



Población y Salud en Mesoamérica

La afiliación al sistema de salud de personas migrantes venezolanas en Colombia

Juan Manuel Rodríguez Vargas, Eunice D. Vargas-Valle y Ana María López Jaramillo.

Como citar este artículo:

Rodríguez Vargas, J. M., Vargas-Valle, E. D., López Jaramillo A.M. (2021). La afiliación al sistema de salud de personas migrantes venezolanas en Colombia. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(2). Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v18i2.42795>



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral
Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

La afiliación al sistema de salud de personas migrantes venezolanas en Colombia

The Affiliation to the Health System among Venezuelan Migrants in Colombia

Juan Manuel Rodríguez Vargas¹, Eunice D. Vargas-Valle² y Ana María López Jaramillo³

Resumen:

Introducción: El acceso de las personas migrantes venezolanas al sistema de salud es fundamental para su supervivencia y bienestar futuro. El objetivo de esta investigación es analizar los niveles de afiliación a dicho sistema de las personas venezolanas en las áreas urbanas de Colombia por periodos de arribo, así como los factores sociodemográficos y laborales asociados. **Metodología:** Se realiza análisis cuantitativo de tipo estadístico descriptivo e inferencial, a partir de la Gran Encuesta Integrada de Hogares 2018, la cual aporta datos representativos para Colombia y sus 13 ciudades más importantes. Se utilizan los módulos de migración, de variables sociodemográficas del hogar y de ocupación relativos a la población de 14 a 65 años. **Resultados:** Únicamente 24,5 % de dichos migrantes están inscritos al sistema de salud en contraste a 93 % de las personas colombianas. Los niveles de afiliación se redujeron de 82 % entre las personas venezolanas que arribaron en 2013 o antes a 10 % entre las que llegaron en 2017-2018. Las personas venezolanas afiliadas al sistema de salud son una población selecta en términos sociodemográficos; más joven, más educada, con mayor participación laboral y mayores ingresos que la población nativa en Colombia. La baja inserción de las personas migrantes venezolanas en empleos con contrato escrito restringe dicha afiliación. **Conclusiones:** Las personas venezolanas en Colombia tienen muy limitada la inscripción al sistema de salud. A pesar de que este es un derecho protegido por los marcos jurídicos internacional y nacional, estas personas enfrentan barreras económicas, políticas y sociales para ejercer ese derecho en Colombia.

Palabras clave: afiliación al sistema de salud, migración, Venezuela, Colombia.

Abstract:

Introduction: Venezuelan migrants' access to the health system is fundamental to their survival and future well-being. This article aims to analyze the level of affiliation to the health care system of these migrants in the urban areas in Colombia by arrival periods and the associated sociodemographic and labor factors. **Methodology:** To this end, quantitative analysis is done based on descriptive and inferential statistical analyses of the 2018 Gran Encuesta Integrada de Hogares, which is a representative survey for Colombia and its 13 more important urban areas. We use the modules on migration, sociodemographic variables of the household and occupation relative to the population aged 14 to 65. **Results:** Only 24,5% of Venezuelan migrants are affiliated with any health care provider in contrast to 93% of Colombians. The levels of affiliation diminished from 82% among Venezuelans who arrived in 2013 or before to 10% among Venezuelans who arrived in 2017-2018. Venezuelans registered in the health system are a select population in sociodemographic terms; younger, more educated, with more labor participation and higher income than the native population in Colombia. The low insertion of Venezuelan immigrants in jobs with a written contract

restricts this enrollment. **Conclusions:** The Venezuelans in Colombia have a very limited affiliation with the health system. Even though this is a right protected by international and national legal frameworks, Venezuelans encounter economic, political, and social barriers to exercise it in Colombia.

Keywords: affiliation to the health system, migration, Venezuela, Colombia.

Recibido: 28 jul 2020 | **Corregido:** 28 oct 2020 | **Aceptado:** 05 nov 2020

¹ Investigador Independiente, COLOMBIA. juanmanurodrig@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6917-5699>

² El Colegio de la Frontera Norte, MÉXICO. eunice@colef.mx. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6980-3077>

³ El Colegio de la Frontera Norte, MÉXICO. alopez@colef.mx. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3342-2982>

1. Introducción

La crisis político-económica que padece Venezuela, evidenciada por los altos niveles de inflación, la desaceleración de la actividad económica y las restricciones para acceder a empleos y servicios básicos ha llevado a muchos de sus ciudadanos a trasladarse a otros países, siendo Colombia el principal país de destino (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], 2018a). A partir de la información proporcionada por Migración Colombia (2020) hasta el 31 de marzo de 2020, se encontraban 1 809 872 personas migrantes venezolanas en este país, 43 % (784 234) en condición documentada y 57 % (1 025 638) en situación irregular.

Estas personas migrantes venezolanas han llegado a Colombia en tres diferentes “oleadas” (Robayo, 2018; Castillo et al., 2018). La primera arribó en 2005-2009 y estuvo conformada principalmente por especialistas en hidrocarburos junto a destacados empresarios que buscaban resguardar sus recursos o inversiones. La segunda oleada llegó en 2010-2014, caracterizándose por población acaudalada y personal calificado en múltiples campos del conocimiento. Finalmente, la última oleada, que comenzó a mediados de 2015, es un éxodo de “supervivencia” (Robayo, 2018). Inició

específicamente con la deportación desde Venezuela de alrededor de 17 000 personas colombianas que se encontraban en condición irregular en dicho país. Luego, a partir de 2017, siguió un desplazamiento masivo de personas venezolanas orilladas por las elevadas tasas de pobreza y de crimen y las limitaciones para acceder a alimentación, servicios de salud y empleo en Venezuela (ACNUR, 2018b). Muchas de estas personas ingresaron a Colombia de manera informal y con elevados grados de desnutrición, incluso algunas personas bajo situaciones de salud de alta complejidad médica (Castillo et al, 2018).

El Gobierno Colombiano ha tenido el desafío de atender a estas personas migrantes. Para ello, se han implementado diversas acciones en materia de salud. Entre ellas destacan el acceso a la atención sanitaria de emergencia (Banco Mundial, 2018; Consejo Nacional de Política Económica y Social [CONPES], 2018). Esto se complementa con la asistencia a las madres venezolanas en estado de gestación (Fernández et al., 2019). Sin embargo, dichas estrategias no solo han sido de carácter “humanitario” (CONPES, 2018), sino también de corto plazo y de carácter transitorio (Universidad del Rosario y Konrad Adenauer Stiftung, 2018).

Existen muy escasos estudios que exploran la afiliación de las personas migrantes al sistema de salud en Colombia. Según Cubillos y Ardón (2018), a partir de datos oficiales, en los estados fronterizos entre Colombia y Venezuela, en 2018, se encontraban afiliadas un total de 4 945 personas venezolanas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)⁴. Esta cifra solo representa el 6 % de las personas venezolanas que se encuentran en dicho país. Un diagnóstico sobre la migración venezolana a Colombia (Reina, Mesa y Ramírez, 2018) indica, con base en la GEIH 2017, que en 2017 solo 47 % de las personas migrantes de ese país estaban afiliadas a dicho sistema; en comparación con 94 % de la población nativa. Además, señala que entre más corta es la estadía más baja es la probabilidad de afiliación de la población migrante. Por su parte, Fernández et al. (2019)

⁴ En adelante, cuando se utilicen los términos “Sistema de Salud” o “Sistema de Atención Sanitaria” se hará referencia al SGSSS.

hallan que, de las venezolanas embarazadas atendidas en hospitales de Riohacha y Barranquilla, 96,3 % no estaban afiliadas al sistema de salud colombiano. Sin embargo, en 2017 se realizó un esfuerzo para regularizar la estancia de las personas venezolanas asentadas en este país, a través del Permiso Especial de Permanencia (PEP), con el cual podían inscribirse al sistema de salud. Por lo tanto, los niveles de afiliación a este sistema deberían haberse incrementado entre las poblaciones que llegaron antes de esta fecha.

A pesar de la carencia de estudios en Colombia, investigaciones realizadas en países tanto desarrollados como del sur global demuestran la existencia de un menor acceso a los sistemas de salud por parte de la población migrante respecto a la nativa (Carrasquillo, Carrasquillo y Shea, 2000; Goldman, Smith y Sood, 2005; Ingleby, Chimienti, Hatziprokopiou, Ormond y De Freitas, 2005; Benítez y Velasco, 2019). En Estados Unidos, estos diferenciales se deben principalmente a la carencia de prestaciones en los empleos donde se inserta esta población y sus características sociodemográficas (Carrasquillo, Carrasquillo y Shea, 2000), así como al estatus legal y el tiempo de residencia (Goldman, Smith y Sood, 2005). En el caso de Chile (Benítez y Velasco, 2019), las desventajas en el acceso al sistema de salud se explican también por la falta de información sobre dicho sistema y cómo acceder al mismo, las diferencias culturales y el miedo a la discriminación en los centros de atención. Por ello, la afiliación al sistema de salud aumenta con el tiempo, alcanzando niveles similares a los de la población local.

El objetivo de este artículo es analizar la afiliación al sistema de salud de las personas migrantes venezolanas en las zonas urbanas de Colombia por períodos de arribo, sus factores sociodemográficos y laborales asociados. Las hipótesis de este estudio fueron que a) las personas migrantes venezolanas tienen un más bajo nivel de afiliación al sistema de salud que las colombianas y las desventajas en la afiliación de las primeras son mayores conforme más reciente es el arribo; b) los niveles de afiliación son mayores entre las poblaciones venezolanas con mayor capital humano, con contratos escritos y mayores ingresos. Esta población ha tenido dificultades para afiliarse al

sistema de salud tanto por los obstáculos ligados a su regularización migratoria como por la falta de empleos formales y recursos financieros, entre otros aspectos.

2. Referente teórico y normativo

2.1 Acceso de las personas migrantes a los sistemas de salud y sus principales barreras

El acceso a los sistemas de salud forma parte de la integración social de las personas migrantes en los países de destino. Dicho acceso es indispensable para que esta población pueda gozar de atención médica integral, el cual es un derecho humano que condiciona su calidad de vida (González-Rábago, 2014; Ingleby et al., 2005). La falta de cobertura en seguridad médica en esta población es un fenómeno internacional vinculado a los determinantes sociales de la salud, que están constituidos por las condiciones de vida y los factores estructurales como la distribución desigual del poder y los recursos económicos entre países y al interior de cada país (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009). La equidad en este acceso es un reto en los países de acogida, dada “la nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política” (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009, p.9).

A su vez, ligada al marco de referencia de los determinantes sociales de la salud, se encuentra la propuesta analítica de la vulnerabilidad estructural, que aplica para la población migrante venezolana en Colombia. Por vulnerabilidad estructural se entiende “la condición de una población de estar en riesgo de presentar resultados de salud negativos debido a su interfaz con jerarquías socioeconómicas, políticas y culturales/normativas” (Bourgois, Holmes, Sue y Quesada, 2017, p.17). Es decir, una población es estructuralmente vulnerable cuando su capacidad para acceder a la atención médica y buscar estilos de vida saludables se constriñe por “su ubicación en múltiples jerarquías de poder que se superponen y se refuerzan mutuamente (p. ej. socioeconómica, racial,

cultural) y su condición institucional y política (p. ej. estatus migratorio, participación en la fuerza laboral)” (Bourgois et al. 2017, p.17).

Si bien el desarrollo de la perspectiva de la vulnerabilidad estructural partió de la observación de las desigualdades en salud de la población latina migrante en Estados Unidos (Quesada, Hart y Bourgois, 2011), se puede rescatar para resaltar el vínculo entre la inequidad en el acceso a la seguridad médica y la exclusión política, económica y social de las personas migrantes venezolanas. En países de renta reducida y moderada como Colombia, lograr dicho acceso es un mayor desafío (Restrepo, Silva, Andrade y Dover, 2014). Sin embargo, las fuerzas que determinan que una persona migrante sea elegible para el ejercicio de sus derechos humanos en el destino son similares, entre las que sobresalen las siguientes: las políticas (p. ej. la regularización del estatus migratorio y la equidad en el marco legislativo), aquellas del mercado laboral (p. ej. la inserción laboral y la participación en empleos protegidos), y aquellas vinculadas a los arreglos institucionales (p. ej. la burocracia de los sistemas de salud, la xenofobia o el escaso conocimiento de la sociedad en general y el personal de salud sobre la historia y las necesidades de los inmigrantes). Estas fuerzas se entrelazan con las desigualdades de origen de la población migrante y su escaso capital social en el destino (Bourgois et al., 2017, p.3).

En Colombia, la afiliación a la seguridad médica es considerada un primer eslabón en el acceso a los servicios de salud, que podría facilitar su acceso potencial, al formar parte de los factores que predisponen y capacitan a la población para el uso de los servicios de salud (Vargas, Vázquez y Mogollón, 2010). Dicha afiliación es uno de los determinantes que más influyen en el acceso a los servicios de salud en Colombia, junto al nivel académico y los años cumplidos (Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007).

No obstante, el sistema de salud puede ser en sí mismo una barrera para el acceso a los servicios de salud por las dificultades que se presentan para la afiliación, por ejemplo, la burocracia de las EPS

(Empresas Promotoras de Salud), que son las encargadas de la inscripción de los usuarios, así como por obstáculos geográficos y económicos (Restrepo et al., 2014). De hecho, la población nativa percibe algunas barreras vinculadas con el sistema de salud como no conocer el sistema, derechos y deberes, pasos por seguir, responsables y mecanismos de participación. La baja capacidad del sistema para responder a las necesidades de la persona usuaria en cuestiones como el portafolio, la disponibilidad, la agenda de servicios y los canales de comunicación. Por último, otro factor, es el conocimiento de la persona usuaria que tienen los actores del sistema, ya que muchas veces no se tiene un modelo de atención adecuado a la condición social.

A pesar de que existen en Colombia políticas dirigidas hacia la equidad, la eficiencia, la universalidad, la integralidad y la intervención de la seguridad social en salud (Ruiz y Zapata, 2015), para la población migrante las barreras antes mencionadas pudieran agravarse, dado su situación de indocumentación y la falta de conocimiento de los actores del sistema sobre sus necesidades, sus condiciones de vida y las dificultades de salud que experimentan.

En primer lugar, la falta de documentación para regularizar la estancia en el país puede afectar la afiliación al sistema de atención sanitaria (Ingleby et al, 2005). La población migrante en condición irregular puede no tener acceso a dicho sistema o puede desistir de pedir cualquier servicio de salud por el miedo a que las personas profesionales del servicio sanitario les delaten ante oficiales de migración (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [ACNUDH], 2008). Al respecto, estudios previos en Colombia han hecho notar que, para poder disfrutar del sistema de salud, esta población debe aclarar su condición jurídica ante las autoridades y contar con la aprobación para establecerse en el país (Fernández y Bojórquez, 2018).

Otro factor que puede restringir el acceso al servicio de salud es la ausencia de información respecto a cómo inscribirse, junto a las acciones que debe realizar la persona migrante para disfrutar del

servicio médico en el país de destino. Esto es señalado por Fernández et al (2019) al establecer que las mujeres venezolanas indocumentadas en estado de embarazo radicadas en Riohacha y Barranquilla (Colombia) a menudo no tienen conocimiento de sus derechos y de los protocolos de ingreso al sistema de asistencia médica local.

En tercer lugar, la situación económica y laboral de esta población puede no permitirles afiliarse a la seguridad médica (Ingleby et al, 2005). Por un lado, las personas trabajadoras podrían no realizar actividades económicas formales o que les generen ingresos suficientes para autoafiliarse y pagar las mensualidades de un plan médico, cuando el plan no es patrocinado por las personas empleadoras. Por otro lado, el lugar o la agenda de las entidades de afiliación pueden ser una dificultad para la población migrante, al igual que ocurre con las instituciones de atención médica (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], OMS y ACNUDH, 2013).

Con el paso del tiempo, estas barreras pueden disminuir si esta población regulariza su estancia, gana mayor acceso a mejores empleos y empieza a familiarizarse con el sistema de salud en el destino (Hasalani, 2015). Además, con el tiempo también podría aumentar la necesidad de servicios de salud y, por tanto, de afiliación al sistema de salud. Según el “efecto del inmigrante saludable”, las personas migrantes llegan a los países de acogida siendo en promedio más sanos que las personas nativas, debido a un proceso de selección, comportamientos relativamente saludables, previos a la migración, y una mayor propensión de migrar entre las personas más sanas y con mayores recursos; pero esas ventajas se pierden con el tiempo, con la aculturación y el desgaste a raíz de los empleos en el destino (Kennedy et al., 2015; Sserwanja y Kawuki, 2020). Esto podría aplicarse en especial para las personas venezolanas que arribaron antes de 2015, quienes eran una población selecta en términos educativos y ocupacionales (Robayo, 2018).

2.2 Afiliación al sistema de salud en Colombia y su marco normativo

La afiliación al sistema de salud en Colombia se produce mediante la inscripción del individuo a la EPS de su elección. A través de dicho registro la persona, obtiene su carné de afiliación y logra ingresar al SGSSS (Ministerio de Salud y Protección Social [Min-Salud], 2004). Por lo anterior, se entenderá el término “afiliación al Sistema de Salud” como la posibilidad que tiene una persona de inscribirse en el sistema de asistencia médica en el territorio nacional.

Entonces una persona “afiliada” es aquella suscrita en una EPS del régimen contributivo, subsidiado o especial del territorio nacional. El régimen contributivo está conformado por personas con un acuerdo de empleo, así como por trabajadores oficiales, personas jubiladas y trabajadores independientes que pueden pagar las cuotas (Min-Salud, 2019). El régimen subsidiado se encuentra integrado por la población que tiene reducidas capacidades monetarias (Santa María, García, Rozo y Uribe, 2011). Por último, el régimen especial está compuesto por empleados oficiales de la Empresa Colombiana de Petróleos, las Fuerzas Armadas de Colombia o de la Policía Nacional, el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, o profesores y personas funcionarias de universidades públicas (Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales, 2018).

Las personas afiliadas al régimen contributivo pueden disfrutar del “Plan Obligatorio de Salud” (POS), que incluye medicina preventiva básica, consultas generales, especialidades médicas, fármacos, laboratorios, servicios ambulatorios y hospitalización, además de las subvenciones por invalidez y por licencia de maternidad o paternidad. En cambio, aquellos registrados en el régimen subsidiado pueden gozar del POS, pero no cuentan con apoyos por invalidez, gestación o paternidad (Min-Salud, 2014). Además, las personas inscritas en este régimen no tienen que pagar cuotas moderadoras por la prestación de algunos servicios del POS y, aquellas en mayores condiciones de vulnerabilidad, tampoco copagos a diferencia de quienes están en el régimen contributivo. Por último, las personas sin seguro sanitario pueden disfrutar del servicio de emergencia sin mostrar ninguna credencial o identificación. También pueden utilizar los planes comunitarios efectuados por

los gobiernos locales o departamentales en el lugar de tránsito o de residencia, así como de la asistencia médica ofrecida por ONG o entidades internacionales (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres [UNGRD], 2019).

En relación con la población migrante, el estado colombiano ha ratificado diferentes marcos normativos internacionales que protegen y amparan su derecho al servicio de salud como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948, art. 22 y 25), la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes (2016) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12, 1966) (Cubillos y Fernández, 2019). Además, en 1988 el gobierno colombiano ratificó el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, "Protocolo de San Salvador" (1988), el cual señala el derecho universal a la atención sanitaria. Cada país de forma propia o a través de la ayuda internacional debe suplir los requerimientos de los servicios de salud (Min-Salud, 2018).

A nivel nacional, en Colombia, existen distintos lineamientos jurídicos que permiten el acceso a la asistencia médica de emergencia de la población migrante, sin importar las características sociales y financieras de la persona; por ejemplo, la Ley 100 de 1993 (art.168), la Ley 715 de 2001 (art. 67) y el Decreto 780 de 2016 (art. 2.1.3.5 y 2.5.3.2.2) (Min-Salud, 2018; González, 2019). Además, uno de los programas que favorecen la afiliación al sistema de salud es el PEP, formalizado por el Ministerio de Relaciones Exteriores en la Resolución 5797 de 2017 (Min-Salud, 2018; González, 2019). Con el PEP, las personas migrantes pueden laborar, educarse y vincularse a algún régimen del sistema de salud (Migración Colombia, 2019). El PEP es un instrumento definido para normalizar a la población migrante de Venezuela que entró a Colombia por un punto de inspección migratoria y validó su estadía a través de su pasaporte. El PEP tiene una duración de 90 días, que se puede prolongar hasta por 2 años. La primera convocatoria invitó a quienes llegaron antes o hasta el 27 de julio de 2017. En 2018 y 2019, a fin de año, se lanzaron nuevas jornadas del PEP para regularizar a quienes arribaron en estos años.

En términos de implementación de las normas, en la circular 025 de 2017, el Ministerio de Salud instó a personas funcionarias y secretarias de salud a adelantar acciones para lograr la afiliación de la población venezolana al sistema de salud (Min-Salud, 2017). Además, el Departamento Nacional de Planeación lanzó la Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela, donde se propone en materia de salud lo siguiente: “identificar las necesidades de oferta para la prestación de los servicios a los migrantes, brindar asistencia técnica para aumentar la afiliación de los migrantes regulares y el seguimiento de los irregulares y, finalmente, mejorar las capacidades de respuesta en salud pública en las comunidades de acogida” (CONPES, 2018, pp. 83).

Por último, se ha generado el Permiso Especial de Permanencia para el Fomento de la Formalización (PEPFF), a través del Decreto 117 de 2020 del Ministerio del Trabajo. El PEPFF es una credencial brindada por el Estado colombiano para favorecer la normalización del empleo de las personas venezolanas en situación informal. Dicho permiso permite el disfrute del sistema de asistencia médica, el mercado bancario local y el esquema de ayuda a la persona desempleada (Proyecto Migración Venezuela, 2020).

A pesar de estos esfuerzos para regularizar la estancia de la población migrante venezolana en Colombia, estos programas no contemplan a la población que ingresó de forma indocumentada y, únicamente, quienes tienen documentación pueden inscribirse en el sistema de salud (González, 2019). De acuerdo con el Banco Mundial (2018), el bajo acceso a los servicios de salud se hace aún más visible en la población migrante indocumentada de Venezuela, debido a la baja o nula posibilidad de obtener el registro en el sistema de salud. No obstante, a través de la GEIH es imposible determinar el estatus migratorio de las personas venezolanas en Colombia.

3. Metodología

3.1 Enfoque y fuente de datos

El presente artículo emplea una metodología cuantitativa de tipo explicativa, con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del año 2018 (DANE, 2018). La GEIH es una encuesta transversal de los hogares establecidos en Colombia, con una periodicidad mensual. Tiene un alcance nacional y representatividad por departamentos, municipios, áreas urbanas y rurales. Facilita la obtención de estadísticas en tres espacios geográficos: "área", "cabecera" y "resto". Para los fines de este estudio, se emplean los datos del "área", que se refiere a las 13 áreas urbanas más importantes del país, incluyendo también sus "áreas metropolitanas". Se utilizan los módulos de migración, de variables sociodemográficas del hogar y de ocupación.

3.2 Población de estudio

Este trabajo se basa en una muestra poblacional de 257 567 personas residentes de Colombia en 2018 con una edad entre los 14 y 65 años, de los cuales 5 990 son personas nacidas en Venezuela. Se analiza este grupo de edad, porque se encuentra en plena edad productiva. La población venezolana contribuye a la renovación de la fuerza de trabajo en Colombia, ya que es una población más joven, que podría ampliar el bono demográfico de encontrarse las condiciones propicias para su participación laboral.

3.3 Procesamiento de análisis

El análisis estadístico es descriptivo e inferencial. En primer lugar, se estimaron las proporciones de afiliación al sistema de salud por país de nacimiento y periodos de arribo, así como los perfiles sociodemográficos y laborales por registro al sistema de salud de acuerdo con el país de nacimiento. En segundo lugar, se emplearon modelos *logit* para determinar los factores asociados a la inscripción al sistema de salud. Se estimaron modelos *logit* bivariados entre dicha afiliación y las variables

independientes seleccionadas, así como dos modelos *logit* multivariados. Para el procesamiento de datos y análisis estadístico se emplea el software STATA 15, considerando el factor de expansión para áreas urbanas.

El primer modelo multivariado incluyó como variable explicativa el país de nacimiento y el segundo modelo, la variable “persona venezolana por periodos de arribo”. Ambos modelos incluyen como variables de tipo control una serie de variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estado conyugal, presencia de menores en el hogar y área de residencia) y del empleo (tipo de contrato laboral e ingresos). Las variables seleccionadas mejoraron la bondad de ajuste en pruebas del logaritmo de verosimilitud. Los resultados obtenidos se presentan como razones de momios o de posibilidades, los cuales son mayores a la unidad cuando existe una asociación positiva y menor a la unidad cuando es negativa. Por último, se estimaron probabilidades marginales ajustadas de afiliación al sistema de salud, con un valor de cero a uno, derivadas del segundo modelo multivariado, a partir de la interacción del periodo de arribo con el nivel educativo, el tipo de contrato laboral y el nivel de ingresos.

3.4 Variables dependientes e independientes

La variable dependiente es la afiliación al sistema de salud. Es una variable dicotómica que determina si las personas se encuentran inscritas, son cotizantes, o si son beneficiarias de alguna EPS en el territorio nacional.

La primera variable independiente de tipo explicativo fue el país de nacimiento, que es una variable dicotómica que identifica a la población nacida en Venezuela y aquella nacida en Colombia. La segunda variable explicativa fue “persona venezolana por periodos de arribo”, la cual surgió de la combinación del país de nacimiento y el año de arribo, resultando en cuatro categorías: “0” persona colombiana; “1” nació en Venezuela y llegó a Colombia hace 5 años o más, es decir, en 2013 o antes;

"2" nació en Venezuela y llegó a Colombia entre 5 años y 1 año previo, es decir, entre 2013 y 2017; y "3" nació en Venezuela y arribó a Colombia hace menos de 1 año, es decir, entre 2017 y 2018.

En cuanto a las variables sociodemográficas incluidas en los modelos, el sexo fue una variable dicotómica que indicó el sexo biológico de la persona, siendo "1" hombre y "0" mujer. El nivel educativo se tomó como el certificado académico del más alto grado de formación de la siguiente forma: "0" bachillerato incompleto, "1" bachiller, "2" técnico o tecnológico, "3" universitario o mayor. El estado civil indicó la situación conyugal de la persona, como se señala a continuación: "0" soltero; "1" unión libre con menos de 2 años; "2" unión libre igual o mayor a 2 años; "3" casado; o "4" divorciado, separado o viudo. Se incluyó también una variable dicotómica que indica si en el hogar residen personas menores de 5 años. Finalmente, se controló por el lugar de residencia. Después de probar las diferencias geográficas en el modelo multivariado, se encontró que en Bogotá existía menor afiliación que en todas las áreas urbanas, por lo que se creó otra variable dicotómica indicando si se vivía en la capital.

Por último, las variables del empleo fueron el contrato laboral y los ingresos percibidos en el mes anterior al levantamiento. El contrato laboral fue una variable que combinó la variable de inserción laboral con el tipo de contrato en cuatro categorías y tomó los siguientes valores: "0" no realizó actividad económica; "1" trabajó con contrato verbal; "2" trabajó con contrato escrito; y, por último, "3" trabajó sin contrato. Finalmente, se incluyeron los ingresos mensuales por concepto de salarios o sueldos y otras ganancias o recursos. Se transformó la variable en términos de salario mínimo mensual en Colombia para 2018, el cual fue \$781 242, en cinco categorías: "0" sin percepciones; "1" < 1 salario mínimo; "2" ≥ 1 a < 2 salarios mínimos; "3" ≥ 2 a < 3 salarios mínimos; y "4" ≥ 3 salarios mínimos.

4. Resultados

De acuerdo con la GEIH-2018, en 2018 se encontraban 426 800 personas venezolanas de 14 a 65 años en las 13 ciudades más relevantes de Colombia, los cuales arribaron primordialmente entre 2017-2018 (Tabla 1). De esta población, 55,5 % llegaron en 2017-2018, 37,6 % en 2013-2017 y solo 6,9 % en 2013 o antes. Estas personas migrantes representaban 2,7 % de la población de Colombia en 2018.

Tabla 1

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

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

Fuente: Elaboración propia, con base en la GEIH-2018.

La afiliación de las personas venezolanas al sistema de salud en 2018 fue muy baja, de un 24,5 % en comparación con el 93,3 % de la población colombiana (Tabla 1). Contrario a lo esperado, dadas las políticas públicas aplicadas en Colombia para regularizar la estadia de las personas venezolanas y mejorar su acceso a derechos sociales, estas cifras son inferiores a las reportadas con la GEIH-2017 por Reina et al (2018). De manera que, en lugar de ampliarse la cobertura en salud para los migrantes, se redujo.

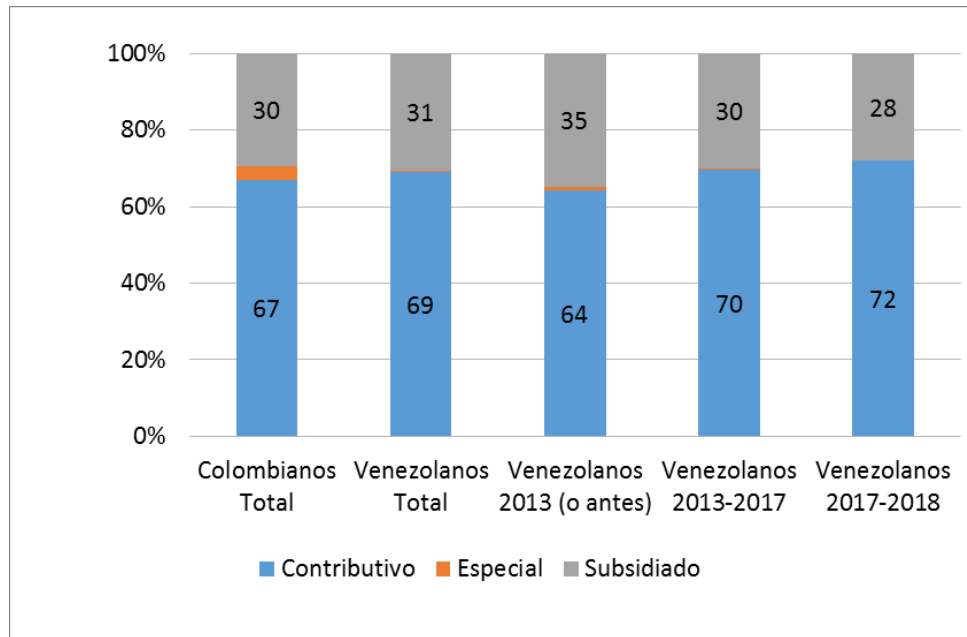
La GEIH-2018 también logra captar que la afiliación al sistema de salud de la población venezolana cae drásticamente conforme más reciente es la migración (Tabla 1). Entre las personas venezolanas que llegaron en el periodo 2013 (o antes), 82,2 % puede gozar del sistema de atención sanitaria, cifra que cae a 34,8 % entre quienes llegaron en el periodo 2013-2017 y, finalmente, a solo 10,4 % entre quienes arribaron en 2017-2018. Si bien, la reducción en la afiliación con el tiempo fue señalado por Reina et al (2018) y Guataqui (2017), la caída ha sido mayor que la registrada anteriormente. Por ejemplo, Reina et al (2018) advierten que 26,2 % de la población venezolana de la oleada 2016-2017 tenía afiliación a seguridad social en salud y 67,9 % de la oleada 2012-2015. Aunque las oleadas no son comparables a las que se pueden clasificar con la GEIH-2018, es evidente que tan solo por haber arribado un año posterior, la afiliación cae en más de 50 %.

Esto podría ser resultado del bajo perfil socioeconómico y la condición indocumentada de la oleada más reciente de personas venezolanas que ingresaron a Colombia (ACNUR, 2018b), en conjunción con una política migratoria que dificulta la regularización y, por consiguiente, la integración estructural de quienes ingresaron a este país de forma indocumentada. Estimaciones propias (no mostradas en tabla, pero disponibles bajo solicitud) arrojan que conforme más reciente es la oleada las personas venezolanas son más jóvenes, tienden menos a tener estudios profesionales y reportan menores ingresos.

Ante la posibilidad de una menor afiliación en cierto régimen de seguridad médica, se analizó el tipo de régimen por país de nacimiento y periodo de arribo (Figura 1). Se encontró que 69 % de las personas venezolanas están inscritas en el régimen contributivo y 31 % en el subsidiado, proporciones que son similares en la población nativa. No obstante, de acuerdo con el periodo de llegada, es notorio que las oleadas 2013-2017 y 2017-2018 presentan menor probabilidad de afiliación en el régimen subsidiado que quienes inmigraron antes de 2013 (diferencias significativas al 95 % de confianza), a pesar de presentar mayor vulnerabilidad socioeconómica.

Figura 1

Porcentaje de personas colombianas y venezolanas entre los 14 y 65 años de edad por tipo de afiliación al régimen de seguridad en salud y periodos de arribo. Áreas urbanas más importantes de Colombia, 2018



Fuente: Elaboración propia, con base en la GEIH-2018.

En general, el perfil sociodemográfico y laboral de las personas venezolanas difiere del de las colombianas (Tabla 2). En cuanto a las características sociodemográficas, entre la población venezolana hay más hombres de edades jóvenes con grado de bachiller que con bachillerato incompleto, en unión libre y coresidiendo con personas menores de 5 años. Por otra parte, el perfil laboral de las personas venezolanas corresponde a una población que trabaja más, pero con peores condiciones laborales. Básicamente, solo 15 % de las personas trabajadoras venezolanas logran tener un contrato escrito, en contraste con 48 % de las colombianas. Un alto porcentaje de personas venezolanas (47 %) trabaja con contrato verbal y sin contrato laboral (38 %), al desempeñar actividades como ayudantes o por cuenta propia; cifras que son superiores que entre las personas colombianas. Por último, en cuanto al ingreso, también la población venezolana percibe menores

ingresos, un 35 % recibe menos de un salario mínimo en comparación con un 23 % de la población colombiana.

Tabla 2

Características sociodemográficas y laborales de la población entre 14 y 65 años por país de nacimiento y afiliación al sistema de salud. Áreas urbanas más importantes de Colombia, 2018.

Variables	Personas colombianas			Personas venezolanas		
	Sí afiliación	No afiliación	Total	Sí afiliación	No afiliación	Total
Hombre	47	58	48	53	51	51
14-17 años	8	6	8	8	7	7
18-28 años	26	38	27	37	49	46
29-65 años	65	56	65	55	44	47
Bachillerato incompleto	35	39	35	18	32	28
Bachiller	39	43	39	43	48	47
Técnico o tecnólogo	12	10	12	12	11	11
Universitario o superior	14	8	14	26	10	14
Soltero	35	45	36	33	31	31
Unión libre menor a 2 años	3	6	3	6	10	9
Unión libre mayor a 2 años	25	23	25	27	36	34
Casado	21	9	21	26	12	15
Separado, divorciado o viudo	15	17	15	7	11	10
Con personas menores de 5 años	23	24	23	39	43	42
Trabaja	67	55	66	75	69	71
Contrato verbal	16	38	17	22	56	47
Contrato escrito	51	3	48	54	2	15
Sin contrato laboral	33	59	35	24	42	38
Ingresos- No percibe	41	53	42	31	38	36
<=1 salario mínimo	23	24	23	26	39	35
>1 a <=2 salarios mínimos	25	19	25	33	22	25
>2 a <=3 salarios mínimos	5	2	5	4	1	2
> 3 salarios mínimos	6	1	6	7	0	2
Ingresos (media)	1 179 625	724 722	1 154 450	1 316 745	605 546	790 781
Bogotá	36	48	37	40	38	38

Fuente: Elaboración propia, con base en la GEIH-2018.

Es interesante, también, observar las diferencias en los perfiles de quienes cuentan con seguridad social en salud, ya que reflejan la alta selectividad de la población venezolana que logra obtenerla.

Entre las personas venezolanas con afiliación, en comparación con quienes no la tienen, es más común ser hombre, adulto (de 29 a 65 años), tener estudios universitarios o superiores, estar casado, sin personas menores de 5 años, trabajar, contar con un contrato escrito y recibir un mayor ingreso. Este perfil es similar al de las personas colombianas afiliadas, solo difiere en cuanto a que entre la población colombiana con afiliación a dicho sistema se ubican más mujeres y no hay diferencias en la inscripción al sistema de salud cuando se vive con menores de 5 años.

No obstante, sobresale un muy alto nivel de estudios en aquellas personas venezolanas que gozan del sistema de atención sanitaria en Colombia. Un 26 % tienen un grado universitario o superior en contraste con solo 14 % de las personas colombianas, además, tienden a tener un contrato escrito e ingresos superiores. En cambio, las personas migrantes venezolanas que no tienen afiliación al sistema de asistencia médica, ganan en promedio ingresos más bajos que las personas colombianas que comparten esta misma situación.

En la Tabla 3, se presentan los resultados de los modelos *logit*. Se encuentra que la población venezolana tiene momios 98 % menores que la colombiana de afiliarse al sistema de salud (1-0,02 %), una vez considerado el perfil sociodemográfico y laboral. Esto es equivalente a una probabilidad ajustada de 42 % para las personas venezolanas, respecto a 97 % para las colombianas (estimaciones propias derivadas del Modelo 1). Al evaluar los periodos de arribo (Modelo 2), se puede determinar que las personas venezolanas que llegaron en 2013 o antes presentan 68 % momios menores de afiliación al sistema de salud en relación con las personas colombianas. La población migrante venezolana de las oleadas 2013-2017 y 2017-2018 poseen momios 97 % y 99 % menores, respectivamente, de afiliación a este sistema que la colombiana. En términos de probabilidades ajustadas, esto es equivalente a probabilidades de 91 %, 54 % y 20 % para los anteriores periodos de arribo, respectivamente (ver Total en Figura 2).

Tabla 3

Modelos *logit* para la afiliación al sistema de salud (OR=razones de momios). Áreas urbanas más importantes de Colombia, 2018

Variables	Asociación bivariada		Modelo 1 multivariado		Modelo 2 multivariado	
	OR	p> z	OR	p> z	OR	p> z
Persona venezolana (colombiana)			0,02	***		
Persona venezolana -2013 o antes	0,33	***			0,32	***
Persona venezolana -2013-2017	0,04	***			0,03	***
Persona venezolana -2017-2018	0,01	***			0,01	***
Hombre (Mujer)	0,69	***	0,57	***	0,57	***
Edad (29-65 años)						
14-17 años	1,08	***	2,50	***	2,53	***
18-28 años	0,53	***	0,81	***	0,82	***
Educación (bachillerato incompleto)						
Bachiller	0,95	***	0,97	***	0,97	***
Técnico o tecnólogo	1,31	***	0,80	***	0,81	***
Universitario o superior	1,75	***	0,85	***	0,85	***
Estado conyugal (soltero)						
Unión libre < 2 años	0,93	***	0,97	***	0,97	***
Unión libre >= 2 años	0,48	***	0,58	***	0,57	***
Casado	1,05	***	1,30	***	1,29	***
Separado o divorciado, o viudo	2,33	***	2,62	***	2,63	***
Con menores de 5 años (no)	0,78	***	0,92	***	0,93	***
Contrato (no trabaja)						
Contrato verbal	0,52	***	0,85	***	0,86	***
Contrato escrito	25,62	***	37,61	***	37,01	***
Sin contrato	0,89	**	1,01	*	1,01	*
Ingresos (no percibe)						
<=1 salario mínimo	1,00	***	0,96	***	0,97	***
>1 a <=2 salarios mínimos	1,51	***	1,03	***	1,03	***
>2 a <=3 salarios mínimos	3,51	***	1,32	***	1,29	***
>3 salarios mínimos	6,91	***	2,15	***	2,03	***
Bogotá (no)	0,69	***	0,56	***	0,56	***
<i>Log likelihood</i>			-3399145		-3367879	

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1; categoría de referencia entre paréntesis

Fuente: Elaboración propia, con base en la GEIH-2018.

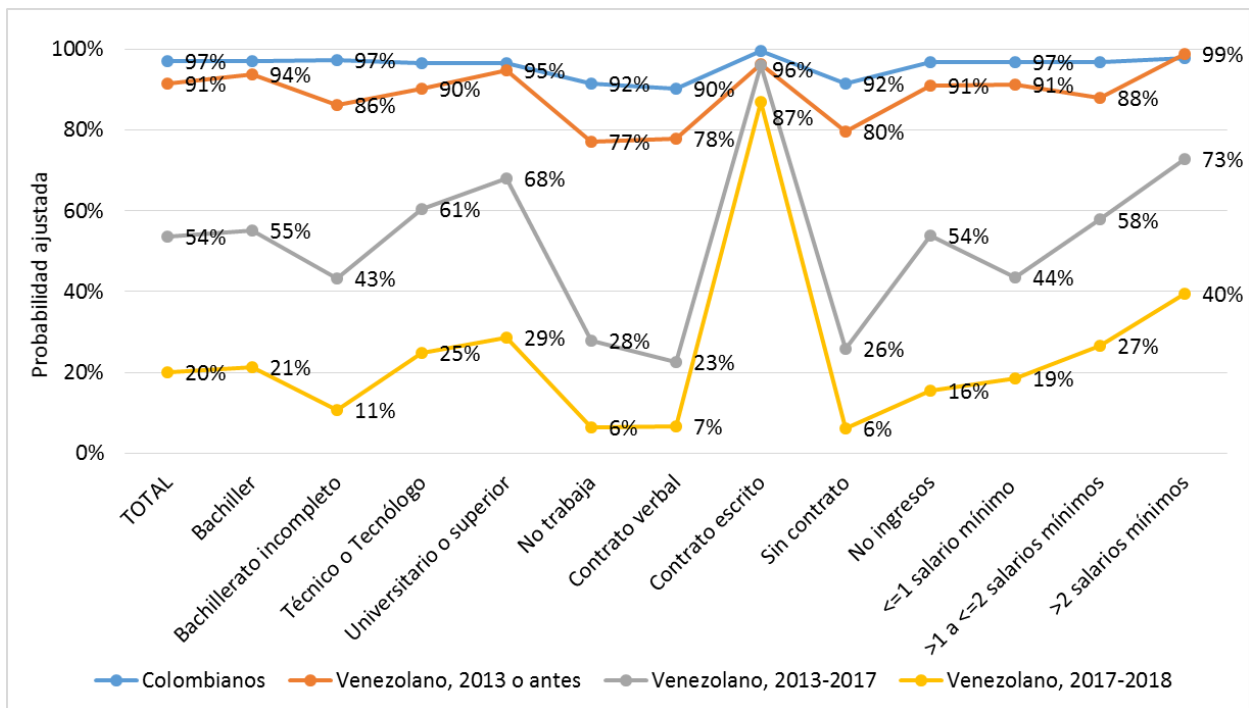
En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró en las relaciones bivariadas que las personas que tienen mayor afiliación al sistema de salud son las mujeres, respecto a los hombres, los adolescentes, en contraste con las personas adultas; aquellos con carrera técnica o universitaria, que quienes tienen bachillerato incompleto; las personas casadas, separadas o viudas, en contraste con las solteras; quienes no coresiden con menores de 5 años, y aquellas personas que residen fuera de Bogotá. Este último resultado no era el esperado y se piensa que podría estar vinculado a la saturación o la burocratización de los servicios en la capital. En cambio, los resultados de la edad coinciden con los encontrados por Guarnizo y Agudelo (2008), quienes en 1994-2000 detectaron una menor afiliación a dicho sistema entre la población joven que entre la población adulta, debido a las condiciones de desempleo y subempleo que afectan más a la primera. En los modelos multivariados, se conservó la misma dirección y significancia de la mayoría de estas asociaciones. La única variable que cambió de dirección fue el nivel de estudios, por estar vinculada al acceso al empleo formal.

Las variables laborales estuvieron fuertemente asociadas a la afiliación al sistema de atención sanitaria (Tabla 3). En las asociaciones bivariadas, trabajar con contrato escrito, respecto a no trabajar, fue la variable que tuvo la relación de mayor magnitud con dicha afiliación. En contraste, trabajar con contrato verbal o trabajar sin contrato, en comparación con no trabajar, se asociaron negativamente a dicha afiliación. Además, los ingresos mostraron una relación positiva, a mayores ingresos mayor inscripción al sistema de salud. Al estimar los modelos multivariados (Modelos 1 y 2), trabajar con contrato escrito, respecto a no trabajar, siguió siendo la variable con la asociación de mayor fuerza, pero las diferencias entre trabajar sin contrato y no trabajar se redujeron. En el caso del ingreso, mantuvo una relación positiva con la afiliación a dicho sistema, a excepción de la población que gana menos de un salario mínimo, cuya afiliación fue menor que incluso en aquellos sin ingresos.

Las probabilidades ajustadas derivadas del Modelo 2 (Figura 2) revelan que el capital humano y las variables laborales condicionan la probabilidad de estar afiliado al sistema de salud, pero que su impacto es distinto en las diferentes cohortes de arribo. En las personas venezolanas que arribaron en 2013 o antes, ganar más de 2 salarios mínimos y trabajar con contrato escrito son las características que más benefician la afiliación al sistema de salud. En contraste, para quienes llegaron recientemente (2013-2017 o 2017-2018), se incrementa notablemente la afiliación al sistema de salud a mayor educación y mayores ingresos, así como al tener una inserción laboral con contrato escrito. La informalidad del empleo (trabajar con contratos verbales o sin contratos) repercute negativamente en dicha afiliación en todos los grupos, sobre todo en quienes llegaron en 2013-2017 y 2017-2018.

Figura 2

Probabilidades ajustadas de afiliación al sistema de salud por periodos de arribo de acuerdo con características selectas. Áreas urbanas de Colombia, 2018.



Fuente: Elaboración propia, con base en la GEIH- 2018.

En comparación con las personas venezolanas, la población colombiana tiene probabilidades superiores de afiliarse al sistema de salud en todas las categorías analizadas. Lo anterior, es superado escasamente por las personas venezolanas que ganan más de 2 salarios mínimos y que llegaron en 2013 o antes. Tanto en personas colombianas como venezolanas con más de 5 años en Colombia, el capital humano y el tipo de inserción laboral tienen un menor impacto en la afiliación, ya que se pueden haber beneficiado de políticas públicas a favor de la equidad en este derecho social, además, con el tiempo, es más probable que haya aumentado la necesidad de atenderse en el sistema de salud (Hasalani, 2015) y, por lo tanto, se haya realizado el trámite de afiliación. En cambio, entre las personas venezolanas que llegaron a Colombia entre 2013 y 2018, es evidente la necesidad de políticas públicas efectivas para incrementar la afiliación al sistema de salud.

5. Conclusiones

En este artículo se analizó el nivel de afiliación al sistema de salud de las personas venezolanas en Colombia por periodo de arribo, así como los factores sociodemográficos y laborales asociados. Se logró comprobar, a través de modelos *logit* multivariados, la baja afiliación de las personas venezolanas a dicho sistema y la reducción en la afiliación, conforme más reciente es la migración a Colombia. Estas cifras están por debajo de las reportadas a partir de la GEIH-2017 (Reina et al., 2018). Con base en la GEIH-2018, se evidencia que solo 24,5 % de las personas migrantes venezolanas están afiliadas al sistema de salud en Colombia y que su inscripción ha caído drásticamente en las últimas oleadas, de 82,2 % entre quienes arribaron en 2013 o antes a 34,8 % y 10,4 % entre quienes llegaron en los años 2013-2017 y 2017-2018, respectivamente. Si bien estas cifras aumentan ligeramente después de ser estandarizadas, indicando que una parte de las diferencias en dicha afiliación se deben al perfil socioeconómico de las personas venezolanas, las desventajas de estas personas siguen siendo muy amplias.

Estos resultados reflejan que el estatus migratorio es un marcador de vulnerabilidad estructural (Quesada, Hart y Bourgois, 2011; Bourgois et al., 2017), que se enlaza con las desigualdades de origen, lo que en conjunto puede mermar las oportunidades de las personas migrantes con respecto a su inserción laboral y social y su futuro bienestar. En particular, al no contar con seguro de salud, estas personas podrían posponer la atención a la salud o simplemente no obtenerla, como ocurre en otros países (Hasalani, 2015; Benítez y Velasco, 2019), lo cual podría ser particularmente grave para las personas venezolanas de oleadas recientes, quienes migraron buscando la supervivencia y pueden estar enfrentando situaciones complejas de salud (Castillo et al, 2018). No obstante, una limitación de la GEIH-2018 es que no contempla el estado de salud de la población y, por lo tanto, no se sabe qué tanto esta falta de acceso al sistema de salud se vincula a la demanda insatisfecha de servicios sanitarios.

Otro hallazgo es que la población venezolana que logra afiliarse a la seguridad social en salud es altamente selecta en términos de capital humano y económico. Esta población tiene mayores niveles de estudios universitarios, tiende a trabajar, percibe mayores ingresos y tiende a contar con contrato escrito. Lo anterior, contrasta con los resultados de la población colombiana con bajo capital humano, en situación de pobreza y con contrato laboral verbal o sin contrato, quienes presentan mucho mayor acceso al sistema de salud que las personas venezolanas.

Tener contrato laboral escrito fue la variable que más incidió en la afiliación al sistema de salud, lo cual podría estar ligado a la posibilidad de tener un empleo con prestaciones o la necesidad de inscribirse para prestar sus servicios. Este resultado concuerda con investigaciones previas que identifican tener un empleo con contrato o prestaciones como un factor fundamental en dicha afiliación (Carrasquillo, Carrasquillo y Shea, 2000; Goldman, Smith y Sood, 2005; Benítez y Velasco, 2019). En Colombia, la empresa está obligada por ley a registrar a la persona empleada en el seguro de salud y pagar un porcentaje de la cuota mensual si es un contrato escrito con beneficios o a verificar la inscripción de la persona prestadora, cuando se trata de un contrato escrito por

“prestación de servicios”, en el que la responsabilidad de aseguramiento recae en la misma persona trabajadora. Sin embargo, solo 15 % de personas trabajadoras venezolanas tienen contrato escrito, en cualquier modalidad; en contraste al 48 % de las colombianas. Al analizar las probabilidades ajustadas de afiliación a dicho sistema, de acuerdo con el tipo de contrato por periodos de arribo, se observa que el efecto del contrato escrito en las probabilidades de afiliación se incrementa en los últimos periodos de arribo, mostrándose que, de existir mejores condiciones de empleo, las personas venezolanas podrían mejorar sustancialmente su afiliación al sistema de salud.

También un alto grado de formación académica y un nivel de ingresos superior ejercieron un mayor efecto en las posibilidades de afiliación al sistema de salud de las personas venezolanas que arribaron durante los años 2013-2017 y 2017-2018, en comparación con quienes llegaron en 2013 o antes. Es posible que la población con más de 5 años en Colombia haya migrado de manera documentada y se haya beneficiado de políticas a favor de la equidad en el sistema de salud, además, haya requerido hacer uso de los servicios de salud y aprendido cómo navegar dicho sistema, tal como ocurre entre personas venezolanas en Chile (Benítez y Velasco, 2019); situación que no ha ocurrido entre las personas venezolanas de reciente arribo a Colombia.

A pesar de las políticas aplicadas por el Gobierno, especialmente el PEP, junto al marco jurídico implementado por el Estado para atender y proteger a la población migrante procedente de Venezuela, esta población presenta muy bajas tasas de afiliación al sistema de salud y fuertes desigualdades en dicha afiliación, de acuerdo con la formalidad del trabajo y sus capitales humano y económico. Esto lleva a pensar que existen problemas de diseño o de focalización de las políticas públicas o múltiples barreras para la aplicación efectiva de las políticas, como, por ejemplo, las dificultades para la regularización de personas migrantes indocumentadas en Colombia, la falta de difusión sobre los derechos de esta población en las EPS y la forma de inscribirse, la burocracia, la xenofobia y la existencia de otras barreras socioeconómicas y geográficas no medidas en este artículo.

La inserción de la población venezolana en los regímenes de salud es apremiante en Colombia para el mejoramiento y mantenimiento de su calidad de vida, ya que posibilita la atención a sus problemas de salud de una manera integral y no limitada a emergencias. Las circunstancias que se viven en este periodo de pandemia (COVID-19) han puesto en relieve que la equidad en el acceso a los servicios de salud es requisito indispensable para el bienestar nacional. Es evidente que el Estado colombiano fue superado por la migración masiva de Venezuela desde antes de la pandemia y el apoyo financiero de los organismos internacionales y su vigilancia en el cumplimiento de las políticas públicas son requeridos no solo para solventar la crisis sanitaria actual sino para ampliar el aseguramiento en el sistema sanitario de la población venezolana, de manera que pueda atender sus problemas de salud de manera integral a mediano y largo plazo e incorporarse exitosamente a la nación colombiana.

6. Referencias

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2018a). *Tendencias globales, desplazamiento forzado en 2017*. Recuperado de <https://www.acnur.org/es-mx/stats/globaltrends/5b2956a04/tendencias-globales-desplazamiento-forzado-en-2017.html>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2018b). *Venezuela Situation, As of May 2018*. Recuperado de <http://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Venezuela%20situation%20Update-%20May%202018.pdf>
- Banco Mundial. (2018). *Migración desde Venezuela a Colombia: impactos y estrategia de respuesta en el corto y mediano plazo*. Recuperado de <https://r4v.info/es/documents/download/66643>
- Benítez, A. y Velasco, C. (2019). Desigualdades en salud: Brechas en acceso y uso entre locales e inmigrantes. En I. Aninat y R. Vergara (Eds.), *Inmigración en Chile, una mirada multidimensional* (pp. 191-235). Santiago, Chile: Fondo de Cultura Económica y Centro de Estudios Públicos.

- Bourgois, P., Holmes, S., Sue, K. y Quesada, J. (2017). Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care. *Academic Medicine*, 92(3), 299–307.
- Carrasquillo, O., Carrasquillo, A. y Shea, S. (2000). Health insurance coverage of immigrants living in the United States: differences by citizenship status and country of origin. *American journal of public health*, 90(6), 917–923.
- Castillo, J. Ayala, S. Prada, T. Ocampo, D. Cajiao, A. Lleras, M. Rubio, G. Silva, A. y Zárata, L. (2018). *Seguridad ciudadana y migración venezolana: Análisis exploratorio*. Fundación Ideas para la Paz. Recuperado de <http://ideaspaz.org/media/website/migracion-final.pdf>
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2018). *Documento CONPES 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela*. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3950.pdf>
- Cubillos, A. y Ardón, N. (2018). Realidades en la salud de las poblaciones migrantes: el caso de los migrantes venezolanos en el contexto colombiano. En J. Koechlin y J. Eguren (Eds.), *El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración* (pp. 97-114). Lima, Perú: Universidad Antonio Ruiz de Montoya, Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo, Konrad-Adenauer Stiftung, Naciones Unidas, OIM.
- Cubillos, A. y Fernández, J. (2019). *El derecho a la salud no tiene nacionalidad*. Periódico *El Espectador*. Recuperado de <https://www.elespectador.com/opinion/el-derecho-la-salud-no-tiene-nacionalidad-columna-888493>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). *Colombia-Gran Encuesta Integrada de Hogares* (GEIH-2018). Colombia. Dirección de Metodología y Producción Estadística (DIMPE). Recuperado de <http://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/547>
- Fernández, J. y Bojórquez, I. (2018). Migration of Venezuelans to Colombia. *The Lancet*, 392(10152), 1013-1014.

- Fernández, J., Rojas, M., Bojórquez, I., Giraldo, V., Sobczyk, R., Acosta, J., Flórez, V. y Rodríguez, D. (2019). Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Salud UIS*, 51(3), 208-219.
- Goldman, D., Smith, J. y Sood, N. (2005) Legal Status and Health Insurance among Immigrants. *Health Affairs*, 24(6): 1640-1653.
- González-Rábago, Y. (2014). Los Procesos de Integración de Personas Inmigrantes: Límites y Nuevas Aportaciones para un Estudio más integral. *Athenea Digital*, 14(1), 195-220.
- González, L. (2019). El derecho a la salud de los migrantes venezolanos en Colombia. Situación actual, retos y recomendaciones. En A. Castro Franco (Ed.), *Venezuela migra: aspectos sensibles del éxodo hacia Colombia* (pp. 153-210). Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia.
- Guarnizo, C. y Agudelo, C. (2008). Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 44-57.
- Guataqui, J. (2017). Política pública e impacto de la migración de venezolanos en el sector laboral y de salud. En A. Castro y D. Solano (Eds.), *La inmigración de venezolanos a Colombia: Impacto de una migración forzada* (pp. 17-22). Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia. Recuperado de <https://icrp.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/sites/4/2017/11/DOC-DE-TRABAJO-92.pdf>
- Hasalani, S. H. (2015). Immigrant-Native Disparities in Perceived and Actual Met-Unmet Need for Medical Care. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(5), 1337-1346.
- Ingleby, D., Chimienti, M., Hatziprokopiou, P., Ormond, M. y De Freitas, C. (2005). The Role of Health in Integration. En M. Fonseca y J. Malheiros (Coords.), *Social Integration and Mobility: Education, Housing and Health. State of the Art Report* (pp. 101-137). Lisboa, Portugal: IMISCOE Network of Excellence on Immigration, Integration and Social Cohesion in Europe. Recuperado de <http://www.ceg.ul.pt/migrare/publ/Cluster%20B5.pdf>
- Kennedy, S. Kidd, M. McDonald, J. y Biddle N. (2015). The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. *International Migration & Integration*, 16(2), 317-332.
- Mejía, A., Sánchez, A. y Tamayo, J. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9(1), 26-38.

- Migración Colombia. (2 de Noviembre de 2019). *Contenido. Preguntas Frecuentes* [Mensaje en un blog] Recuperado de <https://migracioncolombia.gov.co/atencion-al-ciudadano/102-atencion-al-ciudadano/preguntas-frecuentes>
- Migración Colombia. (2020). *Radiografía: Venezolanos en Colombia*. Recuperado de <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-marzo-de-2020>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2004). *Sistema de Seguridad Social en Salud, Régimen Contributivo*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Decreto Número 780 de 2016*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Circular 025 de 2017*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Circular%20No.%20025%20de%202017.p
df](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Circular%20No.%20025%20de%202017.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Aseguramiento al sistema general de salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubidiado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>
- Organización de Estados Americanos. (1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador"*. Recuperado de <https://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-52.html>

- Organización Internacional para las Migraciones, Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2013). *Migración Internacional, salud y derechos humanos*. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2008). El Derecho a la Salud. *Folleto Informativo Número 31*. Recuperado de https://acnudh.org/load/2018/04/31_Factsheet31sp.pdf
- Proyecto Migración Venezuela. (2020). *Las 10 respuestas sobre el nuevo permiso laboral para migrantes venezolanos*. Recuperado de <https://migravenezuela.com/web/articulo/dudas-y-respuestas-del-permiso-especial-de-permanencia-para-el-fomento-de-la-formalizacion/1686>
- Quesada, J., Hart, L, y Bourgois, P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339–362.
- Reina, M., Mesa, C. y Ramírez, T. (2018). *Elementos para una política pública frente a la crisis de Venezuela*. Fedesarrollo-Centro de investigación Económica y Social. Recuperado de <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/3680>
- Restrepo, J., Silva, C., Andrade, F. y Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 242-265.
- Robayo, M. (2018). Venezolanos en Colombia, de la lógica de la migración transfronteriza a un fenómeno de movilidad humana sin precedentes. En *Coyuntura Económica Internacional. Colombia, Venezuela y el mundo* (27 Ed., pp.22-24). Cámara Colombo-Venezolana.
- Ruiz, F. y Zapata, T. (2015). *La Equidad en salud para Colombia, Brechas Internacionales y territoriales*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf>
- Santa María, M., García, F., Rozo, S. y Uribe, M. (2011). Un Diagnóstico General del Sector Salud en Colombia: Evolución, Contexto y Principales Retos de un Sistema en Transformación. En M. Santa María (Ed.), *Efectos de la Ley 100 en Salud, Propuestas de Reforma* (pp. 1-81). Bogotá, Colombia: Fedesarrollo.

Sserwanja, Q. y Kawuki, J. (2020). Migrant Health: Healthy Migrant Effect and the Need to Prioritize Migrant Health. *Asian Journal of Medicine and Health*, 18(6), 11-16.

Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales. (2018). Abecé. Empleados y beneficiarios de regímenes especiales o exceptuados con ingresos adicionales como trabajador independiente. Recuperado de <https://www.ugpp.gov.co/sites/default/files/sites/default/files/parafiscales/14122018-Regimen-Especial.pdf>

Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. (2019). *Ruta de Atención a Migrantes Venezolanos en Colombia. Preguntas frecuentes de ciudadanos venezolanos*. Recuperado de <http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/RAMV/SitePages/Preguntas%20Frecuentes.aspx>

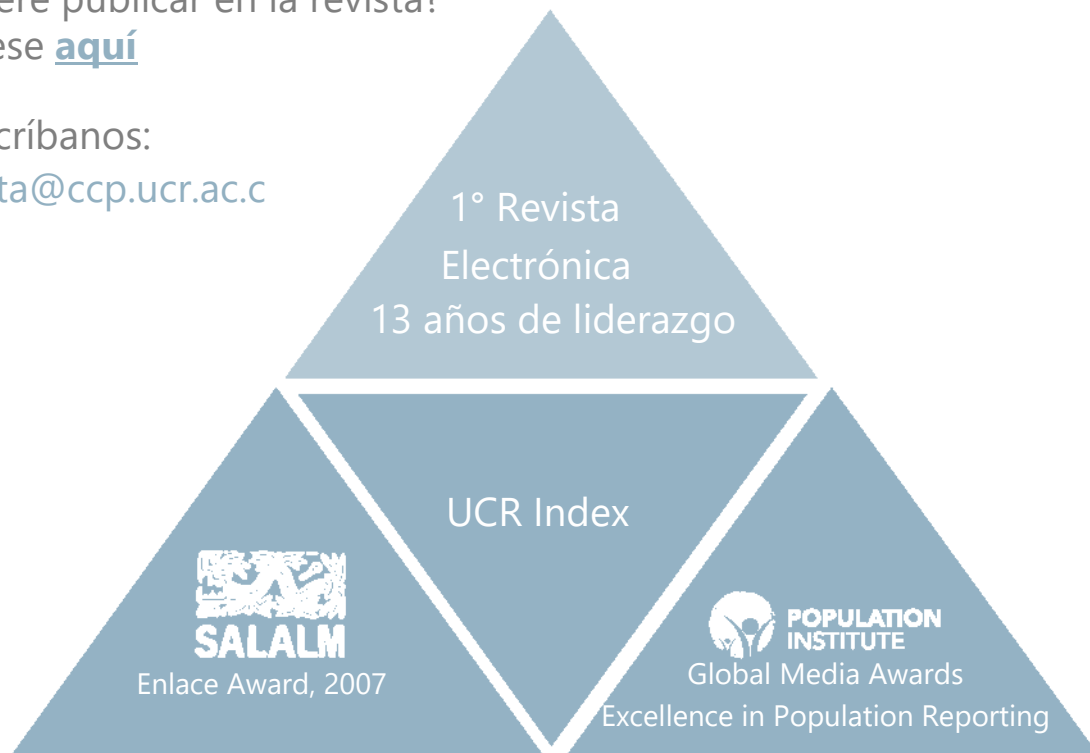
Universidad del Rosario y Konrad Adenauer Stiftung. (2018). *Retos y Oportunidades de la Movilidad Humana venezolana en la construcción de una Política Migratoria Colombiana*. Bogotá-Colombia: Observatorio de Venezuela. Recuperado de <https://www.kas.de/documents/287914/287963/Retos+y+oportunidades+de+la+movilidad+humana+venezolana+en+la+construcci%C3%B3n+de+una+pol%C3%ADtica+migratoria+colombiana.pdf/bcee4a33-9677-4405-bc16-b10dc4565937>

Vargas, I., Vázquez, L. y Mogollón, A. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de salud pública*, 12(5), 701-712.

Población y en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?
Ingrese [aquí](#)

O escribanos:
revista@ccp.ucr.ac.c



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



 Revista Población y Salud en Mesoamérica -

Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

