos años analizados. Según el incremento de 2018 a 2019 en Bolívar se identifica el mayor aumento (0 casos en 2018 a 10 casos en 2019) seguido de La Guajira (1 en 2018 a 4 en 2019).

En la población de acogida los departamentos con el mayor número de mujeres atendidas por violencia psicológica en 2019 son Atlántico (3.438) y Bolívar (1.789). En las ciudades priorizadas, Bogotá registra el mayor número de mujeres atendidas tanto en la población migrante y refugiada venezolana (105 en 2018 y 91 en 2019) y en la población de acogida (17.697 en 2018 y 15.818 en 2019).

SALUD MENTAL

La salud mental es definida como el bienestar mental y psicológico de las personas. Se ha reconocido que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales no sólo se componen por características individuales sino también por factores culturales, sociales y políticos; entre ellos, los factores que obligan a las personas a migrar [106]. La depresión y la ansiedad tienden a afectar más a las personas migrantes que a las poblaciones de acogida. Sin embargo, la variación en función del grupo de migrantes de que se trate y en los métodos utilizados para evaluar la prevalencia de trastornos mentales hacen que sea difícil sacar conclusiones definitivas [58]. Las necesidades básicas insatisfechas, la ruptura de la familia y los hechos de discriminación, han generado que una gran proporción de migrantes venezolanos estén expuestos a desarrollar enfermedades mentales como depresión, ansiedad, disturbios de sueño, tristeza, ira, así como la sensación de perder el control de sus vidas [107].

Aunque desde 1998 Colombia cuenta con una política de salud mental que se ha venido ajustando, según lo establecido en la Política de Atención Integral en Salud (País) y los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 [108]; el creciente fenómeno migratorio expresa nuevos desafíos que deben ser tenidos en cuenta. Las personas venezolanas llegan con múltiples necesidades insatisfechas en salud mental por el fenómeno migratorio y porque, aunque en Venezuela la política de salud mental fue formulada en 1991 y el Plan Nacional de Salud mental en el 2010, su implementación fue insuficiente [109].

Esta sección analiza la utilización de servicios de salud mental entre la población migrante venezolana y la comunidad de acogida colombiana a partir de tres diagnósticos de salud: i) intentos de suicidio, ii) depresión; y iii) ansiedad.

Gráfica 4.29. Porcentaje de la proporción de personas atendidas por salud mental según 3 diagnósticos, 2019.



Fuente. Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia. Notas: los códigos CIE 10 utilizados para filtrar la consulta en el Cubo fueron X60 – X84; F320 – F339 y F400 – F419.

Orientaciones para los servicios de salud a nivel local

- Fortalecer el apoyo interinstitucional entre el sector salud, educación, trabajo y asistencia social centrado en estrategias de salud mental con un enfoque diferencial frente a las poblaciones más vulnerables.
- Priorizar a la población migrante dentro de la cobertura de estrategias de prevención del suicidio, atención a la depresión y la ansiedad.
- Aumentar los programas de atención psico-social en las poblaciones más vulnerables que se encuentran dentro del territorio colombiano.
- Establecer programas que brinden información sobre los lugares de atención y los factores de riesgo de salud mental.
- Desarrollar estrategias que fortalezcan la vigilancia y la evidencia en relación a la salud mental.
- Incluir a la población migrante y refugiada dentro de las siguientes encuestas de demografía, salud y salud mental, para aumentar la evidencia sobre su situación actual y necesidades.
- Generar programas de prevención y tratamiento de los trastornos mentales y, a su vez, la defensa de los derechos humanos de quienes padecen algún tipo de trastorno mental o psicológico.

Intentos de suicidio

La conducta suicida recoge tanto el suicidio consumado como los intentos de suicidio. Cabe aclarar que la conducta suicida diferente de considerarse una enfermedad, es un desenlace

no deseado, resultado de diferentes factores y determinantes. De allí que el suicidio sea un evento prevenible de especial interés para la salud pública [108].

Uso de servicios en Colombia relacionados con intentos de suicidio en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

43 personas atendidas
19,4% respecto a 2018

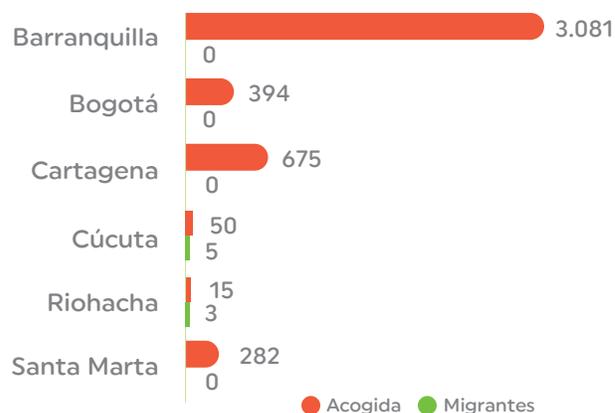


Comunidad de acogida

7.541 personas atendidas
790,3% respecto a 2018

- En el 2019, 7.584 personas utilizaron los servicios de salud por servicios asociados a lesiones autoinfligidas. De esta cifra 7.541 corresponde a personas de la comunidad de acogida y 43 a personas migrantes y refugiadas provenientes de Venezuela.
- Norte de Santander (7) reportó el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por lesiones autoinfligidas.
- Atlántico, Magdalena y Bolívar aumentaron del 2018 al 2019 el número de personas atendidas de la comunidad de acogida.

Gráfica 4.30. Número de personas de 18 años y más atendidas por intento de suicidio, población migrante y comunidad de acogida, 2019



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Las tasas de suicidio e intentos de suicidio se pueden incrementar durante el proceso de migración, debido a que éste está acompañado de situaciones de estrés y sufrimiento psíquico. La preparación del viaje, el viaje, la separación de los grupos familiares, la búsqueda de asilo y la reinstalación pueden devenir en distintas circunstancias que pueden llevar a pensamientos suicidas, intentos de suicidio o el suicidio en sí [110, 111].

Contexto Colombia – Venezuela

En Colombia, en 2019 se notificaron 20.180 casos de suicidio, que representan una incidencia nacional de 40,1 casos por 100.000 habitantes; esto es 0,7 casos por 100.000 habitantes más que el año anterior (39,4 casos por 100 000 habitantes) [112]. La Encuesta de Salud Mental del 2015, ser mayor de quince años, de sexo masculino, vivir en área rural, soltero, separado, divorciado o vivir en unión libre, aumenta la probabilidad del suicidio. Por otro lado, en Venezuela es posible encontrar que para el 2016 el Banco Mundial reportó una tasa de mortalidad por suicidio de 3,6. No obstante, según el Observatorio de Violencia de Venezuela para el 2019 la cifra ha ido en aumento; aunque se reconoce que no

existe mayor claridad sobre los datos debido a que el último anuario de mortalidad se publicó en el 2014. En ese último informe, los suicidios ocuparon el quinto lugar de las causas de muerte de la población venezolana [113].

Luego de la población de centros psiquiátricos, la población privada de la libertad y las gestantes, la población migrante venezolana es el cuarto grupo poblacional vulnerable con la mayor cantidad de intentos de suicidio en Colombia. En 2019, se notificaron 13.754 casos dentro de estos grupos poblacionales y el intento de suicidio entre migrantes venezolanos se encontró en el cuarto lugar con 0,8% (112) de los casos [112].

Uso de servicios en Colombia por depresión en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

550 personas atendidas
108,3% respecto a 2018



Comunidad de acogida

169.392 personas atendidas
-13,9% respecto a 2018



Uso de servicios en Colombia por ansiedad en 2019 y variación 2018 – 2019

Población migrante

857 personas atendidas
224,6% respecto a 2018



Comunidad de acogida

218.373 personas atendidas
-13,5% respecto a 2018



Uso de servicios de salud

En Colombia 7.584 personas han utilizado los servicios de salud en búsqueda de atenciones relacionadas con lesiones autoinfligidas. De esta cifra 7.541 corresponde a personas de la comunidad de acogida y 43 a personas migrantes y refugiadas provenientes de Venezuela. Para la comunidad de acogida hubo un aumento del 790.3% de personas atendidas al pasar de 847 a 7.541 entre el 2018 y el 2019; y entre la comunidad de personas migrantes y refugiadas el aumento se dio en un 19,4% al pasar de 36 personas en el 2018 a 43 en el año siguiente.

El departamento que más reportó personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por lesiones autoinfligidas fue Norte de Santander (7). En el caso de la comunidad de acogida, Atlántico (4.011), Bolívar (1.886) y Magdalena (1.104) presentaron el mayor número de mujeres atendidas y el mayor aumento porcentual respecto al 2018. Según ciudad, Cúcuta (5) registra el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas en el 2019, mientras que Barranquilla, Cartagena, Santa Marta y Bogotá, no reportaron ningún caso. En el caso de la comunidad de acogida para 2019, Barranquilla tuvo un aumento con respecto al año anterior al pasar de 100 personas atendidas por lesiones autoinfligidas a 3081.

Depresión y ansiedad

La depresión y la ansiedad son trastornos mentales frecuentes que afectan la calidad de vida de las personas y sus relaciones con el entorno. La depresión

es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima. Para el caso de la ansiedad, se caracteriza por la inquietud intensa y un alto grado de inseguridad [114].

En el 2019, 169.942 personas utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a depresión; 550 personas migrantes y refugiadas venezolanas y 169.392 personas de la comunidad de acogida.

En el 2019, 219.230 personas utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a ansiedad, 857 personas migrantes y refugiadas y 218.373 personas de la comunidad de acogida.

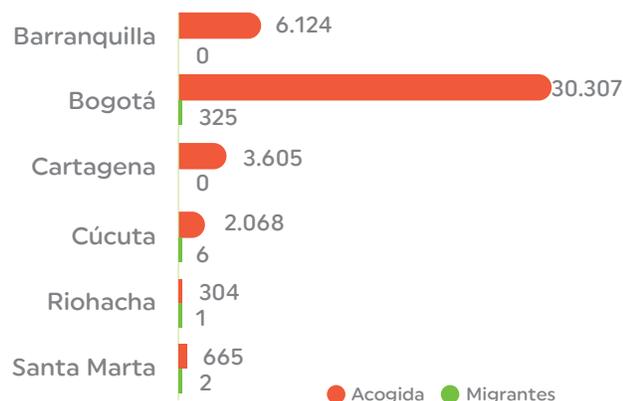
A nivel departamental es posible identificar que Norte de Santander (9) fue donde se reportó la mayor cantidad de personas migrantes atendidas por depresión.

A nivel ciudad, Bogotá reportó el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por depresión durante los dos años (128 en el 2018 y 325 en el 2019).

A nivel departamental es posible identificar que Norte de Santander (83) y la Guajira (80) reportaron la mayor cantidad de personas migrantes atendidas por ansiedad.

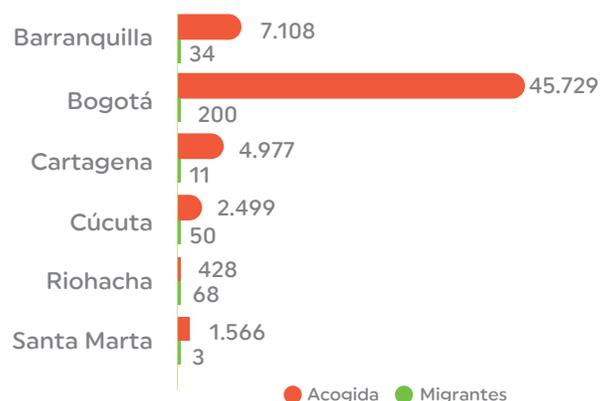
A nivel ciudad, Bogotá reportó el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por ansiedad durante los dos años (128 en el 2018 y 200 en el 2019).

Gráfica 4.31. Número de personas de 18 años y más atendidas por depresión, población migrante y comunidad de acogida, 2019.



Fuente. Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Gráfica 4.32. Número de personas de 18 años y más atendidas por ansiedad, población migrante y comunidad de acogida, 2019.



Fuente. Fuente: Cubo RIPS – Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia.

Migración como determinante

Las personas migrantes son más vulnerables de sufrir un deterioro de su salud mental, a causa de la separación familiar, las dificultades que tienen para cumplir sus expectativas y las múltiples barreras que enfrentan para satisfacer necesidades básicas y adaptarse a nuevos contextos. Tanto la ansiedad como la depresión son enfermedades multi causales que dentro de una crisis migratoria pueden llegar a intensificarse por las dramáticas circunstancias que muchas personas llegan a travesar [111].

Contexto Colombia – Venezuela

En Colombia, los resultados de la ENSM 2015 incluyen nuevos aportes frente al reconocimiento de la salud mental, dicha encuesta señala que para las personas entre 18 y 49 años de edad a quienes se les aplicó el cuestionario SRQ global (5.058 (16%)) el 9,6% de las personas mostraron resultados positivos para depresión, siendo mayor en mujeres (10,8%) que en hombres (7,9%). Y para las personas de 45 años en adelante (5.058 personas (16%)) el SRQ fue positivo para el 11,2% de las personas, siendo mayor en mujeres (13,1%) que en hombres (8,3%). En el caso de la ansiedad para las personas entre 19 y 44 años de edad los síntomas ansiosos estuvieron presentes en por lo menos un 52,9% de

las personas con uno o más síntomas de ansiedad (59,3% de las mujeres y 46,4% de los hombres). En el grupo de las personas de 45 años en adelante los síntomas ansiosos estuvieron presentes en un 54,8% de las personas con uno o más síntomas de ansiedad [108]. Lo anterior evidencia que los migrantes venezolanos luego de sufrir eventos traumáticos durante el tránsito, estar expuestos a múltiples factores que empeoran su salud mental, están llegando a poblaciones de acogida en las cuales una de cada dos personas pueden tener algún trastorno en su salud mental.

Es importante señalar que a diferencia de otros temas que se han abordado en este informe, la salud mental de las personas migrantes y

refugiadas venezolanas en Colombia ha sido poco abordada dentro de la agenda de investigación. Este análisis puede constituir uno de los primeros que proporcione evidencia en el tema.

Uso de servicios por depresión

En 2019, Colombia reportó 169.942 personas que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a depresión, de las cuales 550 fueron personas migrantes y refugiadas venezolanas y 169.392 personas de la comunidad de acogida. Es posible notar un aumento en el número de migrantes venezolanos atendidos; la utilización de servicios de salud por depresión se incrementó en un 108.3% con respecto a 2018 (pasó de 264 a 550 personas). Para este análisis los datos no fueron desagregados por sexo.

A nivel departamental es posible identificar que Norte de Santander fue el departamento donde se reportó la mayor cantidad de personas migrantes y refugiadas atendidas por depresión (9). Atlántico (8.233), Bolívar (4.087) y Norte de Santander (2.464) presentaron los mayores números de personas atendidas entre la comunidad de acogida. Según ciudades, el número más alto de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por depresión se dio en Bogotá (325), seguido de Cúcuta (6). En la comunidad de acogida Bogotá

presentó 30.307 personas atendidas por depresión, seguido de Barranquilla con 6.124.

Uso de servicios por ansiedad

En 2019, Colombia reportó 219,230 personas que utilizaron los servicios de salud por diagnósticos asociados a ansiedad, 857 migrantes y refugiados y 218.373 colombianos en comunidad de acogida. Es posible notar un aumento significativo en el número de migrantes venezolanos atendidos con respecto al año anterior, el cual presentó un incremento de 224.6% (pasó de 593 personas a 264 personas). Los datos no fueron desagregados por sexo.

Según departamento, en 2019 Norte de Santander (83) y La Guajira (80) presentaron el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por ansiedad. En el caso de la comunidad de acogida Atlántico (8.956) y Bolívar (6.190) presentan los mayores números de personas atendidas por ansiedad. Según ciudad, Bogotá reporta el mayor número de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas por ansiedad (200); también se destacan Riohacha y Cúcuta con incrementos en el número de personas migrantes y refugiadas; en la primera pasó de una persona en el 2018 a 68 en el año siguiente, y en la segunda pasó de 6 a 50 personas entre ambos años.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- *Más allá de la habilitación de nuevos servicios de salud, debemos avanzar en la obligatoriedad del derecho a la salud de la población migrante y refugiada donde y cuando los necesiten, en particular dentro de la emergencia sanitaria por el Covid-19. No debe negarse el derecho a la atención en salud basados en el status migratorio.* Los migrantes y refugiados venezolanos tienen problemas relacionados con el aseguramiento, prestación de servicios y los limitados mecanismos de protección financiera, los cuales pueden volverse críticos dentro de la situación del Coronavirus. En la práctica estos problemas van desde trámites innecesarios para hacer efectivo su derecho a la atención en salud aun teniendo regularizado su estatus migratorio, hasta barreras injustas por la interpretación subjetiva y ambigua de las urgencias y gastos de bolsillo para cubrir fotocopias de documentos o usar servicios de urgencias (valores oscilan entre \$15-50 mil pesos); esto puede eventualmente empobrecerlos por el simple hecho de usar los servicios de salud.
- *Se requiere una mejor definición de los modelos de atención primaria en salud ante las crecientes necesidades de la población migrante y refugiada y de comunidades de acogida, los riesgos de brotes epidemiológicos futuros y las amenazas del Covid-19.* Existe una insuficiente prevención primaria, protección específica y la necesidad de un modelo de atención primaria renovada. Esto exige que las realidades y necesidades en salud, regionales y locales, deben ser atendidas con modelos de atención a nivel comunitario, del barrio y del asentamiento. El mayor uso de servicios de salud en población migrante y refugiada se concentró en niñas y niños migrantes menores de cinco años por diagnósticos relacionados con infección respiratoria aguda, personas con enfermedades del sistema circulatorio, con ansiedad, adolescentes y jóvenes para consejería en anticoncepción y a gestantes sin controles prenatales y tamizaje para ITS. Lo anterior son necesidades de salud que pueden resolverse en el primer nivel de atención en salud y con estrategias de base comunitaria.
- *La medicina familiar debe ser una realidad extendida en nuestro sistema de salud y combinarse dentro de la respuesta humanitaria.* La medicina familiar deben ser dinamizadora precisamente de los modelos de atención primaria ante esas crecientes necesidades de la población migrante y refugiada, en particular con el objetivo de proteger a los más vulnerables frente a

los riesgos de Covid-19. Para lograr esto, es necesario responder con un aumento del número de profesionales de medicina con entrenamiento en crisis humanitarias, salud familiar y salud pública para que respondan más efectivamente a las necesidades y riesgos de salud que amenazan tanto la población migrantes y refugiada, como la población de las comunidades de acogida donde deciden residir.

- *La respuesta humanitaria nunca va a ser perfecta; no obstante barreras injustas de naturaleza legal, administrativa, aquellas que resultantes de la desinformación en los mismos servicios de salud y la falta de apropiación de lineamientos nacionales en el nivel local (en particular la red pública de hospitales y prestadores privados de servicios de salud) están resultando en vulneraciones al derecho a la atención en salud de la población migrante y refugiada e invisibilizan los esfuerzos logrados de la respuesta humanitaria hasta el momento. Esta vulneración puede verse exacerbada durante la respuesta Covid-19.* El desconocimiento y falta de adopción de medidas para abordar la migración en la práctica están creando inequidades en el acceso al derecho a la salud de la población migrante. Por ejemplo, la falta de implementación del plan de respuesta nacional, del Conpes para la migración, de la respuesta inter-agencial y los lineamientos del gobierno crea dificultades para la afiliación en salud y la atención de urgencias deben hacer parte de la formación y desarrollo de capacidades de los equipos de salud a nivel local. Lo anterior sumado a la rápida implementación de medidas nacionales para mitigar y suprimir la propagación del Covid-19, puede poner en riesgo los logros de la respuesta en el derecho a la salud de los migrantes y refugiados, exclusión social y dilemas éticos de quien debe recibir o no atención hospitalaria o cuidados intensivos en la base de su status migratorio o nacionalidad.
- *Las tecnologías y plataformas de la información y comunicación tienen el potencial de jugar un rol crucial en ayudar a la población migrante y refugiada en el momento de acceder a información de calidad sobre como navegar el sistema de salud, en particular para acceder a información sobre acceso a servicios de salud y estrategias disponibles para contener la propagación de enfermedades infecciosas como el Covid-19.* Las aplicaciones de salud móvil, el uso de canales habilitados vía Whats Up e intervenciones con estrategias de telemedicina pueden contribuir con responder a las expectativas y necesidades de la población migrante y refugiada sobre encontrar fácilmente información sobre derechos, oferta de servicios esenciales, aseguramiento en salud y oportunidades de brigadas móviles, al tiempo que puede orientar sobre medidas de salud pública, lavado de manos, control de la infección, desmontar mitos y cambios de comportamientos que apoyen la respuesta Covid19 en contextos humanitarios.
- *No existen soluciones humanitarias para problemas humanitarios, lo que hace falta es mejorar la coordinación intersectorial con las agencias internacionales, sectores de gobierno, gobiernos locales y prestadores de servicios de salud públicos y privados para mitigar los efectos en la salud y desigualdades en salud durante la migración.* Para reducir las desigualdades

en el uso de servicios de salud, es necesario considerar todos determinantes relacionados con la salud y trabajar con todos los actores nacionales e internacionales a través de los clústeres. Por lo anterior, se requieren políticas y respuestas dentro de la emergencia humanitaria que actúen sobre esos determinantes que generan desigualdades en salud antes, durante y después de la migración. Esto solo es posible manteniendo el esfuerzo de una coordinación intersectorial y la importancia de compartir objetivos comunes en la agenda de la salud de los migrantes y refugiados.

- *A pesar de los logros obtenidos en acceso en métodos de anticoncepción en la frontera Colombia-Venezuela, la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva debe permanecer como un asunto prioritario durante la respuesta Covid-19 en contextos humanitarios.* La prestación continua de servicios esenciales de salud sexual y reproductiva sigue siendo crítica durante la respuesta global a la pandemia. Es urgente asegurar ahora más que nunca que servicios como el acceso a métodos anticonceptivos para jóvenes migrantes y refugiados, la prevención y atención de las violencias de género, en particular violencia sexual contra mujeres y niñas sean fortalecidos y por bajo circunstancia interrumpidos durante el aislamiento. Gobierno nacional, gobiernos locales de salud y actores del clúster de salud sexual y reproductiva deben adoptar orientación clínicas y programáticas, evaluaciones, documentos de políticas y declaraciones para garantizar la priorización continua de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a lo largo de la respuesta COVID-19 en entornos humanitarios, y para brindar una perspectiva de género a la respuesta.
- *Son comunes las historias mujeres gestantes que buscan servicios óptimos, de apoyo y con respeto, pero encuentran estigma, violencia y una deficiente calidad en la prestación de servicios de salud materno-infantil.* Las mujeres migrantes enfrentan desafíos como un grupo vulnerable y sufren de exclusión social en el momento de buscar satisfacer sus necesidades específicas. Una atención en salud materna óptima, con apoyo y con respeto debería ofrecerse a todas las mujeres y personas gestantes aún más en los momentos más difíciles de la migración. No obstante, con frecuencia muchas de ellas no completan los controles prenatales, están en riesgo de morbilidad materna extrema y sífilis gestacional y congénita, problemas que muchas veces resultan de una ineficiente y no coordinada prestación de servicios de salud básicos y desde el primer nivel de atención. Si los prestadores de servicios de salud públicos y privados no tienen claro cómo prevenir, controlar y manejar las ITS durante la gestación, con seguridad tampoco son conscientes de proporcionar un cuidado materno de calidad y con seguridad.
- *Las niñas, niños y adolescentes migrantes y refugiadas requieren un urgente manejo, control y prevención de enfermedades infecciosas prevenibles, embarazo temprano y lesiones de causa externa.* Las niñas, niños y adolescentes migrantes y refugiados poseen un alto grado de vulnerabilidad a nivel físico, psíquico y social. Concretamente, las dramáticas condiciones en las que muchas niñas y niños viven durante la migración los hace, más propensos a adquirir distintas enfermedades que deben ser atendidas a tiempo y sin

ningún tipo de barrera. Los hallazgos de este informe muestran el aumento de la prevalencia de enfermedades como enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda en niñas y niños menores de cinco años.

- *Ante el riesgo de enfermar severamente de Covid-19, la población adulta mayor es doblemente vulnerable: migrante y con condiciones crónicas no trasmisibles relacionadas con enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer que pueden aumentar el riesgo de muerte. Primero, es urgente actuar ante el aumento de personas adultas migrantes y refugiadas con condiciones pre-existentes que requieren cuidados continuos y de alto costo.* El uso de servicios de salud identificó nuevas necesidades en salud especializada y servicios de cuidado continuo e integral que emergen dentro de la población migrante y refugiada. Es importante señalar que los migrantes y refugiados solo tienen acceso a urgencias, sin acceso a tratamiento de enfermedades dentro de la respuesta humanitaria. *Segundo, debe ser una prioridad facilitar el distanciamiento físico y aislamiento preventivo de las personas adultas mayores de 70 años durante la etapa de transmisión de Covid-1 dentro de asentamientos, refugios y comunidades de acogida, quienes por sus comorbilidades tienen mayor riesgo de severidad y mortalidad por Covid-19.*
- *La atención primaria en salud mental de la población migrante y refugiada y comunidades de acogida debe ser una prioridad dentro de la agenda de la salud pública del gobierno nacional, territorial y local, pero desafortunadamente continúa invisible y sin reacción dentro de la emergencia humanitaria.* Las personas migrantes y refugiadas están llegando a comunidades de acogida donde ya existe un alto número de personas buscando servicios de atención por problemas asociados a la ansiedad y la depresión, un deterioro de la salud mental en general e insuficientes respuestas locales para la prevención del suicidio y ausencia de una oferta de atención psicosocial combinado con un fuerte trabajo social. De igual forma, la ansiedad y estigma preexistente puede alimentar el racismo, la desinformación y rumores sobre la propagación del Covid-19 entre población migrante y refugiada.
- *El aumento de personas migrantes y refugiadas venezolanas atendidas dentro del sistema salud colombiano emerge como una necesidad urgente de definir paquetes individualizados de planes de beneficios en salud.* Ante poblaciones con expectativas cada vez mayores sobre los servicios de salud, el aumento de servicios de salud relacionados con enfermedades crónicas de la población migrante y refugiada desatendida, es necesario preguntarnos qué alternativas costo-efectivas y basadas en la evidencia debemos diseñar desde los paquetes de planes de beneficios para responder a las necesidades de migración irregular e informalidad en el mercado laboral. Es necesario definir mecanismos de protección colectiva, mancomunación de riesgos individuales y definir beneficios de los servicios y tecnologías en salud que deben ser garantizados para los migrantes y refugiados afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- *Dada la situación de Covid-19 y en la actual ausencia de una vacuna las Tecnologías de la Información y Comunicación (Tics) deben tener un*

rol relevante dentro de la respuesta humanitaria, ya que ahora más que nunca parte deben ser parte crítica de nuestro diario vivir y para acercar los servicios de salud a los migrantes y refugiados y comunidades de acogida.

Durante las estrategias de mitigación y supresión del virus implementadas por el gobierno: aislamiento preventivo de casos con síntomas en el hogar; cuarentena domiciliaria de todos los miembros del hogar de personas con síntomas; distanciamiento social; cierre de escuelas y colegios, y distanciamientos físico de adultos mayores de 70 años de edad que corren riesgo grave de enfermedad; se necesitan soluciones innovadoras de las TICs para evitar interrupciones en servicios esenciales a través de la telemedicina; asistencia de atención primaria en salud de forma remota y virtual; así como estrategias de salud digital y salud móvil (mensajes de texto, conectividad sin barreras y uso masivo de What's app) más intensas mientras estas medidas de salud pública este vigentes.

- Finalmente, *la movilización de recursos y aumentar el financiamiento de la respuesta humanitaria es un asunto crítico para mejorar el acceso a la atención en salud de la población migrante y refugiada y de las comunidades de acogida más vulnerables;* a la vez que identificamos necesidades en salud y dónde los servicios de salud están fallando para acercar su oferta a aquellos migrantes y refugiados que se encuentran en mayor necesidad, con el propósito de resolver cómo desarrollamos capacidades a nivel local para hacer sostenibles las estrategias y soluciones innovadoras dentro de la emergencia humanitaria que implementemos con el tiempo.

Recomendaciones para todos los actores

- **Garantizar el derecho a la salud como medio para asegurar la cobertura universal de salud y mitigación del riesgo de contagio de Covid-19 de la población migrante y refugiada y la comunidad de acogida.** Es necesario eliminar barreras ajustando arreglos legales, administrativos y financieros, así como trámites innecesarios durante el aseguramiento en salud, la prestación de servicios de salud y hacer efectivos en la práctica mecanismos de protección financiera para los migrantes y refugiados más vulnerables a lo largo de la respuesta COVID-19 en entornos humanitarios (por ejemplo subsidios para quienes cumplan criterios y exenciones de copagos en las circunstancias de difíciles de la migración irregular).
- **Renovar la atención primaria en salud y volver a las intervenciones de base comunitaria para responder al aumento de necesidades en salud y mitigar riesgos de propagación de Covid-19 de la población migrante y refugiada y de comunidades de acogida dentro de la respuesta humanitaria.** El primer paso –y más necesario que nunca– es promover la medicina familiar, los promotores de salud migrantes y colombianos y aumentar el número de voluntarios en salud preocupados por el cuidado de la salud de todos los miembros de la comunidad sin diferencia de nacionalidad durante la pandemia Covid-19; esto es posible a través de la forma como repensamos la atención primaria en salud dentro de la respuesta humanitaria y con los gobiernos locales. En segundo lugar, es urgente continuar identificando expectativas y necesidades de las personas más vulnerables en incluirlas en los presupuestos de la agenda de salud a nivel local. Un ejemplo de la vida diaria puede ser la mujer gestante sin completar sus controles prenatales; un adolescente sin acceso a anticoncepción; niñas y niños sin un esquema completo de vacunación para la edad; una persona adulta mayor con síntomas de resfriado o fiebre y sin medidas preventivas y cuidados mediante la telemedicina. Allí la atención primaria en salud y las intervenciones colectivas en salud podrían volver a mejorar la vida de las personas.
- **Impulsar el uso las Tecnologías de la Información y Comunicación contribuirá con el desarrollo de capacidades y preparación para la respuesta humanitaria en tiempos de Covid19.** Las intervenciones telemedicina, salud móvil y salud digital son soluciones innovadoras, escalables y asequibles que pueden evitar discontinuar el uso de servicios de salud y acercarlos a las personas migrantes y refugiadas y colombianos en las comunidades de acogida, aun en los contextos más difíciles. Las TICs deben tener un rol relevante dentro de la respuesta humanitaria; por ésta razón, es urgente fortalecer las plataformas digitales para acercar servicios de salud a las comunidades a través de diferentes canales de información. La telemedicina puede resolver desafíos de la atención primaria en salud (servicios de anticoncepción, prevención violencias basadas en género); las intervenciones colectivas en salud pueden tomar lugar en salas virtuales y plataformas Moodle; el desarrollo de aplicaciones en salud móvil pueden para ayudar en el distanciamiento social; y el uso de mensajes de texto y What's Up son esenciales para difundir información oficial. Sin duda

alguna, implementar con éxito intervenciones basadas en las Tecnologías de la Información y la Comunicación puede incrementar el cuidado individual y colectivo en apoyo a la respuesta humanitaria durante la emergencia del Covid-19

- La salud y derechos de las mujeres y las niñas migrantes y refugiadas y de comunidades de acogida más vulnerables deben ser puestos en el centro de las acciones y presupuestos dentro de la emergencia humanitaria y la respuesta Covid-19 dentro de esos mismos contextos. Esto es posible lograrlo cuando los prestadores de servicios de salud de la red pública y privada adopten e implementen una atención en salud basada en las necesidades, identidades y circunstancias de las personas, en particular en tiempos de profunda desigualdad social y discriminación social. Poner en el centro de la atención en salud a los migrantes y refugiados más vulnerables, implica priorizar las personas en gestación, niñas y niños, adolescentes sin redes de apoyo, personas trans, personas con discapacidad y adultos mayores en mayor riesgo de enfermedad por coronavirus.
- Aumentar la capacidad de respuesta y preparación en emergencias de los gobiernos locales, el sector privado y los actores de la respuesta humanitaria y la respuesta Covid-19 dentro de esa misma emergencia, mediante la apropiación y práctica de lineamientos que establece el gobierno y búsqueda de soluciones para evitar vulneraciones del derecho a la salud de la población migrante y refugiada. La red pública de hospitales y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) son actores fundamentales para lograr aumentar conciencia y entendimiento de los mecanismos que el gobierno dispone para garantizar la salud de la población migrante y refugiado; así como para guiar a las personas a través del sistema de salud. En algunas ciudades los trabajadores de la salud y personal administrativo de los servicios de atención en salud están pobremente informados sobre estos lineamientos y esto como resultado se limita injustamente el acceso a servicios esenciales de salud.
- Seguir apostando a la colaboración intersectorial. El gobierno nacional debe fortalecer el trabajo y objetivos compartidos con otros sectores de gobierno, actores privados y gobiernos locales para diseñar, adaptar e implementar marcos políticos, programas y presupuestos para dar respuesta a la migración y amenazas Covid-19 como determinantes de la salud. Esto incluyen el diseño e implementación de estrategias en el mediano y corto plazo, para la población migrante irregular y regular, en tránsito y aquella con vocación de residencia. Estas estrategias deben proponer como incentivar oportunidades de empleo, aprovechar el mercado de la informalidad como mecanismo alternativo de financiar la salud; acceso a educación y políticas de cuidado en ciudades con alta dependencia demográfica. Es claro que la diversidad de la población migrante y refugiada, sus necesidades y dinámicas requieren que las ciudades y contextos urbanos se adapten con más rapidez, en particular unas que otras (Riohacha, Cúcuta, Bogotá, Barranquilla); por ésta razón los gobiernos locales son fundamentales para liderar esa acción intersectorial sobre la migración.

- Trabajar en un contrato social entre gobiernos locales, actores privados y de la respuesta humanitaria con profesionales de comunicación social, periodismo y los responsables de las redes sociales, el cual amplifique esfuerzos conjuntos para detener la desinformación, discriminación y xenofobia. En particular, reducir el miedo y la ansiedad que en oportunidades alimenta mitos sobre los migrantes como portadores de Covid-19. El estigma con frecuencia es una de las razones por las cuales las mujeres migrantes y refugiadas no buscan atención en salud y utilizan los servicios disponibles. También, muchas veces la desinformación puede ser más contagiosa y se esparce más rápido que la misma evidencia científica. De forma similar, la xenofobia se ha instaurado en servicios de salud y comunidades de acogida, los cuales desconocen el potencial de abordar la migración de una forma segura, efectiva y libre de discriminación. Debemos trabajar de cerca con las comunidades de acogida, gobiernos locales y actores privados para construir un contrato social y alianzas de información y comunicación que promuevan datos e información de calidad, positiva y libre de estigma, desmoticen mitos y eliminen rumores y estereotipos de los migrantes, solo de esta forma podemos ayudar a contrarrestar el racismo, y facilitar la integración de los migrantes y refugiados en sus comunidades.
- Aumentar el número de trabajadores de la salud y voluntarios en salud dentro de la respuesta humanitaria. Aún más, es importante facilitar la integración de trabajadores de la salud migrantes y refugiados que aun están pendientes de convalidar sus títulos universitarios ante un riesgo de aumento de la demanda de servicios de salud por casos de Covid-19. Ante el aumento de necesidades de la población migrante y refugiada y de comunidad de acogida; y de la preocupación de un aumento de la transmisión local de casos del nuevo coronavirus, se hace necesario involucrar trabajadores y voluntarios en salud migrantes y no migrantes para fortalecer la primera línea de atención en salud. Debe ser una prioridad aprovechar esta oportunidad de integrar los formalmente al trabajo del sector salud, eliminar barreras de convalidación de títulos y facilitar la integración equitativa al mercado de la salud.
- Definir metas y objetivos comunes en la atención en salud entre prestadores de servicios públicos y privados, y aumentar la participación de EPS privadas dentro de la emergencia humanitaria y dentro de la respuesta Covid-19 para incrementar la efectividad actual de la respuesta e identificar formas y mecanismos para catalizar eficientemente las acciones, por ejemplo en atención primaria en salud e intervenciones de salud colectivas, la identificación de casos positivos de Covid-19 y la adopción de medidas de salud pública como el aislamiento preventivo y el distanciamiento físico dentro de los asentamientos, refugios y comunidades de acogida.

Recomendaciones según temas priorizados

Durante la migración los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, adolescentes y jóvenes son fundamentales y no deberían cambiar por ninguna circunstancia. No obstante, todavía muchos adolescentes y jóvenes migrantes y refugiados tienen un limitado entendimiento sobre cómo prevenir un embarazo no deseado y diferentes infecciones de transmisión sexual. Por lo anterior, las siguientes recomendaciones son críticas durante la respuesta Covid-19 en contextos humanitarios:

Anticoncepción

- Renovar la atención primaria en salud sexual y reproductiva centrada en jóvenes y adolescentes.
- Entregar información de calidad sobre uso y acceso a métodos anticonceptivos.
- Promover la anticoncepción compartida (Anticonceptivos para hombres y acceso a la vasectomía).
- La anticoncepción de emergencia puede ayudar a prevenir los embarazos no deseados, en especial mediante entregas supervisadas domiciliarias durante aislamiento preventivo y el distanciamiento social.

Salud materna

Las mujeres y personas gestantes migrantes y refugiadas tienen derecho a una atención equitativa, de calidad y con respeto, y necesitan apoyo para tomar decisiones informadas para ellas mismas y sus hijos dentro de la emergencia humanitaria. Incluso en los contextos más difíciles de la migración y la pandemia de Covid-19 las mujeres gestantes deberían tener acceso a todos los servicios de salud materna y opciones disponibles dentro de la oferta de salud, independientemente de su condición migratoria, nivel de ingresos, pertenencia étnica, religión, nivel educativo y muchas otras circunstancias derivadas del tránsito y del mismo brote epidemiológico.

Por lo anterior, son esenciales las siguientes recomendaciones:

- Las mujeres y personas con capacidad de gestar necesitan servicios de salud equitativos, respetuosos y con apoyo que consideren las desventajas sociales de ser migrantes y riesgos de exposición a enfermedades infecciosas como el Covid-19 cuando usan los servicios de salud.
- Mejorar la implementación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en salud y cuidados maternos para reducir la morbi-mortalidad.

- Renovar la Atención Primaria en Salud con orientaciones claras y consistentes que combinen la atención prenatal, la atención del parto institucionalizado, el manejo y control de las complicaciones, y el tamizaje de alteraciones del embarazo y de enfermedades infecciosas de forma integral, y no atomizada o sin cuidados continuos.
- Todas las mujeres y personas con capacidad de gestar deben ser priorizadas para tamizaje de infecciones de transmisión sexual (en particular sífilis, VIH/Sida, Neisseria gonorrhoeae) e infecciones respiratorias (Covid-19).
- Ofrecer a gestantes apoyo óptimo y completar como mínimo entre 4 y 8 controles prenatales.
- Proporcionar información de calidad es esencial: orientar sobre dónde y cómo acceder a los servicios de salud sexual, reproductiva y materno-infantil en el municipio que ha decidido residir o de la oferta de servicios disponible durante el tránsito de un lugar a otro.
- Contrarrestar los rumores y prejuicios sobre las mujeres migrantes y refugiadas tienen alta mortalidad materna comparada con otras poblaciones con evidencia y aprovechando los datos de fuentes oficiales de información; esto en algunos contextos puede poner en riesgo las mujeres y personas gestantes de no recibir atención en salud de calidad.
- Aumentar conocimientos y capacidades del personal de salud y administrativo de los servicios de salud sobre cómo se puede reducir la morbilidad y mortalidad materna dentro de emergencias humanitarias por la migración y pandemias.

Salud infantil y adolescente

Es necesario ampliar la capacidad de respuesta y preparación de la emergencia y poner a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes como grupo doblemente vulnerables por su edad y status migratorio. Es importante comenzando por reconocer que la niñez, adolescencia y juventud constituyen momentos sensitivos del curso de vida y que se tienen necesidades específicas que requieren información de calidad, redes de apoyo y servicios de salud adaptados a sus circunstancias dentro de la respuesta humanitaria. Por lo anterior, son esenciales las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer el primer nivel de atención en prevención, manejo y control de infección respiratoria aguda (atención primaria en salud + intervenciones colectivas); esto implica que durante la emergencia sanitaria por Covid-19 las barreras injustas y evitables en el acceso a servicios de salud sean eliminadas.
- Extender servicios de protección específica y detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en asentamientos, albergues y puntos de frontera.

- Entregar información sobre oferta de servicios de salud para niñas, niños, adolescentes y jóvenes.
- Continuar aumentando la cobertura de los programas de inmunización.
- Fortalecer las estrategias de Educación Integral para la Sexualidad en adolescentes y jóvenes.
- fMejorar la coordinación intersectorial e interinstitucional para la prevención embarazo temprano y adolescente, y atención prioritaria cuando ocurra.
- Monitorear y evaluar los servicios de salud disponibles para niñas, niños, adolescentes y jóvenes.
- Actuar sobre los determinantes de la salud infantil durante la migración: asegurar acceso a agua potable y a saneamiento básico, acceso a la educación primaria y secundaria y promover las oportunidades de realización personal durante la juventud, acceso a registro civil y servicios de atención primaria contribuye a romper la transmisión intergeneracional de desigualdades de salud.

Enfermedades transmisibles

Es importante identificar procesos facilitadores que maximicen la efectividad de los programas de prevención, control y manejo de COVID- 19, la malaria, las hepatitis virales y el VIH/Sida. Además promover ampliamente los cuatro enfoques tempranos para luchar contra las infecciones de transmisión sexual: detección, notificación, aislamiento e inicio de tratamiento temprano donde y cuando se necesite sin distinción de nacionalidad dentro el territorio nacional. Por lo anterior, son esenciales las siguientes recomendaciones:

- Asegurar atención primaria en salud (tamizaje, diagnóstico e inicio de tratamiento oportuno).
- El tamizaje puede brindar beneficios pero también resultar en daños cuando se realiza solo por hacerlo y no como debería hacerse. Por ésta razón la tamización de la población migrante y refugiada debe hacerse dentro de un programa de tamizaje existente a nivel local, territorial o nacional que incluya ciertos elementos claves desde la identificación de poblaciones en riesgo, inicio de tratamiento hasta el monitoreo y evaluación.
- Promover uso de métodos anticonceptivos de barrera incluso cuando se está haciendo uso de otros métodos anticonceptivos.
- Priorizar campañas de prevención, manejo y control de diferentes infecciones de transmisión sexual en migrantes y refugiados, y población colombiana más vulnerables.
- Mejorar sistemas de referencia y contra referencia y aprovechar el desarrollo del sistema de vigilancia en salud pública a nivel local.

Enfermedades crónicas no transmisibles

Las condiciones crónicas no transmisibles (diabetes y enfermedades del sistema circulatorio, en particular la hipertensión arterial) son una causa que contribuyen con mortalidad prematura tanto entre población migrante y refugiada venezolana como colombianos en las comunidades de acogida. Por ésta razón son esenciales las siguientes recomendaciones:

- Una de las formas más efectivas para luchar contra las enfermedades crónicas no transmisibles es aumentando el financiamiento de servicios de atención primaria en salud asequibles, equitativos y de calidad.
- Invertir más recursos en la respuesta humanitaria para detectar y tratar condiciones desde etapas tempranas, antes que avancen a estadios más avanzados puede salvar vidas, mejora los resultados de salud, reduce la presión de los servicios de salud localmente, disminuye el uso de servicios de salud de alto costo y fortalece la preparación de la emergencia humanitaria.
- Identificar las intervenciones más costo-efectivas para llegar a los migrantes y refugiados, a partir de experiencias acercando los servicios de atención en salud de condiciones crónicas entre colombianos más vulnerables. Existen formas simples de tratar las enfermedades crónicas: algunas medidas incluyen atención primaria en salud como un importante punto de entrada para migrantes y refugiados a la respuesta en salud de la emergencia humanitaria y del sistema de salud. Esto puede mejorar la capacidad y resiliencia del sistema de salud a nivel local para manejar la carga de enfermedad por enfermedades no transmisibles, en particular diabetes, cáncer e hipertensión arterial.
- Mejorar la cobertura y calidad de servicios de atención primaria en salud como la toma de presión arterial, laboratorios clínicos y lectura de exámenes clínicos, información sobre prevención de riesgos para la salud y promover estilos de vida saludables.
- Los determinantes de las enfermedades no transmisibles requieren de cambios estructurales desde las acciones de gobierno, agencias internacionales y comunidades de acogida. Acciones locales del sistema de salud (Redes públicas de hospitales y prestadores privados de servicios de salud) deben trabajar un enfoque comunitario con sectores de educación, protección social, reducción de la pobreza, planeación, transporte, e incluir al sector privado para actuar sobre esos determinantes de forma temprana. Los migrantes y refugiados hoy serán en un futuro trabajadores formales contribuyendo al sistema de salud que seguramente requerirán cuidados.

Con relación a la atención de cáncer de cérvix y mama, las mujeres migrantes y refugiadas necesitan ser detectadas y tratadas de forma temprana dentro de la respuesta humanitaria para aumentar las posibilidades de supervivencia. Demoras en el inicio de tratamiento de tres meses han estado asociados con un avanzado estadio y baja supervivencia. Por esta razón, se requiere que la

atención en salud dentro de la emergencia este bien equipada para detectar tempranamente como mecanismo esencial en la lucha contra el cáncer de cérvix y mama. Por esta razón, se hacen necesario las siguientes recomendaciones:

- Asegurar atención primaria en salud (tamizaje, diagnóstico e inicio de tratamiento oportuno).
- El tamizaje, diagnóstico y tratamiento deben estar alineados con programas locales y nacionales.
- Desarrollar capacidades en prevención y detección temprana en los prestadores de servicios de salud y equipos de emergencias.
- La detección temprana, el acceso oportuno a tratamiento y la vacunación de lesiones precancerosas (VPH) pueden reducir significativamente la incidencia y mortalidad entre mujeres y niñas migrantes y refugiadas.

Violencia contra las mujeres

Todas las personas tienen derecho a una vida libre de violencias. Durante la respuesta humanitaria se han aumentado los ataques a las mujeres y niñas migrantes y refugiadas y de comunidades de acogidas, tanto mujeres venezolanas como colombianas; y durante el inicio del aislamiento preventivo por la emergencia de Covid-19 los reportes han aumentado e identificado nuevas formas de violencia contra las mujeres, como las amenazas de sus agresores de contagiarlas por Covid-19. De forma constante, las mujeres y niñas están bajo constantes ataques por cuestiones de género, estereotipos machistas y miedos como resultado de desinformación por el virus. Es urgente aumentar el apoyo local, territorial y nacional con iniciativas que promuevan la seguridad de las mujeres y niñas sin redes de apoyo. Por ésta razón son esenciales las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer el primer nivel de atención en salud y equiparlo para atender violencias dentro de la emergencia; esto puede ayudar a mejorar el sistema de referencia y seguimiento de casos.
- Combatir el estigma en las mujeres y niñas migrantes y de acogidas afectadas por las diferentes formas de violencia. En particular, las nuevas formas de violencia que emergen durante tiempos de Covid-19 como amenazas de contagio por parte de los agresores.
- Aumentar conciencia entre el personal de salud sobre la importancia de entregar kits de dignidad, los cuales deben contener información sobre como mujeres y niñas afectadas pueden encontrar una oferta de servicios y apoyo psicosocial disponibles virtualmente.
- Apoyar diferentes estrategias que aceleren efectivamente el uso de servicios de salud por parte de mujeres y niñas afectadas por las diferentes formas de violencia dentro de las ciudades con mayor flujo migratorio.

- Mejorar el entendimiento sobre los efectos negativos de la violencia a lo largo de la vida de las mujeres y niñas entre personal de salud y prestadores de servicios de salud; abordar necesidades de información para superar vacíos de conocimiento.
- Implementar y reforzar las leyes de protección de las mujeres y niñas, y extenderlas los mismos mecanismos de protección, reparación y justicia a las mujeres migrantes y refugiadas.
- Promover cambios y transformaciones de los estereotipos, percepciones, normas y roles de género.
- Promover ambientes seguros y protectores para las mujeres y niñas migrantes y de comunidades de acogidas dentro de los servicios de salud públicos y privados.
- Mejorar la coordinación intersectorial para ayudar a las mujeres migrantes que accedan fácilmente a apoyos económicos combinados con entrenamiento en género dentro de la respuesta humanitaria.
- Aumentar el número de expertos en género dentro de la emergencia humanitaria.
- Adaptar servicios atención primaria en salud a las necesidades, identidades y circunstancias de las mujeres y niñas afectadas por las diferentes formas de violencia sin importar su nacionalidad y estatus migratorio.

Salud mental

La buena salud mental está relacionada con el bienestar mental y psicológico. Todos los actores debemos comenzar a visibilizar mucho más la urgente necesidad de trabajar para mejorar la salud mental de las personas migrantes y refugiadas y de la población colombiana en las comunidades de acogida de manera simultánea y de forma colaborativa. En particular en apoyo a la respuesta Covid-19 dentro de los contextos humanitarios, ya que el miedo y pánico pueden poner en riesgo aun de sufrir depresión, ansiedad y otros trastornos mentales, así como otros eventos traumáticos luego de la migración forzada. Por ésta razón, son esenciales las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer colaboración intersectorial entre sector salud, educación, trabajo y asistencia social para ofrecer un apoyo psicosocial básico y con un enfoque diferencial. El tipo de apoyo ofrecido debe abarcar los primeros auxilios psicológicos, la gestión del estrés, y la ayuda a los afectados para enseñarles métodos de afrontamiento positivos y posibilidades de apoyo social, de forma virtual y remota en momentos de aislamiento preventivo y distanciamiento social.
- Fortalecer estrategias de prevención del suicidio, atención a la depresión y la ansiedad, en particular mediante nuevos protocolos y directrices clínicas

para prestar una atención de salud mental a través de la telemedicina y salud móvil a adultos y niñas, niños expuestos a traumas o a la pérdida de seres queridos, separación familiar y abandono durante las dinámicas migratorias.

- Poner en marcha clínicas móviles en salud mental y apoyo psicosocial en contextos de emergencia.
- Incluir a la población migrante y refugiada en las encuestas de demografía, salud y salud mental; para aumentar la evidencia sobre su situación actual y necesidades.
- Aumentar el número de profesionales en salud mental y apoyo psicosocial, y apoyar la preparación y desarrollo de capacidades en contextos de emergencias como resultado de la migración y de brotes epidemiológicos.



REFERENCIAS

1. OIM. World Migration Report 2020. [Internet]. Ginebra; 2019. 498 p. Available from: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/wmr_2020.pdf
2. UNICEF. Glosario sobre migración, asilo y refugio. [Internet]. Available from: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/unicef-educa-GLOSARIO-migracion-asilo-refugio.pdf>
3. OMS. Determinantes sociales de la salud. Available from: https://www.who.int/social_determinants/es/
4. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. Pan Am Heal Organ [Internet]. 2015; Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n4/261-271/>
5. ACNUR. Refugiados [Internet]. ACNUR. Available from: <https://www.acnur.org/refugiados.html>
6. GIFMM. Colombia Refugiados y Migrantes Venezolanos [Internet]. 2019. Available from: <https://r4v.info/es/documents/download/72896>
7. Profamilia, IPPF. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Cúcuta, Riohacham Valledupar, Bogotá D.C. [Internet]. Primera. Bogotá: Profamilia & IPPF; 2019. 90 p. Available from: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/LIBRO-Evaluacion-de-las-necesidades-insatisfechas-SSR-y-Migrantes-Venezolanos-Digital.pdf>
8. OPS. Migración y Salud en las Américas [Internet]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13708:migration-health-americas&Itemid=72502&lang=es
9. MSPS. Seguimiento de la situación en salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 al 31 de julio 2019 [Internet]. Bogotá D.C.; 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/informe-circular-029-corte-julio.pdf>
10. OMS. Promoting the health of refugees and migrants [Internet]. 2019. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_25-en.pdf
11. CARE. CARE Rapid Gender Analysis Latin America & Caribbean: Venezuelan Migrants & Refugees in Colombia [Internet]. 2019. Available from: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/CARERapidGenderAnalysis_Colombia_May2019.pdf
12. Corporación Red Somos. Informe paralelo sobre la situación de migrantes, personas refugiadas y solicitantes de asilo LGBTI en Colombia, ante el Comité para la Erradicación de la Discriminación Racial en su sesión número 100 del 25 de noviembre – 13 de diciembre de 2019 [Internet]. Available from: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CERD/SharedDocuments/COL/INT_CERD_NGO_COL_39642_S.pdf

13. OCHA. Global Humanitarian Overview. 2019; Available from: https://www.unocha.org/sites/unocha/files/GHO-2020_v9.1.pdf
14. Migración Colombia. Venezolanos en Colombia. Corte a 31 de Octubre de 2019 [Internet]. Bogotá D.C.; 2019. Available from: <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/231-infografias-2019/total-de-venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-octubre-de-2019>
15. OPS. Cobertura Universal en Salud [Internet]. 2014. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es
16. OMS. Cobertura sanitaria universal [Internet]. Ginebra; 2019. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
17. MSPS. Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio [Internet]. Colombia; 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
18. MSPS. Aseguramiento y atención a población migrante proveniente de Venezuela [Internet]. 2018. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace-MinSalud-97-Migrante-Venezolano.pdf>
19. ONU. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. El Cairo; 1994. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
20. OMS. La OMS publica una nueva orientación sobre cómo proporcionar información y servicios de anticoncepción [Internet]. Ginebra; 2014. Available from: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/guidance-contraceptive/es/>
21. Rivillas, J. How do we reach the girls and women who are the hardest to reach? Inequitable opportunities in reproductive and maternal health care services in armed conflict and forced displacement settings in Colombia. PLOS/ONE [Internet]. 2018; Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0188654>
22. Barot, S. In a state of crisis: Meeting the Sexual and Reproductive Health Needs of Women in Humanitarian Situations. Guttmacher Policy [Internet]. 2017;20:24-30. Available from: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gpr2002417_1.pdf
23. IAWG. Inter-agency Field Manual in Humanitarian Settings [Internet]. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crisis; 2018. 270 p. Available from: <http://iawg.net/wp-content/uploads/2019/01/2018-inter-agency-field-manual.pdf>
24. MSPS - Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 [Internet]. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y protección social; 2015. Available from: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>
25. Coalición Equivalencias en Acción. Mujeres al límite. Caracas, Venezuela; 2019.
26. OMS. Salud Materna [Internet]. Available from: https://www.who.int/topics/maternal_health/es/
27. OMS. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. 2016.

- Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
28. DANE. Estadísticas vitales año 2018 [Internet]. 2019. 48 p. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2018.pdf>
 29. OMS. Planificación familiar [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
 30. INS. MORBILIDAD MATERNA EXTREMA [Internet]. 2017. 23 p. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO Morbilidad materna extrema.pdf>
 31. OMS. Preguntas frecuentes sobre salud y migración [Internet]. 2017 Available from: <https://www.who.int/features/qa/88/es/>
 32. INS. Informe del evento Morbilidad Materna Extrema [Internet]. 2019 Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORBILIDAD%20MATERNA%20EXTREMA%20SEMESTRE%20I%202019.pdf>
 33. MSPS. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018 [Internet]. Bogotá D.C.; 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
 34. Henao L, Cañón M, Herrera M. Caracterización de la morbilidad materna extrema en la Clínica Universitaria Colombia: Una serie de casos. *RevMedicaSanitas*. 2016.
 35. INS. Notificación de eventos de interés en salud pública durante fenómeno migratorio. Corte de periodo epidemiológico IV de 2019, Colombia [Internet]. 2019. Available from: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/70236>
 36. OMS - TDR. El uso de las pruebas rápidas para sífilis [Internet]. Ginebra; 2006. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/TDR_SDI_06_1/es/
 37. Banco Mundial. Migración desde Venezuela a Colombia: Impactos y Estrategias de respuesta en el Corto y Mediano Plazo [Internet]. Primera. Mundial BI de R y F, editor. Washington D.C.: Banco Mundial; 2018. 208 p. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30651/131472SP.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
 38. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Sobczyk RA, Acosta-Reyes J, et al. Situación de salud de gestantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Rev la Univ Ind Santander* [Internet]. 2019;51(3):1-12. Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9685/9759>
 39. INS. Informe de evento Sífilis [Internet]. 2019. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA SEMESTRE I 2019.pdf>
 40. ONU. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2019). [Internet]. Todas las mujeres, todos los niños; 2015. 108 p. Available from: http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2016/12/EWEC_Global_Strategy_ES_inside_LogoOK_web.pdf

41. Save the Children. Crisis migratoria regional de Venezuela. ¿Quiénes son los niños y las niñas en mayor riesgo? Un análisis de las vulnerabilidades que afrontan niños, niñas y adolescentes en los departamentos de Arauca y la Guajira. [Internet]. 2019. Por especificar. Available from: https://www.savethechildren.org.co/sites/savethechildren.org.co/files/resources/STC_Venezuela_FINAL_web_ESP_290719ultimaaprobada.pdf
42. INS. Boletín epidemiológico semana 47 del 17 al 23 de noviembre del 2019 [Internet]. 2019. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_47.pdf
43. Médicos sin fronteras. Desplazamientos y migraciones [Internet]. Available from: <https://www.msf.es/conocenos/cuando-intervenimos/desplazamientos-y-migraciones>
44. INS. Informe de comportamiento de la morbilidad por Enfermedad Diarrea Aguda (EDA), Colombia. Primer semestre de 2019. In Instituto Nacional de Salud; 2019. p. 12. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA SEMESTRE I 2019.pdf%3E>
45. OVS. El boletín Epidemiológico Venezolano ¿Por qué ahora y no antes? [Internet]. 2016. Available from: <https://www.ovsalud.org/noticias/2017/el-boletin-epidemiologico-venezolano-por-que-ahora-y-no-antes/>
46. OPS. Proporción anual de defunciones registradas de menores de 5 años por enfermedades infecciosas intestinales (enfermedades diarreicas agudas - EDA) [Internet]. 2016. Available from: <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores/107-cat-data-es/432-add-es.html?start=1>
47. INS. Boletín epidemiológico semanal. Semana epidemiológica 40 del 29 septiembre al 5 de octubre del 2019. Infección respiratoria aguda. [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2019. 1–31 p. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_40.PDF%0D
48. INS. Boletín epidemiológico semanal. Semana epidemiológica 42: Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda. [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2019. 1–31 p. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_42.PDF%0D
49. OMS/OPS. Preguntas frecuentes sobre cáncer infantil [Internet]. Available from: https://www.who.int/cancer/media/news/Childhood_cancer_day/es/
50. INS. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Cáncer en menores de 18 años. [Internet]. 2017. Available from: Instituto Nacional de Salud
51. Nuñez-Polo MH, Lorenzo R, Nacif L. Impacto emocional: cáncer infantil-inmigración. *Psicooncología* [Internet]. 2009;6. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/38819971.pdf>
52. Fundanica. Fundación amigos de niños con cáncer. acn [Internet]. 2019; Available from: <https://www.acn.com.ve/ninos-cancer-fallecieron-carabobo-medicinas/>
53. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* [Internet]. 2012 Apr;379(9826):1641–52. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/1c27/2fcafb5ba2f6d4f43d0cbf1fa7d9f5e504fe.pdf>

54. Cortina J, Taran P. Migration and Youth: Challenges and opportunities [Internet]. United Nations Children's Fund; 2014. 386 p. Available from: <http://jeronimocortina.com/wp-content/uploads/2017/07/Migration-and-Youth-Challenges-and-Opportunities-Full.pdf>
55. Gilmore K. Migration and Adolescent Health. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2018;63(1):12–5. Available from: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(18\)30181-2/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(18)30181-2/fulltext)
56. Gutmann MT, Aysel M, Özlü-Erkilic Z, Popow C, Akkaya-Kalayci T. Mental health problems of children and adolescents, with and without migration background, living in Vienna, Austria. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2019 Dec 10;13(1):35. Available from: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-019-0295-y#citeas>
57. Acha PN, Szyfres B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre. *Rev Esp Salud Publica*. 2005.
58. OMS. Los migrantes y los refugiados presentan un mayor riesgo de tener mala salud que las poblaciones de acogida [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/21-01-2019-21-01-2019-21-01-2019-migrants-and-refugees-at-higher-risk-of-developing-ill-health>.
59. MSPS. Infecciones de transmisión sexual VIH sida [Internet]. 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/infecciones-transmision-sexual-vih-sida.aspx>
60. CLACSO. Voces y experiencias de la niñez y la adolescencia venezolana migrante en Brasil, Colombia, Ecuador y Perú [Internet]. 2020. Available from: https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/01/Informe_CLACSO_UNICEF_web_simple-pag.pdf
61. CAC. Situación del VIH/SIDA en Colombia [Internet]. Costo C de A, editor. Cuentas de alto Costo; 2018. 166 p. Available from: https://www.cuentadealtocosto.org/site/images/Libro_Situacion_del_VIH_SIDA_en_Colombia_2018.pdf
62. Silva A. Diagnóstico rápido: Situación de los migrantes venezolanos con VIH en el Perú [Internet]. Vol. 1. 2019. p. 28. Available from: <http://onusidalac.org/1/images/2018/diagnostico-rapido-migrantes-con-vih-peru.pdf>
63. Fernandez-Niño JA. VIH y migración: algunas precisiones necesarias. *El tiempo* [Internet]. 2019 Dec 2; Available from: <https://www.eltiempo.com/opinion/columnistas/otros-columnistas/vih-y-migracion-algunas-precisiones-necesarias-julian-alfredo-fernandez-nino-439650>
64. INS. Informe de evento VIH/SIDA [Internet]. Bogotá D.C.; 2019. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA PE XII 2019.pdf>
65. OMS. Hepatitis viral [Internet]. Available from: <https://www.who.int/hiv/topics/hepatitis/hepatitisinfo/es/>
66. INS. Hepatitis A. Periodo epidemiológico IX Colombia, 2019 [Internet]. Bogotá D.C.; 2019. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATIS A PE IX 2019.pdf>
67. INS. Informe de Evento. Periodo Epidemiológico X. Hepatitis B y C. 2019.
68. SVMi. Día Mundial de la Hepatitis - 28 de julio 2017 [Internet]. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. 2017. Available from: <http://svmi.web.ve/tbc/index.html>

69. WHO. Estrategia Técnica Mundial contra la malaria 2016-2030 [Internet]. World Health Organization; 2015. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186671/9789243564999_spa.pdf?sequence=1
70. INS. Informe de Evento Malaria [Internet]. 2019. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MALARIA_SEMESTRE_I_2019.pdf
71. Alayón, Marcano. Tiempos de malaria en Venezuela. [Internet]. 2019. Available from: <https://tiemposdemalariaenvenezuela.prodavinci.com/%0D>
72. OMS. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
73. OMS. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. 2017. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
74. PAHO. Saluden las Américas Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. Washington D.C.; 2017. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
75. MSPS. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-cardiovasculares.aspx>
76. Gómez L. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. Biomédica Rev Del Inst Nac Salud [Internet]. 2011;31. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572011000400001
77. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Enfermedades cardiovasculares causan 30% de las muertes en Venezuela [Internet]. 2019. Available from: <https://altadensidad.com/enfermedades-cardiovasculares-causan-30-de-las-muertes-en-venezuela/>
78. OMS. Diabetes [Internet]. 2018. Available <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
79. CAC. Día Mundial de la Diabetes [Internet]. Bogotá D.C.; 2018. Available from: https://www.cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/14_de_Noviembre_de_2018_Dia_Mundial_de_la_Diabetes.pdf
80. EVESCAM. Advierten sobre aumento de casos de diabetes en el país. Banca y Negocios [Internet]. 2018; Available from: <http://www.bancaynegocios.com/advierten-sobre-aumento-de-casos-de-diabetes-en-el-pais/>
81. INC. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia [Internet]. 2018. 120 p. Available from: https://cancer.gov.co/ATLAS_de_Mortalidad_por_cancer_en_Colombia.pdf
82. INC. Evidencia sobre la seguridad de la vacuna contra el cáncer de cuello uterino [Internet]. 2018. Available from: <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/Boletin>
85. Organization HW-W. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region [Internet]. Europe; 2018. 114p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

84. Rivillas J. Progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la mortalidad por cáncer de cérvix desciende en Colombia. Cartas [Internet]. 2015;5. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/progreso-odm-col-cancer-cervix-huertas-rivillas-ospina.pdf>
85. Cuenta de Alto Costo. Día mundial de la prevención del cáncer de cuello uterino [Internet]. 2018. Available from: https://www.cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Dia_Mundial_de_la_Prevenccion_del_Cancer_de_Cuello_Uterino.pdf
86. Sociedad Anticancerosa de Venezuela. Pronósticos de la mortalidad e incidencia de cáncer en Venezuela. Año 2019. SAV-HOMODATA-CESMA. [Internet]. Caracas, Venezuela; 2019. Available from: <https://www.cancervenezuela.org/descargas/Presentacion-Pronosticos-de-la-mortalidad-e-incidencia-de-cancer-2019.pdf>
87. MSPS. Fenómeno Migratorio. Población venezolana en Colombia. [Internet]. Bogotá D.C.; 2019. Available from: <http://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/2019-09-20-msps-migrantes.pdf>
88. MSPS. Cáncer de mama [Internet]. 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-de-mama.aspx>
89. OMS. Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. World Health Organization. 2019. Available from: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
90. INS. Boletín epidemiológico. Semana Epidemiológica 45. Del 4 al 10 de Noviembre de 2018. [Internet]. 2018. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018_Boletin_epidemiologico_semana_45.pdf
91. INS. Boletín Epidemiológico Semana 03: Cáncer de mama [Internet]. 2018. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018_Boletin_epidemiologico_semana_23.pdf
92. Rivillas J. Dimensiones de la desigualdad en la mortalidad por cáncer de mama en Colombia, 2005-2013 [Internet]. 2016. Available from: <https://epostersonline.com/gshr2016/node/1765>
93. Bravo LE, Muñoz N. Epidemiology of cancer in Colombia. Colomb Med [Internet]. 2018 Jan 1;49(1):9–12. Available from: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/3877>
94. Pow-Sang M, Destefano V, Astigueta JC, Castillo O, Gaona JL, Santaella F, et al. Cáncer de próstata en Latinoamérica. Actas Urológicas Españolas [Internet]. 2019;33(10):1057–61. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062009001000005
95. INC. Manual para la Detección Temprana del Cáncer de Próstata [Internet]. 2015. Available from: <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/Próstata>
96. MSPS. Cáncer de próstata [Internet]. 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-de-prostata.aspx>
97. OMS. Violencia contra la mujer [Internet]. Ginebra; 2017. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
98. INS. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Violencia de género [Internet]. 2015. Available from: file:///C:/Users/angela.cifuentes/Downloads/PRO_Violencia_de_genero.pdf

99. Observatorio Feminicidios Colombia. Feminicidios de mujeres migrantes venezolanas en territorio colombiano Abril a Diciembre 2018 [Internet]. Bogotá D.C.; 2018. Available from: [http://www.observatoriofeminicidioscolombia.org/attachments/article/374/Feminicidios de Migrantes Venezolanas.pdf](http://www.observatoriofeminicidioscolombia.org/attachments/article/374/Feminicidios%20de%20Migrantes%20Venezolanas.pdf)
100. INS. Informe de evento Violencia de género. 2019; Available from: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR SEMESTRE I 2019.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIOLENCIA%20DE%20GÉNERO%20E%20INTRAFAMILIAR%20SEMESTRE%20I%202019.pdf)
101. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín estadístico mensual [Internet]. 2018. Available from: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/217010/Boletin+mensual+junio-2018.pdf/57a48178-ba32-2725-caf2-27b9f2079114>
102. Cicpc. En lo que va de 2019, Venezuela registró 1.180 casos de abuso sexual y un aumento de femicidios [Internet]. 2019. Available from: <https://www.infobae.com/america/venezuela/2019/08/27/en-lo-que-va-de-2019-venezuela-registro-1-180-casos-de-abuso-sexual-y-un-aumento-de-femicidios/>
103. Banco Mundial. Una oportunidad para todos. Los migrantes y refugiados venezolanos y el desarrollo del Perú. [Internet]. Primera. Mundial B, editor. Banco Mundial y State and Peacebuilding Fund; 2019. 316 p. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/32816/143724.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
104. El Tiempo. ¿Cómo la migración afecta la salud mental de los venezolanos? [Internet]. Bogotá D.C.; 2018. Available from: <https://www.eltiempo.com/mundo/venezuela/como-esta-la-salud-mental-de-los-venezolanos-279624>
105. MSPS - Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. Ministerio. Bogotá D.C.; 2015. Available from: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>
106. OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Salud OM de la, editor. Organización Mundial de la Salud; 2013. 54 p. Available from: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
107. Gotuzzo E. Las migraciones y el impacto en la salud. Acta Med Perú [Internet]. 2018;35(3):143-4. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n3/a01v35n3.pdf>
108. MSPS. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Primera. Colombia M de S de, Colciencias, editors. Ministerio de Salud de Colombia; 2018. 348 p. Available from: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
109. Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2016 May 2;34(2):175-83. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n2/v34n2a07.pdf>
110. OMS/OPS. Prevención del suicidio: un imperio global. 2014. 94 p.
111. Vilar-Peyrí E, Eibenschutz-Hartman C. Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. Rev Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2007;6(13):11-32. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200002&lng=en&tlng=es.

112. Vilar-Peyr  E, Eibenschutz-Hartman C. Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Rev Gerenc y Políticas Salud* [Internet]. 2007;6(13):11-32. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200002&lng=en&lng=es.
113. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Republica Bolivariana de Venezuela Anuario de Mortalidad 2014 [Internet]. Primera. Caracas, Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2018. 448 p. Available from: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Anuario-Mortalidad-2014.pdf>
114. OMS. Hablemos de Depresión [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017. Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
115. CEM. La gestión de la migración en Colombia hoy: propuesta de diálogo para una política pública con enfoque de derechos en educación y salud. 2019. Universidad de los Andes - Facultad de Derecho. Bogotá D.C.
116. OPS - OMS. Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con énfasis especial en países de ingresos medianos y bajos. 2016. Washington D.C.
117. ODES Colombia. Observatorio para medición de desigualdades y análisis de equidad en salud. 2015. Bogotá D.C.



 @profamiliacol

 Profamilia Colombia

 Línea Nacional: 018000-110 900

 www.profamilia.org.co



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

