

Derecho a la atención en salud para las personas migrantes en situación irregular en Colombia: entre estándares normativos y barreras prácticas

Stefano Angeleri

Lucía Ramírez Bolívar

Lina Arroyave Velásquez



DOCUMENTOS 88

Con el apoyo de:



HUMAN
RIGHTS
CENTRE



Cofinanciado por
la Unión Europea

Dejusticia

DOCUMENTOS 88

Resumen

Cerca de ocho millones de personas han salido de Venezuela en los últimos ocho años a causa de la emergencia humanitaria compleja por la que atraviesa este país y el 37% de esta población se encuentra en Colombia, lo que lo convierte en el principal país receptor. Las personas migrantes llegan a Colombia con una serie de necesidades básicas insatisfechas relacionadas con sus derechos fundamentales, como la salud, la alimentación y la educación, y una vez en Colombia siguen enfrentando barreras para que se les garanticen sus derechos. Estas barreras se agravan en el caso de las personas que han tenido que migrar informalmente y que no pueden acceder a un estatus migratorio regular y estable. Por ejemplo, las personas migrantes en situación irregular no pueden acceder a servicios de salud a excepción de las urgencias. En este contexto, la investigación “Derecho a la atención en salud para las personas migrantes en situación irregular en Colombia: entre estándares normativos y barreras prácticas” analiza el alcance del derecho a las atenciones en salud para esta población y formula recomendaciones que contribuyan a ampliar y fortalecer su acceso a los servicios de salud. Para alcanzar el objetivo, este documento ofrece un análisis en dos perspectivas: una normativa y otra práctica, así como una mirada transversal desde la interseccionalidad, que incluye una atención particular a la situación de grupos históricamente discriminados, como las mujeres y los niños, niñas y adolescentes y un enfoque diferencial para la formulación de las recomendaciones.

Palabras clave: Derecho a la salud, migración, Colombia, estatus migratorio, atención de urgencias.

Abstract

Around eight million people have left Venezuela in the last eight years due to the complex humanitarian emergency the country is facing, and 37% of this population is in Colombia, making it the main receiving country. Migrant individuals arrive in Colombia with a series of unmet basic needs related to their fundamental rights, such as health, food, and education, and once in Colombia, they continue to face barriers to have their rights guaranteed. These barriers worsen for those who have had to migrate informally and are unable to access a regular and stable migratory status. For instance, irregular migrants are unable to access health services except in emergency situations. In this context, the research titled “Right to Health Care for Irregular Migrants in Colombia: Between Normative Standards and Practical Barriers” examines the extent of the right to health care for this population and formulates recommendations aimed at expanding and strengthening their access to health services. To achieve the objective, this document offers an analysis in two perspectives: a normative one and a practical one, as well as a cross-cutting view through intersectionality, which includes particular attention to the situation of historically discriminated groups, such as women, and children, adolescents; and a differential approach for the formulation of recommendations.

Keywords: Right to health, migration, Colombia, migratory status, emergency care.

Para citar este libro:

Angeleri, S., Ramírez Bolívar, L., & Arroyave Velásquez, L. (2024). *Derecho a la atención en salud para las personas migrantes en situación irregular en Colombia: entre estándares normativos y barreras prácticas*. Dejusticia.

**Derecho a la
atención en
salud para
las personas
migrantes
en situación
irregular en
Colombia:
entre estándares
normativos y barreras
prácticas**

STEFANO ANGELERI

Abogado egresado de la Universidad de Milán, con doctorado en Derecho de la Universidad de Galway. Investigador de la Universidad Queen's de Belfast, académico visitante del Centro FXB de Salud y Derechos Humanos de la Universidad de Harvard, y experto en derechos humanos, salud, migración, derecho internacional y justicia social.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9190-8481>

LUCÍA RAMÍREZ BOLÍVAR

Abogada, especialista en Derecho Constitucional de la Universidad Nacional de Colombia y magíster en Trabajo Social de la Universidad de Chicago. Ha trabajado en investigación, docencia y litigio en derechos humanos. En Dejusticia, fue coordinadora de temas de migración y Venezuela, y actualmente lidera la línea de Género.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9429-5812>

LINA ARROYAVE VELÁSQUEZ

Abogada y magíster en Derecho de la Universidad EAFIT. Sus intereses se centran en los flujos migratorios y las afectaciones a los derechos humanos de personas migrantes y refugiadas. En Dejusticia, fue investigadora de la línea de Justicia Transicional y actualmente es investigadora del área Internacional.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5445-2286>

Derecho a la atención en salud para las personas migrantes en situación irregular en Colombia: entre estándares normativos y barreras prácticas

Stefano Angeleri

Lucía Ramírez Bolívar

Lina Arroyave Velásquez



Cofinanciado por
la Unión Europea



Universidad del
Rosario

Facultad de
Jurisprudencia

documentos/Editorial **Dejusticia**

Stefano Angeleri

Derecho a la atención en salud para las personas migrantes en situación irregular en Colombia: entre estándares normativos y barreras prácticas/ Stefano Angeleri, Lucía Ramírez Bolívar, Lina Arroyave Velásquez – Bogotá: Editorial Dejusticia, 2024.

129 páginas; 24 cm. – (Documentos)

ISBN: 978-628-7517-84-4

1. Derecho a la salud 2. migración 3. Colombia 4. estatus migratorio
5. atención de urgencias

Documentos Dejusticia 88

DERECHO A LA ATENCIÓN EN SALUD PARA LAS PERSONAS MIGRANTES
EN SITUACIÓN IRREGULAR EN COLOMBIA: ENTRE ESTÁNDARES
NORMATIVOS Y BARRERAS PRÁCTICAS

ISBN: 978-628-7517-84-4 Versión impresa

ISBN: 978-628-7517-81-3 Versión digital

Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia

Calle 35 N° 24-31, Bogotá, D.C.

Teléfono: (57 1) 608 3605

Correo electrónico: info@dejusticia.org

<https://www.dejusticia.org>



Licencia Creative Commons 4.0 Internacional

Atribución - No Comercial - Compartir Igual

Puede ser descargado gratuitamente en <https://www.dejusticia.org>

Corrección de estilo: Andrés Felipe Hernández

Diseño de Portada: Diana Carolina González

Preprensa: Precolombi EU, David Reyes

Impresor: Xpress. Estudio gráfico y digital

Bogotá D. C., marzo de 2024

Contenido

LISTADO DE SIGLAS	XIII
AGRADECIMIENTOS	XV
I. INTRODUCCIÓN	1
1. Alcance, estructura y metodología de esta investigación	4
2. Precisiones conceptuales.....	9
2.1 El acceso a un estatus migratorio en Colombia	9
2.2 La atención primaria en salud: una necesaria referencia interdisciplinaria.....	12
II. EL DERECHO A LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR: MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL Y NACIONAL	15
1. Los derechos de las personas migrantes y el principio de igualdad y no discriminación	16
2. El derecho a recibir atenciones en salud de las personas migrantes en situación irregular	18
III. DESARROLLO DE LA JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL SOBRE EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR EN COLOMBIA.....	29
1. Reglas generales de la jurisprudencia	32
2. Atenciones en salud para niñas, niños y adolescentes	37
3. Atención a mujeres y personas gestantes.....	42
4. Personas con enfermedades crónicas y terminales	43

IV. ¿CUÁL ES EL ALCANCE DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS PARA LAS PERSONAS MIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR? BRECHAS ENTRE LA TITULARIDAD DE DERECHOS Y LA REAL PRESTACIÓN DE SERVICIOS47

- 1. Emergencias vitales y ulteriores atenciones de urgencias: cuestiones definitorias y la difícil identificación de casos “merecedores” de atención47**
- 2. Barreras normativas y financieras52**
- 3. Barreras estructurales y operativas.....54**
- 4. Barreras en los servicios de atención para las mujeres y personas gestantes.....57**
- 5. Exclusiones en la atención para niños, niñas y adolescentes no regularizados61**
- 6. Acciones individuales frente a las puertas “semicerradas” del sistema.....64**

V. EL PAPEL DE LOS ACTORES NO ESTATALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: EXTENSIÓN Y LÍMITES DE ACCIÓN.....69

- 1. Concepciones sobre el significado del derecho a la salud72**
- 2. Atenciones y programas en salud de las organizaciones no gubernamentales y humanitarias.....77**
- 3. Límites de acción de los programas de cooperación.....82**
 - 3.1 La dependencia del sector humanitario y sus limitaciones financieras, geográficas y estratégicas..... 82
 - 3.2 Rendición de cuentas y participación 86
 - 3.3 Enfoques poblacionales limitados y disponibilidad de servicios 87
 - 3.4 Problemas estructurales del sistema 90

VI. CONSIDERACIONES FINALES	
Y RECOMENDACIONES	93
Recomendaciones generales	96
1. Incluir las necesidades de las personas	
migrantes y refugiadas en los esfuerzos	
de reforma legal al sistema de salud	96
2. Crear medidas de regularización permanentes,	
accesibles y de largo plazo.....	98
3. Incluir medidas de enfoque diferencial	
en las políticas, los programas y los planes	
de atención en salud.....	99
Recomendaciones específicas	100
1. Recomendaciones dirigidas a las instituciones	100
2. Recomendaciones dirigidas a	
las organizaciones de la sociedad civil	102
REFERENCIAS	103
Normatividad nacional.....	113
Instrumentos y jurisprudencia internacional.....	115
Sentencias de la Corte Constitucional.....	118
ANEXOS	121
1. Listado de entrevistas, grupos focales	
y diarios de observación.....	122
2. Órdenes generales en la jurisprudencia	
de la Corte Constitucional sobre el derecho	
a la salud de las personas migrantes	
venezolanas en situación irregular	123
ÍNDICE DE RECURSOS GRÁFICOS	129

Listado de siglas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AHF	AIDS Healthcare Foundation
AMM	Asamblea General de la Asociación Médica Mundial
APS	Atención primaria de salud
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer
CERD	Convención sobre la Eliminación de la Discriminación Racial
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CMW	Comité para la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares
Comité DESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EAPB	Entidad administradora de planes de beneficios
EPS	Entidades prestadoras de salud
ETPMV	Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos
GIFMM	Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IDS	Instituto Departamental de Salud
INS	Instituto Nacional de Salud
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IPS	Instituciones prestadoras de servicios de salud

IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
LGBTQI+	Lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, <i>queer</i> e intersexuales
NNA	Niños, niñas y adolescentes
OACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OCHA	Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios
OEА	Organización de los Estados Americanos
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PARD	Proceso administrativo de restablecimiento de derechos
PEP	Permiso especial de permanencia
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PPT	Permiso por protección temporal
PQRS	Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias
R4V	Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela
RISS	Redes integrales de servicios de salud
RUMV	Registro Único de Migrantes Venezolanos
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
UCI	Unidad de cuidados intensivos
Unicef	United Nations Children's Fund/Fondo de las Naciones Unidas para la infancia
UPC	Unidad de pago por capitación
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
WHO	World Health Organization
WOLA	Washington Office on Latin America

Agradecimientos

Independientemente de nuestro género, etnia, edad, nacionalidad y estatus migratorio, entre otras características, todas las personas tenemos el derecho a gozar del más alto nivel de salud física y mental. No obstante, si bien las instituciones del Estado y diferentes actores de cooperación internacional y la sociedad civil han realizado diversos esfuerzos, las personas migrantes en situación irregular en Colombia enfrentan todavía grandes barreras para la garantía y el ejercicio efectivo de su derecho a la salud. Para superarlas, se necesita la voluntad política de las instituciones del Estado, pero también un trabajo mancomunado entre diferentes actores.

Un ejemplo del trabajo colaborativo que se requiere para avanzar en este tema es la presente investigación, que resulta de una alianza entre la academia y la sociedad civil. Este documento busca contribuir al establecimiento de nuevas políticas, programas y prácticas encaminadas a ampliar y fortalecer el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes en situación irregular. Alcanzar este objetivo no hubiera sido posible sin los aportes de muchas personas e instituciones, a quienes queremos extender nuestro profundo agradecimiento.

En primer lugar, nuestra gratitud con todas y cada una de las personas migrantes y refugiadas venezolanas que generosamente compartieron su tiempo e historias de vida a través de entrevistas, grupos focales y otros espacios de participación. Nuestro reconocimiento también a las organizaciones de población migrante, así como a sus líderes y lideresas, a agencias de cooperación, organizaciones de la sociedad civil, y, por supuesto, instituciones de carácter nacional, departamental y municipal que compartieron sus experiencias y reflexiones sobre este tema. En particular, agradecemos al Ministerio de Salud y Protección Social, la

Defensoría del Pueblo, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, las subredes integradas de salud de Bogotá, el Instituto Departamental de Salud (IDS) del Norte de Santander, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Unicef, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) Colombia, AIDS Healthcare Foundation, la Capellanía OFICA, la Cruz Roja Colombiana, la Fundación RadaBer, Humanity and Inclusion, Manitas Amarillas, MedGlobal, la Corporación Opción Legal, Profamilia, Red Somos, Samaritan's Purse, Save the Children y el Servicio Jesuita a Refugiados Colombia.

También, agradecemos de manera especial a la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad del Rosario, que ha sido el principal socio en Colombia del proyecto “HeaVen: Migración venezolana, derechos humanos y estrategias intersectoriales: hacia un nuevo derecho a la atención primaria de la salud para los migrantes irregulares en Colombia”, en el marco del cual se han recopilado los datos empíricos de esta investigación. Además, agradecemos la colaboración clave de los y las profesionales del programa “salud y migración” de la OIM. Una mención especial a las y los estudiantes de la Clínica Jurídica de Movilidad Humana Transfronteriza y del Grupo de Acción Pública de la Universidad del Rosario, quienes —bajo la coordinación de Nicolás Barón González y Daniela Yepes García— contribuyeron a la preparación y el análisis de los derechos de petición que hacen parte de las fuentes de información de este estudio.

En Dejusticia contamos también con diferentes apoyos para el desarrollo de esta investigación. Para validar los hallazgos y las recomendaciones, realizamos un seminario interno de discusión que contó con la retroalimentación de Laura Osorio, trabajadora social especialista en derechos humanos y derecho internacional humanitario, y de Adriana Torres Bastidas, abogada del equipo de Dejusticia especialista en temas de salud pública. Adicionalmente, contamos con los valiosos comentarios de las investigadoras Christy Crouse, Paola Molano, Mariana Matamoros, Paula Hurtado y Sofía Forero. Agradecemos, igualmente, a Daniel Tovar Medina, becario del área internacional, quien contribuyó en la revisión de sentencias y construcción de la línea jurisprudencial que presentamos en el tercer capítulo de esta investigación, y a Laura Paola Roza Vanegas, pasante del mismo equipo, quien apoyó la revisión y sistematización de las fuentes bibliográficas, entre otras tareas. También agradecemos a todo el equipo del área institucional de Dejusticia que

hace posible el trabajo de investigadoras e investigadores; en particular a Claudia Luque, coordinadora de la Editorial Dejusticia, quien lideró la publicación de esta investigación.

Finalmente, agradecemos el generoso apoyo e interés de la profesora Socorro Ramírez y de la Unión Europea (a través del programa de investigación e innovación Horizonte 2020 y del acuerdo de investigación Marie Skłodowska-Curie n.º 101032116), quienes nos proporcionaron los recursos financieros para adelantar este proyecto. Las opiniones y los contenidos de esta publicación son propiedad de sus autores, y no necesariamente reflejan la posición oficial de la Unión Europea ni profesional de la profesora Socorro Ramírez.

I. INTRODUCCIÓN

Cerca de ocho millones de personas han salido de Venezuela (R4V, 2023c) en los últimos ocho años a causa de la emergencia humanitaria compleja que atraviesa el país. Esta emergencia es la evidencia de una aguda crisis política, económica y social, lo que constituye una violación masiva de derechos civiles y políticos, así como de derechos económicos, sociales y culturales (Cartaya Febres *et al.*, 2020). Cerca del 37,2 % de las personas migrantes y refugiadas venezolanas se encuentran en Colombia (2 875 743), una cifra que lo convierte en el principal país receptor de esta población (Unidad Administrativa Migración Colombia, 2023b).

Para agosto de 2023¹, **cerca de tres millones de personas venezolanas vivían en Colombia**². De ellas, el 80,2 % (2 306 810) estaba autorizada³ y en proceso de autorización para obtener el permiso por protección temporal (PPT), un mecanismo de regularización establecido en el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos (ETPMV); y el 17,5 % se encontraban en situación irregular (Unidad

-
- 1 Esta es la fecha de corte de los datos más recientes que ha publicado Migración Colombia sobre la distribución de personas venezolanas en Colombia (Unidad Administrativa Migración Colombia, 2023b).
 - 2 Además, según la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V), para marzo de 2023, la población migrante con vocación pendular en Colombia fue de 1,9 millones, mientras que alrededor de 400 000 personas migrantes se encontraban en tránsito.
 - 3 Es de anotar que la categoría “autorizados” no es explicada en el documento donde se publican estas cifras y no es claro a qué se refiere específicamente.

Administrativa Migración Colombia, 2023a). Asimismo, para diciembre de 2022, el 51 % (1 491 034) de las personas venezolanas en Colombia eran mujeres; el 49 %, hombres (1 405 091), y el 0,02 % (623) se identifican con otra identidad de género. Aunque la mayoría de esta población tiene entre 18 y 29 años de edad, un porcentaje importante (26,8 %) son niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, y cerca del 4 % son personas mayores de 60 años (Unidad Administrativa Migración Colombia, 2022).

Las personas provenientes de Venezuela llegan a Colombia con una serie de necesidades básicas insatisfechas relacionadas con sus derechos fundamentales, como salud, alimentación y educación, entre otras. En 2022, el 50 % de los hogares en Venezuela se encontraba en situación de pobreza multidimensional y la desigualdad en los ingresos seguía aumentando. La prestación de servicios de salud por parte del Estado venezolano era precaria y la atención privada, muy costosa. Aunque el 47 % de las personas que participaron en la Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida 2022 está asegurado al sistema público, el uso de estos servicios disminuyó en un 70 % (Universidad Católica Andrés Bello, 2022).

Una vez están en Colombia, **las personas migrantes y refugiadas venezolanas siguen enfrentando barreras para que se les garanticen sus derechos, lo que les dificulta vivir en condiciones dignas**⁴. Estas barreras se agravan para las personas que han tenido que migrar informalmente y, por tanto, no pueden acceder a un estatus migratorio. Además de ser la autorización oficial para que una persona pueda entrar y permanecer en un país, el estatus migratorio regular es la vía principal en Colombia para el ejercicio de derechos fundamentales como salud, trabajo y educación, entre otros. Por ejemplo, las personas migrantes en situación irregular⁵ no pueden acceder a servicios de salud

4 Por decisión editorial, se usará la negrilla para hacer énfasis, no la cursiva que recomiendan las normas APA.

5 No hay una definición universal de migración irregular, pero, para efectos de este documento, incluimos dentro de esta categoría a las personas que han ingresado por pasos informales y no cuentan con documentación que las autorice a entrar y permanecer en el país, a las personas solicitantes de refugio cuya aplicación es rechazada, y a las personas que ya habían tenido un estatus migratorio pero este pierde vigencia o les es revocado.

—a excepción de las urgencias— y tampoco cuentan con autorización para trabajar, lo que las expone a ser víctimas de explotación laboral, tráfico y trata de personas, entre otras vulneraciones. Estas situaciones se agravan con las limitadas posibilidades de denunciar, debido al temor de ser expulsadas o deportadas del país por la falta de documentación (González Morales, 2023).

De acuerdo con la última ronda de la encuesta “Pulso de la migración” promovida por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), hubo un mayor reporte de problemas de salud en mujeres y personas mayores de 55 años. De las personas encuestadas, cerca del 35 % reportaron no estar afiliadas al sistema de salud. Cuando se indagaron las razones por las que no se encuentran afiliadas, el 56 % reportó que no cuenta con los documentos para afiliarse, el 15,4 % no sabe cómo hacerlo, el 15,1 % está tramitando la afiliación y el 9,8 % no cuenta con un empleo formal. Estos datos demuestran los obstáculos administrativos que enfrentan las personas migrantes para acceder a servicios de salud, los cuales se acentúan por factores como la irregularidad migratoria, la forma como se da el proceso migratorio, el estatus socioeconómico, la edad, el género, la orientación sexual, la pertenencia étnica o la discapacidad, entre otros (DANE, 2023).

La relación entre migración y salud es compleja y bidireccional, pues en general está caracterizada por “la idea de que existen determinados factores y condiciones que influyen en la salud de los migrantes” (Migration Data Portal, 2021). Estos factores se denominan **determinantes sociales de la salud**⁶, es decir “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”.

Así, las maneras como las personas migran y la posibilidad de acceder a un estatus migratorio constituyen factores de vulnerabilidad o resiliencia en salud (International Organization for Migration, 2006). El desarrollo de la experiencia migratoria, en todas sus fases,

6 Se trata de factores y arreglos sociales en los niveles micro y macro. Incluyen las políticas y normas que garantizan el acceso a los servicios de salud y que tienen un impacto en la salud física y mental de las personas (Organización Panamericana de la Salud, s. f.).

tiene entonces consecuencias sobre la vida, la salud y el bienestar de las personas (Wickramage *et al.*, 2018). De tal forma, los eventos y traumas premigratorios (violaciones a derechos humanos y persecución, entre otros); los abusos, la violencia y las condiciones materiales limitadas durante el tránsito; así como la discriminación, exclusión, pobreza y el acceso restringido a servicios esenciales en el país de llegada son factores que impactan de manera directa e indirecta el goce del derecho a la salud física y mental de las personas migrantes en situación irregular.

1. Alcance, estructura y metodología de esta investigación

El objetivo de esta investigación es **analizar el alcance del derecho a las atenciones en salud** para las personas migrantes con situación irregular en Colombia, además de formular **recomendaciones que contribuyan a ampliar y fortalecer su acceso** a los servicios de salud. Para alcanzarlo, este documento ofrece un análisis en dos perspectivas: una normativa y otra práctica. Además, se aplica una mirada transversal desde la interseccionalidad, que incluye prestar una atención particular a la situación de grupos históricamente discriminados, como las mujeres y los niños, niñas y adolescentes (NNA), al igual que un enfoque diferencial para la formulación de las recomendaciones.

Teniendo en cuenta que el derecho a la salud abarca tanto los cuidados médicos oportunos como las acciones sobre otros determinantes sociales de la salud (Comité DESC, 2000), es importante señalar que este documento no hace un análisis integral al alcance del derecho a salud, abarcando todas las determinantes sociales de la salud, de las personas migrantes en situación irregular, sino que se enfoca en el acceso a atenciones de urgencias y de primer nivel. Asimismo, cabe aclarar que debido a las características de la migración hacia Colombia, esta investigación se concentra en la situación de las personas migrantes provenientes de Venezuela, al ser la población extranjera más numerosa en el país. Sin embargo, se debe reiterar que **Colombia alberga personas migrantes y refugiadas de muchas nacionalidades, y no solo es un país receptor**, sino también expulsor y de tránsito.

Por otro lado, una de las limitaciones de la investigación es que **no aborda a profundidad** la situación de salud de grupos poblacionales como las comunidades étnicas, las personas LGBTIQ+ y las personas

con discapacidad, ni tampoco profundiza en temas como salud mental y salud oral, que pueden verse fuertemente afectadas por la falta de acceso a servicios. A pesar de estos vacíos, esperamos que las recomendaciones propuestas contribuyan a fortalecer las políticas de atención en salud —en sus diferentes dimensiones— dirigidas a todas las personas migrantes en situación irregular que se encuentran en el país.

De todas formas, esta investigación es novedosa en la medida que integra un riguroso y sistemático **análisis jurídico de las normas y la jurisprudencia** en Colombia sobre el derecho a la salud, en particular respecto a la atención en urgencias de la población migrante en situación irregular. Más aún, utiliza un **enfoque sociojurídico en la recopilación de datos empíricos** acerca de las barreras existentes para la realización concreta de un derecho a la salud que responda a las necesidades de la población y esté en conformidad con el derecho internacional y los estándares básicos de los estudios de salud pública global. Además de evidenciar el limitado alcance normativo en Colombia sobre el derecho a la salud de esta población, el documento evalúa las contribuciones y los enfoques para la realización del derecho a la salud de una variedad de actores, incluyendo actores humanitarios y líderes comunitarios, poniendo en marcha un **enfoque interdisciplinario y experimental de los derechos humanos** (De Burca, 2021).

Con respecto a la estructura, luego de esta introducción, el segundo capítulo presenta el marco normativo aplicable en Colombia al derecho a la salud de las personas migrantes en situación irregular. Este capítulo argumenta que los instrumentos internacionales de derechos humanos y la normatividad nacional pueden interpretarse favorablemente para ampliar el acceso a los servicios de salud más allá de las urgencias para esta población. Más adelante, considerando el importante rol que ha tenido la jurisprudencia de la Corte Constitucional para ampliar el acceso a atenciones en salud de las personas migrantes en situación irregular, el tercer capítulo presenta un análisis de las sentencias de tutela de los últimos dieciséis años en las cuales personas migrantes han solicitado la protección de su derecho a la salud. En este capítulo se muestra cómo la Corte Constitucional interpreta el concepto “urgencias” de manera expansiva, abarcando situaciones o enfermedades que requieren una atención inmediata y a mediano plazo, como la gestación y algunas enfermedades crónicas y degenerativas.

Para contrastar la perspectiva normativa y analizar cómo es el acceso a las atenciones en salud en la práctica, el capítulo cuarto estudia la brecha entre el estándar legal de protección en las atenciones de urgencias para población migrante en situación irregular y la realidad, marcada por el incumplimiento generalizado de la normatividad constitucional y del derecho internacional por parte de las entidades responsables de prestar el servicio de salud. Luego, el capítulo quinto analiza el papel complementario e intersectorial de actores humanitarios, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones de base comunitaria en cuanto a la protección y promoción del derecho a la salud de esta población, a partir del enfoque de atención primaria de salud (APS). Finalmente, el capítulo sexto aporta una serie de conclusiones y recomendaciones de política pública para avanzar en la garantía del derecho a la salud de las personas migrantes, independientemente de su estatus migratorio.

En términos metodológicos, para analizar la jurisprudencia constitucional del tercer capítulo se empleó la metodología de **construcción de líneas jurisprudenciales** desarrollada por el profesor Diego Eduardo López Medina en su libro *El derecho de los jueces* (2000). Esta permite estudiar el comportamiento de las decisiones de la Corte Constitucional planteando un problema jurídico a ser respondido, en este caso: ¿pueden las personas migrantes indocumentadas o sin estatus migratorio regular acceder a servicios de salud, además de la atención de urgencias en Colombia? Para construir este análisis, se revisaron cerca de 64 sentencias generadas entre los años 2007 y 2023.

Por su parte, la **recopilación de datos empíricos** se llevó a cabo durante el año 2022 en el marco de proyecto “HeaVen: migración venezolana, derechos humanos y estrategias intersectoriales”⁷. Consistió en:

7 El proyecto es financiado por el programa de investigación e innovación de la Unión Europea “Horizonte 2020” (Marie Skłodowska-Curie, beca n.º 101032116, título original: “HeaVen: Venezuelan migration, human rights and intersectoral strategies: Towards a new right to primary health care for irregular migrants in Colombia”). Ha sido implementado por Stefano Angeleri con el apoyo de la Universidad del Rosario y Queen’s University Belfast. Los comités de ética de ambas universidades aprobaron la metodología del estudio en febrero de 2022.

- Observación directa y participante con dos tipos de actores humanitarios en Bogotá, Cundinamarca y Norte de Santander⁸. Estas observaciones fueron diseñadas para comprender mejor el alcance de las actividades complementarias en salud de los actores humanitarios y las ONG, al igual que las relaciones entre los diferentes actores, e incluyeron una serie de entrevistas informales con las partes interesadas.
- Entrevistas semiestructuradas⁹ con personal administrativo, gerencial y clínico de 20 instituciones públicas y organizaciones humanitarias y comunitarias¹⁰. La muestra se identificó gracias a actividades de observación y se complementó con la técnica bola de nieve. A pesar de que se intentó garantizar la representatividad de género, las personas entrevistadas fueron

8 Uno de los autores, Stefano Angeleri, acompañó en determinados días al personal humanitario del Servicio Jesuita a Refugiados en su trabajo de oficina y de campo en Soacha y Cúcuta, entre febrero y mayo de 2022. Además, entre febrero y agosto de 2022, acudió a varias actividades del programa “migración y salud” de la OIM, en el marco de un memorando de entendimiento para actividades de formación e investigación entre la OIM y la Universidad del Rosario.

9 Entre mayo y diciembre de 2022, se realizaron entrevistas a las siguientes organizaciones e instituciones: AIDS Healthcare Foundation, Capellanía OFICA, Cruz Roja Colombiana, Fundación RadaBer, Humanity and Inclusion, OIM Colombia, Sanidad Portuaria IDS Norte de Santander, Manitas Amarillas, MedGlobal, Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina Nacional de la Defensoría del Pueblo, Opción Legal, Organización Panamericana de la Salud, Profamilia, Red Somos, Samaritan’s Purse, Save the Children, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, un funcionario del IDS Norte de Santander entre 2016 y 2019, Unicef y Subred Integrada de Salud Centro Oriente-Bogotá.

10 El protocolo de la entrevista incluyó seis preguntas/temas principales: reflexión sobre los puntos de vista éticos de la organización con respecto a la salud de las personas migrantes; el significado de los derechos humanos y el derecho a la salud de las personas migrantes; la importancia de tener un enfoque de atención primaria de la salud (o sus componentes) para la población no asegurada; la naturaleza de la interacción con otros sectores, organizaciones o instituciones para responder a las necesidades de salud de las personas migrantes; opiniones relacionadas con el establecimiento de prioridades para ampliar las áreas de intervención/rendición de cuentas del Estado en esta área; y desafíos y soluciones propuestas.

65 % mujeres y 35 % hombres; 80 % de las personas eran de nacionalidad colombiana y 20 %, de otras nacionalidades.

- Cuatro grupos focales con 38 líderes comunitarios en salud de las redes fortalecidas por el programa salud y migración de la OIM en Bogotá, Soacha, Villa del Rosario y Cúcuta¹¹. Durante estos grupos focales se pidió a los asistentes que participaran en tres ejercicios exploratorios con una discusión de seguimiento¹².
- Presentación de once derechos de petición y análisis de las respectivas respuestas¹³.

11 Estos grupos focales se realizaron de manera presencial, con la participación de un 70% de mujeres y un 30% de hombres. Estas redes comunitarias en salud en las que participan personas migrantes y nacionales, incluidas las personas desplazadas por el conflicto, son compuestas principalmente por mujeres.

12 Estos ejercicios estaban incluidos en tres hojas de papel: el “árbol del derecho a la salud”, en el que se le solicitó a los y las participantes que pensarán en el significado del derecho a la salud e indicaran sus componentes, dibujándolos o escribiéndolos en las distintas partes de un árbol; el “tarjetón de la atención primaria de salud”, en la cual, con una hoja que presentaba 15 íconos del modelo de atención primaria en salud (APS), se le pedía a los y las participantes que identificaran y defendieran cuáles de estos estaban o deberían estar priorizados en políticas públicas sensibles a las personas migrantes; y “demandas a un congresista”, en la que los y las participantes escribieron y ensayaron públicamente un discurso que contenía una o dos demandas relacionadas con la salud de las personas migrantes.

13 Durante diciembre de 2022 se radicaron, gracias a la colaboración de los estudiantes de la Clínica Jurídica de Movilidad Humana Transfronteriza de la Universidad del Rosario, 11 derechos de petición solicitando información sobre los tipos de servicios de urgencia disponibles para la población migrante irregular. Las respuestas de nueve de las entidades se recibieron entre enero y abril de 2023. Las instituciones a las cuales se enviaron los derechos de petición fueron: Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, ADRES, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE de Bogotá, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE de Bogotá, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, Superintendencia Nacional de salud, ESE Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza, Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca y Secretaría de Salud de Soacha.

Los territorios donde se recogieron los datos se seleccionaron porque se encuentran entre las zonas del país con mayor concentración de población migrante, ya sea asentada, en tránsito o pendular. Sin embargo, una limitación de esta investigación puede ser precisamente su cobertura geográfica, ya que el trabajo empírico se llevó a cabo en zonas urbanas y suburbanas; no incluye zonas rurales y rurales dispersas del país, donde es previsible que haya más limitaciones en cuanto a la garantía del derecho a la salud.

Los datos de este trabajo empírico fueron analizados por medio de la identificación de nodos y temas (Braun & Clarke, 2006) utilizando el *software* NVivo. Fueron evaluados en relación con estándares internacionales claves sobre el derecho a la salud, complementados con los principios del marco de APS, entendida como una estrategia y un tipo de atención que puede fortalecer la equidad en salud.

2. Precisiones conceptuales

2.1 El acceso a un estatus migratorio en Colombia¹⁴

Cómo se mencionó anteriormente, más allá de las urgencias, en Colombia el acceso de las personas extranjeras a atenciones en salud depende de su **estatus migratorio**. Actualmente, para acceder a un estatus migratorio regular, las personas extranjeras cuentan con tres vías: (i) solicitar una visa; y (ii) aplicar al procedimiento de refugio; y (iii) haber aplicado al ETPMV si cuentan con la nacionalidad de dicho país vecino. A continuación presentamos una breve descripción de cada una de estas rutas.

La Resolución 5477 de 2022 del Ministerio de Relaciones Exteriores establece los diferentes tipos de *visa* a los cuales puede aplicar una persona extranjera en Colombia, así como los requisitos para cada una de ellas. El principal requisito es contar con un pasaporte. Sin embargo, en Venezuela este trámite tiene costos muy elevados, lo cual, sumado a la situación económica que atraviesa dicho país, hace casi imposible realizarlo. Además del alto costo y el contexto de hiperinflación, obtener

14 Para conocer en mayor detalle la evolución de los procesos de regularización migratoria en Colombia, se puede consultar: Dejusticia, 2020b y Ramírez Bolívar et al., 2022.

un pasaporte puede tardar meses por las trabas administrativas que imponen las autoridades venezolanas (Ruiz Mancera *et al.*, 2020). Si la persona solicitante cuenta con un pasaporte, debe cumplir los demás requisitos dependiendo del tipo de visa al que aplica, lo cual muchas veces es difícil por los documentos que debe presentar y el costo de la visa, entre otros asuntos. Así las cosas, estos requisitos no están acorde a las realidades de las personas migrantes venezolanas que llegan al país (Ramírez Bolívar *et al.*, 2022).

La segunda vía es aplicar al **procedimiento de refugio**. La Ley 2136 de 2021 y el Decreto 1067 de 2015 establecen la definición de refugiado¹⁵ en la normatividad colombiana, así como los pasos y requisitos para realizar esta solicitud. Una vez el Ministerio de Relaciones Exteriores acepta la solicitud, Migración Colombia expide un **salvoconducto (sc-2)** hasta por 180 días prorrogables por el tiempo que dure el proceso. El salvoconducto sc-2 le permite a la persona solicitante de refugio permanecer regularmente en el país mientras se da respuesta a su aplicación, al igual que afiliarse al sistema de salud. Sin embargo, este no constituye una autorización para trabajar y no es un documento de viaje, ya que no le permite a su titular entrar y salir del país.

La principal limitación de este proceso es que el Ministerio de Relaciones Exteriores no tiene un plazo establecido para tomar su decisión frente a la aplicación. En consecuencia, muchas personas solicitantes pasan años esperando una respuesta y enfrentando serias dificultades para garantizar su mínimo vital, debido a que son condenadas a trabajar en la informalidad. El principal beneficio de aplicar al refugio es la posibilidad de afiliarse al sistema de salud, garantizando al menos una

15 La Convención de las Naciones Unidas de 1951, la Declaración de Cartagena de 1984 y las normas colombianas establecen que una persona es refugiada cuando: (i) se encuentra fuera de su país y no puede regresar a él porque tiene un temor justificado de ser perseguida por su raza, religión, nacionalidad, opinión política o su pertenencia a un grupo social particular; (ii) ha huido de su país porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas debido a violencia generalizada, agresión extranjera, conflictos internos, violación masiva de los derechos humanos y otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público; (iii) tiene razones fundadas para creer que estaría en peligro de ser sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en su país de origen.

vía para que quienes lo necesitan puedan acceder a los servicios que requieren. Sin embargo, es importante reiterar que el salvoconducto SC-2 “no es un mecanismo de regularización *per se*, sino un documento destinado a permitir la estancia en el país a quien tramita una solicitud de refugio” (Dib-Ayesta, 2023), e incluso en ocasiones puede tomar tiempo para que las personas solicitantes de refugio puedan afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Finalmente, las personas migrantes venezolanas que hayan accedido al ETPMV pueden obtener un PPT, que les permite afiliarse al sistema de salud, trabajar e ingresar a instituciones educativas, entre otros beneficios. El ETPMV ha sido reconocido a nivel internacional como una de las medidas más importantes y ambiciosas para atender la migración en la región (ACNUR & OIM, 2021), pero a pesar de su importancia, varias organizaciones de la sociedad civil y estudios académicos han señalado vacíos y preocupaciones frente a este mecanismo. Entre ellas destacan: amplio control del Ministerio de Relaciones Exteriores y Migración Colombia; dificultades de acceso debido a brechas tecnológicas; limitaciones en el derecho al debido proceso; debilitamiento del sistema de refugio; riesgos frente al derecho a la intimidad y la protección de los datos personales (Angeleri & Palacios, 2022; Dejusticia & Fundación Karisma, 2021); así como la falta de acceso a un estatus migratorio regular para quienes han ingresado irregularmente al país luego del 31 de enero de 2021.

Hay que mencionar, además, que aunque el Estado colombiano ha hecho importantes esfuerzos para promover la regularización migratoria de la población venezolana, actualmente cerca del 17 % de las personas migrantes venezolanas en el país se encuentran en situación irregular y no cuentan con una alternativa para poder regularizar su estatus a corto plazo, dado que actualmente no es posible aplicar al ETPMV y no existe otro mecanismo similar en funcionamiento. Por lo tanto, aquellas personas que todavía no son titulares de un PPT¹⁶ y quienes se

16 De acuerdo con datos oficiales de Migración Colombia, al 8 de diciembre de 2023, se han presentado las 2 496 054 aplicaciones de regularización en el marco de la implementación del ETPMV y se han entregado 1 853 119 PPT (Unidad Administrativa Migración Colombia, 2023a).

encuentran en situación migratoria irregular enfrentan serias barreras para el ejercicio de sus derechos, entre ellos la salud.

2.2 La atención primaria en salud: una necesaria referencia interdisciplinaria

Teniendo en cuenta las vulnerabilidades en salud específicas que tiene la población migrante en situación irregular, resulta necesario definir brevemente qué es la estrategia de atención primaria de la salud (APS), ya que sus elementos esenciales se utilizarán como punto de referencia en el capítulo V de esta investigación.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la APS es una estrategia de salud pública costo-efectiva y equitativa centrada en las necesidades de la gente, **tan pronto** como sea posible a lo largo del proceso continuo, que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y **tan próximo** como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (OMS & Unicef, 2018, énfasis propio).

Algunos elementos o actividades esenciales de la APS son:

la **educación** sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de **prevención** y de lucha correspondientes; la **promoción** del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la **inmunización** contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de **medicamentos esenciales** (Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Salud, 1978, § 7, énfasis propio).

El núcleo de esta estrategia —que además reconoce la salud como “derecho humano fundamental”— se centra, pero no se agota con, en el **primer nivel de atención**, que es

el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención

básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación, es la puerta de entrada al sistema de salud (Vignolo *et al.*, 2011).

El primer nivel de atención se refiere a establecimientos de baja complejidad —como consultorios, centros ambulatorios, centros de salud o unidades móviles— donde asisten principalmente médicos generales, pediatras, ginecólogos y otros profesionales multidisciplinarios. Se estima que allí “se resuelven aproximadamente 85 % de los problemas prevalentes” (Vignolo *et al.*, 2011). De hecho, en estos escenarios se pueden realizar actividades de prevención, tamizajes, tratamiento y control de muchas **enfermedades crónicas o no transmisibles** como la hipertensión y la diabetes¹⁷.

Según la estrategia de APS, el primer nivel, que es el corazón de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS), debe estar articulado y coordinado con otros niveles de atención especializada, con acciones de salud pública y con acciones intersectoriales que abarcan otros determinantes sociales (OPS, 2010, p. 53). Finalmente, tal como se indica en el artículo 4.º del Proyecto de Ley “Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones” de febrero de 2023, este marco teórico y operativo requiere

la **participación** activa de las comunidades, la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, para garantizar la integralidad y eficacia de la atención, la intervención favorable sobre los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en sus territorios.

17 Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades no transmisibles “también conocidas como enfermedades crónicas, suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento”. Estas incluyen “enfermedades cardiovasculares, ... el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes” (OMS, 2023).

Tabla 1. Elementos esenciales del enfoque de APS para reducir las inequidades en salud

Reconocimiento del derecho a la salud como un derecho humano y una responsabilidad del Estado.
Medidas de salud pública y un primer nivel de atención articulados con otros niveles de atención.
Medidas intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud.
Educación, participación en salud, y empoderamiento de personas y comunidades.

Nota: basada sobre estándares elaborados en la Declaración de Alma-Ata (1978) y en oms & Unicef, 2018.

Algunos elementos de esta estrategia se han materializado en el país para la población en general, a través de intervenciones colectivas y de los servicios en salud. En cuanto a las personas migrantes en situación irregular, algunos casos han sido previstos en la jurisprudencia constitucional y otros se han atendido a través de programas humanitarios intersectoriales, como enfoques diferenciales para mujeres gestantes y niños, además de formas embrionarias de participación social que involucran a las personas migrantes.

Así las cosas, en el último capítulo de este informe se discutirá si la APS puede constituir un **modelo para identificar prioridades al cumplir obligaciones básicas** sobre el derecho a la salud de la población migrante en situación irregular. Teniendo en cuenta que el derecho a la salud debería ser garantizado a todas las personas, sin ningún tipo de discriminación o limitación basada en su estatus migratorio, la APS podría ser un modelo que oriente la implementación de normatividad, para reducir las inequidades en salud e ir más allá de un enfoque de urgencias para la población pobre no asegurada.

II. EL DERECHO A LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR: MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL Y NACIONAL

De acuerdo con la legislación interna (Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001 y Ley 1751 de 2015), si una persona se encuentra en situación migratoria irregular, no puede afiliarse al sistema de seguridad en salud y, como persona no asegurada, solo puede acceder a servicios de urgencias. Teniendo en cuenta la vocación de permanencia de las personas migrantes provenientes de Venezuela, sumada a la falta de mecanismos de regularización expeditos y accesibles y a las graves limitaciones de acceso a servicios de salud que se viven en ese país, la falta de un estatus migratorio regular se ha convertido en la principal barrera para el ejercicio del derecho a la salud de estas personas. Hay que tener en cuenta, además, que en muchos casos dicha población requiere acceder a servicios médicos de carácter preventivo o a tratamientos de mediano y largo plazo para situaciones de salud como la gestación o enfermedades crónicas como el cáncer (Dib-Ayesta, 2023).

A pesar de las limitaciones establecidas en la legislación interna, en este capítulo se presenta un panorama de las normas nacionales e internacionales que sustentan el argumento de que el Estado colombiano debería prestarle servicios de salud más allá de las urgencias a las personas migrantes, independientemente de su estatus migratorio. Para ello, este se divide en dos partes. En la primera presentamos el marco normativo según el cual las personas migrantes tienen los mismos derechos que los nacionales de un país, con base en el principio igualdad y no discriminación. Luego, en la segunda parte presentamos las disposiciones que sustentan la obligación de los Estados de prestar

servicios de salud a las personas migrantes, así como la normatividad que desarrolla el alcance del derecho a la salud en el marco jurídico colombiano.

1. Los derechos de las personas migrantes y el principio de igualdad y no discriminación

La Constitución Política de Colombia (1991) establece que las personas migrantes tienen los mismos derechos que las y los ciudadanos colombianos y que, en consecuencia, no podrán recibir un trato discriminatorio debido a su origen nacional. En primer lugar, el artículo 13 establece que “todas las personas ... recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de ... **origen nacional**” (énfasis propio). Adicionalmente, el artículo 100 de la Carta, que hace referencia a las personas extranjeras, establece que quienes se encuentren en el territorio gozarán de las “garantías concedidas a los nacionales, salvo las limitaciones que establezcan la Constitución o la ley”. Esta protección se ejerce en concordancia con el artículo 5 de la Constitución, que obliga al Estado a reconocer “sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona”.

Asimismo, el derecho internacional de los derechos humanos establece en varios instrumentos que las personas migrantes tienen los mismos derechos que las y los nacionales del país donde se encuentren habitando, y que no serán sujeto de discriminación en razón a su nacionalidad o estatus migratorio. Por ejemplo, la **Declaración Universal de Derechos Humanos** (1948) señala que “toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración sin distinción ... origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (art. 2). En ese mismo sentido, la **Convención Americana sobre Derechos Humanos** (1969) reconoce en su preámbulo que “los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana, razón por la cual justifican una protección internacional”. El Estado colombiano, tanto en el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)** (1966) como en el **Protocolo de San Salvador** (1988), se comprometió a garantizar

el ejercicio de los derechos que se enuncian en estos instrumentos “sin discriminación alguna por motivos de ... origen nacional” (art. 24).

Más recientemente, el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (Comité DESC) (2017) reiteró, mediante la **Declaración sobre las obligaciones de los Estados con respecto a las personas refugiadas y migrantes** en virtud del PIDESC, que

todas las personas que se encuentren bajo la jurisdicción del Estado de que se trate deben disfrutar de los derechos recogidos en el Pacto. Esto incluye a los solicitantes de asilo y los refugiados, así como a otros migrantes, incluso si su situación en el país de que se trate es irregular (párr. 3).

En esa misma Declaración, en relación con las obligaciones básicas de los Estados, el Comité afirmó que

el contenido mínimo esencial de cada uno de los derechos debe protegerse en todas las circunstancias, y las obligaciones que estos derechos conllevan deben hacerse extensivas a todas las personas que se encuentren bajo el control efectivo del Estado, sin excepción. ... [P]or consiguiente, no deben verse limitadas por motivos de nacionalidad o condición jurídica (párr. 9).

Así las cosas, las normas mencionadas evidencian que, independientemente de su estatus migratorio, la igualdad de derechos entre las personas migrantes y nacionales de un Estado es una regla bien establecida tanto en la Constitución Política de Colombia como en los tratados de derechos humanos, los cuales hacen parte del ordenamiento jurídico interno a través del bloque de constitucionalidad¹⁸.

La Corte Constitucional de Colombia ha aplicado e interpretado esta regla. Desde sus inicios, esta entidad ha reconocido la igualdad de derechos entre las personas extranjeras y nacionales, y ha incorporado

18 El bloque de constitucionalidad es una figura establecida en el artículo 93 de la Constitución Política de Colombia, según la cual “los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno”. Es decir que, aunque las disposiciones de estos tratados no estén incluidas explícitamente en la normatividad nacional, se entiende que hace parte del marco normativo por ser ratificados por el Estado. Para más información, consultar: (Uprimny, 2014).

este principio en sus decisiones sobre constitucionalidad de las leyes o durante la revisión de tutelas. Así, por ejemplo, al revisar un acto administrativo que ordenaba la deportación de un extranjero padre de dos menores colombianos, la Corte afirmó que el artículo 100 de la Constitución Política “garantiza a los extranjeros el derecho al trato igual y asegura la protección jurídica de los mismos derechos y garantías de que son titulares los nacionales” (Sentencia T-215, 1996). En la misma sentencia, la Corte consideró que ninguna actuación legislativa o administrativa

puede desconocer la vigencia y el alcance de los derechos fundamentales ni los derechos inherentes a la persona humana garantizados en la Carta Política y en los tratados internacionales en el caso de los extranjeros, así aquellos se encuentren en condiciones de permanencia irregular (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-215, 1996).

El análisis de la normatividad nacional e internacional, así como de la interpretación que ha realizado la Corte Constitucional de estos instrumentos a través de su jurisprudencia, permiten concluir que el Estado colombiano tiene la obligación de promover y garantizar los derechos fundamentales de todas las personas que se encuentren bajo su jurisdicción, independientemente de su nacionalidad y estatus migratorio. Si bien la plena garantía de estos derechos puede estar sujeta a la disponibilidad de recursos o al establecimiento de un tratamiento diferenciado en circunstancias particulares, el Estado debe proteger el núcleo esencial de los derechos fundamentales en todas las circunstancias y para todas las personas que se encuentran en su territorio, indistintamente de su estatus migratorio (Comité DESC, 2017, párr. 9). En consecuencia, las actuaciones que otorguen un trato diferencial sin justificación legal, legítima y proporcional constituyen actos de discriminación que van en contravía de los estándares de derechos humanos.

2. El derecho a recibir atenciones en salud de las personas migrantes en situación irregular

El derecho a la salud física y mental de todas las personas se ha reconocido a nivel nacional, regional e internacional. En Colombia, la **Constitución Política** (art. 49) y la **Ley Estatutaria de Salud** (Ley 1751 de 2015) reconocen el derecho fundamental de todas las personas

que habitan el territorio colombiano a gozar del más alto nivel de salud física y mental, y además establecen ciertos deberes correlativos a cargo del Estado para alcanzar este fin. En ese sentido, como se explicó en el apartado anterior, tener acceso igualitario a las atenciones en salud por parte de las personas migrantes, sin importar su estatus migratorio y especialmente para quienes carezcan de medios o recursos suficientes, es una obligación a cargo del Estado colombiano, en virtud del principio de igualdad y no discriminación.

Adicionalmente, el artículo 2.º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoce que “el derecho a la salud ... comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”. Asimismo, establece que “el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación para todas las personas”.

Con respecto al acceso a atenciones en salud para las personas extranjeras que no están afiliadas al SGSSS, el artículo 168 de la Ley 100 de 1993¹⁹, el artículo 67 de la Ley 715 de 2001²⁰, y los artículos 10 y 14 de la Ley 1751 de 2015 establecen que los prestadores de servicios de salud deben brindar atención (inicial) de urgencias obligatoriamente a todas las personas, nacionales o extranjeras, sin requerir que presenten documentación o capacidad de pago.

Considerando la crisis humanitaria, política, económica y social que enfrenta Venezuela y la migración forzada que esta situación ha generado, el **Ministerio de Salud** ha actuado en varias ocasiones buscando atender las necesidades de esta población. Por ejemplo, mediante el **Decreto 866 del 2017**²¹ estableció un mecanismo para poner a disposición de las entidades territoriales recursos excedentes para pagar las

19 Ley mediante la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

20 Ley mediante la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

21 Decreto mediante el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos

atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos. Esta norma especifica que las “atenciones iniciales de urgencia” comprenden, además, la “atención de urgencias”. El **Decreto 780 de 2016**, dentro del cual fue incorporado este mecanismo de asignación de recursos, define “urgencia”, “atención inicial de urgencia” y “atención de urgencias” de la siguiente manera:

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

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

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

Por medio de la **Resolución 5269 de 2017**, el Ministerio de Salud complementó la definición de “atención de urgencias” al explicar que es una

modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos.

En el ámbito operativo, esta definición se complementa con la **Resolución 5596 de 2015** sobre la selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “*triage*”. Esta clarifica a cuáles necesidades en salud se responde en este nivel de atención. Primero, cuando “la condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita ... reanimación” (*triage I*). Segundo, cuando “puede evolucionar hacia un rápido deterioro o su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano” (*triage II*). Tercero, cuando el o la paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa (*triage III*) (art. 5).

Por lo tanto, la atención de urgencias que debe prestársele a las personas migrantes en situación irregular no comprende solamente la estabilización de signos vitales y las necesidades médicas inmediatas. También se debe incluir aquellas acciones que busquen preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, para la integridad de la persona, lo cual está en línea con las obligaciones de las autoridades según el derecho interno e internacional²².

A nivel internacional, el sistema universal de derechos humanos ha desarrollado un cuerpo normativo robusto, además de observaciones de organismos sobre derechos fundamentales, en particular sobre el derecho a gozar del más alto nivel de salud física y mental, en concordancia con el principio de no discriminación. Así, la **Declaración Universal de Derechos Humanos** (1948) establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure ... la asistencia médica” (art. 25). Por su parte, el **PIDESC** (1966) reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (art. 12). Más aún, el numeral 2.º del artículo 12 del **PIDESC** establece que los Estados parte deberán adoptar medidas para la reducción de la

22 Ministerio de Salud en la Circular 25 de 2017, que instruye a las IPS a garantizarle esta atención a la población migrante. Además, se deben tener en cuenta los criterios de la Resolución 5596 de 2015, el art. 10 de la Ley 1751 de 2015, el Decreto 866 de 2017 y la Circular 12 de 2017.

mortinatalidad y la mortalidad infantil, y [promover] el sano desarrollo de los niños ...; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

Los Estados parte de este instrumento tienen la obligación general de “lograr progresivamente... la plena efectividad” de los derechos del PIDESC (art. 2.1), inclusive del derecho a la salud. Así, mientras se avanza hacia la óptima protección de los DESC, las medidas de realización que se van adoptando (normas, políticas públicas, servicios) tienen que aplicarse “**sin discriminación alguna**” (art. 2.2).

En la siguiente tabla se resumen las dimensiones fundamentales de los principios y normas sobre el derecho a la salud establecidos en el marco de derechos humanos de Naciones Unidas.

Tabla 2. Elementos esenciales del marco de derechos humanos para la realización del derecho a la salud

Obligaciones generales: obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización, abarcando medidas de promoción, prevención y curación; utilizando recursos nacionales y de cooperación.
Obligaciones básicas: asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de determinantes sociales de la salud , sin discriminación, incluida la atención primaria básica de la salud, alimentación mínima, hogar y medicamentos esenciales.
Igualdad y no discriminación (de carácter formal y substancial, lo que incluye la adopción de enfoques diferenciales para personas y grupos vulnerables)
Participación
Rendición de cuentas
Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los bienes, facilidades, servicios y condiciones.

Nota: basada en los estándares establecidos en la Observación General 14 del Comité DESC (2000), que han sido utilizados por la Corte Constitucional (p. ej. en la Sentencia T-760 de 2008) y por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (p. ej. en el caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, 2018).

Por su parte, el **Comité DESC**²³, en la Observación General n.º 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000),

23 El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR,

recordó que los Estados parte del PIDESC tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, garantizando que todas las personas, incluidas migrantes y refugiadas, tengan igualdad de acceso a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos, independientemente de su condición jurídica y su documentación (párr. 34). Asimismo, el Comité reiteró que los Estados parte tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, garantizando que todas las personas tengan igualdad de acceso a los servicios de salud y

como **obligación mínima esencial** la atención primaria básica de la salud, ... garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes, y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados, ... alimentación esencial mínima [y] agua potable, ... medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS (párr. 43).

Sumado a ello, el Comité señala algunas necesidades relacionadas con los enfoques diferenciales, como la perspectiva de género, especialmente para diseñar las políticas de salud dirigidas a las mujeres (párr. 20). Además, menciona la necesidad de adoptar medidas para la niñez y la adolescencia buscando, entre otras cosas, reducir la mortalidad y la mortalidad infantil, a la par de promover el sano desarrollo de las niñas y niños (párr. 22).

Por otra parte, la **Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares** (1990) establece en el artículo 28 que:

los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte **necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los**

por sus siglas en inglés) “es un órgano que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por sus Estados Partes. El Comité trata de entablar un diálogo constructivo con los Estados Partes, determinar si las normas del Pacto se están aplicando y evaluar cómo se podría mejorar la aplicación y el cumplimiento del Pacto para que todas las personas puedan disfrutar plenamente de estos derechos” (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos [OACNUDH], s.f.-c).

nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo” (énfasis propio).

En esa misma línea, el **Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CMW)**²⁴ (2013) ha subrayado la necesidad de interpretar el derecho internacional de manera sistemática, y reconoció que el derecho a la atención médica urgente se extiende más allá del alcance textual del 2.º artículo. Por lo tanto, incluye la atención preventiva y primaria y los tratamientos que sean asequibles y con enfoque diferencial, debido a las ulteriores obligaciones internacionales que derivan del PIDESC y de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Por su parte, la **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer** reconoce dicha discriminación viola los principios de igualdad y el respeto por dignidad. Con respecto al derecho a la salud en específico, los Estados deben adoptar las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica, con el objetivo de asegurar el acceso a servicios en condiciones de igualdad, inclusive aquellos que se refieren a la planificación de la familia. Asimismo, los Estados tienen el deber de garantizarle “a las mujeres servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y ... una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” (CEDAW, 1979, art. 12), incluyendo a las mujeres y niñas con condición migratoria irregular (Comité CEDAW, 2020).

En relación con otros grupos de especial protección —como niñas y niños o personas con discapacidad— se han creado dos instrumentos internacionales diferentes que buscan promover, proteger y asegurar el goce pleno en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales para ambos grupos poblacionales. En primer lugar, la **Convención sobre los Derechos del Niño** estipula que los Estados tienen el deber de “asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias para **todos** los niños,

24 El CMW es el órgano de expertos independientes que trabaja para proteger los derechos de los millones de trabajadores migratorios de todo el mundo (OACNUDH, s.f.-d).

haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; ... combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud; y ... desarrollar la atención sanitaria preventiva” (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, art. 24). En ese sentido, respecto a la niñez migrante, la **Observación General conjunta del Comité de los Derechos del Niño y el CMW (2017)** establece que la prestación de la asistencia médica debe darse en condiciones de igualdad con respecto al resto de los ciudadanos, sin que sea necesario presentar permisos de residencias o solicitudes de asilo.

Finalmente, la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, que prohíbe cualquier discriminación que las afecte, establece que los Estados deben proporcionar “programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas ... [considerando] los servicios de salud que necesiten las personas con específicamente como consecuencia de su discapacidad” (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006, art. 25).

En la región, en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos existen distintos tratados y declaraciones también reconocen el derecho a la salud, como la **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** (artículo XI) y el **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (1988). El artículo 10 del Protocolo Adicional establece que los Estados deben extender “los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado”. Allí se mencionan explícitamente el acceso a la APS, la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas y la satisfacción de las necesidades de salud de aquellos grupos con más alto riesgo que —por sus condiciones de pobreza— sean más vulnerables; dentro de estos últimos se encuentran las personas migrantes.

Además, con los **Principios Interamericanos sobre los Derechos Humanos de Todas las Personas Migrantes, Refugiadas, Apátridas y las Víctimas de la Trata de Personas** (2019), la **Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)** ha declarado de manera rotunda en el principio 35 que

todo migrante tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y a los determinantes subyacentes de la salud; no se puede denegar la atención médica a un migrante

por razón de su situación migratoria, ni se le pueden negar los servicios de salud por falta de documentos de identidad. Toda persona, independientemente de su situación migratoria o su origen, tiene derecho a recibir la misma atención médica que los nacionales, incluyendo servicios de salud sexual, reproductiva y mental. Los Estados deben tomar en cuenta que ciertos grupos, como las mujeres, los niños, las niñas y los adolescentes, requieren atención diferenciada (pp. 33-34).

Asimismo, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (**Convención de Belém do Pará**) (1994) reconoce que “la violencia basada en género es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres”. En su artículo 1, la define como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Esta definición abarca diferentes actos dañinos y omisiones discriminatorias contra las mujeres, en el marco de sus derechos humanos. Por ejemplo, dentro de esta serie de conductas prohibidas se encuentran la negación a servicios de salud a las mujeres migrantes y la violencia obstétrica ejercida contra las mujeres y personas gestantes, tanto en el parto como en el postparto²⁵.

La **Carta Social de las Américas** (2012) reconoce además que los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA), bajos los principios de solidaridad y cooperación interamericana, “se han comprometido a adoptar y ejecutar acciones para erradicar el hambre y el analfabetismo, ofrecer educación de calidad, ampliar el acceso a los **servicios de salud** y a los servicios públicos” (énfasis propio). En ese sentido, establece que

los Estados Miembros reafirman que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin discriminación y reconocen que la salud es una condición fundamental para la inclusión

25 Para efectos de este documento, se considera que todas las protecciones establecidas para las mujeres en estado de gestación deben extenderse a las personas con identidad de género trans y no binaria con capacidad de gestar, así no estén explícitamente establecidas en la normatividad y jurisprudencia analizadas.

y cohesión social, el desarrollo integral y el crecimiento económico con equidad (art. 7).

En ese contexto, los Estados miembros se comprometen a mejorar la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios de atención en salud.

Por su parte, como plantea Feler (2015), existen otras normas de *soft law* que sirven como herramienta de adecuación para garantizar el acceso y la protección del derecho a la salud de las personas migrantes en los ordenamientos jurídicos internos. Así, la **Resolución 61.17 de la Organización Mundial de la Salud (2008)** exhorta a los Estados miembros:

- 1) a que promuevan políticas de salud que tengan en cuenta a los migrantes; 2) a que fomenten un acceso equitativo de los migrantes a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención sanitaria, de conformidad con la legislación y las prácticas nacionales, y creen mecanismos para mejorar su salud, sin discriminación por motivos de género, religión, nacionalidad o raza; ... 4) a que creen mecanismos para mejorar la salud de toda la población, incluidos los migrantes, en particular mediante la detección y corrección de deficiencias en la prestación de servicios de salud; 5) a que obtengan, documenten e intercambien información y prácticas óptimas para atender las necesidades sanitarias de los migrantes en los países de origen o retorno, tránsito y destino; 6) a que fomenten entre los proveedores y los profesionales de los servicios de salud la sensibilidad a los factores culturales y las cuestiones de género al abordar los problemas sanitarios de los migrantes; 7) a que capaciten a los profesionales de la salud en el manejo de los problemas sanitarios asociados a los desplazamientos de población.

Los estándares nacionales e internacionales analizados a lo largo de este capítulo evidencian que el **contenido mínimo esencial** del derecho a la salud implica que los Estados no solo deben atender las urgencias médicas de la población migrante en situación irregular. Más bien, deben proveer todos aquellos servicios que eviten un daño irreparable en la salud, además de incluir elementos claves de la estrategia de APS, como la atención centrada en las necesidades diferenciales en salud de

las personas, tan pronto como sea posible (Angeleri, 2022). Teniendo en cuenta que el derecho a la salud implica el acceso igual y oportuno a servicios médicos preventivos, curativos y paliativos, además de los medicamentos esenciales a todas las personas que se encuentren bajo la jurisdicción de un Estado (Comité DESC, 2000, párr. 34), se puede concluir que la sola prestación de servicios de urgencias a las personas migrantes en situación irregular constituye una violación del derecho a la salud y que implica el incumplimiento de las obligaciones establecidas en varios de estos instrumentos internacionales (Hathaway, 2005).

III. DESARROLLO DE LA JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL SOBRE EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR EN COLOMBIA

En Colombia, la Constitución Política (artículo 49), la Ley 1751 de 2015 (artículo 2) y varios instrumentos internacionales de derechos humanos —que hacen parte del ordenamiento jurídico interno a través del bloque de constitucionalidad— establecen que la salud es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable. En ese sentido, las personas migrantes, al igual que las nacionales, tienen derecho a la garantía efectiva e igualitaria del derecho a la salud, por tratarse de un derecho fundamental que cobija a todos los habitantes del país.

Sin embargo, quienes se encuentran en situación irregular enfrentan serias barreras para acceder a servicios de salud. Como se argumenta a lo largo de esta investigación, dichas barreras se derivan de factores como la normatividad existente, que establece que las personas migrantes en situación irregular solo pueden acceder a la atención de urgencias²⁶; la relación directa entre la titularidad de un estatus migratorio y el ejercicio de los derechos, entre ellos la salud; y, en consecuencia, las dificultades para acceder a un estatus migratorio regular²⁷. Adicionalmente, como se analizará en el capítulo IV, existen actitudes discriminatorias por parte de los prestadores de salud que también pueden influir en el ejercicio de este derecho.

26 Para más información, remitirse al capítulo II.

27 Para conocer las rutas de regularización existentes, remitirse a la sección precisiones conceptuales de la introducción y consultar: Dejusticia (2020b) y Ramírez Bolívar *et al.* (2022).

En un contexto con estas limitaciones, la acción de tutela se convirtió en una herramienta muy importante para que las personas migrantes solicitaran la protección del derecho a la salud, particularmente en aquellos casos que requieren atenciones más allá de los servicios de urgencias y donde no cuentan con otra vía para buscar la protección que requieren. Al ser la acción de tutela un mecanismo jurídico de fácil acceso ya que no requiere mayores formalidades —puede ser presentada de manera verbal o escrita por una persona de cualquier nacionalidad, independientemente de su estatus migratorio, y no requiere de representación judicial—, se convirtió en la principal opción para las personas migrantes, como lo evidencian las estadísticas de la Corte Constitucional²⁸.

En 2022, dicha corte recibió 633 463 tutelas, lo que equivale aproximadamente a 12 181 tutelas a la semana, de las cuales cerca del 25 % buscan la protección del derecho a la salud. Es decir que la salud fue el segundo derecho más tutelado ese año, luego del derecho de petición. Aproximadamente el 5 % de las tutelas que solicitan la protección de este derecho fueron interpuestas por accionantes de origen extranjero, a quienes la Corte ha considerado como sujetos de especial protección (Corte Constitucional de Colombia, 2023). Si bien dicho porcentaje no pareciera representativo, al analizar las tutelas interpuestas por personas extranjeras que han sido seleccionadas por la Corte Constitucional para revisión se observa que un porcentaje importante solicita la protección de este derecho. Desde 2018, Dejusticia viene haciendo un seguimiento a las tutelas seleccionadas por la Corte Constitucional, y encontró que de 121 tutelas seleccionadas sobre derechos de las personas migrantes y refugiadas entre 2016 y 2023; de ellas, el 68,5 % (83) son sobre el derecho a la salud (Dejusticia, 2023).

Como se explica a lo largo de este capítulo, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha jugado un rol clave para ampliar el alcance del

28 De acuerdo con el Decreto 2591 de 1991 y el Acuerdo 02 de 2015, la Corte Constitucional recibe todas las tutelas que se han presentado en el país y las analiza para establecer si son susceptibles de ser seleccionadas para revisión. Para ello tiene en cuenta criterios objetivos, como la unificación de jurisprudencia o si se trata de un asunto novedoso; criterios subjetivos, como la urgencia de proteger un derecho fundamental; o criterios complementarios, como la lucha contra la corrupción, entre otros (Acuerdo 02 de 2015, art. 52).

derecho a la salud de personas migrantes en situación irregular. Ante la restricción frente al acceso a atenciones en salud más allá de las urgencias, los fallos de la Corte han abierto una ventana para que quienes no pueden acceder a un estatus migratorio regular pero requieren un tratamiento de mediano y largo plazo —por ejemplo, atención durante la gestación, tratamiento para una enfermedad crónica como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o una cirugía— reciban la atención que necesitan. Para llegar a esa conclusión, en este capítulo analizamos cerca de 64 sentencias generadas entre 2007 y 2023 en las cuales la mayoría de accionantes son personas migrantes en situación irregular. Como se explicó en la introducción, para ello utilizamos la metodología de análisis y construcción de líneas jurisprudenciales (López Medina, 2000), la cual permite analizar el comportamiento de las decisiones de la Corte Constitucional planteando un problema jurídico a ser respondido. En este caso, el problema jurídico propuesto fue: **¿pueden las personas migrantes en situación irregular en Colombia acceder a atenciones en salud más allá de la atención inicial de urgencias?**

Para responderlo, este capítulo se divide en tres secciones. Para empezar, se presentan las reglas generales que ha construido la jurisprudencia respecto a la atención en salud de las personas migrantes en situación irregular, dentro de las que se encuentra una definición ampliada de urgencias. En las siguientes secciones se analiza la estrategia de la Corte de ampliar las atenciones en salud para sujetos de especial protección —como NNA, mujeres y personas gestantes, y personas con enfermedades crónicas— al considerarlas como parte de la atención en urgencias. El orden en que se presentará este análisis está determinado por el nivel de protección que le ha dado la Corte a estas poblaciones. Así, la segunda sección trata NNA; la tercera, mujeres y personas gestantes; y la cuarta, personas con enfermedades crónicas y terminales. Esto permite evidenciar una tendencia a tutelar el derecho a salud de NNA de manera prioritaria y poco restrictiva.

Antes de entrar en materia, es importante resaltar el rol que han tenido las organizaciones de la sociedad civil en el desarrollo de jurisprudencia constitucional sobre el derecho a la salud de personas migrantes en situación irregular. Organizaciones de distinta naturaleza, como centros de investigación, universidades y organizaciones humanitarias, entre otras, han enviado intervenciones y *amicus* en muchos de los casos seleccionados por la Corte. Estas intervenciones han contribuido a que

la Corte tenga un mejor entendimiento sobre la situación de las personas migrantes, en particular de aquellas provenientes de Venezuela; acerca de las barreras de acceso a un estatus migratorio regular y, en consecuencia, la imposibilidad de afiliarse al sistema de salud; sobre la aplicabilidad de los estándares internacionales y nacionales sobre el derecho a la salud a esta población; y respecto a la importancia de tener una mirada interseccional para analizar estos casos.

Esta incidencia de las organizaciones de la sociedad civil ante la Corte Constitucional ha estado acompañada de estrategias de comunicación buscando que tanto los argumentos presentados a la Corte como las decisiones sean de acceso público y tengan un mayor alcance a nivel territorial. Por ejemplo, Dejusticia publicó la intervención presentada en el caso que dio lugar a la Sentencia T-210 de 2018, y posteriormente hizo esfuerzos para difundir el contenido de esta sentencia a través de redes sociales y procesos de formación a organizaciones territoriales y funcionarios de las personerías municipales (Alabarracín *et al.*, 2018; Ramírez Bolívar *et al.*, 2018). Aunque no existe una jurisprudencia unificada y consolidada sobre el alcance del derecho a la salud de las personas migrantes en situación irregular, los aportes de la sociedad civil han facilitado que la jurisprudencia de la Corte esté evolucionando y sea más progresista, sobre todo en los últimos tres años.

1. Reglas generales de la jurisprudencia

La migración de personas provenientes de Venezuela a Colombia empezó hace más de 15 años. Sin embargo, solo hasta 2016 empezaron a llegar casos a la Corte Constitucional respecto a su derecho a la salud. Esto se debe a varios factores. Para empezar, las primeras personas migrantes y refugiadas venezolanas —que llegaron al país antes de 2015²⁹— tenían mayor acceso a un estatus migratorio regular gracias a su nivel socioeconómico y a poder adquirir más fácilmente al pasaporte venezolano, lo que les permitía aplicar a una visa. Posteriormente, entre 2015 y 2017, la implementación de los Permisos Especiales de

29 De acuerdo con las cifras de la Unidad Administrativa Migración Colombia (2022), para 2015 había en Colombia 31 471 personas venezolanas, que representarían el 1% de la población migrante que se encuentra hoy en el país.

Permanencia (PEP) facilitó la regularización migratoria de un número importante de personas. Así, acceder a una visa o a un PEP les permitía a las personas migrantes venezolanas afiliarse al SGSSS y, por tanto, acceder a las atenciones en salud que necesitaban.

Sin embargo, la llegada masiva desde 2015 de personas venezolanas con graves dificultades de acceso a documentación y en situación de vulnerabilidad socioeconómica limitó de manera importante su acceso al sistema de salud. Por tanto, como se explicó anteriormente, la acción de tutela se convirtió en una herramienta clave para buscar la protección de este derecho.

Desde 2016 la Corte Constitucional ha seleccionado más de 80 sentencias de tutela, que en su mayoría tratan casos de personas migrantes en situación irregular que requieren servicios de salud más allá de la atención inicial de urgencias. Si bien, como se desarrollará en las siguientes secciones de este capítulo, la Corte ha priorizado la protección de grupos con especial protección, simultáneamente ha desarrollado unas reglas generales sobre el alcance del derecho a la salud para esta población.

Un primer elemento para delimitar estas reglas fue **desarrollar una definición de urgencias más amplia que la atención inicial**. En todo caso, es importante aclarar que la jurisprudencia sobre este tema no ha sido consistente ni está unificada, pues ha habido algunos fallos que asumen una interpretación restrictiva y limitan el acceso a la atención inicial de urgencias³⁰.

En este sentido, la jurisprudencia constitucional ha indicado que:

- La atención inicial de urgencias solo llega a estabilizar signos vitales, mientras que **“la atención de urgencias busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras**, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que **comprometan su vida o funcionalidad”** (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-210, 2018,

30 Ver las sentencias T-239 de 2017, T-348 de 2018, T-452 de 2019, T-465 de 2019 y T-058 de 2020.

énfasis propio). La Corte llegó a esta definición analizando la Resolución 5269 de 2017, que complementó la definición de urgencias del Decreto 866 del mismo año.

- Los prestadores de servicios de salud deben ampliar los servicios para tener un portafolio enfocado en “preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-210, 2018) de la población migrante, independientemente de su estatus migratorio.
- En la Sentencia T-197 de 2019 la Corte consideró que la atención en urgencias “no implica sólo librar al ser humano del hecho mismo de morir, sino protegerlo de toda circunstancia que haga sus condiciones de existencia insoportables e indeseables; y le impida ... **desarrollarse en sociedad de forma digna**” (énfasis propio).
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) deben poner a disposición del paciente todos los medios necesarios para estabilizar su situación de salud, preservar su vida y atender sus necesidades básicas (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-705, 2017).
- En caso de que la institución que admitió al paciente no disponga de los medios necesarios para estabilizar sus signos vitales y preservar su vida, debe remitirlo a otra IPS. Dicha situación deberá a ser evaluada teniendo en cuenta, primero, si se solicitó el traslado y, segundo, si había camas disponibles en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Lo anterior a fin de evitar imponer una obligación de imposible ejecución (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-705, 2017).

Más adelante, en la Sentencia T-390 de 2020, la Corte resumió las reglas desarrolladas hasta ese momento³¹ sobre el acceso a servicios en salud para personas migrantes en situación irregular y con enfermedades que requieran una atención que exceda el servicio de urgencias. Además, insistió en la obligación de las personas migrantes de regularizar

31 Ver también las sentencias T-239 de 2017, SU-677 de 2017, T-210 de 2018, T-348 de 2018, T-403 de 2019, T-452 de 2019 y T-246 de 2020, entre otras.

su situación migratoria, desconociendo que en muchos casos este es un requisito imposible de cumplir, como se explicó en la introducción de esta investigación. Así lo dijo la Corte:

(i) Los extranjeros tienen la obligación de regularizar su situación migratoria, lo que implica obtener un documento de identificación válido que les permita iniciar el proceso de afiliación al SGSSS. Sin embargo, en casos de extrema necesidad y urgencia, estos tendrán derecho a recibir una atención mínima del Estado. (ii) En casos excepcionales, la atención de urgencias a que tienen derecho las personas migrantes, puede llegar a incluir el tratamiento de enfermedades catastróficas como el cáncer, cuando el mismo sea solicitado por el médico tratante ante la necesidad inminente de una atención plena de la patología. (iii) Cuando el médico tratante expresamente indique que el procedimiento o medicamento requerido es urgente, debe brindarse cuando la persona no tenga capacidad de pago e independientemente de su situación migratoria (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-390, 2020).

En suma, el acceso a atención integral en salud para las personas migrantes en Colombia requiere su afiliación al SGSSS, y para ello necesitan contar con un estatus migratorio regular. En todo caso, según la jurisprudencia constitucional, independientemente del estatus migratorio, se les debe garantizar un mínimo de atención en salud, no solo para preservar la vida, sino para prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras para su salud. Asimismo, a partir del análisis de casos concretos, se puede afirmar que la Corte ha ordenado que se les garanticen los tratamientos y procedimientos requeridos a las personas migrantes en situación irregular, siempre y cuando estén prescritos por el médico tratante como urgentes para salvaguardar el derecho a la salud y la vida de las personas.

Si bien la mayoría de los fallos que han abordado el derecho a la salud de las personas migrantes en situación irregular son sentencias de tutela, es decir que abordan casos particulares, en algunas de ellas la Corte le ha solicitado a diferentes entidades del Estado que tomen medidas de más largo alcance. Esto demuestra la preocupación que tiene esta corporación por que existan políticas y programas para atender las necesidades en salud de las personas migrantes en situación irregular y, de esta forma, avanzar en la protección de su derecho a la salud. En

el anexo 1 se presenta una sistematización de las órdenes generales que ha dado la Corte, y a continuación se destacan algunas de las más importantes.

- i) En la Sentencia T-336 de 2022, la Corte exhortó nuevamente al Ministerio de Salud y Protección Social para que adelante el “Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio” con todas las entidades territoriales fronterizas, con el fin de que la población beneficiaria conozca cómo acceder a la atención en salud de urgencias y/o integral. Asimismo, solicitó que se remita una copia con la decisión contenida en la Sentencia T-336 de 2022 a la Procuraduría General de la Nación, con el fin de que, en ejercicio de sus competencias constitucionales, vigile la implementación de dicho plan, en conformidad con lo estipulado en la Sentencia T-178 de 2019 (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-336, 2022).
- ii) Respecto a los trámites de regularización de las personas migrantes en un grave estado de salud (en especial, enfermedades ruinosas o catastróficas), tanto la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia como el Ministerio de Relaciones Exteriores deben tomar las medidas y controles que les competen para evitar vencimientos o demoras que puedan ocasionar la discontinuidad del servicio de salud (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-266, 2021).
- iii) La Corte le ha pedido al Ministerio de Salud y Protección Social que, en el marco de sus competencias constitucionales y legales, consolide una política pública de prevención del VIH enfocada en personas migrantes irregulares, articulada con las autoridades locales y con la estrategia de prevención del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH, y las hepatitis B y C (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-496, 2020).
- iv) Frente a los casos de mujeres y personas migrantes en situación irregular que se encuentren en estado de gestación, la Corte le advirtió a las IPS que deben abstenerse de imponer barreras para acceder a los servicios de salud prenatal, con la finalidad de preservar los derechos fundamentales de esta población, de acuerdo con lo establecido en los términos de la jurisprudencia

constitucional (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-244, 2020; Sentencia T-344, 2022).

- v) Respecto a los procesos de difusión de la jurisprudencia constitucional sobre el acceso a los servicios de salud para los menores extranjeros en situación irregular, la Corte le solicitó al Consejo Superior de la Judicatura realizar las gestiones pertinentes para remitir copias de sus sentencias, en particular de la T-390 de 2020, a todos los despachos judiciales del territorio nacional, con el objetivo de que conozcan y acaten su jurisprudencia en la materia (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-390, 2020).
- vi) Para avanzar de manera expedita y eficaz hacia la plena realización del derecho a la salud de las personas migrantes sin importar su estatus migratorio —especialmente de aquellas personas que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad (niños, niñas, madres cabeza de hogar)—, la Corte ha instado al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Relaciones Exteriores y a la Unidad Administrativa Migración Colombia para que adopten medidas dirigidas a conseguir recursos de la cooperación internacional y nacional que le permitan al Gobierno nacional alcanzar dicho objetivo (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-210, 2018).

2. Atenciones en salud para niñas, niños y adolescentes

En el 2017, empezaron a llegar a la Corte Constitucional las primeras tutelas para ser revisadas sobre atención en salud y afiliación al SGSS de personas migrantes venezolanas en situación irregular, en particular de niñas, niños y adolescentes (NNA) (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-705, 2017). A partir de ese año, la jurisprudencia de la Corte Constitucional empezó a analizar este tipo de casos y creó una regla para dar soluciones diferenciadas entre las personas adultas y los NNA en situación irregular, ya fueran provenientes de Venezuela o nacidos en el territorio nacional de padres y/o madres venezolanos (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-450, 2021).

Consistentemente, la Corte ha sostenido que en el caso de los NNA migrantes en situación irregular, la atención en salud no se limita

a aquellas situaciones en las que se presenta una urgencia, sino que se debe asumir una postura más amplia y diferenciada en la protección del derecho a la salud (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-450, 2021). En estos casos, la Corte ha extendido el alcance del derecho a la salud a otros eventos que de manera estricta no están contemplados en el concepto de urgencias. Por ejemplo, en la Sentencia T-705 de 2017, la Corte Constitucional le recordó al IDS del Norte de Santander que al ser la entidad encargada de coordinar y vigilar el sector salud y el SGSSS en el territorio del departamento de Norte de Santander, está llamada a gestionar —a través de entidades prestadoras de servicios de salud públicas o privadas— la atención de los servicios requeridos por un niño menor de edad y por el médico tratante que consideren como urgentes.

Posteriormente, en la Sentencia SU-677 de 2017, la Corte advirtió que al emitir una decisión en la que puedan resultar afectados los derechos de un NNA, el operador de salud debe apelar al principio de primacía de su interés superior. En este caso la Corte reiteró y precisó las reglas jurisprudenciales que debe tener en cuenta el juez constitucional para establecer en qué consiste el interés superior de los NNA. Asimismo, en la T-210 de 2018, la Corte reiteró que el marco normativo es claro en permitir el acceso a atención en salud de urgencias a los NNA de padres y/o madres migrantes, independientemente de su situación migratoria. En esta sentencia, la Corte también afirmó que la atención de urgencias para los NNA puede llegar a incluir los tratamientos de enfermedades catastróficas, como el cáncer, siempre y cuando estos sean solicitados por los médicos tratantes como urgentes; es decir, que sean indispensables y no puedan ser retrasados razonablemente sin poner el riesgo la vida del NNA.

Para la Corte, reconocer a los NNA migrantes como sujetos de especial protección constitucional implica una garantía reforzada para la protección de sus derechos fundamentales. Es decir que en ciertos casos, y dependiendo de la gravedad del diagnóstico, la protección debe superar el concepto administrativo de urgencias, partiendo de los principios de universalidad y de integralidad en materia de salud (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-450, 2021). Así, el Estado colombiano tiene la obligación de prestar servicios de salud a los NNA que sufren de algún tipo de afección física y mental, y de garantizarles un “tratamiento integral, adecuado y especializado” conforme a la

enfermedad padecida. Esto incluye a los NNA migrantes, a pesar de no estar regularizados en el país y, en consecuencia, no estar vinculados al sgsss (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-021, 2021; Sentencia T-090, 2021).

La Corte Constitucional ha consolidado una línea jurisprudencial en la cual establece que, por el solo hecho de habitar en el territorio nacional, a las personas extranjeras, incluyendo a los NNA, se les considera titulares de los derechos a la salud y a la vida digna, además de recibir atención básica y de urgencias, tengan o no un estatus migratorio regular (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-452, 2019). Es decir que las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) —antes conocidas como entidades prestadoras de salud (EPS)— no pueden negarle la atención en salud, ni los servicios médicos que esta genere, a NNA migrantes en situación irregular con base en barreras administrativas, como es el hecho de no estar debidamente afiliados al sgsss. De lo contrario, se estaría desconociendo el mandato legal previsto en el artículo 11 de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), que cataloga a los NNA como sujetos de especial protección (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-576, 2019).

Ahora bien, en el caso de niñas y niños recién nacidos en el territorio colombiano de padres en situación migratoria irregular, la Corte Constitucional recordó que para garantizar el derecho fundamental a la salud, se debe tener en cuenta siempre el principio de interés superior del menor, para así garantizar el desarrollo armónico e integral de toda persona menor de edad y la protección de sus derechos fundamentales (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-178, 2019). Por consiguiente, cuando un niño o una niña **menor de un año** no esté cubierto por algún tipo de protección o seguridad social, no solo tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado, sino también debe ser registrado en una EAPB con el fin de garantizar los servicios de salud necesarios para el desarrollo de la primera infancia. Esto implica “la obligación del Estado de garantizar el acceso de los recién nacidos a los servicios de salud en el más alto nivel posible” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia SU-677, 2017), dar cumplimiento al amplio marco normativo que regula la materia y, además, reconocer que la situación migratoria irregular de los padres no se le puede transmitir a un recién nacido, quien además es un sujeto

de especial protección constitucional al que se le debe garantizar el más alto nivel de bienestar.

Ahora, frente a los menores de edad que tienen más de un año, aunque la atención inicial de urgencias puede ir más allá de preservar los signos vitales y cobijar la atención de enfermedades catastróficas o la realización de cirugías, es necesario acreditar la urgencia de la atención médica y el respectivo tratamiento. De lo contrario, en caso de buscar una atención integral en salud, el NNA debe cumplir con las normas relativas a la afiliación al SGSSS, como ocurre con los ciudadanos nacionales (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-058, 2020).

Como se mencionó en la primera sección de este capítulo, en la Sentencia T-390 de 2020 la Corte resumió las reglas desarrolladas hasta ese momento sobre el acceso a servicios en salud de personas migrantes en situación irregular y con enfermedades que requieran de una atención que exceda el servicio de urgencias. En el caso de los NNA, estas reglas afirman que

(iv) El Estado está en la obligación de prestar los servicios de salud, libre de discriminación y de obstáculos de cualquier índole, a los NNA que sufren de algún tipo de afección física y mental y de garantizarles un tratamiento integral, adecuado y especializado conforme a la enfermedad padecida, incluyendo a los NNA migrantes. (v) En el caso de los NNA migrantes, la falta de diligencia o cuidado de sus representantes legales, reflejada en el hecho de no adelantar oportunamente los trámites administrativos tendientes a regularizar su condición migratoria y gestionar su vinculación al SGSSS, no puede traer como consecuencia la desatención en los servicios que requieran los menores con necesidad y, por tanto, el menoscabo de sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la dignidad humana. Como bien lo ha considerado la Corte Constitucional en su jurisprudencia, tratándose de sujetos de especial protección, como es el caso de los NNA y de personas con discapacidad, resulta inadmisibles trasladarles a estos las consecuencias negativas derivadas de una mala gestión en la defensa de sus derechos (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-390, 2020).

Por otro lado, aunque la Corte Constitucional ha fijado una regla jurisprudencial sobre la cual ha precisado que el principio de integralidad

no solo funciona para asegurar la prestación médica, sino además para que la persona tenga a su disposición lo necesario para poder sobrellevar sus afecciones de salud (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-275, 2020), esta regla no se ha aplicado de manera consistente en los casos que involucran NNA migrantes venezolanos.

Esto se puede evidenciar en las sentencias T-705 de 2017 y T-275 de 2020. En el primer caso, la Corte no concedió el servicio de transporte para un niño y su madre, el cual era requerido para garantizar el derecho a la salud y a la vida del menor, al no considerarlo un servicio de urgencia. Esta decisión fue contraria a lo resuelto en la Sentencia T-275 de 2020, caso en el que la Corte consideró que conceder el servicio de transporte era necesario para tratar el diagnóstico del menor de edad. La Corte Constitucional no puede desconocer su propia jurisprudencia, en la cual ha precisado que el principio de integralidad funciona tanto para asegurar la prestación médica como para que las personas tengan a su disposición los recursos necesarios para poder sobrellevar las afecciones que deterioran su salud.

Desde el 2017 hasta la actualidad, la Corte ha consolidado una línea jurisprudencial sobre el acceso a servicios en salud de NNA en situación irregular y con enfermedades que requieran una atención que exceda el servicio de urgencias. En un principio, las reglas jurisprudenciales sobre este tema fueron estrictas, pues la atención de urgencias se aplicaba indistintamente a personas adultas y menores de edad, sin embargo, actualmente existe una posición más garantista (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-336, 2022).

A medida que han ido llegando casos más complejos que evidencian la situación de vulnerabilidad en lo que están los NNA migrantes en situación irregular, la Corte ha ido ampliando, progresivamente, el ámbito de protección del derecho a la salud de esta población. Para ello ha reconocido que estos son sujetos de especial protección a quienes no deben imponérseles las cargas exigidas para acceder a los servicios de medicina integral, como la regularización de su estatus migratorio. Esta es una carga desproporcionada no solo por su condición de menores de edad, sino también por el estado de vulnerabilidad en que se encuentran a causa de la enfermedad que padecen, así como por el hecho de haber tenido que salir de manera repentina de su país de origen (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-090, 2020).

3. Atención a mujeres y personas gestantes

En el análisis de jurisprudencia de la Corte Constitucional se identificó que esta se ha pronunciado al menos en seis ocasiones³² frente a casos de mujeres migrantes en situación irregular que estaban en estado de gestación y requerían atención médica prenatal. Dos de ellos³³ están relacionados con la vulneración del derecho al trabajo y la protección laboral reforzada de las personas gestantes, ya que las accionadas se encontraban trabajando y fueron despedidas por esta razón. Dado que en estos casos no se analiza la vulneración del derecho a la salud, no serán abordados en este apartado.

En los cuatro casos restantes, la Corte Constitucional, a través de sus diferentes salas de tutela, asumió la posición unificada de proteger el derecho a la salud de las mujeres y personas gestantes migrantes en situación irregular. En todos estos pronunciamientos, la Corte reiteró las reglas generales de la jurisprudencia presentadas en el primer numeral de este capítulo; es decir, la obligación de las personas migrantes de regularizar su situación migratoria para poder afiliarse al SGSSS y, en consecuencia, recibir atención integral en salud. Aun así, la Corte consideró que en estos casos se había violado el derecho a la salud de las accionantes y que, por lo tanto, la atención de urgencias debía incluir, además del parto, el acceso gratuito a controles prenatales y postparto.

Esta posición se fundamentó en dos argumentos principales. En primer lugar, que el embarazo requiere una atención inmediata debido a las consecuencias físicas y psicológicas que puede tener este proceso. Así, la negativa de la prestación de estos servicios como una urgencia, en muchos casos lleva a la muerte de la madre, del feto y del recién nacido, lo que se puede evitar con la atención básica de los servicios de salud materna (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia SU-677, 2017).

En segundo lugar, estas sentencias reconocen que la migración forzada y la falta de un estatus migratorio regular coloca a las mujeres gestantes en una situación de vulnerabilidad agravada, por lo que es

32 Ver sentencias SU-677 de 2017, T-049 de 2019, T-298 de 2019, T-535 de 2020, T-449 de 2021 y T-344 de 2022.

33 Ver sentencias T-535 de 2020 y T-449 de 2021.

indispensable recibir atenciones en salud en estos casos (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia SU-677, 2017; Sentencia T-298, 2019).

En algunas sentencias, la Corte incluyó un argumento adicional para sustentar su decisión de garantizarle el acceso a controles prenatales y posparto a las mujeres y personas gestantes en situación irregular: el reconocimiento de que el embarazo “requiere una atención en salud de carácter urgente, debido a que se trata de preservar de manera digna la vida de la madre y del que está por nacer” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-074, 2019; Sentencia T-344, 2022).

Es importante anotar que en la mayoría de estos casos, la Corte emitió sus fallos luego de que las accionantes ya hubieran pasado por el parto, por lo que se declaró la carencia actual de objeto, al considerar que la atención prenatal ya no era requerida. Sin embargo, la Corte dio órdenes concretas para que las IPS demandadas le garantizaran la atención postparto tanto a las mujeres como a sus hijos, y que a estos últimos se les afiliará al SGSSS por ser menores de un año. Adicionalmente, la Corte exhortó a dichas IPS a que estos casos no volvieran a suceder y se garantizara la atención antes, durante y luego del parto a todas las mujeres y personas gestantes, independiente de su afiliación al SGSSS y estatus migratorio.

4. Personas con enfermedades crónicas y terminales

La imposibilidad para afiliarse al SGSSS no ha sido impedimento para que la Corte reconozca que, en casos excepcionales, la atención de urgencias puede incluir el tratamiento para enfermedades catastróficas, como el cáncer, siempre y cuando este sea solicitado por el médico tratante y este le asigne el carácter de urgente. Es decir, que son tratamientos considerados indispensables que no pueden ser retrasados, pues de lo contrario estaría en riesgo la vida del paciente (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia SU- 677, 2017; Sentencia T-210, 2018). Así lo reiteró en la Sentencia T-415 de 2021, donde afirmó que

la atención inicial de urgencias no es suficiente para la protección del derecho fundamental a la salud. Al respecto, la Corte ha reconocido tres condiciones cuyo cumplimiento activa el derecho a que una persona que no ha regularizado su estatus migratorio acceda a servicios de salud que excedan la atención

inicial de urgencias: i) que se trate de una enfermedad catastrófica; ii) que esté en riesgo la vida o integridad del paciente y; iii) que exista el concepto del médico que justifique la necesidad de estos servicios.

Por otro lado, la Corte ha reconocido que debido a la crisis humanitaria, política, social y de derechos humanos de Venezuela, las mujeres migrantes venezolanas —en particular quienes son cabezas de familia— se enfrentan a riesgos diferenciales. Una de las razones que las lleva a abandonar su país es la dificultad para acceder a servicios de salud, especialmente a tratamientos que son requeridos para atender enfermedades de tipo ginecológico (como cáncer de cérvix y de mama), que con la migración forzada pueden agravarse. Por ello ha decidido ordenar que puedan acceder a los tratamientos que necesitan más allá de las urgencias (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-210, 2018).

Ahora bien, la Corte no suele amparar el derecho a la salud en aquellos casos que los accionantes solicitan procedimientos y tratamientos médicos que no sean solicitados por el médico tratante y sean catalogados como urgentes. Esto ocurrió en el caso de la Sentencia T-348 de 2018, donde la Corte no amparó el derecho a la salud del accionante, quien era un paciente con infección asintomática por el VIH, ya que el médico tratante no conceptuó sobre la urgencia en el suministro de los medicamentos. La Corte reconoció que este caso era diferente al de la mujer migrante con cáncer de cérvix (Sentencia T-210 de 2018) y al caso de otros pacientes con VIH (sentencias T-025 de 2019 y T-246 de 2020), pues los médicos tratantes establecieron la urgencia de prestarles los procedimientos y tratamientos porque de esto dependía poder reducir el riesgo de muerte que tenían ambos pacientes. Por lo anterior, la Corte estableció que los procedimientos solicitados hacían parte de la atención de urgencias a la que ambos accionantes tenían derecho.

A pesar de que la Corte ha tenido una interpretación más garantista sobre el acceso a servicios en salud de personas migrantes en situación irregular, lo cual permite que reciban una atención ampliada en salud más allá de las urgencias, ha establecido tres condiciones para ello: (i) que se trate de una enfermedad catastrófica; (ii) que esté en riesgo la vida o integridad del paciente; y (iii) que exista el concepto del médico

que justifique la necesidad de estos servicios (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-210, 2018; Sentencia T-415, 2021).

El análisis realizado a la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre el derecho a la salud de las personas migrantes en situación irregular ha permitido evidenciar que existe una brecha entre el marco normativo de la salud como derecho fundamental y el ejercicio efectivo de este derecho para esta población en particular, sobre lo cual se profundizará en el siguiente capítulo. Reconociendo esta brecha, la Corte ha buscado ampliar el alcance de la atención de urgencias para las personas migrantes en situación irregular, estableciendo unas reglas jurisprudenciales generales y otras dirigidas específicamente a grupos de especial protección, como NNA, mujeres y personas gestantes, y personas con enfermedades crónicas y terminales. Sin embargo, como se mostró a lo largo de esta sección, esta posición aún no se encuentra unificada en la Corte y sigue en proceso de consolidación.

El actual proceso de consolidación de esta jurisprudencia se evidencia en dos situaciones. Por un lado, la reiteración de reglas que excluyen de las atenciones por urgencias ciertos servicios de más largo alcance, como la atención en salud mental. La Corte se pronunció en una oportunidad sobre el acceso a servicios de salud mental y concluyó que debido a que las personas en situación migratoria irregular solo tienen derecho a recibir atención de urgencias, los servicios de atención psiquiátrica no están incluidos dentro de ella (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-452, 2019).

Por otro lado, la Corte ha reconocido las barreras de acceso a servicios de salud que tienen otros grupos de personas migrantes en situación irregular, además de los mencionados en este capítulo. Por ejemplo, en una reciente sentencia, la Corte evidenció las barreras de acceso que enfrentan las personas migrantes sin estatus migratorio regular que están privadas de la libertad, pues las autoridades encargadas de su custodia no garantizan el acceso a estos servicios por no estar afiliadas al SGSSS (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-011, 2023). Si bien la Corte no dio una orden concreta que contribuya a superar esta situación, remitió este hallazgo a la Sala Especial de Seguimiento sobre el estado de cosas inconstitucional en materia de hacinamiento carcelario, para que esta revise las vulneraciones del derecho a la salud y determine “las medidas idóneas y coordinadas que

permitan superar la referida problemática” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-011, 2023).

A pesar de la contribución que ha hecho la jurisprudencia de la Corte Constitucional a la garantía del derecho a la salud para personas migrantes en situación irregular, es importante aclarar que la mayoría de estas decisiones tiene un alcance limitado debido a que las órdenes tienen efectos solamente sobre las partes del caso concreto, al tratarse de sentencias de tutelas. Cabe señalar que en algunas de sus sentencias, la Corte ha exhortado al Estado a tomar medidas generales, como, por ejemplo, “consolidar una política pública de prevención del VIH enfocada en migrantes irregulares, articulada con las autoridades locales” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-496, 2020). No obstante, debido al complejo funcionamiento del sistema de salud, a sus problemas de financiación y al protagonismo que se le ha dado a los recursos de cooperación internacional (cómo se explicará en el capítulo quinto), muchas de las medidas sugeridas por la Corte no se han implementado. Por ello es urgente que se adopten medidas de carácter legislativo para garantizar el derecho a la salud de esta población.

IV. ¿CUÁL ES EL ALCANCE DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS PARA LAS PERSONAS MIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR? BRECHAS ENTRE LA TITULARIDAD DE DERECHOS Y LA REAL PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Este capítulo (y el siguiente) presenta los resultados de un análisis cualitativo de datos procedentes de: dos diarios de observación participante, entrevistas semiestructuradas, grupos focales (en los cuales participaron un total de 36 líderes sociales) y las respuestas a derechos de petición³⁴, los cuales se fundamentan en los resultados del estudio normativo-jurisprudencial de los capítulos anteriores.

El análisis que se desarrolla a continuación evidencia una importante **brecha entre el estándar legal de protección** para las atenciones de urgencias de la población migrante en situación irregular y la realidad de **incumplimiento generalizado** de la normatividad constitucional y el derecho internacional por parte de las entidades responsables de la prestación de este tipo de atención en salud en Colombia. Además, se ofrece una mirada a las **causas** de esta situación desde la perspectiva de las personas participantes en este estudio.

1. Emergencias vitales y ulteriores atenciones de urgencias: cuestiones definitorias y la difícil identificación de casos “merecedores” de atención

El capítulo anterior describió cómo la Corte Constitucional de Colombia ha analizado y determinado el alcance del derecho a la salud,

34 Para más información sobre la metodología de este estudio, véase el capítulo I.

en particular respecto a la atención en urgencias de la población migrante en situación irregular y no afiliada al SGSSS. De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte³⁵, que interpreta la normatividad aplicable³⁶, estos servicios deberían incluir la atención inicial de urgencias, además de abarcar otras situaciones de salud que no son consideradas una emergencia vital de manera inmediata, pero que a medio y largo plazo pueden poner en riesgo la vida, salud y funcionalidad de las personas si no son atendidas oportunamente. Estas situaciones incluyen: la atención a mujeres y personas gestantes antes, durante y después del parto; el cuidado y tratamiento de enfermedades crónicas; y una atención médica priorizada para NNA (como se resume en la figura 1).

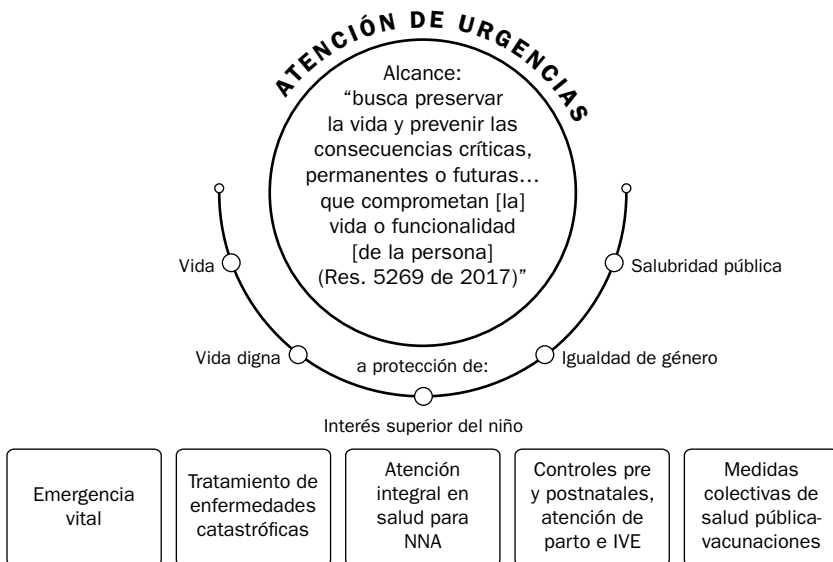
De acuerdo con la respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social a un derecho de petición, todas estas atenciones de urgencias **se deben ofrecer en los hospitales del sector público de forma gratuita** y están dirigidas a todas las personas, incluyendo a los y las migrantes en situación de irregular no afiliados al SGSSS y sin capacidad de pago. Estas atenciones son financiadas por fondos departamentales y, de manera complementaria, con recursos de la Nación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Respecto a este marco normativo, casi la totalidad de las personas que participaron en la investigación, y que no hacen parte de instituciones, denunciaron que **los servicios que se prestan a las personas migrantes en situación irregular son solamente aquellos comprendidos en la atención inicial de urgencias**. Esta es una atención de emergencia que apunta a estabilizar los signos vitales y, en general, se corresponde con las categorías de *triage* I y II de la Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social. Por ende, quedan ampliamente excluidas “medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias” que corresponden al *triage* III.

35 Véanse el capítulo III y la figura 1.

36 Véase la sección 2.2 del capítulo I, que menciona el marco normativo nacional dentro del que se encuentran el Decreto 866 de 2017, la Resolución 5269 de 2017 y la Resolución 5596 de 2015.

Figura 1. Componentes de la atención de urgencias para población migrante en situación irregular



Nota: elaboración propia con base en la normatividad colombiana y la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

Durante una mesa de trabajo realizada en una IPS ubicada en Soacha (Cundinamarca), varios profesionales de salud afirmaron que es extremadamente frustrante, pero para seguir el tratamiento con migrantes no asegurados, después de la estabilización de signos vitales, se les da de alta y se les aconseja acercarse a urgencias otra vez en pocos días al descompensarse. Tenemos que cumplir con la normatividad que nos ata a las atenciones iniciales de urgencias (Angeleri, O-Bs).

Según varios testimonios, sobre todo relacionados con enfermedades crónicas, en muchos casos se da un **círculo vicioso de "admisión en urgencias, estabilización, tratamiento puntual, dimisión y eventual vuelta a urgencias"**, lo que termina generando dudas acerca del efectivo compromiso institucional para garantizar el derecho a la salud de estas poblaciones (en sus dimensiones de accesibilidad, aceptabilidad y calidad del servicio)³⁷. Como reconoce el subdirector de la misión de una importante organización humanitaria en Cúcuta:

³⁷ De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte IDH (Poblete Viches y

¿Qué clase de derecho a la salud tienen [las personas migrantes irregulares] si pueden llegar a tener atenciones en salud de urgencia solo cuando están en situaciones de gran sufrimiento físico y psicológico? ¿Dónde está la protección de su dignidad hasta este punto? (Angeleri, E-4, énfasis propio).

Además, evidentemente, esta lógica de excepcionalidad y urgencia —que se deriva de una **interpretación restrictiva** que se limita a estabilizaciones de signos vitales— no responde a las necesidades de personas migrantes en situación irregular con patologías crónicas y catastróficas:

Si yo soy un paciente diabético descompensado, me atienden la urgencia, pero no me dan el medicamento. Además, pacientes asintomáticos con VIH, hepatitis y algunos casos de cáncer puede que no generen algunas connotaciones u otra serie de condiciones que afecten la presión arterial, el ritmo cardíaco, la respiración, la temperatura corpórea ... pues entonces en estos casos no va a haber atención de urgencias (Angeleri, E-2).

La **salud mental** es otra área en donde el enfoque de estabilización en urgencias parece resultar particularmente limitado para garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las personas migrantes en situación irregular, teniendo en consideración los servicios de atención integral e integrada en salud mental previstos por la Ley 1616 de 2013. Pese a

otros, 2028) y la Corte Constitucional Colombiana (Sentencia T-760 de 2008), entre otros, y con fundamento en la Observación General n.º 14 del Comité DESC (2000), el derecho a la salud “en todas sus formas y a todos los niveles abarca [unos] elementos esenciales e interrelacionados”, que son relevantes para el desarrollo de normativas, políticas públicas y prácticas. Los principales elementos son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad de bienes, facilidades, servicios y condiciones para gozar el derecho a la salud. La disponibilidad se refiere, por ejemplo, a la necesidad de que los bienes y servicios de salud existan en número y diversificación suficiente en todo territorio; la accesibilidad requiere que los “establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles para todos, sin discriminación alguna” desde un punto de vista físico y económico, proporcionando información adecuada sobre ellos; la aceptabilidad pretende el respeto de la ética médica y de la interculturalidad; y la buena calidad tiene que ver con estándares, capacidad instalada y mejoramiento del talento humano.

que la prevalencia de trastornos mentales comunes como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático tiende a ser mayor entre las personas migrantes y refugiadas que entre las poblaciones locales (World Health Organization [WHO], 2023), un exgerente del IDS de Norte de Santander comentó que

una persona con estatus migratorio irregular que presenta un cuadro de ansiedad o un cuadro depresivo se lleva por urgencias a la IPS y **se estabiliza; y luego el paciente simplemente sale**, se le dice que tiene que regularizar su estatus migratorio y hacer todo su proceso para que se afilie y tenga atención integral. Todavía, cuando se puede, se hace la articulación con la cooperación para que sus necesidades básicas queden satisfechas. El usuario, con la valoración médica que le hicieron en las urgencias, puede ir a colocar la tutela para que le den medicamentos y atenciones puntuales. Más no [puede recibir], porque los controles periódicos y las demás [atenciones] no estarían enmarcadas dentro de urgencias (Angeleri, E-5, énfasis propio).

Estas prácticas se entrelazan con problemas más estructurales, según una trabajadora de la cooperación de Cundinamarca:

Con relación al tema de salud mental, siento que hay una **interpretación subjetiva y ambigua de lo que constituye una urgencia o una atención necesaria** en los centros de salud. Además, aún estamos muy débiles; no hay los suficientes profesionales en los centros de salud para atender una urgencia de una tendencia suicida, de una psicosis, de una depresión mayor. Lo que se hace es estabilizar a la persona y enviarla nuevamente hacia su casa (Angeleri, E-9, énfasis propio).

La manera en que la **regularidad o irregularidad del estatus migratorio** puede afectar el alcance del derecho a la salud, junto con la falta de claridad acerca de qué casos “ameritan o no” atenciones de urgencias, puede ser ejemplificada por un caso reportado por una lidereza social que vive en Bogotá:

Yo tenía a una vecina que vivía aquí abajo que le estaban haciendo la diálisis. Tenía una enfermedad donde el riñón comienza a fallar y ella se descompensaba. Pero llega un momento que tuvo un problema con el Registro Único de Migrantes Venezolanos

(RUMV) y como ya no tenía documento válido para la afiliación, pues la sacaron de la EPS; le dijeron que ya no la podían seguir atendiendo a menos que estuviera muy grave y que la llevaran a urgencias (Angeleri, GF-2).

Pese a que la Corte Constitucional ha establecido que el cuidado y el tratamiento de enfermedades catastróficas está incluido dentro del concepto de urgencias, sin importar el estadio de la enfermedad (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-025, 2019; Sentencia T-403, 2019), estos y otros testimonios —en los tres departamentos donde se realizó la investigación de campo— evidencian es que estos estándares no suelen aplicarse en la práctica. Como se mencionó en el anterior capítulo, esto se debe en parte a los efectos particulares que tienen las decisiones de tutela de la Corte Constitucional.

2. Barreras normativas y financieras

Las experiencias de las personas que participaron de este estudio demuestran que el acceso a servicios de salud para la población migrante en situación irregular queda en una zona gris. La **falta de protocolos y líneas operativas inequívocas** se entrelaza con las características de un sistema de salud fragmentado, donde hay que identificar claras fuentes de financiación para cada atención en salud³⁸. Por ejemplo, las entidades territoriales —que son las responsables de la dirección y organización de los servicios de salud a nivel municipal y departamental— identifican como primera barrera operativa la normatividad nacional, ya que esta limitaría las atenciones para la población migrante en situación irregular “a la atención inicial de urgencias” (Angeleri, E-5, E-18). Si bien existe un marco normativo y jurisprudencial que indica que “las atenciones iniciales de urgencia comprenden, además, la atención de urgencias” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-210, 2018; Decreto

38 Pese a que en 2019 el Ministerio de Salud y el Gobierno nacional adoptaron el “Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio”, un documento que presenta directrices y acciones orientadas sobre todo a las entidades territoriales, faltan líneas operativas claras relacionadas con las acciones individuales del sector salud en casos de urgencias para la población migrante en situación irregular que no se puede asegurar.

2408 de 2018) y van más allá de la estabilización de signos vitales, para la mayoría de las personas participantes en este estudio la **“ley” hace una mención explícita solamente a la “atención inicial de urgencia”** para la población pobre no asegurada³⁹.

Otra importante limitación para ampliar el alcance de las atenciones de salud en situaciones de urgencias está relacionada con la **falta de capacidad financiera de las entidades territoriales**. Según los artículos 1, 2 y 29 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 236 de Ley 1955 de 2019, los departamentos, municipios y distritos asumieron de forma exclusiva la administración del régimen subsidiado y, por tanto, el control de la afiliación. Esta facultad tiene un impacto directo en el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud para las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad. Desde el IDS de Norte de Santander, por ejemplo, compartieron que

se trata de un **cuidado extremadamente costoso** y el Instituto Departamental ya está expuesto, endeudado inclusive, por estar pagando el costo de las tutelas para el acceso a servicios puntuales en urgencias (Angeleri, E-5, énfasis propio).

De hecho, frente a la reiterada negación de servicios más allá de la estabilización de signos vitales a las personas migrantes en situación irregular y a sus representantes legales, no les queda otra alternativa que requerir la **intervención de la Defensoría del Pueblo o presentar acciones de tutela**. Así lo confirman los asesores legales de una ONG en Villa del Rosario: “Si hay algo relacionado con una urgencia de más alto costo, los mandan fuera, y en la práctica siempre se necesita una acción de tutela ... y desacatos” (Angeleri, O-CV).

De tal forma, mientras que el derecho a la salud debería garantizarse usando todas las medidas necesarias para darle efectividad—inclusive

39 En particular, las personas que participaron en el estudio referencian la Ley 100 de 1993 (art. 168) y la Ley 715 de 2001 (art. 67). La misma referencia a la sola atención inicial de urgencia se indica en todas las leyes que identificaron presupuesto para esta atención desde el 2016 hasta el 2022, como la Ley 2276 de 2022 (art. 45). A diferencia de estas fuentes, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece el derecho a “recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite, sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno” (art. 10[b]).

con alcance general, diferencial y colectivo (Comité DESC, 2000, § 1, 52)— sigue institucionalizado el uso de un mecanismo judicial (acciones de tutela) como la principal medida de realización del derecho fundamental a la salud, que ya está ampliamente limitado a las atenciones de urgencias para migrantes en situación irregular⁴⁰.

Por su parte, la sostenibilidad financiera y la **falta de claridad normativa** afectan visiblemente a las IPS. Así lo afirmó un médico que tuvo un rol gerencial en el IDS de Norte de Santander:

En el sistema de salud instituido por la Ley 100, los hospitales tienen que vivir con la venta de servicios. Si no está claro lo que va más allá de la emergencia vital, y puede que no haya un pagador del servicio, el servicio —que por tal cualificación deja de ser “derecho” — no se puede autorizar o dar (Angeleri, E-7).

De hecho, una enfermera jefe que trabaja en el sector público en Bogotá reitera que

[Al] definir o no si es una urgencia ... digamos que hay una línea muy delgada en esa definición. Y también siempre hay el riesgo que si no se trata de una verdadera urgencia, **la factura puede ser glosada**, o sea que no se pueda pagar desde el fondo financiero esta atención. Pues me imagino que también esto se vuelve como una limitante para las IPS y por eso muchas personas son devueltas y muchas de esas necesidades no son consideradas una emergencia médica (Angeleri, E-20).

3. Barreras estructurales y operativas

Debido a la **aparente falta de conocimiento sobre los estándares normativos y jurisprudenciales por parte del personal sanitario**, que es el que termina materializando el derecho a la salud (en urgencias) para la población migrante en situación irregular, una profesional de una entidad territorial entrevistada sugiere que es necesario

el fortalecimiento de capacidades de talento humano, sobre todo en el tema de definición de urgencias, sobre migración y salud, al menos, pues para que también tengan ese desconocimiento y sepan cuál es el alcance de atención de una parte de

40 Para más detalles sobre este punto, véase el apartado 4 de este capítulo.

una población que no está afiliada al sistema, y que no tiene otra manera de atender sus necesidades en salud (Angeleri, E-18).

En este escenario, algunos médicos entrevistados confiesan que su *ética profesional* se ve desafiada por estas limitaciones financieras y normativas, ya que esta les obligaría a prestar los servicios necesarios para garantizar la dignidad humana y el interés superior del paciente. Esto implicaría minimizar “las interrupciones de la atención al paciente”, y no permitir “que su opinión profesional se vea influida por [la] institución” (Asamblea General de la Asociación Médica Mundial [AMM], 1949). El dilema ético para los médicos acerca de dónde **trazar la línea entre lo que es urgencia o no** continúa también fuera de las unidades de urgencias. Para varios entrevistados, y en las palabras de un asesor legal independiente, “para asegurar que las acciones de tuteladas sean exitosas, se necesita un parte médico que cualifique la necesidad en salud como urgente” (Angeleri, O-CV).

De manera más cínica, más allá del respeto a la normatividad, la ética y los derechos humanos, otros entrevistados reportan que la razón por la cual se prestan solamente atenciones iniciales de urgencia (atención de emergencia vital) a las personas migrantes no aseguradas tiene que ver con la mayor probabilidad de que la omisión o el retraso en la prestación del servicio de emergencia pueda terminar en procedimientos de responsabilidad administrativa, civil o penal para las IPS y las EPS (Angeleri, E-1; E-2).

Por otra parte, la **fragmentación del sistema de salud y sus debilidades estructurales** en algunas zonas del territorio nacional pueden también ser un problema a la hora de garantizar atenciones de urgencias en la red pública hospitalaria para las personas migrantes en situación irregular:

En Norte de Santander no hay una unidad de cuidados intensivos en hospitales públicos, así no se puede ofrecer a los pobres no asegurados e irregulares que lo necesiten: no habría nadie que paga por cubrir los costos del privado (Angeleri, E-7).⁴¹

41 La misma persona entrevistada informó que esta regla estaba a punto de cambiar, para que a las personas migrantes en situación irregular se les permita tener acceso a la UCI de la red privada.

Por otro lado, existe una problemática adicional cuando las personas migrantes acuden a los centros de salud de urgencias y en algunos casos ni siquiera las dejan entrar:

El vigilante preguntó qué había tomado y qué sentía, luego de eso dijo que no me veía tan mal y que tenían peores casos, que mejor me devolviera y tomara algo. (Angeleri, GF-2).

Mi marido, que es un trabajador del sector construcción, se presentó al hospital por un accidente, le cayó encima un objeto pesado, y como estaba “sucio” no le dejaron entrar. Hasta le trataron de “veneco”. Tuvo que regresar a casa, lavarse y volver (Angeleri, GF-2).

La situación descrita en el primer relato ocurre a menudo según los participantes, incluso en casos de nacionales colombianos y de extranjeros con situación migratoria regular. De hecho, se evidenció tanto en Cúcuta como en Bogotá. Los participantes de los grupos focales manifestaron en muchos casos **que los trabajadores de seguridad de los hospitales se habían convertido en el filtro** que decidía si las personas podían o no acceder a la atención; si estos no consideraban grave la situación de una persona, sobre todo si no estaba asegurada, no la dejaban pasar. Esta situación, según las opiniones compartidas con el equipo de investigación, puede atribuirse a la xenofobia y/o al ejercicio arbitrario del poder por parte de los trabajadores: “el médico termina siendo el celador”. También se recopilaron muchos testimonios donde se lamentaba la actitud xenófoba por parte de los profesionales de salud. A la luz de los estándares normativos nacionales (Ley Estatutaria 1751, 2015) e internacionales (Comité DESC, 2000), estas exclusiones terminan siendo un gran problema para acceder a los servicios de salud sin discriminación.

Aunque existen mecanismos administrativos alternos a la acción de tutela para manifestar una inconformidad con el servicio frente a estándares de calidad y no discriminación, como las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) ante la Superintendencia de Salud, se evidenció que para 2022, del total de PQRS presentadas, solo el 0,2% correspondían a reclamaciones interpuestas por personas migrantes venezolanas. En ese sentido, es posible que las pocas reclamaciones hechas por dicha población se deban a que las personas desconocen este tipo de mecanismos a los que pueden acudir para hacer valer su

derecho a la salud, o porque no confían en la eficacia de los procedimientos de esta entidad.

4. Barreras en los servicios de atención para las mujeres y personas gestantes

En esta y en la siguiente sección se discute cómo las barreras presentadas previamente impactan de manera diferencial a grupos poblacionales que, en teoría, han sido priorizados por la normatividad y la jurisprudencia constitucional por ser considerados sujetos de especial protección.

Como se indicó en el capítulo II, la Corte Constitucional Colombiana estableció que

el Estado está en la obligación de prestar los servicios de salud materna, relacionados con la gestación, el parto y el postparto a todas las mujeres que los requieran de forma gratuita, independientemente de que sean nacionales, colombianas o extranjeras con permanencia regular o irregular (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia SU-677, 2017).

Igualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social reconoce estos estándares, pues los incluye explícitamente dentro de su respuesta a un derecho de petición (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023, p. 34).

A pesar de lo establecido en la jurisprudencia de la Corte, según la información recogida en el trabajo de campo, a las mujeres gestantes en situación migratoria irregular, y por ende sin afiliación al SGSSS, no se les ofrecen controles pre y postnatales por parte de las instituciones y actores del sistema salud, a menos que exista algún tipo de convenio con organizaciones no gubernamentales o de cooperación internacional⁴². Una lideresa social, con la que coincidieron las demás participantes en un grupo focal en Soacha, nos mencionó que:

no nos hacen controles porque no tenemos EPS, porque no estamos en Capital Salud o porque no tenemos la documentación. Tiene que haber una estricta emergencia, en caso de vida o muerte, para que te atiendan (Angeleri, GF-3).

42 Sobre las acciones complementarias de los actores humanitarios, véase apartado 2 de este capítulo.

Esta realidad se confirma también por participantes de la ciudad de Bogotá:

No hay control prenatal para irregulares, solo si tienes EPS tienes acceso a que te den el control. Pero si no tienes, si eres irregular, solo gracias a algunas organizaciones [de la sociedad civil e internacionales] se les puede prestar algunos servicios de laboratorio, de ecografía, pero no todas estas te dan el mismo servicio de calidad y un seguimiento con varios controles (Angeleri, E-11, énfasis propio).

Una de las personas entrevistadas del sector humanitario en Norte de Santander resaltó que las **modalidades de prestación** de estos servicios en el sistema de salud no se armonizan con el hecho de que la Corte Constitucional haya considerado que la atención prenatal para mujeres y personas migrantes en situación irregular se debería prestar como atención de urgencias:

Se trata de servicios que el sistema de salud y los hospitales consideran **servicios ambulatorios por consulta externa**. Si la Corte los califica como servicios urgentes, el ministerio y las entidades territoriales deberían desarrollar alguna ruta especial, si no, simplemente no se pueden prestar en un departamento de urgencias fuera de casos excepcionales. **El servicio de urgencia no tiene esta función** y los hospitales dicen que están endeudados de solamente los partos y ellos obviamente no son un espacio de controles prenatales (Angeleri, E-10, énfasis propio).

Asimismo, durante la revisión de normatividad realizada en este estudio no se encontró que existan normas sobre el acceso a controles prenatales y postparto para las mujeres y personas gestantes migrantes en situación irregular. No obstante, en relación con el acceso al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), la Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social dispone que:

Si la persona es migrante irregular sin posibilidad de vinculación al sistema, el acceso a tal procedimiento, así como las demás atenciones relacionadas con la gestación, se considerarán esenciales, con carácter urgente y estarán exentas de cobros. (numeral 8.2).

La implementación de esta nueva norma va a requerir mucho compromiso y acciones concretas por parte de las instituciones, incluidas aquellas que están encargadas de acciones de monitoreo, para que los derechos y las atenciones relacionadas con la gestación sean efectivas en todas sus dimensiones en la prestación del servicio, así como ocurrió con la atención de parto. Efectivamente, en los tres departamentos donde se adelantó esta investigación, **la atención de parto es el único servicio de urgencias que la red pública presta** a las personas gestantes en situación migratoria irregular. Sin embargo, es necesario considerar que, aislada de una atención integral a la gestación y sin que existan rutas claras, la atención exclusiva del parto puede generar situaciones como las que se describen a continuación:

En mi experiencia de lideresa, que acompañé muchas compañeras venezolanas cuando van al médico, la mujer tiene que esperar llegar dando a luz para que la puedan atender, si es ya con dolores te medio atienden, si no está lista te echan para atrás y dicen “no, todavía no la podemos atender” y, sin decir cuándo puede volver, te mandan para tu casa. Y hay unas que han dado a luz casi que ya llegando al hospital (Angeleri, GF-1).

Por otra parte, frente al fenómeno de trata de niñas y mujeres migrantes con fines de explotación sexual en contextos de fronterizos (Mullally, 2023), una profesional de una organización internacional sugirió que “el tema de las gestantes también es clave analizarlo a la luz de un componente de protección que permita identificar la vulnerabilidad y los riesgos de violencia y explotación sexual” (Angeleri, E-1). Por ejemplo, la oferta institucional para brindar asistencia a víctimas de trata y de violencias basadas en género no debería exigirle a las víctimas tener un estatus migratorio regular para acceder a medidas de protección, ni mucho menos para interponer las denuncias respectivas ante las autoridades competentes. Las víctimas deben poder denunciar sin tener miedo de exponerse a medidas sancionatorias, como por ejemplo la expulsión del territorio nacional, que puede llevar a ulteriores violaciones de derechos humanos y a fenómenos de revictimización.

La precariedad en la atención para personas gestantes también se evidencia en la ausencia de atención para quienes padecen **sífilis gestacional y congénita**. Informes del Ministerio de Salud y Protección Social evidencian que esta enfermedad afectó dos veces más a las

personas migrantes en comparación con la población nacional (Cuellar Segura *et al.*, 2021; Ministerio de Salud y Protección Social *et al.*, 2022; INS & Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Esto demuestra la especial vulnerabilidad de la salud que tiene este grupo poblacional, en particular cuando se trata de personas en situación migratoria irregular a las que se les dificulta acceder a controles prenatales y, por ende, a tratamiento. Profamilia (2020) advierte que:

La sífilis gestacional ... 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.

Las posibles consecuencias de esta infección ejemplifican por qué es esencial acceder a controles prenatales y postparto para garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y personas migrantes gestantes, y por qué se deben incluir dentro del derecho fundamental a las atenciones básicas y urgentes. Si los servicios de urgencias no son el escenario adecuado para la prestación de estos servicios preventivos y de detección temprana, se tienen que identificar otras modalidades concretas para el efectivo goce de este derecho en el marco de atenciones institucionales.

Para garantizar la salud pública como un componente del derecho a la salud —en particular de las atenciones de urgencias (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-025, 2019)— no se pueden invisibilizar las necesidades de **salud sexual y reproductiva de toda la población migrante, incluyendo a los hombres independientemente de su orientación sexual**. Al respecto, el gerente del programa de salud de una agencia de cooperación internacional nos indicó que

el manejo de enfermedades transmisibles es de gran impacto en las comunidades, razón por la cual el VIH/SIDA, la tuberculosis, la lepra, la sífilis, entre otras, debería estar incorporándose en la oferta de los servicios de salud para todos de manera inmediata (Angeleri, E-4).

5. Exclusiones en la atención para niños, niñas y adolescentes no regularizados

Como se explicó en el capítulo anterior, recientemente la Corte Constitucional ha alineado su jurisprudencia a los estándares internacionales, indicando que el **interés superior del niño y de la niña** (y sus necesidades de desarrollo) tiene primacía sobre consideraciones relativas a la condición migratoria. En consecuencia, todos los NNA migrantes —no solamente infantes menores de un año— tienen que gozar de un pleno derecho a la salud, el cual se debería traducir en **atención integral** en salud, como está previsto para NNA nacionales (Comité de los Trabajadores Migratorios y Comité de los Derechos del Niño, 2017, § 55, 56; Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-106, 2022).

Pese a ser sujetos de protección especial, los NNA en situación migratoria irregular no parecen tener un acceso más amplio a servicios de salud en hospitales u otros centros de salud que las personas adultas en la misma situación. Múltiples fuentes de información, inclusive el mismo Ministerio de Salud, reportan que estos NNA siguen **teniendo acceso solamente a las atenciones de estabilización** en urgencias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). De hecho, **no se ha encontrado alguna fuente normativa que diseñe rutas o protocolos claros** para que las instituciones de salud puedan

prestar los servicios de salud, libres de discriminación y de obstáculos de cualquier índole, a los menores de edad que sufren de algún tipo de afección física y mental y de garantizarles un tratamiento integral, adecuado y especializado conforme a la enfermedad padecida, incluyendo a los niños, niñas y adolescentes migrantes, a pesar de que no se encuentren regularizados en el país y, en consecuencia, no estén vinculados al SGSSS (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-106, 2022).

En los territorios, sobre todo en los grupos focales con líderes y lideresas comunitarias, se recibieron un sinnúmero de relatos donde NNA en situación migratoria irregular pudieron como mucho acceder a servicios de salud en urgencias, siempre que su condición fuera lo suficientemente grave:

Yo le cuento del caso de una mamita que tiene dos bebés. Un bebé nacido en Venezuela, el mayorcito, y el menor nacido aquí en Colombia. El bebé grandecito siempre ha estado muy

enfermito y constantemente ella lo lleva al centro de salud de aquí cerca de donde estamos, y nunca ha podido ser atendido por su condición irregular. El chiquito pues sí, él sí recibe atención médica porque es colombiano, entonces es totalmente discriminatorio, totalmente una postura, una política de salud, bastante inhumana, por demás, porque se trata de un bebé. Varias veces yo le dije “ve y dile que eso es una emergencia”. En el hospital le responden “vayan, tómate esto, el niño no tiene nada, eso no es una cosa de emergencia”. Y el niño con fiebre (Angeleri, GF-1).

Teniendo en cuenta este relato, es importante recordar que sigue vigente el programa Primero la Niñez, una medida que permite otorgarle la nacionalidad colombiana a hijos de padres y/o madres venezolanos nacidos en Colombia después del 19 de agosto 2015 (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2023; Resolución 8470, 2019; Resolución 8617, 2021). Además, el ETPMV permite la regularización migratoria de NNA venezolanos hasta el 30 de mayo de 2031, siempre que hayan ingresado al país regular o irregularmente antes del 31 de enero de 2021⁴³. El registro civil de nacimiento, la tarjeta de identidad y el PPT —que son prueba del resultado exitoso de los procedimientos para el reconocimiento de la nacionalidad y de regularización— son documentos válidos para el aseguramiento de NNA al SGSSS.

Desafortunadamente, en los procesos de regularización la obtención del PPT no es automática; esta depende de un proceso que debe ser activado por parte de la población y del cumplimiento de los requisitos de elegibilidad. La decisión de otorgarlo tiene ciertos niveles de discrecionalidad por parte de Migración Colombia y puede tomar varios meses. Una vez que el permiso es entregado, el proceso de afiliación al sistema de salud puede tomar un tiempo, y durante el primer mes solo se pueden solicitar atenciones de urgencias. Esto evidencia que persisten barreras legales que le impiden a las personas migrantes acceder a

43 De acuerdo con el artículo 26 de la Resolución 971 de 2021 de la Unidad Administrativa Migración Colombia, esta medida se aplica solo a NNA que estén vinculados a un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD), a adolescentes y jóvenes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA), y a quienes estén matriculados en instituciones educativas.

los mecanismos de regularización y que, en consecuencia, dificultan el aseguramiento en el SGSSS de los NNA venezolanos, lo cual les garantiza la atención integral en salud. Dicha situación va en contravía de la jurisprudencia constitucional.

Para finalizar, cabe resaltar que —como se mencionó en el caso de las mujeres y personas gestantes que quieren acceder a controles prenatales— **los servicios de urgencias no son un escenario compatible con la integridad del servicio** y la plenitud del derecho a la salud de NNA, pues este incluye atenciones preventivas, de primer y segundo nivel, en un contexto ambulatorio.

Se puede analizar el caso de la desnutrición, que resulta estar particularmente acentuada en la población migrante infantil (Programa Mundial de Alimentos, 2022). Actualmente, el **manejo de la desnutrición** para personas migrantes en situación irregular solo puede ocurrir en hospitales en urgencias. Un doctor entrevistado durante el trabajo de campo informó que lo que se trata es la desnutrición aguda,

pero luego estas personas, estos niños, regresan a su entorno y no tendrán acceso a la continuidad del manejo por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y en la EPS, así que es muy probable que vuelvan a enfermarse de forma grave y les toque volver a urgencias (Angeleri, E-16).

De hecho, como lo confirmó una lideresa de Soacha, “en mi experiencia, si no tienes permiso, no tienes EPS, no puedes hacer el control de niño sano (desarrollo y crecimiento)” (Angeleri, GF-1).

De acuerdo con la Corte:

La atención de urgencias debe incluir la adopción de **medidas colectivas eficaces con un fuerte enfoque de salud pública** ... que es necesaria para garantizar el propósito preventivo, proteger la salud y la salubridad pública, y promover el bienestar general, no sólo de quienes llegan al país, sino también de la comunidad que recibe (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-025, 2019, énfasis propio).

En este sentido, todas las personas entrevistadas coinciden en que los programas de **vacunación**, financiados con recursos públicos, han sido particularmente exitosos y equitativos con los NNA migrantes, independientemente de su condición migratoria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), y que han incluido a la población pendular

(Angeleri, O-cv). En una entrevista con una organización de cooperación internacional, esta confirmó que los programas de vacunación han sido una

experiencia exitosa y hay que reconocer el esfuerzo nacional para lograrlo. La vacunación es una **estrategia de alta externalidad**, es decir, su beneficio supera a los vacunados y se extiende a proteger a individuos que conviven con los vacunados, su costo/beneficio es fuertemente documentado (Angeleri, E-4, énfasis propio).

En palabras de una lideresa migrante venezolana:

En mi caso, en lo que son cuestiones de vacunación ha sido muy efectiva la atención, lo único que tienes que presentar es la partida de nacimiento del niño, el acta de nacimiento, para que ellos le den prosecución al caso. Y pues le muestra que tienen algunas vacunas para hacer la nivelación, esto he visto que son muy efectivos. Pero en el resto de los casos, pues no se prioriza a los niños si no tienen los documentos, generalmente (Angeleri, GF-2).

6. Acciones individuales frente a las puertas “semicerradas” del sistema

En efecto, en las conversaciones con los participantes de este estudio surgieron algunos factores que comprometen la capacidad institucional para garantizar efectivamente el derecho a la salud de estas poblaciones. Entre estos se encuentran la fragmentación del sistema de salud, su limitada capacidad financiera, y la aparente falta de protocolos operativos y seguimiento para las atenciones de urgencia —más allá de la estabilización de los signos vitales— para personas en situación de pobreza no aseguradas⁴⁴.

Frente a este escenario —y considerando las necesidades en salud de las personas migrantes en situación irregular— ellas mismas, sus

44 Otros factores mencionados en las notas de observación, entrevistas y grupos focales incluyen: normatividad poco clara, funcionamiento del flujo de fondos a prestadores para la cobertura financiera de los servicios de urgencias, corrupción, y difícil o imposible monitoreo de las negligencias de los prestadores en un sistema de salud altamente privatizado.

representantes legales y líderes comunitarios han tenido que utilizar una serie de **mecanismos administrativos y legales** para exigir la garantía del derecho a la salud. Varias lideresas y algunas organizaciones de base comunitaria en Bogotá y Cundinamarca relataron la frecuente necesidad de contactar a la **personería local** y sobre todo a la **Defensoría del Pueblo** para “desbloquear situaciones donde ni la urgencia se prestaría” (Angeleri, GF-2, O-BS). La Defensoría del Pueblo confirma que a través de sus defensores comunitarios

tiene la capacidad y la autoridad, que se la ha ganado bajo el principio de la confianza, de ir a esta institución a exigir la demanda de ese servicio puntual que está requiriendo nuestro migrante o nuestro desplazado o una víctima multicausal (Angeleri, E-8).

Desde Soacha, una organización no gubernamental hizo énfasis en que el **derecho de petición** es una de las principales herramientas con la que consiguen resolver el 80 % de los casos en los que el servicio de urgencia se niega (Angeleri, O-BS). En el mismo sentido, muchas más participantes, incluidas una organización de la sociedad civil y la clínica jurídica de la Universidad del Rosario, reportaron que “el derecho de petición puede funcionar cuando las normas son claras y la práctica menos excluyente, si me dicen que solo le dan la atención inicial no me queda [nada más] que **tutelar**” (Angeleri, E-2, O-BS).

También, en Norte de Santander, la judicialización del derecho a la salud está tan interiorizada al punto que afecta la interpretación de la normatividad por parte de algunos actores institucionales. De acuerdo con un profesional de salud con experiencia en el IDS,

la norma dice que debería prestarse esa primera urgencia y luego revisar precisamente el estatus migratorio del migrante, y dependiendo de eso, gestionarse su afiliación o, en su defecto, a través de tutela, se continúa prestando el servicio de salud, en urgencias y en este caso, tutelas, eventos catastróficos (Angeleri, E-7).

Aunque la acción de tutela es ampliamente utilizada por algunas organizaciones humanitarias y actores institucionales entrevistados, ellos mismos afirman que para tener efectivo acceso a tratamiento y cuidados **continuados** urgentes —en particular cuando son de alto

costo— se necesita la afiliación al SGSSS, y para ello es necesario que la persona tenga un estatus migratorio regular. De hecho, “en la tutela, el juez ordenará entregar un medicamento, un examen o una cirugía, pero no va a haber normalmente ningún otro tipo de servicio correlacionado con la patología del paciente” (Angeleri, E-2).

Considerando las limitaciones descritas, inclusive para cuidados de enfermedades crónicas como el cáncer y el VIH, la estrategia de muchas clínicas jurídicas y asesores legales consiste en muchos casos —cuando existan los requisitos— en presentar una **solicitud de refugio** (reglamentada por el Decreto 1067 de 2015) ante el Ministerio de Relaciones Exteriores:

En 15 días se puede obtener un salvoconducto que —aunque haya que renovarlo periódicamente y no permita trabajar legalmente— es normalmente válido para la afiliación a salud y la continuidad del tratamiento en el territorio del departamento (Angeleri E-11).

Se trata de una solución pragmática, pero no generalizable, debido a que existen una serie de requisitos de elegibilidad⁴⁵ y hay un reconocimiento no uniforme del salvoconducto SC-2 a lo largo del territorio nacional. Además, como se explicó en la introducción, las posibilidades de obtener aseguramiento en salud para la población migrante venezolana se dificultan aún más porque en la actualidad **ya no es posible aplicar al ETPMV para obtener un PPT**, salvo para el caso de NNA en las condiciones que se explicó anteriormente.

De todas formas, hasta hace algunos meses, varias de las personas entrevistadas en el sector humanitario e institucional seguían indicando que “el aseguramiento es la única vía para garantizar el derecho a la salud de la población migrante en Colombia a través de una atención integral, continua y de alto costo”⁴⁶. El mismo Ministerio de Salud —en su res-

45 Por ejemplo, según el Decreto 1067 de 2015, “la solicitud de refugio se tiene que presentar máximo dentro del término de dos (2) meses siguientes [al] ingreso al país” (art. 2.2.3.1.6.1), a menos que se pueda justificar por qué no realizó el procedimiento en el tiempo estipulado.

46 Muchas de las personas entrevistadas hicieron énfasis en la regularización migratoria como solución para acceder a todos los servicios de salud necesarios. Esto se puede explicar parcialmente porque

puesta a un derecho de petición acerca de la inclusión de la atención para enfermedades catastróficas en el concepto de urgencias— respondió que la única vía es la regularización a través del ETPMV (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Esta respuesta demuestra una cierta contradicción entre la solución ofertada —el aseguramiento individual con subsidio a la demanda— y la imposibilidad de aseguramiento por parte de quienes por definición (persona migrante en situación irregular o indocumentada) no tienen la documentación requerida.

Frente a esto, algunos asesores jurídicos de una organización de base comunitaria de Bogotá opinaron acerca del papel que podrían tener el derecho y la jurisprudencia:

La jurisprudencia es muy garantista, muy avanzada, pero a veces **nuestros magistrados constitucionales se quedan cortos en ordenarle al Estado** reformas normativas claras en estas áreas ... y también [ordenarle] al Ministerio que **estructure un programa nacional inclusivo** de respuesta a las enfermedades crónicas y de alto costo, entre ellas cáncer, lupus, VIH y enfermedades huérfanas, insuficiencia renal, hepatitis C y demás (Angeleri, E-2).

En este capítulo hemos identificado retos y problemas en la implementación del derecho fundamental a la salud, en particular respecto a su componente de atenciones de urgencias para la población migrante en situación irregular. Así, se puede observar que a pesar del desarrollo de estándares para la garantía de este derecho (normativos y jurisprudenciales), en la práctica existen muchas limitaciones para acceder a estos servicios de salud. En algunos casos, esta brecha se ha reducido gracias a la necesaria intervención de asesores jurídicos y órganos de control.

En conversación con varios actores claves, se identificaron las posibles causas normativas, financieras, operativas y estructurales de esta brecha de protección, poniendo un foco especial sobre las situaciones de las mujeres y personas gestantes y de los NNA en situación irregular.

durante el trabajo de campo, en 2022, las personas migrantes venezolanas podían aplicar al ETPMV, siempre y cuando hubieran ingresado de manera regular al país a través de un puesto de control migratorio autorizado (entre el 29 de mayo de 2021 hasta el 28 de mayo de 2023), mientras que para las personas en situación irregular el plazo para aplicar al Estatuto venció el 31 de enero de 2021.

A partir de estas reflexiones, en el capítulo VI se presentarán una serie de recomendaciones que deberían tener en cuenta los tomadores de decisión a nivel nacional y departamental a la hora de desarrollar, implementar y monitorear normas, programas y protocolos que hagan realmente efectivo el derecho a las atenciones de urgencias de la población migrante en situación irregular.

V. EL PAPEL DE LOS ACTORES NO ESTATALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: EXTENSIÓN Y LÍMITES DE ACCIÓN

En este capítulo, que utiliza la misma metodología cualitativa del anterior, se analiza el **papel complementario e intersectorial que han tenido las organizaciones humanitarias, de base comunitaria y los liderazgos sociales** en la protección y promoción del derecho a la salud de la población migrante en situación irregular. En Colombia, las actividades desarrolladas por estos actores han contribuido a garantizar elementos esenciales del derecho a la salud, frente a los cuales las instituciones del Estado han facilitado articulaciones, pero han omitido —hasta ahora— responder desde un marco de derechos humanos.

Efectivamente, más allá de la atención de urgencias médicas, entre sus **obligaciones básicas** sobre el derecho a la salud, los Estados deben “asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de[] [derecho a la salud] incluida la atención primaria básica de la salud” (Comité DESC, 2000, § 43) para todas las personas y **sin discriminación**, en particular para grupos vulnerables.

Desde el área de salud pública internacional se indica que “la atención primaria en salud sigue apareciendo como la clave para materializar el derecho a la salud” (Almeida *et al.*, 2018). Esto implica una “estrategia o un modelo” de salud que responda a las necesidades de personas y comunidades desde un “**primer nivel** de atención resolutivo y articulador”, con “capacidades para actuar de manera intersectorial sobre los **determinantes sociales** de la salud” (Almeida *et al.*, 2018), y con servicios específicos que beneficien prioritariamente a los grupos más vulnerables y promuevan su participación social (Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Salud, 1978).

La oferta solamente de servicios de urgencias a personas migrantes en situación irregular no estaría acorde con las obligaciones normativas sobre el derecho a la salud del Estado Colombiano, a la luz de los **estándares universales de derechos humanos**. Estos demandan, por lo menos, que los servicios de prevención, la atención primaria, los bienes básicos y las atenciones de urgencias sean accesibles para todas las personas (Comité DESC, 2000; Comité de los Trabajadores Migratorios, 2013). Incluso los **estándares interamericanos** demandan que todos los servicios de salud sean prestados “independientemente de [la] situación migratoria o [el] origen” de las personas (CIDH, 2019).

En cambio, la Corte Constitucional Colombiana parece suscribir la tesis que mientras estén disponibles y sean accesibles los servicios de urgencias para personas migrantes en situación irregular, las obligaciones inmediatas sobre sus derechos a la salud no estarían vulneradas (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-025, 2019; Sentencia T-452, 2019). Asimismo, en la Sentencia T-210 de 2018, la Corte Constitucional consideró que:

El Gobierno colombiano y todo el entramado institucional con funciones en materia de salud deben ser constantes en la labor de consecución de recursos ... de cooperación internacional y nacional ... que le permitan avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la **realización del derecho a la salud de los migrantes con mayores estándares a la mera urgencia médica**, especialmente tratándose de aquellos migrantes en mayor situación de vulnerabilidad (§ 47, énfasis propio).

Involucrar a organizaciones no gubernamentales y humanitarias para la realización del derecho a la salud de las personas migrantes es, en principio, compatible con el marco internacional de derechos humanos, así como con lo establecido en el PIDESC. Históricamente, en Colombia existe una arquitectura humanitaria que ha respondido a crisis internas (conflicto armado, desplazamiento forzado, desastres naturales, epidemias y pandemias), la cual ha sido coordinada a través del Equipo Humanitario País de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA)⁴⁷. Desde el 2018, el Grupo Interagencial sobre

47 Para más información, se puede consultar la página web del Equipo Humanitario País Colombia: <https://response.reliefweb.org>.

Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM/R4V)⁴⁸ es la plataforma de respuesta a la población migrante y refugiada proveniente de Venezuela. Ambas arquitecturas tienen un nivel de coordinación nacional y uno territorial. En el ámbito de salud, la OPS colidra el “Clúster de Salud”⁴⁹ junto con el Ministerio de Salud y Protección Social (y en el ámbito local, con las secretarías e institutos departamentales de salud) para coordinar las actividades de las organizaciones que prestan o apoyan la prestación de servicios de salud de la mano con las instituciones.

Muchos de los socios que componen el Clúster de Salud y el GIFMM, otras organizaciones de base comunitaria, e inclusive asociaciones de población migrante y líderes comunitarios complementan y refuerzan las prestaciones institucionales. Además, ofrecen financiación o facilitan el acceso a atenciones en salud para personas migrantes en situación irregular que responden a las **principales necesidades en salud** que se han identificado en el territorio (R4V, 2022a, p. 35).

Como resultado de estas dinámicas, hay:

- Un derecho **formal** a las atenciones de urgencias en los centros de salud, justiciable en los tribunales (véanse los capítulos II y III).
- Un derecho **de facto** a servicios de atención primaria o de primer nivel, apoyo psicosocial, y programas sobre salud sexual y reproductiva y para la niñez (OIM & Gobierno de Colombia, 2020). Estos son ofrecidos y financiados por organizaciones humanitarias y no gubernamentales que se coordinan con varias instituciones (R4V, 2019, 2022b). Dichas acciones abarcan otros determinantes de la salud, incluyendo programas de transferencias monetarias, alimentación y saneamiento.

[int/colombia/equipo-humanitario-pais#:~:text=El%20Equipo%20Humanitario%20Pa%C3%ADs%20\(EHP,Cruz%20Roja%2C%20Comit%C3%A9%20Internacional%20de.](https://www.equipo-humanitario-pais.org/colombia/equipo-humanitario-pais#:~:text=El%20Equipo%20Humanitario%20Pa%C3%ADs%20(EHP,Cruz%20Roja%2C%20Comit%C3%A9%20Internacional%20de.)

48 Para más información, se puede consultar la página web del Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos: <https://www.r4v.info/es/colombia>.

49 Para más información, se puede consultar la página web del Clúster Salud: <https://si-clustersalud.org/dashboard/general>.

Para reforzar los argumentos de derechos humanos (Angeleri, 2022), salud pública (Onarheim *et al.*, 2018) y rentabilidad (Tjukanov *et al.*, 2021) que apuntan a extender los servicios de salud disponibles para la toda la población, este capítulo analiza las experiencias y opiniones de algunos profesionales, organizaciones asistenciales, personal de entidades territoriales, médicos y líderes comunitarios, quienes desde hace varios años han estado involucrados en las respuestas en salud al fenómeno migratorio. Este análisis cualitativo tiene el propósito de clarificar **cuáles son los intereses mínimos y las necesidades en salud irrenunciables** que debería proteger el derecho a la salud de las personas migrantes en situación irregular en Colombia, desde una **construcción conjunta sobre la idea y el papel de los derechos humanos** (De Burca, 2021). Debido a la necesidad de síntesis, este análisis se centra sobre los siguientes temas:

- Diferentes significados atribuidos al derecho a la salud, que manifiestan cercanía o distancia con el marco normativo de derechos humanos.
- Tipos, modalidad de atenciones y programas de salud prestados por ONG y agencias de Naciones Unidas a personas migrantes que apuntan a la implementación de un modelo (selectivo) de APS.
- Límites de la acción humanitaria y algunas posibles soluciones, lo que evidencia la necesidad de que haya una mejor inclusión de la población migrante en situación irregular en las políticas públicas y la oferta de servicios enfocados en la protección de los derechos humanos.

1. Concepciones sobre el significado del derecho a la salud

Teniendo en cuenta que quienes participaron en este estudio realizan activamente acciones para materializar el derecho a la salud de la población migrante en situación irregular en Colombia, es clave entender **qué significa para ellas el derecho a la salud**. Esto es particularmente importante si se considera que sus actividades son coordinadas directa o indirectamente por el Ministerio de Salud y Protección Social —a través del Clúster de Salud— y por las entidades territoriales, que tienen

inequívocas obligaciones respecto a la protección y promoción de los derechos humanos.

En general, los participantes de esta investigación reconocen las **características esenciales de los derechos humanos** según la doctrina internacionista clásica (p. ej. universalidad, inherencia, interdependencia) (OACNUDH, s.f.-b), como “la esencia del libre desarrollo del ser humano” (Angeleri, GF-1), lo que incluye para muchos “el acceso a condiciones mínimas para vivir dignamente” (Angeleri, E-18). Resulta especialmente interesante el reconocimiento de la “articulación y alianzas entre organizaciones con competencias diferentes” (Angeleri, E-4) como una forma de realización de los derechos humanos, que por su naturaleza **están interconectados y son interdependientes**⁵⁰.

Palabras como “dignidad” y “vulnerabilidad” fueron repetidas a menudo por las personas participantes como el fundamento de las acciones que se toman o deberían tomarse en beneficio de la población migrante. Según ellas, “nos hemos tristemente acostumbrado en la ley y en la sociedad a dar por hecho que los migrantes irregulares tengan menos derechos o estén discriminados” (Angeleri, E-16). Frente a la universalidad teórica de los derechos humanos, algunos participantes denuncian que estos se diluyen en la parte administrativa: “ahí es donde empezamos a encontrar los obstáculos, porque entonces la parte administrativa debe gerenciar unos recursos escasos ... en el caso de salud para que se pueda garantizar esa atención, este derecho” (Angeleri, E-18). Pese a que se entiende que la realización de los derechos sociales depende de recursos limitados y es progresiva, una de las preguntas de este estudio es hasta qué punto se pueden limitar los derechos **de un grupo poblacional específico** (en este caso, las personas migrantes en situación irregular) frente a la universalidad de derechos, considerando el irrenunciable principio de no discriminación y la especificidad de las necesidades humanas que tienen dichas personas.

50 En este sentido, la persona entrevistada añadió: “cuando las personas se plantean el derecho fundamental a la salud, piensan que la salud es acceder, no sé, a un médico. Pero, pues, detrás del médico también está el acceso a una vivienda digna, a poder alimentarte, a poder tomar agua limpia. Entonces creo que es más el compendio de todas las acciones que realmente van acompañadas para acceder a esos derechos humanos” (Angeleri, E-4).

En cuanto a la **naturaleza de los derechos**, algunos profesionales humanitarios —aunque no todos— han asociado los derechos humanos **más con estándares éticos que con normas legales** que sus programas deberían contribuir a realizar. Por ello, hablan de los derechos humanos como cuestiones legales que solo están relacionadas con las actividades que adelantan gobiernos, tribunales y áreas legales de organizaciones. Por ejemplo, un cooperante con responsabilidades en temas de salud y migración confiesa:

Nosotros no somos los que garantizamos los derechos humanos, porque es[a] no es nuestra función. [Nuestra función es la de] minimizar que haya riesgos de violaciones de derechos humanos, de estar ahí, de apoyar, de generar rutas de protección; que la gente entienda en qué momento se vulnera su derecho, a que instituciones pueden acudir cuando esté ocurriendo esto (Angeleri, E-14).

En este sentido, aunque no se puede generalizar, las personas participantes en el estudio recalcaron que, a diferencia del Estado, **las organizaciones no estatales no tendrían la obligación de garantizar los derechos humanos**. De hecho, algunos no consideran que el enfoque de sus programas y la priorización de sus acciones deban ser la implementación y supervisión de los derechos humanos⁵¹. Finalmente, la distancia de algunos participantes con respecto a un enfoque basado en los derechos humanos también se puede observar en el significado que le atribuyen a “derechos humanos”, como sinónimo del principio de “humanidad”⁵².

51 Desde finales de los años 90, gracias al liderazgo de las Naciones Unidas, un enfoque basado en derechos humanos se entiende como una serie de principios y normas que deberían guiar la programación, la implementación, el monitoreo y la evaluación de políticas públicas y programas de desarrollo. Existen varias modalidades de este marco conceptual, pero en general requiere: operacionalización de las normas internacionales de derechos humanos, respeto de los principios de universalidad, no discriminación, participación y rendición de cuentas en todas las fases de la programación. Para más información, véase: Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible (s. f.) y Ramos Robles (2018).

52 Mientras que “humanidad” es uno de los principios derivados del derecho internacional humanitario que guía a los actores humanitarios en escenarios de emergencias y en la adopción de medidas

En varias entrevistas y en todos los grupos focales se indicó que el derecho a la salud —que también debe ser garantizado a las personas migrantes— abarca el **bienestar** físico, mental y social. Los entrevistados concuerdan también en que hay que “tratar de hacer una atención lo más íntegra posible, lo más holística posible”, debido a que “este derecho permite que la persona pueda ejercer otro tipo de derechos [y] también ... es un derecho articulador de otros” (Angeleri, E-1, E-10), lo que es coherente con la definición internacional del derecho a la salud según el PIDESC.

Asimismo, algunas personas participantes analizaron el derecho a la **educación** y la **información en salud** como modalidades de prevención, al tiempo que consideran la **salud mental** como un elemento crítico⁵³ pero de difícil realización: “es algo que se confluye con un sistema que no tiene buena capacidad de respuesta a temas de salud mental para población colombiana” (Angeleri, E-5). Sin embargo, algunas opiniones enfatizaron la naturaleza instrumental de los servicios de salud para proteger especialmente el **derecho a la vida**, que perciben como el principal interés detrás de la prestación de dichos servicios. Otros consideraron que:

no puede ser que el derecho a la salud signifique que “me estoy muriendo, tengo derecho a salud”, como el caso de [las personas] irregulares debido a su estatus migratorio, este [derecho] debería activarse cuando hay consideraciones de oportunidad de la atención y frente a las necesidades en salud (Angeleri, E-7).

A continuación se presenta la sistematización de un ejercicio desarrollado con las 38 personas participantes de los grupos focales, de las cuales el 95 % no tenía formación legal. Esta figura hace un resumen no exhaustivo de sus concepciones sobre los elementos del derecho a

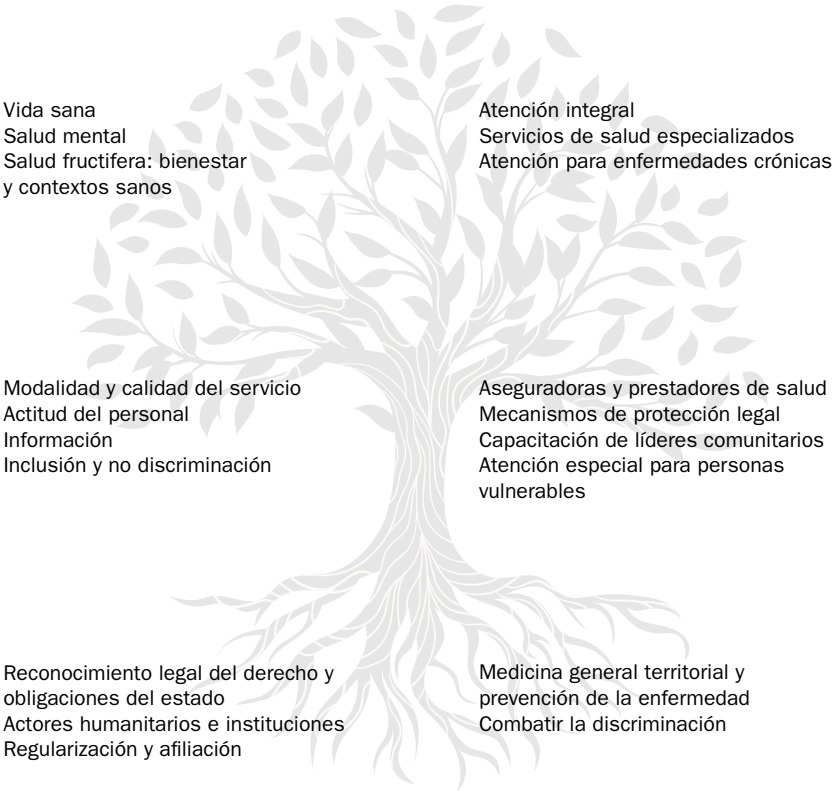
de protección de la vida y salud (junto a imparcialidad, neutralidad e independencia), los derechos humanos son un conjunto de principios y normas necesarios para proteger la dignidad humana que se sustentan en marcos políticos y jurídicos donde los derechos de las personas implican obligaciones específicas para los Estados.

53 Según una encuesta del GIFMM de septiembre de 2023, realizada en 2387 hogares de personas migrantes con vocación de permanencia, “el 82,4% manifestaron que la persona encuestada o alguien de su hogar presentó uno o más síntomas emocionales; el 62,8% miedo, 50,0% ansiedad y 42,6% depresión” (R4V, 2023a).

la salud, que son representados a través de las “raíces”, el “tronco” y los “frutos” de un árbol.

Figura 2. Árbol del derecho a la salud

Instrucciones: En cada parte del árbol, describa con palabras, relato o dibujo qué significa para usted el derecho a la salud.



Nota: elaboración propia con base en la información recopilada durante los ejercicios de los grupos focales.

En un ejercicio diferente sobre las relaciones entre derecho a la salud y la estrategia de APS, estos líderes y lideresas de las redes comunitarias en salud enfatizaron la **importancia de la prevención y promoción de la salud** a través de sus acciones de “voluntarios comunitarios en salud”, pero también indicaron diferentes prioridades dependiendo de su nacionalidad. Por ejemplo, las personas extranjeras, principalmente venezolanas, desearían que las instituciones estatales brindaran atención de **primer nivel** para todos, especialmente para NNA, y que el sector salud considerara estas atenciones como un derecho humano,

con obligaciones estatales correlativas sin limitaciones. Por su parte, las personas de nacionalidad colombiana, que tienen aseguramiento en salud, estaban preocupadas principalmente por el desarrollo de acciones efectivas para prevenir la enfermedad y la oportunidad real de acceder a **medicamentos esenciales asequibles** que a menudo no están disponibles de forma gratuita o a un precio subvencionado (Angeleri, GF-1, GF-2, GF-3, GF-4).

Para concluir este apartado, cabe destacar que algunas de las y los líderes y cooperantes de nacionalidad colombiana han evocado la regla —reproducida en folletos informativos presentes en todos los centros de salud visitados en el trabajo de campo— de que las personas (los usuarios del sistema) tienen **tanto derechos como deberes** frente al sistema de salud. Esto genera una condicionalidad en el ejercicio de un derecho fundamental que resulta difícil justificar a través de la cláusula general de limitación de los derechos en el marco internacional (PIDESC, 1966, art. 4), sobre todo cuando las condiciones para el ejercicio de un derecho son imposibles de cumplir; por ejemplo, la afiliación al sistema de salud de una persona con irregularidad migratoria que no cuenta con los documentos necesarios para adelantar este trámite.

En general, se observa que las **prioridades y los lenguajes específicos** de las diferentes partes y sectores interesados —como las diversas opiniones sobre el papel meramente humanitario de algunas organizaciones, por ejemplo— demuestran que existen circunstancias que pueden dificultar un trabajo realmente interdisciplinario para promover el derecho a la salud de toda la población migrante en el país (MacNaughton & McGill, 2019). De todas formas, a pesar de las diferencias, en general hubo consenso en que **las acciones para proteger el derecho a la salud deben ir más allá de las atenciones de urgencias** e incluir a las personas migrantes en situación irregular.

2. Atenciones y programas en salud de las organizaciones no gubernamentales y humanitarias

Citando a un profesional de alto cargo en la Defensoría del Pueblo, “si no existiera la cooperación y los programas de las ONG, los resultados [en salud y en otros sectores] serían nefastos [para las personas migrantes en situación de vulnerabilidad en Colombia]” (Angeleri, E-7). En el área de respuesta humanitaria a la movilidad humana, los programas de

cooperación están principalmente dedicados a las personas migrantes (venezolanas) en situación irregular, ya que —como se ha mencionado antes— **la ausencia de un estatus migratorio regular es la principal barrera** para el goce de derechos, incluyendo el derecho a la salud.

Durante el trabajo de campo en Norte de Santander, Cundinamarca y la ciudad de Bogotá, se observaron **varias modalidades** a través de las cuales agencias de las Naciones Unidas y ONG promueven la garantía del derecho a la salud de la población migrante en situación irregular, en articulación con las secretarías de salud. La oferta de atención en salud puede ser directa, a través de profesionales en salud, organizaciones humanitarias o voluntarios⁵⁴, o darse por medio de la compra de paquetes a las IPS, esencialmente de primer nivel y de salud preventiva. Esta oferta de atenciones en salud puede organizarse a través de jornadas de salud⁵⁵ o brindarse de manera continua (durante la implementación de proyectos) en centros de salud públicos⁵⁶ o privados⁵⁷ con financiación humanitaria, al igual que en centros de atención al migrante en las rutas de tránsito⁵⁸.

El Centro de Atención en Salud Transitoria de Los Patios, en Norte de Santander, ha constituido un ejemplo de cómo las organizaciones

-
- 54 Por ejemplo, la corporación Manitas Amarillas, integrada por profesionales de la salud voluntarios venezolanos, ha acompañado jornadas de salud en articulación con otros actores humanitarios, que ofrecen insumos y medicamentos, y con la institucionalidad, que ofrece los espacios (Angeleri, E-13).
 - 55 Por ejemplo, durante el año 2022 las atenciones de medicina general, planificación familiar, farmacia, psicología, higiene oral, crecimiento, nutrición y vacunaciones esenciales se ofrecieron periódicamente por la OIM en el Centro Intégrate de Cúcuta o en unidades de servicios de salud de primer nivel de la ESE Centro Oriente de Bogotá (Angeleri, O-CV, O-BS).
 - 56 Por ejemplo, la ESE Centro Oriente Bogotá y la ESE San Mateo en Soacha (Angeleri, O-BS).
 - 57 En 2022, el Servicio Jesuita a Refugiados solía comprar paquetes de salud en la IPS Código Azul de Cúcuta (Angeleri, O-CV).
 - 58 Por ejemplo, el Centro de Atención primaria en Salud La Margarita, ubicado en Villa del Rosario (para mayor información, consultar: <https://www.acnur.org/noticias/stories/en-el-centro-de-salud-las-margaritas-no-importa-la-nacionalidad>) y en el CAST de Los Patios (para mayor información, consultar: <https://estoyenlafrontera.com/albergues-y-refugios/inauguran-centro-de-atencion-para-migrantes-en-los-patios>).

del Clúster de Salud y otras del GIFMM articulan entre ellas la oferta de atenciones, abarcando **varios determinantes de la salud**. Lastimosamente, en la actualidad este importante punto de asistencia estratégico ya no se encuentra funcionando (López, 2023)⁵⁹. A pocos kilómetros de Cúcuta, en la carretera hacia Pamplona, se encontraba un sitio donde las personas migrantes en tránsito podían acceder a un dormitorio y a atenciones como medicina general, medicamentos básicos, vacunas esenciales, y control de crecimiento y desarrollo para niños y niñas. Adicionalmente, MedGlobal y Acción Contra el Hambre entregaban productos para enfrentar la desnutrición de niñas, niños, mujeres y personas gestantes. Por su parte, el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas brindaba apoyo psicosocial e información sobre violencia basada en género. Además, el Programa Mundial de Alimentos y de Terres des Hommes coordinaban la entrega de alimentos en un comedor, mientras que la Cruz Roja entregaba kits de alimentación para llevar.

Este primer nivel de atención prestado por médicos, enfermeros y profesionales interdisciplinarios era un punto articulador con otros niveles de atención, como algunos servicios de salud secundarios ofrecidos por el Servicio Jesuita a Refugiados —los cuales dependían de los “cupos y fondos” de la organización (Angeleri, O-cv)— y los servicios de urgencias de la institucionalidad. Además, allí había carpas donde varios cooperantes ofrecían información y asesoría jurídica para la “regularización” del estatus migratorio a través del ETPMV o la solicitud de reconocimiento de la condición refugiado, que —como ya se ha explicado— eran los medios idóneos para obtener afiliación a los servicios de salud.

El personal de salud de estas organizaciones entrevistado en los tres territorios donde se realizó este estudio confirmó que el **primer nivel de atención** ha sido el corazón de las actividades no institucionales, porque desde el principio de la crisis migratoria el gobierno no quiso incluirlo dentro de las atenciones financiadas con dinero público: “se había demandado al gobierno extender la atención para poder evitar que algunas enfermedades empeoraran y terminaran en urgencia con

59 El cierre de este importante centro de atención para las personas migrantes refuerza nuestros argumentos acerca de los límites que tienen los programas asistenciales para la realización de derechos humanos. Véase la sección 3 del presente capítulo.

mayores costos de tratamiento, pero no hubo manera ... Que lo haga la cooperación, dijeron” (Angeleri, E-7). Ofrecer una “atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible” no solamente es una estrategia equitativa para alcanzar el “mayor nivel de salud y bienestar” (OMS & Unicef, 2018), que es el interés protegido por el derecho a la salud; además, estas atenciones resultan asequibles para las organizaciones, ya que “estos servicios básicos son costo-efectivos y no necesitan inversiones extremadamente caras de los donantes”, y allí “se pueden gestionar muchas situaciones en salud que afectan a las personas caminantes” (Angeleri, E-11).

Para estos profesionales fortalecer, el primer nivel es el necesario para la detección temprana, para la promoción, para la prevención ... Esto va a permitir que no pasemos a un mayor nivel de complejidad frente a ciertas patologías, ... de pronto detectar oportunamente trastornos visuales en los niños o alteraciones en el desarrollo o alteraciones en la nutrición. Todos estos procesos se dan de un primer nivel, [y con ello] vamos a prevenir llegar a complicaciones y sufrimiento innecesario (Angeleri, E-17).

De hecho, no sorprende que el enfoque preventivo y promocional de la atención primaria sea directamente indicado como obligación en el texto de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989:

Los Estados Parte asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud (art. 24).

En cuanto al enfoque poblacional, durante los últimos dos años, muchas organizaciones que trabajan en la zona fronteriza con Venezuela y en el área metropolitana de Bogotá han incrementado los **programas para niños, niñas, mujeres gestantes y lactantes migrantes**, ya que les consideran “especialmente vulnerables”⁶⁰ y, en general, responden al perfil prioritario indicado por los donantes internacionales y el Estado.

60 Otros grupos poblacionales vulnerables no han sido priorizados

Estas atenciones se han centrado en planes y proyectos de información, educación, y atención en salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a métodos de planificación familiar y tamizajes para enfermedades de transmisión sexual. Dicho trabajo se ha considerado una contribución no institucional “necesaria” para reducir la mortalidad y morbilidad materno-fetal de las mujeres y personas migrantes gestantes, quienes según la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y el IDS de Norte de Santander han sido personas particularmente vulnerables en términos de salud (Angeleri, E-5, E-18).

La oferta de controles prenatales de calidad también fue considerada por muchos participantes de este estudio que pertenecen a organizaciones de base comunitaria —incluidas las mujeres líderes migrantes— como una intervención esencial para garantizar derechos desatendidos por el sector institucional. En sus palabras, “yo ya había ido al hospital, pagué para una ‘eco’ pero luego nadie me la leía y yo no tenía dinero, esta organización me ha dado la atención que merezco como ser humano con dignidad” (Angeleri, GF-3).

La directora de proyectos de una agencia de Naciones Unidas recordó que:

La salud sexual y reproductiva es supremamente importante [para] las adolescentes gestantes; hay que ampliar el proceso o el periodo intergenésico, es decir, entre un embarazo y otro. Hay que darle opción a que esa niña se recupere ... A mirar cómo se rompe ese círculo de pobreza en el cual está condenada esa mujer; informar y trabajar posibilidad de proyectos de vida con ellas (Angeleri, E-17).

Esta opinión señala las desigualdades estructurales que enfrentan las mujeres migrantes debido a su género, que se agravan por la situación de pobreza y movilidad humana. Estos factores generan vulnerabilidades específicas también en la salud, y muchas organizaciones contribuyen a mitigarlos por medio de acciones articuladas con varios actores intersectoriales, como programas sobre violencia basada en género, trata de personas, y búsqueda de medios de vida y protección, entre otros.

con los mismos enfoques diferenciales. Véase el apartado 3.3 en este capítulo.

Otra fortaleza de este primer nivel de atención ofrecido por las organizaciones humanitarias y comunitarias son las **intervenciones psicosociales**. Con ellas se busca promover la resiliencia y el bienestar emocional y mental de las personas en sus comunidades (OIM, 2022), con el fin de abordar las pérdidas y el estrés que genera el proceso migratorio (Chang *et al.*, 2021).

Entre los diferentes tipos de apoyos y acciones, sobre todo de alcance colectivo, que ofrecen estas organizaciones también se encuentra la creación de estrategias de impacto comunitario, como las **redes comunitarias en salud** (OIM, 2021). A través de un modelo de trabajadores comunitarios en salud, estas redes de líderes realizan actividades de prevención, educación y vigilancia comunitaria en salud (Findley & Matos, 2015).

Según el análisis de los planes de respuesta humanitarios, los acuerdos de cooperación y el trabajo de campo, se puede afirmar que estas acciones no institucionales contribuyen en la implementación de algunos elementos del modelo de APS para la realización del derecho a la salud (Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Salud, 1978). Como se analiza en la figura 3, las organizaciones: (i) coordinan y ofrecen atenciones de primer nivel, con intentos de articularlas con otros niveles de servicios en salud; (ii) priorizan la salud de NNA y de mujeres y personas gestantes; (iii) promueven la participación social; (iv) se articulan con otros sectores para satisfacer algunas necesidades básicas que resultan importantes determinantes sociales de la salud; y (v) en general, reconocen el derecho a la salud de la población migrante (R4V, 2022b).

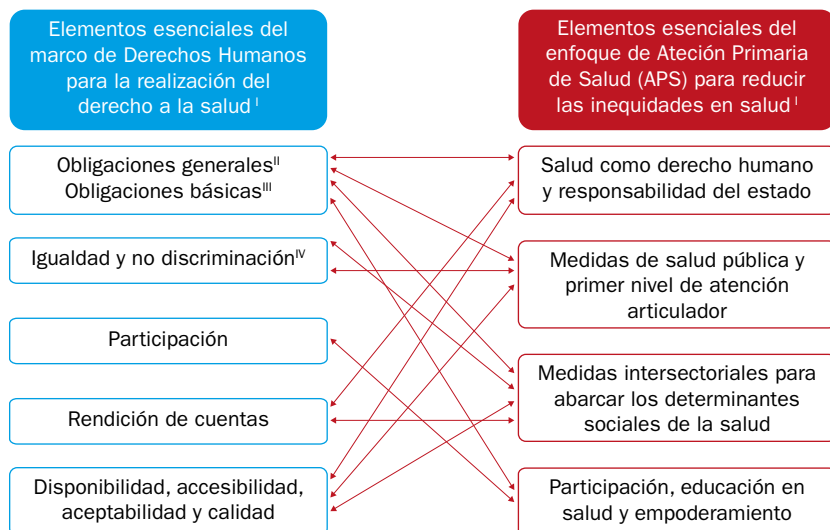
El trabajo de campo y el análisis de los programas de las organizaciones humanitarias permitieron observar que ellos también enfrentan retos y limitaciones para tener un enfoque de derechos humanos, los cuales se describen a continuación.

3. Límites de acción de los programas de cooperación

3.1 La dependencia del sector humanitario y sus limitaciones financieras, geográficas y estratégicas

Una preocupante consideración es que el sistema de salud para atenciones a población migrante en situación irregular depende en gran medida de la cooperación y el trabajo de actores privados como ONG. Por ello, no ha tenido lugar una discusión real sobre la necesidad de una reforma

Figura 3. Relación entre los elementos esenciales del derecho a la salud y del enfoque de APS



- I. Basado sobre estándares elaborados por el Comité DESC, Observación General 14 (2000), que ha sido utilizado por la Corte Constitucional (ej. 760/2008) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (ej. caso Poblete Viches y otros c. Chile, 8 marzo 2018).
- II. Obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización abarcando medidas de promoción, prevención, curación (con recursos nacionalidades y de cooperación).
- III. Asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de determinantes sociales de la salud, sin discriminación, incluida la atención primaria básica de la salud, alimentación mínima, hogar, medicamentos esenciales.
- IV. Enfoques Diferenciales para personas y grupos vulnerables.
- V. Basado sobre estándares elaborados en la Declaración de Alma Ata - Salud para Todos, Conferencia internacional sobre la Atención Primaria en Salud (6-12 septiembre 1978) y de OMS y Unicef, A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the sustainable Development Goals (WHO/HIS/SDS/2018.15). 2018

para que el sistema de salud **se haga cargo progresivamente** de la provisión y financiación de servicios no urgentes para esta población⁶¹. En este sentido, con un tono de desencanto, algunos cooperantes admiten: “nos volvimos la lista de mercado del Ministerio, del Gobierno ... sin la oportunidad de hacer una incidencia realmente efectiva para soluciones a largo plazo” (Angeleri, E-1), “lo que tú comiences a tomar parte y responsabilidad, el Gobierno después no lo va a ver” (Angeleri, E-11).

Con esto se frustran algunos principios del enfoque basado en derechos humanos aplicado a la acción humanitaria y la cooperación

61 El proyecto de reforma a la salud (Proyecto de Ley n.º 339 [febrero 13 de 2023]), con su enfoque “predictivo preventivo”, no extiende este alcance a la población migrante en situación irregular.

para el desarrollo, que consisten en “desarroll[ar] las capacidades de los titulares de deberes para cumplir con sus obligaciones y/o de los titulares de derechos para reclamar sus derechos” (Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, s. f.), y así “transformar las relaciones de poder y establecer relaciones de ‘accountability’ [rendición de cuentas] mutua entre los distintos actores” (Belda Miquel *et al.*, 2011). Como indican algunas personas entrevistadas, esta situación de dependencia estatal de las corporaciones asistenciales puede llegar a obstaculizar la realización de varios elementos que caracterizan el derecho a la salud, como la **disponibilidad** del servicio:

Este sector funciona con proyectos, a veces el proyecto entra y el servicio se da, si el proyecto o un programa no recibe financiación de un donante es un problema, porque el derecho a la salud debería ser protegido de manera permanente (Angeleri, E-11).

Un ejemplo de esto surgió en una conversación con una profesional que hace parte de las Subredes Integradas de Salud de Bogotá: “durante un tiempo, esperando la renovación del convenio con [nombre de la organización], las atenciones quedaron interrumpidas” (Angeleri, E-20). Conectado a esta dinámica, a finales de 2022, varios profesionales entrevistados para este estudio manifestaron una preocupación particular por la **cobertura financiera de la asistencia**:

Nos preocupa la continuidad de algunos programas, visto que otras crisis pueden redirigir recursos de los donantes al otro lado del mundo y nuestros pronósticos no son muy favorables para la cobertura de las necesidades de los migrantes para proyectos en Colombia (Angeleri, E-4).

Según otra cooperante que trabaja en Norte de Santander:

Creo que unas estrategias de salida tienen que ser mucho más fortalecidas por las organizaciones no gubernamentales. De verdad, comenzar una estrategia de salida, cómo va a ser esa transición. Señores Gobierno, yo voy a estar con ustedes durante este tiempo, pero ¿ustedes qué van a hacer mientras tanto? Porque **algún día vamos a levantar nuestras carpas y nos vamos. ¿Y ustedes qué van a hacer?** Entonces cómo irlos capacitando para responder a los derechos de la población

vulnerable, pero de momento no se hace, depende mucho de los territorios (Angeleri, E-10, énfasis propio).

La disponibilidad de atenciones en salud depende también de la **limitada cobertura geográfica** que tienen los programas complementarios de la cooperación; “sí, hay varias organizaciones con unidades móviles, pero la mayoría de los programas sobre atención en salud están concentradas en zonas urbanas o suburbanas, o en la ruta” (Angeleri, E-11). Hablando acerca del trabajo de los actores humanitarios, la responsable de una asociación de personas migrantes manifestó:

Aquí en la Sabana centro muchísimas veces nos dicen “no, nosotros no podemos trabajar allá, porque allá eso no está priorizado”. Entonces yo digo bueno, está bien que por ejemplo Bogotá y Soacha sean las priorizadas, porque tienen mayor cantidad de migrantes, pero vamos a poder hacerlo más proporcional (Angeleri, E-12).

Si las atenciones primarias fueran gestionadas a través de centros de salud de primer nivel para todas las personas, incluso para las personas migrantes en situación irregular, dentro de un marco de derechos y no a través de programas asistenciales-corporativos, esto permitiría que ciertos niveles básicos del derecho a la salud fueran accesibles de manera continua también en zonas no priorizadas y en la ruralidad, “donde el hospital para las urgencias puede estar a más de 100 kilómetros” (Angeleri, GF-4).

En los departamentos visitados durante esta investigación, en general, los cooperantes dicen que trabajan “bastante bien” de la mano de la institucionalidad; sin embargo, advierten que “en algunos municipios de Cundinamarca es más complicado, por la actitud xenófoba de las autoridades territoriales o del algún trabajador de las IPS” (Angeleri, GF-1). Así, recurrir a la cooperación para ofrecer atenciones en salud esenciales no permite siempre superar problemas estructurales de discriminación, los cuales ameritan soluciones e intervenciones por parte de la institucionalidad de **regulación y control**.

En cuanto a las **articulaciones** entre las organizaciones de la cooperación, hay diferentes opiniones. A nivel territorial⁶², han sido

62 En los tres departamentos de este estudio, que no son representativos de la ruralidad dispersa.

particularmente frecuentes las retroalimentaciones positivas; desde la coordinación nacional, en cambio, se menciona una falta de articulación eficiente entre organizaciones respecto a las necesidades de la población migrante:

Resaltamos la falta de complementariedad y resolutiveidad. ¿De qué nos sirve el diagnóstico si no garantizamos el tratamiento? Por último, la concentración en áreas urbanas o de fácil acceso está relacionada también con recursos, es más económico atender en lo urbano y conseguir profesionales que en otras áreas (Angeleri, E-1).

3.2 Rendición de cuentas y participación

Cuando los servicios esenciales en salud son ofrecidos por actores humanitarios y organizaciones comunitarias fuera de la oferta institucional estatal, es imposible la realización de otra dimensión clave, conectada con el derecho humano a la salud: la rendición de cuentas (*accountability*) (OACNUDH, s.f.-a) frente a las personas usuarias del servicio. En últimas, esto tiene que ver con la **limitada exigibilidad** del derecho a la salud ante una organización asistencial:

Si tú eres migrante, tú no me puedes demandar a mí, actor humanitario, por no darte un servicio. Yo no estoy obligado a darte un servicio. Yo casi que funciono de manera muy similar a un privado. Yo lo hago, obviamente, porque si tú cumples dentro de las características el criterio que yo tengo asignado, las soluciones que yo te puedo dar. Yo lo hago porque eso es lo que hacen las organizaciones no gubernamentales, es el espíritu de lo que hacen. Pero, digamos, no es una obligación legal para que me lo entiendas. Yo diría, es mi obligación moral, pero no es algo que por ley yo esté obligado a hacer (Angeleri, E-11).

Otra característica de los sistemas de salud desde un enfoque de derechos humanos es la **participación**. De acuerdo con el marco internacional de derechos humanos (OACNUDH, s.f.-b), los estándares de salud pública global (ver p. ej. la Declaración de Alma-Ata, 1978) y la Ley Estatutaria en Salud, las personas y comunidades —incluidas las minorías— tienen el derecho de participar en el proceso de adopción, implementación y monitoreo de decisiones relacionadas con la salud.

En ese sentido, las **redes de líderes y lideresas comunitarios** en salud —que incluyen y trabajan también con personas migrantes, y cuya creación ha sido facilitada por algunos actores humanitarios— podrían ser clave para avanzar en el cumplimiento del derecho a la participación de la población migrante en estos asuntos (Potts, 2008). Por ahora, su trabajo voluntario consiste en realizar actividades de educación e información en beneficio de sus comunidades, monitorear posibles eventos de salud pública, y articularse con instituciones y actores humanitarios para la gestión de casos. Si bien algunos de estos líderes fueron consultados por el Ministerio de Salud durante la elaboración del Plan Decenal de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022), la mayoría dijo que su interacción con las autoridades de salud —fuera de los casos de apoyo directo a los pacientes en las clínicas de salud— siempre está mediada por el personal humanitario. Por tanto, respecto a los líderes y lideresas comunitarios, para incrementar su voz pública y visibilidad, sería importante “motivar su participación en los espacios de coordinación como las **mesas territoriales de salud**, en donde la población cumple un rol protagónico en la definición de la respuesta y en el análisis de los determinantes de la salud” (Angeleri, E-1, énfasis propio).

De momento, su participación e impacto se concentra más en el ámbito individual y local que en el estructural. Vale la pena señalar que algunas de estas personas —con historia de migración internacional— identifican a las organizaciones asistenciales, en particular a la OIM, como el proveedor de atención médica que hace realidad su derecho a la salud. Esta apreciación parece reducir su percepción de que sea necesario un cambio en la forma como las autoridades abordan el derecho a la salud.

3.3 Enfoques poblacionales limitados y disponibilidad de servicios

Otro tipo de limitación tiene que ver con el enfoque poblacional de los programas implementados por las organizaciones de la sociedad civil (¿cuáles migrantes?, ¿con qué necesidades en salud?). Por ejemplo, una profesional de una agencia humanitaria nos confiesa que “si nos financian un proyecto para apoyar a la población venezolana y de acogida vulnerable, tenemos que cumplir con el perfil” (Angeleri, E-4). Frente a un marco de derechos humanos que proclama su universalidad sin

discriminación, incluyendo el origen nacional (Comité CERD, 2005), estas categorizaciones tienen efectos particularmente excluyentes.

Los cooperantes admiten que se han “enfocado en atenciones para niños y maternas, siendo estas las prioridades de los donantes”. Si bien las estadísticas nacionales también las identifican como atenciones prioritarias, “otros migrantes con sus vulnerabilidades han sido medio olvidados, como hombres solos en tránsito, personas con discapacidad, crónicos, adolescentes, personas mayores” (Angeleri, E-11). En particular, respecto a las particulares necesidades en salud de las **personas migrantes en situación de discapacidad** e irregular, había solo una organización humanitaria con este enfoque específico (Humanity and Inclusion).

Más aún, algunos problemas de **salud mental** pueden constituir una discapacidad psicosocial, y en dicho campo los servicios especializados son muy limitados en el marco humanitario:

En el caso de salud mental, la mayoría de las organizaciones ofrecen apoyo psicosocial y brindan acompañamiento en primeros auxilios psicológicos o acompañamientos a corto plazo. Nosotros brindamos acompañamientos un poco más largos en el tiempo: se hacen procesos psicológicos y lo mismo en el caso de rehabilitación física y funcional (Angeleri, E-9).

Además, desagregando la información del Clúster de Salud sobre salud mental, se observa que solo el 6 % de los programas de los socios del clúster están destinados a la atención clínica (Clúster Salud, s. f.). En Norte de Santander, solo una organización tiene un convenio con el Hospital Mental de Cúcuta para ofrecer atenciones a las personas no aseguradas, con un alcance limitado: “se trata de un paquete básico que incluye una valoración inicial, medicamento puntual o examen, y una visita de control por psicología, psiquiatría y/o neurología” (Angeleri, o-cv).

Por otro lado, un área donde las intervenciones de la cooperación son muy limitadas es la **remisión de casos a servicios de salud para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles** de las personas migrantes en situación irregular:

Si viene una persona con enfermedades prevalentes, lo que es hipertensión, diabetes y problemas cardíacos, no hay cómo atenderlos. Vienen personas con cáncer y no hay ninguna

organización que creo tenga la capacidad económica o la devoción de querer enfocarse en eso, pero ni siquiera odontología, la oftalmología no se maneja para el migrante irregular (Angeleri, E-11).

En cuanto a **enfermedades bucodentales**, que pueden causar “dolor, molestias, deformaciones e incluso la muerte” y estar asociadas al surgimiento de enfermedades no transmisibles (OMS, 2022), las personas entrevistadas muestran preocupación porque solo existen algunos programas de odontología preventiva, especialmente para NNA (Angeleri, O-BS). Los **límites financieros** están entrelazados con el estándar humanitario de “**acción sin daño**”; “si ofreciésemos una atención de la cual no podemos garantizar el seguimiento, estaríamos haciendo una acción con daño” (Angeleri, E-14).

En algunas áreas del territorio, instituciones y cooperantes mencionan que se “articulan con [los] Banco[s] de Medicamentos que recibe[n] donaciones de medicamentos e insumos, pero en general es difícil garantizar el servicio fuera del aseguramiento” (Angeleri, O-BS). El acceso a **medicamentos esenciales** es particularmente difícil para las personas migrantes en situación irregular, porque —fuera de aquellos medicamentos administrados durante hospitalizaciones de urgencias y aquellos donados por actores no institucionales— el Estado no ha generado programas de inclusión para personas migrantes en situación irregular que busquen garantizar la “obligación básica de facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS” (Comité DESC, 2000, § 43).

La oferta en salud para **personas que viven con VIH/SIDA** ejemplifica los esfuerzos y retos que tienen los actores humanitarios y de base comunitaria frente a las necesidades en salud de la población migrante no asegurada en situación de vulnerabilidad. Pese a que la Corte Constitucional consideró que el VIH/SIDA era una condición de salud potencialmente “catastrófica” y que el tratamiento debe incluirse en las atenciones de urgencias (ver sentencias T-025, 2019; T-246, 2020; T-517, 2020), en la práctica acciones de educación, orientación, tamizajes y tratamientos —con alcance ambicioso, pero parcial— están

administradas y financiadas por actores humanitarios u ONG⁶³. Esta situación hace que no haya certeza sobre la disponibilidad continua de bienes, servicios y programas: “la resolutivez de la necesidad inmediata no está cubierta aquí por un tema de recursos ... y si el medicamento no está donado por otra entidad u organización, no tenemos cómo entregarlo” (Angeleri, E-2).

3.4 Problemas estructurales del sistema

El restringido alcance que tienen las acciones de la cooperación y la limitada capacidad para impulsar un cambio normativo y operativo en materia de salud basado en una perspectiva de derechos humanos, que incluya a las personas en situación de irregularidad migratoria y vaya más allá de programas asistenciales en salud, están relacionados con las **capacidades del sistema de salud en general**.

De acuerdo con una profesional de una organización de Naciones Unidas, pese a que hay un aseguramiento en salud del 97 % en el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022), “el acceso real no creemos que llegue ni al 40 %” (Angeleri, E-1). Además, hay que considerar algunas características del sistema de salud:

[Es un sistema] altamente fragmentado, donde se delegó a actores privados la prestación de servicios, diseñado para el sector urbano y no para el sector rural. [La capacidad regulatoria y de control del Estado] como tal es muy baja. En ese sentido, el nivel nacional tiene poca incidencia (Angeleri, E-1).

Mientras es imperante la obligación internacional “concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización” del derecho a la salud, utilizando “los recursos máximos disponibles del Estado” (PIDESC, 1966), con la garantía de que, a pesar de las dificultades del sistema, “ese derecho será ejercido sin discriminación alguna” (Comité DESC, 2000, § 30), en zonas como Cúcuta, el director de una ONG menciona que “nosotros, colombianos, asegurados, podemos tardar hasta cuatro meses para tener una cita con el médico general, ¿con esta capacidad instalada cómo podemos integrar

63 Estos incluyen las actividades de actores con mayor o menor alcance resolutivez de las necesidades inmediatas como AIDS Healthcare Foundation (AHF) y la Corporación RedSomos.

la población migrante? Por esto el sector humanitario es esencial aquí” (Angeleri, E-8). De acuerdo con las personas entrevistadas, hace **falta capacidad instalada**, “no tanto la infraestructura, sino quienes puedan operar esta infraestructura, ya que la oferta de profesionales de salud es muy baja a comparación con la demanda de los servicios que se están teniendo” (Angeleri, E-11).

En conversación con una responsable del IDS de Norte de Santander, este problema se agudiza particularmente en el nivel secundario de atención:

Tú me hablas de atención integral para el niño como derecho humano. Para pediatría, existen 15 especialistas en el territorio y los 15 trabajan en las mismas seis ... siete instituciones. ¿Entonces, solo 15 personas van a poder dar esa atención de salud a toda la población como tal? Entonces también hay que mirar eso: ¿cómo reforzar? Hay también que inyectar recursos en el sistema (Angeleri, E-5).

Más aún, una organización que trabaja en los territorios cubiertos por esta investigación hizo referencia a otros departamentos del país donde no logran abrir programas, “donde el sistema de salud es supremamente débil. Eso hace que tampoco haya mucha colaboración y que no se entienda muy bien ese trabajo colaborativo que hacemos desde las organizaciones para las personas migrantes” (Angeleri, E-16).

Según las personas entrevistadas, la falta de integración de la población migrante en situación irregular dentro de la oferta institucional en salud está conectada con cuestiones de **sostenibilidad financiera**, sobre todo a nivel territorial, pero en última instancia se convierte en un tema de **voluntad política** en todos los niveles de gobernanza. “Puedes hablar de cuestiones técnicas, epidemiológicas, éticas y hasta legales, pero si la política, el gobierno, dice no, es muy complicado que haya un cambio de marcha” (Angeleri, E-7). Si bien hubo voluntad política para aprobar el ETPMV y “hubo voluntad política para articular con los actores humanitarios dentro del Clúster de Salud” (Angeleri, E-7), es evidente que no parece haber voluntad política para extender el derecho a la salud de las personas migrantes en situación irregular, destinar los recursos necesarios más allá de las urgencias (desde el ámbito nacional), ni cubrir aquellos servicios básicos indicados por la Corte Constitucional

(desde ámbito territorial). De hecho, participantes de una organización humanitaria de las Naciones Unidas confiesan que:

Cuando estábamos apoyando al Congreso en [la] consolidación de la política, yo puse el tema de la salud de los niños migrantes; es lo mismo: que responda la cooperación ... de hecho el presidente [Duque] lo dijo en su último congreso: “el problema de la migración en Colombia no es un problema de Colombia, es un problema regional” y, por tanto, digamos que la competencia no puede ser del país (Angeleri, E-17).

Mientras que el Estado colombiano tiene un marco de derechos humanos bien estructurado, muchos cooperantes expresaron reservas en cuanto a la efectividad de sus acciones de incidencia en materia de derechos a la salud para personas migrantes irregulares. El éxito de esta incidencia depende de muchos factores, como la voluntad política de los gobiernos, la capacidad institucional de respuesta, las capacidades financieras y las prioridades de las mismas organizaciones o donantes⁶⁴. Todo esto hace que, sin generalizar, sea mucho más fácil ofrecer **mera asistencia humanitaria que una estrategia integral con enfoque de derechos humanos**, buscando impulsar un cambio en la normatividad de las instituciones públicas para que incluya a las personas migrantes en situación irregular.

En este capítulo se analizó la magnitud de las fuerzas y los factores que posibilitan o impiden el goce de determinados niveles del derecho a la salud, más allá de las urgencias, para las personas migrantes en situación irregular. Mientras los actores asistenciales han contribuido a extender muchos servicios necesarios para esta población, también existen límites en estas acciones, que no están sometidas a la obligatoriedad de un marco de derechos. Por lo tanto, cómo se desarrollará en el siguiente capítulo, el Estado debería asumir responsabilidades técnicas y financieras sobre las atenciones en salud que corresponden al derecho básico a niveles esenciales de la APS.

64 En este sentido, se confirman los resultados de otros estudios sobre el limitado papel de los derechos humanos en la acción humanitaria, también en Colombia (Borgrevink & Sandvik, 2022).

VI. CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

A mí me gustaría que nos pusiéramos en los zapatos de las personas que vienen de otros países... Yo soy colombiana, pero los servicios de salud aquí no son de fácil acceso, te ponen trabas, [más] si vienes de fuera. Si llegas con las manos vacías, no tienes papeles y no te sientes bien, no [te] dan la atención por falta de documentación, a menos que ... estés medio-muerto. ¿De verdad nuestros políticos pueden decir que han hecho de todo para proteger los derechos humanos, el derecho a la salud? (Lideresa comunitaria, Angeleri, GF-2)

La migración forzada desde Venezuela continúa, y es probable que no se detenga en los próximos años debido al agravamiento de la situación en dicho país y al fortalecimiento de las redes de apoyo que se han venido tejiendo a lo largo de la región (Ramírez Bolívar *et al.*, 2022). Se calcula que cerca de ocho millones de personas han salido de este país (R4V, 2023a) y que el 39 % se encuentra en Colombia (Unidad Administrativa Migración Colombia, 2022), lo que lo convierte en el principal país receptor. Incluso R4V (2023b) ha reportado que el flujo migratorio irregular en tránsito se ha duplicado durante 2023 en comparación con las cifras de 2022.

En este contexto, el Estado colombiano deberá seguir fortaleciendo su respuesta para garantizar los derechos de esta población; entre ellos, el derecho a la salud, que debe estar acorde con los estándares internacionales de protección. **Las soluciones concretas deberán considerar que la población migrante en situación irregular está compuesta por personas con diferentes características** (vocación de permanencia,

pendulares, en tránsito) y **con necesidades y vulnerabilidades específicas** (mujeres, hombres, personas gestantes, personas LGBTQI+, NNA, personas con discapacidad y personas racializadas).

Como se evidenció a lo largo de esta investigación, en particular en los capítulos IV y V, una de las necesidades apremiantes de la población migrante y refugiada es el **acceso a servicios de salud**. No obstante, este **se ve limitado por varios factores**, como: la falta de un estatus migratorio regular; la ausencia de políticas, planes y programas estatales y asistenciales que prevean una atención adecuada a las necesidades en salud a esta población, independientemente de su estatus migratorio; y los problemas estructurales del sistema de salud, como la financiación, la oportunidad de la atención y la distribución de las responsabilidades financieras entre los niveles nacional y territorial, entre otros. Incluso, esta investigación documentó casos donde hubo actitudes discriminatorias por parte de los prestadores de salud que pueden limitar el acceso a estas atenciones.

En Colombia, la Constitución Política y otra normatividad nacional, así como varios instrumentos internacionales de derechos humanos, establecen que la salud (física y mental) es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable. Por tanto, como se argumentó en el capítulo II, la garantía efectiva e igualitaria de este derecho debería cobijar a las personas migrantes y refugiadas, por el solo hecho de estar bajo la jurisdicción del Estado (Comité DESC, 2000, párr. 34). Sin embargo, la normatividad que regula el sistema de salud establece que únicamente quienes cuentan con un estatus migratorio regular (visa, PPT o salvoconducto SC-2) pueden afiliarse al SGSSS y, consecuentemente, recibir servicios de salud más allá de la atención de urgencias. Considerando estas restricciones, y ante la urgencia de recibir atenciones de más largo alcance para atender situaciones que requieren un tratamiento de mediano y largo plazo —por ejemplo, la atención durante la gestación, el tratamiento para una enfermedad crónica como el VIH o una cirugía—, la acción de tutela se convirtió en una herramienta muy importante para que las personas migrantes en situación irregular solicitaran la protección del derecho a la salud.

La llegada de estos casos ante la Corte Constitucional ha permitido desarrollar jurisprudencia que, ante la exigencia de contar con un estatus migratorio regular para recibir atención más allá de las urgencias, ha **ampliado este concepto** para incluir la prestación de

ciertos procedimientos médicos, tratamientos y medicamentos. Como se explicó en el capítulo III, si bien la Corte ha desarrollado ciertas reglas generales para la atención en salud de personas migrantes en situación irregular, la estrategia de ampliar el concepto de urgencias a otras atenciones ha sido aplicada principalmente a grupos de especial protección, como los NNA, las mujeres y personas gestantes, y en algunos casos a las personas con enfermedades crónicas y terminales. No existe todavía jurisprudencia específica sobre, por ejemplo, el alcance de la atención en urgencias para personas migrantes LGBTIQ+ en situación irregular, personas con discapacidad o personas que requieran atención en salud mental.

Dentro de su alcance, la jurisprudencia de la Corte ha contribuido a visibilizar las brechas que existen entre los estándares de protección del derecho a la salud para población migrante en situación irregular y su aplicación práctica. Asimismo, ha tratado de cerrar esta brecha implementando una estrategia (ampliar la definición de urgencias) que no implique pasar por encima de sus funciones. Sin embargo, debido a que en su mayoría se trata de sentencias de tutela, **las posiciones de los magistrados y magistradas no están unificadas** y el alcance de estas decisiones tiene, por lo general, efecto solamente en los casos particulares. En algunas de sus sentencias, la Corte ha exhortado al Estado a tomar medidas generales, como por ejemplo a “consolidar una política pública de prevención del VIH enfocada en migrantes irregulares, articulada con las autoridades locales” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-496, 2020). No obstante, debido al **complejo funcionamiento del sistema de salud**, a sus problemas de financiación y al protagonismo que se le ha dado a los recursos de cooperación internacional para garantizarle atención básica en salud a la población migrante en situación irregular — como se explicó en los capítulos III y IV— **muchas de las medidas sugeridas no se han implementado.**

Hay que considerar que (i) la migración forzada proveniente de Venezuela continúa, y la mayoría de quienes llegan a Colombia tienen una vocación de permanencia; (ii) la migración transcontinental ha incrementado; y (iii) que, a la luz de estándares de derechos humanos, el Estado colombiano tiene la obligación de garantizarle el derecho a salud a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción en condiciones de igualdad. En ese sentido, según los hallazgos de esta investigación, el alcance del derecho a la salud para población migrante

en situación irregular debería extenderse más allá de las atenciones de urgencias, pues estas más que proteger la salud, protegen el derecho a la vida. En esta línea, es importante reiterar que **un trato diferencial en el acceso a las atenciones en salud sin justificación permisible constituye un acto de discriminación**, y va en contravía de los estándares de derechos humanos.

Para garantizarle el acceso a la salud de las personas migrantes, independientemente de su estatus migratorio, se requieren una serie de **reformas legales y la acción coordinada de las instituciones** tanto a nivel nacional como territorial. Asimismo, es clave que los apoyos que se han venido dando desde la cooperación internacional y las organizaciones de la sociedad civil se mantengan, pero que estén diseñados e implementados con un enfoque basado en derechos humanos y coordinados con una acción institucional de largo alcance. Con este propósito, a continuación presentamos un conjunto de recomendaciones, que son el resultado de los análisis presentados en este documento y de la información recopilada con diferentes actores durante el trabajo de campo. Las recomendaciones están divididas en recomendaciones generales, que implican una acción coordinada de diferentes actores, y recomendaciones específicas, dirigidas a las instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil (incluyendo la cooperación internacional).

Recomendaciones generales

1. Incluir las necesidades de las personas migrantes y refugiadas en los esfuerzos de reforma legal al sistema de salud

Actualmente se debate en el Congreso un proyecto de ley que busca reformar de manera estructural el sistema actual de salud, para adoptar un enfoque preventivo y predictivo. Sin embargo, el texto de la norma que actualmente se está debatiendo no menciona a la población migrante en situación de irregularidad migratoria, ni incluye medidas concretas para ampliar la atención en salud más allá de las urgencias. Considerando la importante oportunidad política que resulta una reforma al actual sistema de salud, es indispensable que allí se incluyan medidas que beneficien a todas las personas que habitan el territorio colombiano,

incluyendo a las personas migrantes e independientemente de su estatus migratorio. Así, está y futuras reformas deberían:

1.1. Garantizar el acceso a servicios preventivos y fortalecer en todo el territorio la atención de primer nivel en salud, con un enfoque diferencial. Estos servicios deben garantizar con continuidad, incluso para las personas migrantes en situación de irregular, considerando que una parte importante de esta población ya no puede regularizar su situación migratoria, como se explicó en la introducción. De acuerdo con los hallazgos de esta investigación, se identificaron unos **servicios en salud que deben incluirse en la oferta** para la población migrante en situación irregular:

- Tamizajes, tratamiento y controles para enfermedades transmisibles prevalentes (con fundamento en la protección de la salud pública).
- Atención en salud para enfermedades no transmisibles comunes (con fundamento en la protección de la dignidad y la reducción de mayores costos en urgencias).

Para la detección temprana de estas condiciones de salud, es necesario poder acceder a los servicios de salud a través de modalidades diferentes a los servicios de urgencias y emergencias, posiblemente a través de **estrategias ambulatorias de primer nivel y medicina territorial**. Otros servicios esenciales para garantizar un enfoque de derechos humanos incluyen:

- Información y atención en **salud sexual y reproductiva** (con fundamento en el principio de igualdad de género).
- Atención de salud integral para **NNA** (fundamentada en el interés superior del niño y en sus necesidades de desarrollo).

Con el fin de **visibilizar otros grupos que han sido históricamente discriminados**, es importante que se contemplen las necesidades diferenciales en salud de las poblaciones migrantes **LGBTIQ+**, racializadas y con discapacidad. Desde la perspectiva de derechos humanos, la falta de enfoques y servicios específicos se considera, en principio, discriminatoria.

1.2. Promover el acceso a servicios de salud informativos, preventivos, curativos y paliativos para todas las personas migrantes, independientemente de su condición jurídica y su documentación (Comité DESC, 2000). Estas medidas deberían incluir a las personas migrantes en tránsito o que se movilizan pendularmente.

1.3. Utilizar el enfoque de APS como guía para tomar medidas mínimas respecto al derecho a la salud de la población migrante. Esto incluye atenciones en salud y otras acciones que atiendan los determinantes sociales básicos de la salud, como la protección contra la violencia de género, la explotación sexual y el acceso a alimentación, refugio y medios de vida (Comité DESC, 2000).

1.4. Asegurar la financiación y continuidad en la prestación de atenciones de primer nivel para las personas migrantes, independientemente de su estatus migratorio; la entrega de los medicamentos esenciales establecidos en la lista de la Organización Mundial de la Salud; las atenciones de salud sexual y reproductiva; y las atenciones dirigidas al crecimiento y desarrollo de NNA, sin importar que estos cuenten con el apoyo de la cooperación internacional.

1.5. Promover la participación de la población migrante en situación irregular a través de sus líderes, lideresas y organizaciones, especialmente en la discusión, adopción e implementación de políticas, planes y programas de salud a nivel municipal, departamental y nacional, tal como lo establece la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud).

1.6. Asegurar el acceso, la aceptabilidad, calidad y continuidad del tratamiento en los servicios de urgencias, más allá de las estabilizaciones de los signos vitales, para toda la población no asegurada (Resolución 5269, 2017), incluyendo a las personas migrantes en condición de irregularidad migratoria.

2. Crear medidas de regularización permanentes, accesibles y de largo plazo

El ETPMV ha sido una medida importante para lograr regularizar a cerca de 2 500 000 de personas venezolanas en los últimos tres años (Observatorio de Venezuela, 2023). Sin embargo, teniendo en cuenta

su carácter temporal y que está dirigido solamente a personas de nacionalidad venezolana, es necesario que el Gobierno nacional establezca **mecanismos de regularización permanentes dirigidos a la población migrante indocumentada y vulnerable de cualquier nacionalidad**, aparte de las visas existentes. Estos deberían ser accesibles, de largo plazo, y permitir la estabilización migratoria a futuro y el acceso a servicios integrales de salud. Asimismo, no deben sustituir la responsabilidad del Estado colombiano de garantizar la protección internacional y tienen que reconocer la condición de refugiado o apátrida a quienes lo requieran (Dejusticia, 2020a).

En todo caso, mientras continúe la implementación del ETPMV, y considerando que este no cubre a las personas que hayan ingresado irregularmente al país luego del 31 de enero de 2021, su alcance podría ampliarse aplicando el principio de unidad familiar. Así, quienes no hayan logrado registrarse antes del 28 de mayo de 2022 pero sean parte del núcleo familiar de una persona titular del PPT puedan recibir este permiso por extensión (Ramírez Bolívar *et al.*, 2022). Adicionalmente, es clave que la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia agilice la implementación de la estrategia “PPT en un día”, con el fin de que las personas que aplicaron al ETPMV puedan acceder al PPT de manera efectiva y, de esta forma, facilitar su proceso de afiliación al sistema de salud (Observatorio de Venezuela, 2023).

3. Incluir medidas de enfoque diferencial en las políticas, los programas y los planes de atención en salud

Los NNA, las mujeres, las personas LGBTIQ+, las personas con discapacidad, y las personas miembros de pueblos indígenas y afrodescendientes enfrentan mayores barreras en la garantía de su derecho a la salud, debido a factores como la discriminación y la falta de servicios especializados que sean acordes con los usos y costumbres, en el caso de las comunidades étnicas, entre otros. Por tanto, es indispensable que las políticas, los programas, los planes y servicios de salud incluyan medidas que tengan en cuenta las necesidades particulares de estos grupos, independientemente de su nacionalidad y estatus migratorio. Dentro de estas medidas, se debe garantizar el acceso para todas las personas a los siguientes servicios de salud, entre otros:

- Métodos de planificación familiar.
- Acceso al procedimiento de IVE.
- Atención antes, durante y después del parto.
- Prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
- Acceso a tratamiento antirretroviral para personas que viven con VIH.
- Atenciones necesarias para NNA, incluyendo controles e insumos de crecimiento y desarrollo.

Recomendaciones específicas

1. Recomendaciones dirigidas a las instituciones

Considerando que una reforma estructural al sistema de salud requiere la confluencia de diversas voluntades y un consenso al interior del Congreso, es importante que las instituciones públicas que hacen parte del sistema de salud adopten las siguientes medidas, independientemente de si eventualmente es aprobada una reforma a la salud:

Tabla 3. Recomendaciones específicas por tipo de institución responsable

Institución responsable	Recomendación
Ministerio de Salud y Protección Social	Desarrollar material informativo para que las secretarías de salud departamentales y municipales, así como las IPS y EPS, conozcan la definición de atenciones de urgencias establecida en la Resolución 5269 de 2017 del Ministerio de Salud y la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Esta establece que la población migrante en situación irregular tiene derecho a atenciones más allá de la atención inicial de urgencias, incluyendo la atención en salud mental.
	Adoptar rutas claras y protocolos operativos para el acceso a servicios de salud materno perinatal, atención en salud para NNA, y cuidado integral de condiciones de salud crónicas y terminales (como VIH/SIDA y cáncer). Según la Corte Constitucional, estas hacen parte del contenido mínimo del derecho a la salud de urgencias para la población migrante en condición irregular.

Institución responsable	Recomendación
	<p>Establecer una unidad de pago por capitación (UPC) para las personas migrantes en situación irregular, con el fin de que cubra las atenciones en salud más allá de las urgencias.</p> <p>Crear y financiar regímenes de afiliación especiales transitorios al SGSSS para personas en fase de regularización y para personas migrantes en tránsito o pendulares.</p>
EPS y secretarías de salud	<p>Promover capacitaciones periódicas para el personal de salud sobre el alcance del derecho a la salud de población migrante en condición irregular. Estas deberían abordar los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, así como bienes, facilidades y condiciones. – Prevención de comportamientos discriminatorios, como la xenofobia y la aporofobia.
	<p>Junto con organizaciones de la sociedad civil, impulsar capacitaciones periódicas para la población migrante en situación irregular sobre la accesibilidad de los servicios de urgencias y otros servicios esenciales, así como acerca de los mecanismos administrativos y legales para la exigibilidad de sus derechos.</p>
	<p>En articulación con organizaciones de la sociedad civil, fomentar la participación de la población migrante en situación irregular —a través de sus líderes, lideresas y organizaciones— en actividades de diseño, implementación y monitoreo de políticas en salud, así como de prevención, promoción y educación en salud.</p>
Órganos de vigilancia y control (personerías municipales, defensorías del pueblo regional, Superintendencia de Salud)	<p>Vigilar que los actores públicos y privados proveedores de servicios de salud cumplan con los principios y estándares frente al derecho a la salud de la población migrante en situación irregular. En particular, que tomen acciones para garantizar su derecho a: atenciones necesarias de urgencias, atenciones materno perinatales, atenciones en salud para NNA, y atenciones integrales en casos de enfermedades crónicas y terminales.</p>
	<p>Seguir el cumplimiento y los avances por parte de las entidades del sistema de salud a las medidas generales establecidas por la Corte Constitucional en su jurisprudencia relacionada con el alcance del derecho a la salud de personas migrantes en situación irregular.</p>
Corte Constitucional	<p>Avanzar en la unificación de la jurisprudencia relacionada con el derecho a la salud de personas migrantes en situación irregular.</p>
	<p>Contribuir al avance del derecho a la salud de las personas migrantes en situación irregular, haciendo seguimiento al cumplimiento de las órdenes generales dadas en los fallos relacionados con este tema a lo largo de los últimos años.</p>

Nota: elaboración propia con base en el análisis de fuentes primarias y secundarias consultadas durante la investigación.

2. Recomendaciones dirigidas a las organizaciones de la sociedad civil

2.1. **Desarrollar estrategias para incidir** en el diseño y la discusión de reformas legislativas al sistema de salud para que estas incluyan a las personas migrantes, independientemente de su estatus migratorio, y tomen medidas que respondan a sus necesidades a largo plazo.

2.2. **Diseñar estrategias de litigio** para que las y los jueces constitucionales dicten órdenes estructurales sobre la creación de rutas claras en las atenciones de urgencias, con enfoque diferencial, para la población migrante en condición de irregularidad migratoria.

2.3. En el caso de las organizaciones de la sociedad civil que financian y ofrecen servicios de salud a la población migrante en situación irregular, estas deberían:

- **Adoptar un enfoque de derechos humanos**, buscando que las actividades desarrolladas cumplan con los principios de no discriminación, participación y rendición de cuentas.
- **Articular sus programas y actividades con las instituciones del Estado**, para fortalecerlas y dejar una capacidad instalada, con miras a una gradual salida de los actores humanitarios en la financiación y prestación directa de servicios. Además, seguir fortaleciendo la articulación interorganizacional a nivel territorial y nacional.
- **Capacitar a su personal** para que reconozcan el “estatus jurídico” del derecho a la salud, el cual contribuyen a garantizar a través de sus acciones. Esto ayuda a tomar conciencia de que las acciones de la cooperación van más allá del asistencialismo y la beneficencia, y que deben contribuir a la realización de obligaciones jurídicas que tienen las instituciones.

Referencias

- Albarracín, M., Rozo, V., Ramírez Bolívar, L., Ruiz, S., Uprimny Yepes, R. & Rodríguez Garavito, C. (2018). Colombia debe conseguir recursos para garantizar el derecho a la salud de migrantes venezolanos: Corte Constitucional. *Dejusticia*. <https://www.dejusticia.org/litigation/colombia-debe-conseguir-recursos-para-hospitales-atendan-a-venezolanos-corte-constitucional/>
- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N. & Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR] & Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2021, 8 de febrero). *ACNUR y OIM aplauden la decisión de Colombia de regularizar a personas refugiadas y migrantes de Venezuela* [comunicado de prensa]. <https://www.acnur.org/noticias/news-releases/acnur-y-oim-aplauden-la-decision-de-colombia-de-regularizar-personas>
- Angeleri, S. (2022). *Irregular migrants and the right to health* [Migrantes irregulares y el derecho a la salud] (ed. 2022). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009051750>
- Angeleri, S. & Palacios Sanabria, M. T. (2022). A rights-based assessment of the Temporary Protection Statute for Venezuelans in Colombia. *The Yale Journal of International Law Online*, 47, 80-93.
- Asamblea General de la Asociación Médica Mundial [AMM]. *Código Internacional de Ética Médica de la AMM* (Octubre de 1949 y sucesivamente enmendada).
- Belda Miquel, S., Boni Aristizábal, A. & Peris Blanes, J. (2011). *Conceptos e implicaciones de la incorporación del Enfoque Basado en Derechos*

en organizaciones de desarrollo. [Cuadernos de Investigación en Procesos de Desarrollo 7]. Universitat Politècnica de València.

- Borgrevink, K. & Sandvik K. B. (2022). The afterlife of buzzwords: the journey of rights-based approaches through the humanitarian sector [El más allá de las palabras de moda: el viaje de los enfoques basados en los derechos a través del sector humanitario]. *The International Journal of Human Rights*, 26(2), 285–305. <https://doi.org/10.1080/13642987.2021.1916476>
- Braun, V. & Clarke V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology [Uso del análisis temático en psicología]. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cartaya Febres, V., Reyna Ganteaume, F. & Ramsey, G. (2020). *Venezuela: emergencia humanitaria compleja: respuesta humanitaria, desafíos para la sociedad civil*. WOLA. <https://www.wola.org/es/analisis/venezuela-emergencia-humanitaria-compleja/>
- Chang, M. L., Osorio Herrera, J. & Villa León, H. (2021, 10 de octubre). A la deriva: migración venezolana y salud mental. *Historias sin Fronteras*. <https://historiassinfronteras.com/saludmental-migracion/>
- Clúster Salud. (s.f.). *Socios clúster salud* [página web]. <https://si-clustersalud.org/dashboard/general>
- Corte Constitucional de Colombia. (2023). *Tablero de estadísticas* [infografía]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php>
- Cuellar Segura, C., Rodríguez Rodríguez, A., Roa Sánchez, A., Daza Huérfano, J. & Marín Rodríguez, D. (2021). *Comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en población migrante venezolana atendida en los servicios de salud en Colombia 2020-2021*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/nota-politica-n1-comportamiento-sifilis-gestacional-congenita-migrantes-2020-2021.pdf>
- De Burca, G. (2021). *Reframing Human Rights in a Turbulent Era* [Replantear los derechos humanos en una era turbulenta]. Oxford University Press.
- Dejusticia. (2020a, 18 de junio). *Colombia necesita una política migratoria con enfoque en derechos humanos*. <https://www.dejusticia.org/colombia-necesita-una-politica-migratoria-con-enfoque-en-dere>

- chos-humanos/#:~:text=Colombia%20necesita%20contar%20con%20una,migrantes%20y%20refugiadas%20se%20agudiza
- Dejusticia. (2020b, 2 de octubre). *Dejusticia presenta el panorama de las rutas de regularización migratoria en Colombia*. <https://www.dejusticia.org/dejusticia-presenta-el-panorama-de-las-rutas-de-regularizacion-migratoria-en-colombia/>
- Dejusticia. (2023). *Tutelas seleccionadas por la Corte Constitucional desde 2018 hasta la fecha* [conjunto de datos]. Podio.
- Dejusticia & Fundación Karisma. (2021, 1 de marzo). *Lo que no puede quedar por fuera del Estatuto Temporal de Protección para personas migrantes venezolanas*. <https://www.dejusticia.org/lo-que-no-puede-quedar-por-fuera-del-estatuto-temporal-de-proteccion-para-personas-migrantes-venezolanas/>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2023). *Encuesta Pulso de la Migración. Resultados 5° ronda*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/encuesta-pulso-de-la-migracion-epm>
- Dib-Ayesta, L. C. (2023). El acceso a la salud de la población migrante y refugiada en Colombia: una aproximación desde la experiencia de la Clínica Jurídica para Migrantes de la Universidad de Los Andes. En G. Pelacani y C. Moreno Velásquez (eds), *Perspectivas sociojurídicas de la migración. Aprendizajes a partir de la experiencia venezolana* (pp. 85-112). Ediciones Uniandes. <https://ediciones.uniandes.edu.co/library/publication/perspectivas-sociojuridicas-de-la-migracion-aprendizajes-a-partir-de-la-experiencia-venezolana>
- ReliefWeb Response. (s. f.). *Equipo Humanitario País, Colombia* [página web]. <https://response.reliefweb.int/colombia/equipo-humanitario-pais#:~:text=El%20EHP%20busca%20apoyar%20y,dif%C3%ADcil%20acceso%20y%20poblaciones%20afectadas>
- Feler, A. M. (2015). *Soft Law* como herramienta de adecuación del derecho internacional a las nuevas coyunturas. *Lecciones y Ensayos*, (95), 281-303. <http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/lye/revistas/95/soft-law-como-herramienta-de-adequacion-del-derecho-internacional-a-las-nuevas-coyunturas.pdf>
- Findley, S. E. & Matos, S. (2015). *Bridging the Gap: How Community Health Workers Promote the Health of Immigrants* [Cerrando la brecha: cómo los trabajadores de salud comunitarios promueven la salud de los inmigrantes]. Oxford University Press.

- González Morales, F. (Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes), *Formas de ampliar y diversificar los mecanismos y programas de regularización*, doc. ONU A/HRC/53/26 (20 de abril de 2023).
- Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible. (s. f.). *Enfoque para la programación basado en los Derechos Humanos*. <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach#:~:text=El%20enfoque%20basado%20en%20los,y%20proteger%20los%20derechos%20humanos>
- Hathaway, J. C. (2005). *The Rights of Refugees under International Law* [Los derechos de los refugiados según el derecho internacional]. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108863537>
- Instituto Nacional de Salud [INS] & Ministerio de Salud y Protección Social. (2022, 11-17 de septiembre). *Boletín epidemiológico eminal – Semana epidemiológica 37. Comportamiento de la vigilancia en salud pública de la sífilis gestacional y sífilis congénita, semanas epidemiológicas 01 a 35, 2017-2022*.
- International Organization for Migration [IOM]. (2006). *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants – Background Paper* [Migración: un determinante social en la salud de los migrantes – documento de antecedentes]. https://migrant-integration.ec.europa.eu/sites/default/files/2009-10/doc1_9914_392596992.pdf
- Luengo, J. (s. f.). Inauguran centro de atención para migrantes en Los Patios. *Estoy en la Frontera*. <https://estoyenlafrontera.com/albergues-y-refugios/inauguran-centro-de-atencion-para-migrantes-en-los-patios>
- López, C. (2023, 23 de febrero). Procuraduría alerta desmonte de centro de atención a migrantes en Los Patios. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/procuraduria-alerta-desmonte-del-cast-los-patios-en-frontera-con-venezuela-744143>
- López Medina, D. E. (2000). *El derecho de los jueces. Obligatoriedad del precedente constitucional, análisis de sentencias y líneas jurisprudenciales y teoría del derecho judicial*. Legis Editores. <https://es.slideshare.net/heinertrujillo14/el-derecho-de-los-jueces-diego-lpez-medinapdf>
- MacNaughton, G. & McGill, M. (2019). The Challenge of Interdisciplinarity in Operationalizing the Right to Health [El desafío de la interdisciplinaria en la realización del derecho a la salud]. *Health and Human Rights Journal*, 21(2), 251–262.

- Migration Data Portal. (2021). *Migración y salud*. <https://www.migrationdata-portal.org/es/themes/migracion-y-salud>
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2023, 18 de agosto). *La medida “Primero la niñez” continuará su vigencia y aplicabilidad, después del 21 de agosto de 2023*. [https://www.cancilleria.gov.co/newsroom/news/medida-primero-ninez-continuara-su-vigencia-aplicabilidad-despues-21-agosto-2023#:~:text=%E2%80%9Cprimero%20la%20ni%C3%B1ez%E2%80%9D%20fue%20proferida,dos%20\(2\)%20a%C3%B1os%20adicionales](https://www.cancilleria.gov.co/newsroom/news/medida-primero-ninez-continuara-su-vigencia-aplicabilidad-despues-21-agosto-2023#:~:text=%E2%80%9Cprimero%20la%20ni%C3%B1ez%E2%80%9D%20fue%20proferida,dos%20(2)%20a%C3%B1os%20adicionales)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/vs/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019, 15 de octubre). *Las Américas ya cuentan con Tarjeta Unificada de Vacunación* [nota de prensa]. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Las-Americas-ya-cuentan-con-Tarjeta-Unificada-de-Vacunacion.aspx#:~:text=Este%20martes%2C%2011%20pa%C3%ADses%20de,donde%20transitan%20o%20se%20establecen>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022a). *Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022b, 29 de junio). *Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99.6 %* [comunicado de prensa]. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Respuesta a derecho de petición enviado por estudiantes de la Clínica Jurídica de la Universidad del Rosario. Radicado N.º 202311600827171.
- Ministerio de Salud y Protección Social & Gobierno de Colombia. (2019). *Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/migracion.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud y Clúster Salud. (2022). *Situación y respuesta del fenómeno migratorio en salud*. <https://www.r4v.info/es/document/gifmm-colombia-situacion-y-respuesta-del-fenomeno-migratorio-en-salud-diciembre-2022>

- Mullally, S. (Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la trata de personas, especialmente mujeres y niños), *End of mission statement of the Special Rapporteur on trafficking in persons, especially women and children, Siobhán Mullally, on her visit to Colombia from 21 to 30 May 2023* (30 de mayo de 2023). <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/trafficking/statements/20230530-eom-colombia-sr-trafficking-en.pdf>
- Nussbaum, M. C. (2013). *Creating Capabilities: The Human Development Approach and Its Implementation*. [Crear capacidades: el enfoque de desarrollo humano y su implementación]. *Hypatia*, 24(3), 211-215
- Observatorio de Venezuela. (2023). Información migratoria: un bien preciado que hay que reforzar. *Bitácora Migratoria* (22). <https://urosario.edu.co/sites/default/files/2023-08/informe-bitacora-migratoria-agosto.pdf>
- Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos [OACNUDH]. (s. f.-a). *El derecho a la salud: aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes*. <https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>
- Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos [OACNUDH]. (s. f.-b). *¿Qué son los derechos humanos?* <https://www.ohchr.org/es/what-are-human-rights>
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos [OACNUDH]. (s. f.-c). *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cescr>
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos [OACNUDH]. (s.f.-d). *Comité de Trabajadores Migrantes*. <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cmw>
- Onarheim, K. H., Melberg, A., Mason Meier, B. & Miljeteig, I. (2018). Towards universal health coverage: including undocumented migrants [Hacia una cobertura sanitaria universal: incluir a los inmigrantes indocumentados]. *BMJ Global Health*, 3(5), e001031. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001031>.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2021, 28 de julio). *17 Redes Comunitarias actúan en pro de la salud y el bienestar en 24 territorios de Colombia*. <https://colombia.iom.int/es/news/17-redes-comunitarias-actuan-en-pro-de-la-salud-y-el-bienestar-en-24-territorios-de-colombia>

- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2022). *Boletín SMAPS: Acciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial–SMAPS para nacionales venezolanos y colombianos–Primer semestre 2022*. <https://repository.iom.int/handle/20.500.11788/2392>
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM] & Gobierno de Colombia (2020). *Estrategia país de la OIM en Colombia 2021-2024*. <https://colombia.iom.int/sites/g/files/tmzbd11011/files/documents/Estrategia%20País%20OIM%20Colombia%202021-2024FK-2.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, 15 de marzo). *Salud bucodental*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, 16 de septiembre). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20enfermedades%20no%20transmisibles,y%20cuidados%20a%20largo%20plazo>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef]. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Una visión para la atención primaria de salud en el siglo XXI: hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible]*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s. f.). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V]. (s. f.). *Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos* [página web]. <https://www.r4v.info/es/colombia>
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V]. (2019). *RMRP 2020: Plan de Respuesta para refugiados y migrantes de Venezuela*. <https://www.r4v.info/es/document/rmrp-2020>

- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V]. (2022a). *RMNA 2022: Análisis de necesidades de refugiados y migrantes*. <https://www.r4v.info/es/document/rmna-2022-analisis-de-necesidades-de-refugiados-y-migrantes>
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V]. (2022b). *RMRP 2023-2024: Plan de respuesta para migrantes y refugiados enero 2023 a diciembre 2024*. <https://www.r4v.info/es/rmrp2023-2024>
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes [R4V]. (2023a). *GIFMM Colombia: evaluación conjunta de necesidades para población con vocación de permanencia 2023*. <https://www.r4v.info/es/document/gifmm-colombia-resumen-de-resultados-evaluacion-conjunta-de-necesidades-para-poblacion-con>
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes [R4V]. (2023b, 21 de noviembre). *Colombia: migrantes irregulares en tránsito, Migración Colombia–corte a 15 Noviembre 2023*. <https://www.r4v.info/es/document/colombia-migrantes-irregulares-en-transito-migracion-colombia-corte-15-noviembre-2023>
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes [R4V]. (2023c). *Refugiados y migrantes de Venezuela*. <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>
- Potts, H. (2008). *Participation and the Right to the Highest Attainable Standard of Health* [Participación y derecho al más alto nivel posible de salud]. University of Essex Human Rights Centre. <http://repository.essex.ac.uk/9714/>
- Profamilia. (2020). *Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria?* <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>
- Programa Mundial de Alimentos. (2022, noviembre). *Evaluación de seguridad alimentaria y nutricional para poblaciones migrantes y comunidades de acogida-resumen ejecutivo Colombia*. <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000146781/download/>
- Ramírez Bolívar, L., Albarracín, M., Ruiz, S., Rozo, V., Uprimny Yepes, R. & Rodríguez Garavito, C. (2018, 30 de mayo). *Dejusticia interviene en defensa del derecho a la salud de migrantes venezolanos*.

Dejusticia. <https://www.dejusticia.org/litigation/dejusticia-interviene-en-defensa-del-derecho-a-la-salud-de-migrantes-venezolanos/>

- Ramírez Bolívar, L., Arroyave Velasquez, L. & Corredor Villamil, J. (2022). *Ser migrante y trabajar en Colombia: ¿cómo va la inclusión laboral de las personas provenientes de Venezuela?* *Dejusticia*. <https://www.dejusticia.org/publication/ser-migrante-y-trabajar-en-colombia-como-va-la-inclusion-laboral-de-las-personas-provenientes-de-venezuela/>
- Ramos Robles, J. (2018). *Guía de conceptos clave del Enfoque Basado en Derechos Humanos para la Gestión de Proyectos y Políticas Públicas*. Asistencia técnica internacional del laboratorio de cohesión social II. <https://cohesionsocialmxue.org/wp-content/uploads/2018/11/Guia-de-conceptos-clave-EBDH-Low.pdf>
- Rolón Salazar, M. (2019, 3 de mayo). En el Centro de Salud Las Margaritas no importa la nacionalidad. *Alto Comisionado de Naciones Unidas para Refugiados*. <https://www.acnur.org/noticias/stories/en-el-centro-de-salud-las-margaritas-no-importa-la-nacionalidad>
- Ruiz Mancera, S., Ramírez Bolívar, L. & Rozo Ángel, V. (2020). *Acceso, promoción y permanencia de niños, niñas y adolescentes migrantes en el sistema educativo colombiano. Avances, retos y recomendaciones*. *Dejusticia*. <https://www.dejusticia.org/publication/acceso-promocion-y-permanencia-de-ninos-ninas-y-adolescentes-migrantes-en-el-sistema-educativo-colombiano-avances-retos-y-recomendaciones/>
- Superintendencia de Salud. (2023). Respuesta a derecho de petición enviado por estudiantes de la Clínica Jurídica de la Universidad del Rosario. Anexo. Radicado n.º 20232200100063161
- Tjukanov, N., Tittala, P. & Salmi, H. (2021). Health service use and costs among migrants in an irregular situation: Cross-sectional register-based study from a voluntary-based clinic, [Uso y costos de los servicios de salud entre migrantes en situación irregular: estudio transversal basado en registros de una clínica de voluntariado], *Journal of Public Health*, 45(1), 32-35. <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/45/1/32/6414804>
- Unidad Administrativa Migración Colombia. (2022). *Distribución de venezolanos y venezolanas en Colombia con corte a diciembre 2022* [infografía]. <https://www.migracioncolombia.gov.co/>

[infografias-migracion-colombia/distribucion-de-venezolanas-y-venezolanos-en-colombia](https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias-migracion-colombia/distribucion-de-venezolanas-y-venezolanos-en-colombia)

Unidad Administrativa Migración Colombia. (2023a, 19 de diciembre). *Estaduto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos-ETPV*. <https://www.migracioncolombia.gov.co/etpv/etpv>

Unidad Administrativa Migración Colombia. (2023b). *Radiografía de migrantes venezolanos(os) en Colombia. Corte 31 de agosto de 2023*. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias-migracion-colombia/colombia-un-pais-solidario-con-la-migracion-venezolana>

Universidad Católica Andrés Bello [UCAB]. (2022). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2022. Condiciones de vida de los venezolanos*. https://assets.website-files.com/5d14c6a5c4ad42a4e794d0f7/636d0009b0c59ebfd2f24acd_Presentacion%20ENCOVI%202022%20completa.pdf

Uprimny, R. (2014). El Bloque de constitucionalidad en Colombia. Un análisis jurisprudencial y ensayo de sistematización doctrinal. *Ius Inkerri*, 3(3), 115-148. <https://www.dejusticia.org/el-bloque-de-constitucionalidad-en-colombia-un-analisis-jurisprudencial-y-un-ensayo-de-sistematizacion-doctrinal/>

Vignolo J., Vacarezza, M., Alvarez, C. & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14.

Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A. B., Robinson, C. & Knipper, M. (2018). Migration and health: a global public health research priority [Migración y salud: una prioridad mundial de investigación en salud pública]. *BMC Public Health*, 18(1), 987. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>

World Health Organization [WHO]. (2023, 10 de octubre). *Five key themes for improved mental health care for refugees and migrants* [Cinco temas clave para mejorar la atención de salud mental de refugiados y migrantes]. <https://www.who.int/news/item/10-10-2023-five-key-themes-for-improved-mental-health-care-for-refugees-and-migrants>

Normatividad nacional

Acuerdo 02 de 2015 [Corte Constitucional de Colombia]. Por medio del cual se unifica y actualiza el Reglamento de la Corte Constitucional. 22 de julio de 2015. DO: 49 622.

- Circular 25 de 2017 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Fortalecimiento de acciones en salud pública para responder a la situación de migración de población proveniente de Venezuela. 31 de julio 31 de 2017. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%20025%20de%202017.pdf
- Constitución Política de Colombia [Const]. (1991). 7 de julio de 1991 (Colombia).
- Decreto 2591 de 1991 [Presidencia de la República de Colombia]. Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política. 19 de noviembre de 1991. DO: 40 165.
- Decreto 1067 de 2015 [Ministerio de Relaciones Exteriores]. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Relaciones Exteriores. 26 de mayo de 2015. DO: 49 523.
- Decreto 780 de 2016 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. 6 de mayo de 2016. DO: 49 865.
- Decreto 866 del 2017 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016–Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos. 25 de mayo de 2017. DO: 50 244.
- Decreto 2408 de 2018 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016–Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos. 24 de diciembre de 2018. DO: 50 817.
- Ley 100 de 1993. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.* 23 de diciembre de 1993. DO: 41 148.
- Ley 715 de 2001. *Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.* 21 de diciembre de 2001. DO: 44 654.

- Ley 1438 de 2011. *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* 19 de enero de 2011. DO: 47 957.
- Ley 1616 de 2013. *Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.* 21 de enero de 2013. DO: 48 680.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015. *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.* 16 de febrero de 2015. DO: 49.427.
- Ley 1955 de 2019. *Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad.* 25 de mayo de 2019. DO: 50 964.
- Ley 2136 de 2021. *Por medio de la cual se establecen las definiciones, principios y lineamientos para la reglamentación y orientación de la Política Integral Migratoria del Estado Colombiano–PIM, y se dictan otras disposiciones.* 4 de agosto de 2021. DO: 51 756.
- Ley 2276 de 2022. *Por la cual se decreta el Presupuesto de Rentas y Recursos de Capital y Ley de Apropriaciones para la vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023.* 29 de noviembre de 2022. DO: 52 233.
- Proyecto de ley. *Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones.* Cámara de Representantes. 339/2023C. <https://petro.presidencia.gov.co/Documents/230213-Reforma-salud.pdf>
- Resolución 5596 de 2015 [Ministerio de Salud y Protección Social]. *Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “Triage”.* 24 de diciembre de 2015. DO: 49 739.
- Resolución 5269 de 2017 [Ministerio de Salud y Protección Social]. *Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).* 22 de diciembre de 2017. DO: 50 455.
- Resolución 8470 de 2019 [Registraduría Nacional del Estado Civil]. *Por la cual se adopta una medida administrativa de carácter temporal y excepcional, para incluir de oficio la nota “Válido para demostrar nacionalidad” en el Registro Civil de Nacimiento de niñas y niños nacidos en Colombia, que se encuentran en riesgo de apatridia, hijos de padres venezolanos, que no cumplen con el requisito de domicilio.* 5 de agosto de 2019. DO: 51 036.

- Resolución 971 de 2021 [Unidad Administrativa Migración Colombia]. Por la cual se implementa el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos adoptado por medio del Decreto 216 de 2021. 29 de abril de 2021. DO: 51 660.
- Resolución 8617 de 2021 [Registraduría Nacional del Estado Civil]. Por la cual se modifica parcialmente la Resolución No. 8470 de 5 de agosto de 2019, y se prorroga su vigencia. Agosto 19 de 2021. DO: 52 604.
- Resolución 5477 de 2022 [Ministerio de Relaciones Exteriores]. Por la cual se dictan disposiciones en materia de visas y se deroga la Resolución 1980 del 19 de marzo de 2014 y la Resolución 6045 del 2 de agosto de 2017. 22 de julio de 2022. DO: 52 103.
- Resolución 051 de 2023. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio del cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y se modifica el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018. 12 de enero de 2023. DO: 52 276.

Instrumentos y jurisprudencia internacional

- A.G. ONU Resolución 2200A (XXI), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (16 de diciembre de 1966).
- A.G. ONU Resolución 70/1, Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, doc. ONU A/70/L.1. (25 de septiembre de 2015). https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf
- A. G. OEA, Carta Social de las Américas. (4 de junio de 2012). https://www.oas.org/docs/publications/carta_social_de_las_americas.doc
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH]. Resolución 04/19, Principios Interamericanos sobre los Derechos Humanos de Todas las Personas Migrantes, Refugiadas, Apátridas y las Víctimas de la Trata de Personas (7 de diciembre de 2019) <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Principios%20DDHH%20migrantes%20-%20ES.pdf>
- Comité CEDAW. (2020). *Nota con orientaciones: CEDAW y COVID-19*. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CEDAW/STA/9156&Lang=en

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Comité DESC], Observación General n.º 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Comité DESC], Obligaciones de los Estados con respecto a los refugiados y los migrantes en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Declaración del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, doc. ONU E/C.12/2017/1 (13 de marzo de 2017). <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QsmlBEDZFE0VLCuW1AVC1NkPsgUedPIF1vfPMJbFePxX56jVynBWivepPdlwsXXq9SW9ZbgpuEHPzmS%2BHfLpdYK94RgblE0bob1qFojYcpR4KqEtEgsUR40u8nW>

Comité de los Trabajadores Migratorios y Comité de los Derechos del Niño, Observación General Conjunta 4/23 sobre las obligaciones de los Estados relativas a los derechos humanos de los niños en el contexto de la migración internacional en los países de origen, tránsito, destino y retorno, doc. ONU CMW/C/GC/4-CRC/C/GC/23 (16 de noviembre de 2017).

Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares [CMW], Observación General n.º 2 sobre los derechos de los trabajadores migratorios en situación irregular y de sus familiares, doc. ONU CMW/C/GC/2 (28 de agosto de 2013). [https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FFPRiCAqhKb7yhsrMUIHhdD50s6dX7ewCBgofzBu%2B2Pshl1KhwQxjH7qXvr\]7xSEg5tg5g%2BtEDPGon87QPfsnNLhXVTUVYVW5ykHs%3D](https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FFPRiCAqhKb7yhsrMUIHhdD50s6dX7ewCBgofzBu%2B2Pshl1KhwQxjH7qXvr]7xSEg5tg5g%2BtEDPGon87QPfsnNLhXVTUVYVW5ykHs%3D)

Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y Comité de los Derechos del Niño, Observación General conjunta núm. 3 (2017) del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y núm. 22 (2017) del Comité de los Derechos del Niño sobre los principios generales relativos a los derechos humanos de los niños en el contexto de la migración internacional, docs. ONU CRC/C/GC/22-CMW/C/GC/3 (16 de noviembre de 2017). <https://www.ohchr.org/es/documents/>

[general-comments-and-recommendations/joint-general-comment-no-3-cmw-and-no-22-crc-context](#)

- Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial [CERD], Recomendación general XXX sobre la discriminación en contra de los extranjeros, doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.7/Add.1 (4 de mayo de 2005).
- Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Salud. Declaración de Alma Ata – Salud para Todos. [URSS]. Organización Panamericana de la Salud. (6-12 de septiembre de 1978).
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, 22 de noviembre, 1969. https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convención_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), 9 de junio, 1994. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Convención internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, 18 de diciembre, 1990. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers>
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer [CEDAW], 18 de diciembre, 1979. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- Convención sobre los Derechos del Niño, 20 de noviembre, 1989. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 13 de diciembre, 2006. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948. https://www.oas.org/dil/esp/declaración_americana_de_los_derechos_y_deberes_del_hombre_1948.pdf
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 10 de diciembre, 1948. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organización Mundial de la Salud [OMS], 61.ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución 61.17: Salud de los migrantes, doc. WHA61/2008/

REC/1 (24 de mayo de 2008). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [PIDESC], 16 de diciembre, 1966. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Poblete Vilches y otros vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas, Cte. IDH (ser. C) 349 (8 de marzo de 2018).

Protocolo de San Salvador: Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, arts. 10 y 24 (17 de noviembre de 1988). <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf>

Sentencias de la Corte Constitucional

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-215 de 1996 (M. P. Fabio Morón Díaz; 15 de mayo de 1996).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-321 de 1996 (M. P. Hernando Herrera Vergara; 17 de julio de 1996).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-768 de 1998 (M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz; 10 de diciembre de 1998).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-385 de 2000 (M. P. Antonio Barrera Carbonell; 5 de abril de 2000).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-680 de 2002 (M. P. Alfredo Beltrán Sierra; 22 de agosto de 2002).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-913 de 2003 (M. P. Clara Inés Vargas Hernández; 9 de octubre de 2003).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-1058 de 2003 (M. P. Jaime Córdoba Triviño; 11 de noviembre de 2003).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760 de 2008 (M. P. Manuel José Cepeda Espinosa; 31 de julio de 2008).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-100 de 2016 (M. P. María Victoria Calle Correa; 1 de marzo de 2016).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-314 de 2016 (M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado; 17 de junio de 2016).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-728 de 2016 (M. P. Alejandro Linares Cantillo; 16 de diciembre de 2016).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-677 de 2017 (M. S. Gloria Stella Ortiz Delgado; 15 de noviembre de 2017).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-239 de 2017 (M. P. Alejandro Linares Cantillo; 24 de abril de 2017).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-705 de 2017 (M. P. José Fernando Reyes Cuartas; 30 de noviembre de 2017).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-032 de 2018 (M. P. José Fernando Reyes Cuartas; 12 de febrero de 2018).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-210 de 2018 (M. S. Gloria Stella Ortiz Delgado; 1 de junio de 2018).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-348 de 2018 (M. P. Luis Guillermo Guerrero Pérez; 28 de agosto de 2018).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-025 de 2019 (M. P. Alberto Rojas Ríos; 29 de enero de 2019).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-049 de 2019 (M. P. Cristina Pardo Schlesinger; 11 de febrero de 2019).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-074 de 2019 (M. P. Antonio José Lizarazo Ocampo; 25 de febrero de 2019).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-178 de 2019 (M. P. Cristina Pardo Schlesinger; 6 de mayo de 2019).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-197 de 2019 (M. P. Diana Fajardo Rivera; 14 de mayo de 2019).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-298 de 2019 (M. P. Alberto Rojas Ríos; 28 de junio de 2019).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-403 de 2019 (M. P. Luis Guillermo Guerrero Pérez; 30 de agosto de 2019).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-452 de 2019 (M. P. José Fernando Reyes Cuartas; 3 de octubre de 2019).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-465 de 2019 (M. P. Antonio José Lizarazo Ocampo; 8 de octubre de 2019).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-576 de 2019 (M. P. Cristina Pardo Schlesinger; 28 de noviembre de 2019).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-058 de 2020 (M. P. Carlos Bernal Pulido; 18 de febrero de 2020).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-246 de 2020 (M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado; 15 de julio de 2020).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-275 de 2020 (M. P. José Fernando Reyes Cuartas; 31 de julio de 2020).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-390 de 2020 (M. P. Cristina Pardo Schlesinger; 7 de septiembre de 2020).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-496 de 2020 (M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado; 30 de noviembre de 2020).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-517 de 2020 (M. P. Alejandro Linares Cantillo; 14 de diciembre de 2020).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-535 de 2020 (M. P. José Fernando Reyes Cuartas; 18 de diciembre de 2020).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-021 de 2021 (M. P. Cristina Pardo Schlesinger; 3 de febrero de 2021).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-090 de 2021 (M. P. Cristina Pardo Schlesinger; 14 de abril de 2021).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-266 de 2021 (M. P. Diana Fajardo Rivera; 9 de agosto de 2021).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-415 de 2021 (M. P. José Fernando Reyes Cuartas; 29 de noviembre de 2021).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-449 de 2021 (M. P. Jorge Enrique Ibáñez Najjar; 13 de diciembre de 2021).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-450 de 2021 (M. P. Jorge Enrique Ibáñez Najjar; 13 de diciembre de 2021).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-106 de 2022 (M. P. José Fernando Reyes Cuartas; 23 de marzo de 2022).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-336 de 2022 (M. P. Hernán Correa Cardozo; 26 de septiembre de 2022).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-344 de 2022 (M. P. Alejandro Linares Cantillo; 5 de octubre de 2022).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-011 de 2023 (M. S. Paola Andrea Meneses Mosquera; 30 de enero de 2023).

Anexos

1. Listado de entrevistas, grupos focales y diarios de observación

Citación	Descripción	Fecha
Angeleri, O-BS	Notas en diario de observación en Bogotá y Soacha.	Mayo de 2022
Angeleri, O-CV	Notas en diario de observación en Cúcuta y Villa del Rosario.	Mayo de 2022
Angeleri E-1	Entrevista con profesional de una agencia internacional.	Mayo de 2022
Angeleri, E-2	Entrevista con profesional de la salud de una organización de base comunitaria.	Mayo de 2022
Angeleri, E-4	Entrevista con profesional de una agencia internacional.	Junio de 2022
Angeleri, E-5	Entrevista con funcionario de un gobierno departamental.	Junio de 2022
Angeleri, E-7	Entrevista con un exfuncionario de un gobierno departamental.	Junio de 2022
Angeleri, E-7	Entrevista con personal directivo de una entidad estatal de protección de los DD. HH.	Junio de 2022
Angeleri, E-8	Entrevista con generante de una ONG nacional.	Junio de 2022
Angeleri, E-9	Entrevista con profesional de una ONG internacional.	Julio de 2022
Angeleri, E-10	Entrevista con profesional de una ONG.	Agosto de 2022
Angeleri E-11	Entrevista con profesional de una ONG.	Agosto de 2022
Angeleri, E-12	Entrevista con gerente de una organización de base comunitaria en Cundinamarca.	Septiembre de 2022
Angeleri E-13	Entrevista con una asociación de la diáspora en Cundinamarca.	Septiembre de 2022
Angeleri, E-16	Entrevista con profesional de la salud de una ONG internacional.	Octubre de 2022
Angeleri, E-17	Entrevista con profesional de una agencia internacional.	Octubre de 2022
Angeleri, E-18	Entrevista con funcionario de un gobierno departamental.	Noviembre de 2022
Angeleri, E-20	Entrevista con enfermera jefe de una ESE de Bogotá.	Diciembre de 2022
Angeleri, GF-1	Grupo focal con líderes comunitarios en salud en Soacha.	Junio de 2022
Angeleri, GF-2	Grupo focal con líderes comunitarios en salud en Bogotá.	Julio de 2022
Angeleri, GF-3	Grupo focal con líderes comunitarios en salud en Cúcuta.	Agosto de 2022
Angeleri, GF-4	Grupo focal con líderes comunitarios en salud en Villa del Rosario.	Agosto de 2022

2. Órdenes generales en la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre el derecho a la salud de las personas migrantes venezolanas en situación irregular

Categoría	Sentencia	Orden general	Entidad responsable
Niñas, niños y adolescentes	T-145 de 2023 Accionante recién nacido y prematuro con cuadro de distress respiratorio. Accionante solicitó protección de sus derechos fundamentales a la vida digna, a la salud, a la dignidad humana y a la igualdad.	La Corte le ordenó a la IPS afiliar a los recién nacidos al sgsss, incluso cuando los padres no acrediten los requisitos para ello.	ESE Hospital del Sarare
	T-336 de 2022 Accionante menor de edad diagnosticado con desprendimiento traccional de retina en ambos ojos solicitó protección de su derecho a la salud.	La Corte reiteró las reglas jurisprudenciales sobre la protección prevalente que tienen los NNA y la obligación del Estado de garantizar la gestión y prestación del servicio de salud a su favor, con el más alto nivel de salud posible, sin ninguna barrera u obstáculo administrativo. En ese sentido, la Corte le ordenó a la IPS abstenerse de incurrir nuevamente en prácticas como las que dieron lugar a la violación al derecho a la salud del accionante, debido a la negación de la atención de urgencia que requería el menor de edad. En consecuencia le ordenó al hospital dar estricto cumplimiento a las reglas jurisprudenciales fijadas por la Sentencia T-336 de 2022 en lo relacionado con la prestación de servicios de salud a niños y niñas migrantes con permanencia irregular en el país (ver párrafo 62). Finalmente, la Corte exhortó nuevamente al Ministerio de Salud y Protección Social para que ofrezca una rendición de cuentas sobre el estado actual de la implementación del Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio. Asimismo, para que adelante dicho plan con todas las entidades territoriales fronterizas, con el fin de que la población beneficiaria sepa cómo acceder a la atención en salud de urgencias y/o integral. Con este fin, remitió a la Procuraduría General de la Nación una copia de esta decisión para que, en ejercicio de sus competencias	ESE Hospital Carlos Carmona Montoya Ministerio de Salud y Protección Social

Continúa

Categoría	Sentencia	Orden general	Entidad responsable
		constitucionales, vigile la implementación de dicho plan de conformidad con lo estipulado en la Sentencia T-178 de 2019.	
Niñas, niños y adolescentes y personas con enfermedades crónicas	T-254 de 2021 Esta sentencia acumula dos casos. El primero es de una niña que requería exámenes médicos prescritos por el médico tratante en la atención de urgencias. El segundo caso es de una mujer con cáncer quien requería la prestación del servicio médico integral con urgencia y necesidad, dada su condición médica. En ambos casos, las accionantes solicitaron la protección de los derechos fundamentales a la dignidad humana, vida y salud.	En el caso de la niña, la Corte le solicitó al Hospital San Francisco de Fortul que en el futuro se abstenga de incurrir en conductas como las que dieron lugar a la interposición del presente amparo. En ese sentido, la Corte le recordó a la IPS su deber de cumplir con los parámetros constitucionales fijados por esta Corporación en relación con la protección que debe otorgarse a los NNA —incluso en condición migratoria irregular— que se hallan en el territorio, y que requieren acceder a la cobertura del servicio de salud pese a no estar afiliados al sgsss. Respecto al caso de la mujer que padece una enfermedad crónica, la Corte exhortó a la Secretaría Departamental de Salud del César, con fundamento en el artículo 24 del Decreto 2591 de 1991, para que en lo sucesivo acate las reglas trazadas por esta Corporación en relación con el alcance de los derechos a la salud y vida digna de las personas migrantes irregulares que padecen enfermedades graves y requieren una atención de urgencias que vaya más allá de la simple atención básica. Ello con el fin de que no vuelva a incurrir en omisiones y tardanzas como las que dieron lugar al caso bajo estudio.	Hospital San Francisco de Fortul Secretaría Departamental de Salud de Cesar
	T-210 de 2018 Esta sentencia acumula dos casos. El primer accionante actúa en representación de su hija menor de edad. En el segundo caso es accionante mujer con enfermedad crónica (cáncer). En ambos casos las accionantes solicitan la protección del derecho a la salud y a la vida digna.	La Corte instó al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Relaciones Exteriores y a la Unidad Administrativa Migración Colombia a adoptar medidas dirigidas a conseguir recursos de cooperación internacional y nacional, además de cualquier otro tipo de medidas que le permitan al Gobierno nacional avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho a la salud de las personas migrantes, sin importar su estatus migratorio, especialmente respecto de aquellas en mayor situación de vulnerabilidad (niños, niñas y madres cabeza de hogar).	Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Relaciones Exteriores Unidad Administrativa Especial Migración Colombia

Categoría	Sentencia	Orden general	Entidad responsable
	T-436 de 2020 Accionante menor de edad diagnosticada con tetralogía de Fallot y enfermedad de Pompe. Solicitó la protección del derecho fundamental a la igualdad, a la salud, a la seguridad social y a la dignidad humana debido a que requiere atención médica especializada y tratamiento integral para su condición.	La Corte le ordenó a la Secretaría de Salud departamental abstenerse de incurrir nuevamente en la negación de la prestación de atención de urgencia con base en la ausencia de instituciones asociadas a su red de prestadores que puedan brindar la atención requerida para enfermedades crónicas y/o huérfanas. La ausencia de un servicio especializado no puede constituirse como un obstáculo para el ejercicio del derecho a la salud. Por lo tanto, la entidad territorial debe asegurar la prestación del servicio mediante la coordinación interadministrativa y la remisión que corresponda, con cargo a los recursos destinados para atender de urgencia a la población migrante que no ha regularizado su estancia en Colombia.	Secretaría Departamental de Salud (sin especificar nombre del departamento por tratarse del caso de una menor de edad)
	T-390 de 2020 Esta sentencia acumula cinco casos de NNA que padecen enfermedades degenerativas, progresivas y crónicas. Los accionantes solicitaron protección a sus derechos a la salud y a la vida debido a que requieren acceder a un tratamiento médico integral ya que presentan condiciones clínicas complejas.	La Corte le solicita al Consejo Superior de la Judicatura realizar las gestiones pertinentes para remitir una copia de la Sentencia T-390 de 2020 a todos los despachos judiciales del territorio nacional, con el objetivo de que conozcan y acaten la jurisprudencia constitucional en materia de acceso a los servicios de salud de los NNA extranjeros en situación irregular.	Consejo Superior de la Judicatura
Niñas, niños y adolescentes, personas con enfermedades crónicas, y mujeres y personas gestantes	T-244 de 2020 Esta sentencia acumula ocho casos. Las accionantes solicitaron protección a sus derechos a la vida en condiciones dignas, integridad personal, igualdad y salud debido a que requieren acceder a un tratamiento médico integral. Algunas de las personas accionantes o sus representados	La Corte le advierte a las IPS accionadas que se abstengan de negar en el futuro los controles prenatales a mujeres venezolanas en estado de embarazo, independientemente de su situación migratoria. En consecuencia, insta a dichas entidades a que presten la atención en salud que requieran las accionantes y sus hijos recién nacidos mientras adelantan los trámites legales correspondientes para lograr su vinculación al SGSSS.	Hospital San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar ESE Hospital San Rafael Albania ESE Municipio de Villavicencio IPS Esperanza ESE Hospital Regional de Duitama

Continúa

Categoría	Sentencia	Orden general	Entidad responsable
	presentan condiciones clínicas complejas, al ser pacientes oncológicas, en estado de embarazo o diagnosticadas con graves afecciones.		Hospital San Antonio de Tame Hospital “El Sarare” de Saravena
Mujeres y personas gestantes	su-667 de 2017 Accionante, en calidad de agente oficioso de su esposa gestante, solicitó la protección de sus derechos a la salud, vida digna e integridad física debido a que requería acceder a controles prenatales y asistencia en el parto de forma gratuita.	La Corte le advirtió a la Registraduría Nacional del Estado Civil y a la Registraduría Municipal de Icaria que no podrán incurrir nuevamente en retraso o denegación del registro civil de nacimiento para los hijos e hijas de extranjeros con permanencia irregular que hayan nacido en territorio colombiano.	Registraduría Nacional del Estado Civil Registraduría Municipal de Icaria
Mujeres y personas gestantes con enfermedades crónicas	T-100 de 2023 Accionantes solicitaron protección a sus derechos a la documentación, al debido proceso y a la salud, debido a que requieren acceder a un tratamiento médico integral dado que algunas de ellas presentan condiciones clínicas complejas, al ser pacientes oncológicas, en estado de embarazo con complicaciones, o diagnosticadas con graves afecciones, por lo que demandan cuidados prioritarios.	La Corte le ordenó a Migración Colombia, cualquiera que sea el caso, abstenerse de exigir a las personas migrantes venezolanas como requisito para otorgar el Permiso por Protección Temporal (PPT) la condición de “no tener en curso investigaciones administrativas migratorias”. Asimismo, la Corte otorga efectos INTERPARES (los efectos se extienden a todos los casos semejantes) a la decisión de inaplicar las normas del Decreto 216 de 2021, que consagran el requisito de “no tener en curso investigaciones administrativas migratorias” para acceder al PPT.	Unidad Administrativa Especial Migración Colombia

Categoría	Sentencia	Orden general	Entidad responsable
	T-344 de 2022 Accionante adolescente en estado de embarazo que requiere controles prenatales. Solicitó protección de sus derechos a la salud, vida, vida digna y seguridad social.	La Corte ordenó a las IPS abstenerse de imponer barreras para el acceso a la prestación de los servicios de salud prenatal a mujeres gestantes extranjeras en situación de permanencia irregular en el país, con la finalidad de preservar sus derechos fundamentales, de acuerdo a lo establecido en los términos de la jurisprudencia constitucional.	ESE Hospital San Antonio de Tame
	T-296 de 2022 Accionante adolescente en estado de embarazo requirió controles prenatales. Solicitó protección de los derechos fundamentales a la salud, a la vida y a la dignidad humana.	La Corte le recuerda al hospital demandado que, antes de negar la prestación de un servicio de salud a una persona extranjera en situación de permanencia irregular en el país, es su deber evaluar si se trata de un sujeto de especial protección constitucional para determinar si hay lugar o no a brindarle la atención médica que requiere, a efecto de preservar sus garantías fundamentales. Asimismo, le advierte a la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca que es su deber capacitar a los prestadores de salud bajo su jurisdicción, particularmente sobre las reglas fijadas por la Corte Constitucional en materia de atención médica a la población migrante en situación irregular.	Hospital San Francisco de Fortúl Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca
Personas con enfermedades crónicas	T-274 de 2021 Accionante mujer que padece cáncer. Solicitó la protección del derecho a la salud en conexidad con la vida debido a que requiere acceder a un tratamiento médico integral.	La Corte le advirtió al Instituto Nacional de Cancerología que en lo sucesivo se abstenga de imponer barreras para el acceso a la salud de los extranjeros, especialmente de aquellos que, independientemente de su estatus migratorio, sufren enfermedades catastróficas o degenerativas.	Instituto Nacional de Cancerología
	T-266 de 2021 Accionante hombre adulto con enfermedad renal crónica. Solicitó la protección de los derechos a la salud, al trabajo, al mínimo vital, a la seguridad social, de petición y al debido proceso administrativo debido a que el Ministerio de Relaciones Exteriores no	La Corte previno al Ministerio de Relaciones Exteriores y a la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia para que en los trámites de regularización de personas migrantes en un grave estado de salud (en especial, enfermedades raras o catastróficas) tomen las medidas y controles que les competan para evitar vencimientos o demoras que puedan ocasionar la discontinuidad del servicio de salud.	Ministerio de Relaciones Exteriores Unidad Administrativa Especial Migración Colombia

Continúa

Categoría	Sentencia	Orden general	Entidad responsable
	garantizó la atención integral de los servicios de salud que requiere para tratar la grave enfermedad que padece, y no dio a la respuesta a la solicitud de reconocimiento de la condición de refugiado.		
	T-496 de 2020 Accionante diagnosticado con VIH y tuberculosis. Solicitó la protección de los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la integridad física y a la dignidad humana	La Corte le advierte al Ministerio de Salud y Protección Social que, en el marco de sus competencias constitucionales y legales, consolide una política pública de prevención del VIH enfocada en personas migrantes irregulares, articulada con las autoridades locales y con la estrategia de prevención combinada del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.	Ministerio de Salud y Protección Social
	T-025 de 2019 Accionante paciente con VIH. Solicitó la protección del derecho fundamental a la salud, la vida digna y el mínimo vital pues requiere tratamiento para su enfermedad.	La Corte exhortó a la Secretaría de Salud Distrital de Santa Marta para que brinde la atención de urgencias requerida en los casos de enfermedades de naturaleza catastrófica, a través de la red pública de servicios, siguiendo los lineamientos médicos y legislativos, de forma que no pongan en riesgo los derechos fundamentales de las personas que acuden a sus servicios ni se desconozca la atención mínima en salud a la que tienen derecho los extranjeros en el país, conforme la jurisprudencia constitucional en la materia.	Secretaría Distrital de Salud de Santa Marta
	T-728 de 2016 Accionante hombre de nacionalidad hondureña. Solicitó la protección de los derechos a la salud, vida digna e igualdad, debido a que requería tratamiento integral (trasplante de hígado) para contrarrestar las consecuencias de la cirrosis.	La Corte exhortó al Gobierno nacional para que, en el menor tiempo posible, reglamente el artículo 10 de la Ley 1805 de 2016 y establezca los lineamientos a los cuales deberán someterse los extranjeros no residentes en Colombia para poder acceder a la prestación del servicio de trasplante de componentes anatómicos.	Gobierno nacional

ÍNDICE DE RECURSOS GRÁFICOS

Figura 1.	Componentes de la atención de urgencias para población migrante en situación irregular	49
Figura 2.	Árbol del derecho a la salud.....	76
Figura 3.	Relación entre los elementos esenciales del derecho a la salud y del enfoque de APS.....	83
Tabla 1.	Elementos esenciales del enfoque de APS para reducir las inequidades en salud	14
Tabla 2.	Elementos esenciales del marco de derechos humanos para la realización del derecho a la salud.....	22
Tabla 3.	Recomendaciones específicas por tipo de institución responsable.....	100

• DOCUMENTOS 1

ETNORREPARACIONES:
*la justicia colectiva étnica
y la reparación a pueblos
indígenas y comunidades
afrodescendientes en Colombia*

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito,
Yukyan Lam
2011

• DOCUMENTOS 2

**LA CONSULTA PREVIA: DILEMAS
Y SOLUCIONES. Lecciones
del proceso de construcción
del decreto de reparación y
restitución de tierras para
pueblos indígenas en Colombia**

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito,
Natalia Orduz Salinas
2012

• DOCUMENTOS 3

LA ADICCIÓN PUNITIVA:
*La desproporción de leyes de
drogas en América Latina*

Publicación digital e impresa
Rodrigo Uprimny, Diana Esther
Guzmán, Jorge Parra Norato
2012

• DOCUMENTOS 4

**ORDEN PÚBLICO Y PERFILES
RACIALES: experiencias
de afrocolombianos con
la policía en Cali**

Publicación digital e impresa
Yukyan Lam, Camilo Ávila
2013

• DOCUMENTOS 5

INSTITUCIONES Y NARCOTRÁFICO:
*la geografía judicial de los
delitos de drogas en Colombia*

Publicación digital
Mauricio García Villegas,
Jose Rafael Espinosa Restrepo,
Felipe Jiménez Ángel
2013

• DOCUMENTOS 6

ENTRE ESTEREOTIPOS:
*Trayectorias laborales
de mujeres y hombres
en Colombia*

Publicación digital
Diana Esther Guzmán,
Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 7

**LA DISCRIMINACIÓN RACIAL
EN EL TRABAJO: Un estudio
experimental en Bogotá**

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito,
Juan Camilo Cárdenas C.,
Juan David Oviedo M.,
Sebastián Villamizar S.
2013

• DOCUMENTOS 8

**LA REGULACIÓN DE LA
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO EN COLOMBIA**

Publicación digital
Annika Dalén, Diana Esther
Guzmán, Paola Molano
2013

• DOCUMENTOS 9

ACOSO LABORAL

Publicación digital
Diana Guzmán, Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 10

**ACCESO A LA JUSTICIA: Mujeres,
conflicto armado y justicia**

Publicación digital
Diana Esther Guzmán Rodríguez,
Sylvia Prieto Dávila
2013

• DOCUMENTOS 11

**LA IMPLEMENTACIÓN
DE LA DESPENALIZACIÓN
PARCIAL DEL ABORTO**

Publicación digital e impresa
Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 12

**RESTITUCIÓN DE TIERRAS
Y ENFOQUE DE GÉNERO**

Publicación digital e impresa
Diana Esther Guzmán,
Nina Chaparro
2013

• DOCUMENTOS 13

**RAZA Y VIVIENDA EN
COLOMBIA: la segregación
residencial y las condiciones
de vida en las ciudades**

Publicación digital e impresa
María José Álvarez Rivadulla,
César Rodríguez Garavito,
Sebastián Villamizar Santamaría,
Natalia Duarte
2013

• DOCUMENTOS 14

**PARTICIPACIÓN POLÍTICA DE
LAS MUJERES Y PARTIDOS.
Posibilidades a partir de la
reforma política de 2011.**

Publicación digital
Diana Esther Guzmán Rodríguez,
Sylvia Prieto Dávila
2013

• DOCUMENTOS 15

**BANCADA DE MUJERES
DEL CONGRESO: una
historia por contar**

Publicación digital
Sylvia Cristina Prieto Dávila,
Diana Guzmán Rodríguez
2013

• DOCUMENTOS 16

**OBLIGACIONES CRUZADAS:
Políticas de drogas y
derechos humanos**

Publicación digital
Diana Guzmán, Jorge Parra,
Rodrigo Uprimny
2013

• DOCUMENTOS 17

**GUÍA PARA IMPLEMENTAR
DECISIONES SOBRE
DERECHOS SOCIALES.
Estrategias para los jueces,
funcionarios y activistas**

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito,
Celeste Kauffman
2014

• DOCUMENTOS 18

**VIGILANCIA DE LAS
COMUNICACIONES EN
COLOMBIA. El abismo entre
la capacidad tecnológica
y los controles legales**

Publicación digital e impresa
Carlos Cortés Castillo
2014

• DOCUMENTOS 19

**NO INTERRUPIR EL
DERECHO. Facultades de la
Superintendencia Nacional
de Salud en materia de IVE**

Publicación digital
Nina Chaparro González,
Annika Dalén
2015

• DOCUMENTOS 20

**DATOS PERSONALES EN
INFORMACIÓN PÚBLICA:
oscuridad en lo privado
y luz en lo público**

Publicación digital e impresa
Vivian Newman
2015

• DOCUMENTOS 21

**REQUISAS, ¿A DISCRECIÓN?
Una tensión entre
seguridad e intimidad**

Publicación digital e impresa
Sebastián Lalinde Ordóñez
2015

• DOCUMENTOS 22

FORMACIÓN EN VIOLENCIA SEXUAL EN EL CONFLICTO ARMADO: una propuesta metodológica para funcionarios

Publicación digital

Silvia Rojas Castro, Annika Dalén
2015

• DOCUMENTOS 23

CASAS DE JUSTICIA: una buena idea mal administrada

Publicación digital

Equipo de investigación:
Mauricio García Villegas,
Jose Rafael Espinosa Restrepo,
Sebastián Lalinde Ordóñez,
Lina Arroyave Velásquez,
Carolina Villadiego Burbano
2015

• DOCUMENTOS 24

LOS REMEDIOS QUE DA EL DERECHO. El papel del juez constitucional cuando la interrupción del embarazo no se garantiza

Publicación digital

Diana Esther Guzmán,
Nina Chaparro González
2015

• DOCUMENTOS 25

EL EJERCICIO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO

Publicación digital

Margarita Martínez Osorio, Annika Dalén, Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro González
2015

• DOCUMENTOS 26

CUIDADOS PALIATIVOS: abordaje de la atención en salud desde un enfoque de derechos humanos

Publicación digital e impresa

Isabel Pereira Arana
2016

• DOCUMENTOS 27

SARAYAKU ANTE EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS: justicia para el pueblo del Medio Día y su selva viviente

Publicación digital e impresa

Mario Melo Cevallos
2016

• DOCUMENTOS 28

IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

LOS TERRITORIOS DE LA PAZ. La construcción del estado local en Colombia

Publicación digital e impresa

Mauricio García Villegas,
Nicolás Torres Echeverry,
Javier Revelo Rebolledo,
Jose R. Espinosa Restrepo,
Natalia Duarte Mayorga
2016

• DOCUMENTOS 29

IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

NEGOCIANDO DESDE LOS MÁRGENES: la participación política de las mujeres en los procesos de paz en Colombia (1982-2016)

Publicación digital e impresa

Nina Chaparro González,
Margarita Martínez Osorio
2016

• DOCUMENTOS 30

IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

LA PAZ AMBIENTAL: retos y propuestas para el posacuerdo

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito,
Diana Rodríguez Franco,
Helena Durán Crane
2016

• DOCUMENTOS 31

IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

ACCESO A LOS ARCHIVOS DE INTELIGENCIA Y CONTRAINTELIGENCIA EN EL MARCO DEL POSACUERDO

Publicación digital e impresa
Ana María Ramírez Mourraille,
María Paula Ángel Arango,
Mauricio Albarracín Caballero,
Rodrigo Uprimny Yepes,
Vivian Newman Pont
2017

• DOCUMENTOS 32

JUSTICIA TRANSICIONAL Y ACCIÓN SIN DAÑO.

Una reflexión desde el proceso de restitución de tierras

Publicación digital e impresa
Aura Patricia Bolívar Jaime,
Olga del Pilar Vásquez Cruz
2017

• DOCUMENTOS 33

SIN REGLAS NI CONTROLES. Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores de edad

Publicación digital e impresa
Diana Guarnizo Peralta
2017

• DOCUMENTOS 34

ACADEMIA Y CIUDADANÍA. Profesores universitarios cumpliendo y violando normas

Publicación digital e impresa
Mauricio García Villegas,
Nicolás Torres Echeverry,
Andrea Ramírez Pisco,
Juan Camilo Cárdenas Campo
2017

• DOCUMENTOS 35

IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

ESTRATEGIAS PARA UNA REFORMA RURAL TRANSICIONAL

Publicación digital e impresa
Nelson Camilo Sánchez León
2017

• DOCUMENTOS 36

IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

SISTEMA DE JUSTICIA TERRITORIAL PARA LA PAZ

Publicación digital e impresa
Carolina Villadiego Burbano,
Sebastián Lalinde Ordóñez
2017

• DOCUMENTOS 37

DELITOS DE DROGAS Y SOBREDOSIS CARCELARIA EN COLOMBIA

Publicación digital e impresa
Rodrigo Uprimny Yepes,
Sergio Chaparro Hernández,
Luis Felipe Cruz Olivera
2017

• DOCUMENTOS 38

IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

COCA, INSTITUCIONES Y DESARROLLO. Los retos de los municipios productores en el posacuerdo

Publicación digital e impresa
Sergio Chaparro Hernández,
Luis Felipe Cruz Olivera
2017

• DOCUMENTOS 39

IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

RESTITUCIÓN DE TIERRAS, POLÍTICA DE VIVIENDA Y PROYECTOS PRODUCTIVOS. Ideas para el posacuerdo

Publicación digital e impresa
Aura Patricia Bolívar Jaime, Angie
Paola Botero Giraldo, Laura
Gabriela Gutiérrez Baquero
2017

• DOCUMENTOS 40

CÁRCEL O MUERTE. El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto

Publicación digital

Ana Jimena Bautista Revelo,
Anna Joseph, Margarita
Martínez Osorio
2017

• DOCUMENTOS 41

SOBREDOSIS CARCELARIA Y POLÍTICA DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA

Publicación digital e impresa

Sergio Chaparro Hernández,
Catalina Pérez Correa
2017

• DOCUMENTOS 42

SOBREPESO Y CONTRAPESOS. La autorregulación de la industria no es suficiente para proteger a los menores de edad

Publicación digital e impresa

Valentina Roza Rangel
2017

• DOCUMENTOS 43

VÍCTIMAS Y PRENSA DESPUÉS DE LA GUERRA. Tensiones entre intimidación, verdad histórica y libertad de expresión

Publicación digital e impresa

Vivian Newman Pont,
María Paula Ángel Arango,
María Ximena Dávila Contreras
2018

• DOCUMENTOS 44

LO QUE NO DEBE SER CONTADO. Tensiones entre el derecho a la intimidad y el acceso a la información en casos de interrupción voluntaria del embarazo

Publicación digital

Nina Chaparro González, Diana
Esther Guzmán, Silvia Rojas Castro
2018

• DOCUMENTOS 45

POSCONFLICTO Y VIOLENCIA SEXUAL. La garantía de la interrupción voluntaria del embarazo en los municipios priorizados para la paz

Publicación digital

Ana Jimena Bautista Revelo,
Blanca Capacho Niño,
Margarita Martínez Osorio
2018

• DOCUMENTOS 46

UN CAMINO TRUNCADO: los derechos sexuales y reproductivos en Montes de María

Publicación digital e impresa

María Ximena Dávila, Margarita
Martínez, Nina Chaparro
2019

• DOCUMENTOS 47

ETIQUETAS SIN DERECHOS. Etiquetado de productos comestibles: un análisis desde los derechos humanos

Publicación digital e impresa

Diana Guarnizo,
Ana María Narváez
2019

• DOCUMENTOS 48

RENDICIÓN DE CUENTAS DE GOOGLE Y OTROS NEGOCIOS EN COLOMBIA: la protección de datos personales en la era digital

Publicación digital e impresa

Vivian Newman Pont,
María Paula Ángel Arango
2019

• DOCUMENTOS 49

ELOGIO A LA BULLA: protesta y democracia en Colombia

Publicación digital e impresa

Sebastián Lalinde Ordóñez
2019

• DOCUMENTOS 50

**LOS TERCEROS COMPLEJOS:
la competencia limitada
de la Jurisdicción
Especial para la Paz**

Publicación digital e impresa
Sabine Michalowski,
Alejandro Jiménez Ospina,
Hobeth Martínez Carrillo,
Daniel Marín López
2019

• DOCUMENTOS 51

**DIME DÓNDE ESTUDIAS Y
TE DIRÉ QUÉ COMES. Oferta
y publicidad en tiendas
escolares de Bogotá**

Publicación digital e impresa
Valentina Rozo Ángel
2019

• DOCUMENTOS 52

**LOS CAMINOS DE DOLOR.
Acceso a cuidados
paliativos y tratamiento
por consumo de heroína
en Colombia**

Publicación digital e impresa
Isabel Pereira, Lucía Ramírez
2019

• DOCUMENTOS 53

**LOS SEGUNDOS OCUPANTES
EN EL PROCESO DE
RESTITUCIÓN DE TIERRAS:
reto a la reparación con
vocación transformadora**

Publicación digital e impresa
Hobeth Martínez Carrillo
2019

• Documentos 54

**CANNABIS EN LATINOAMÉRICA:
la ola verde y los retos
hacia la regulación**

Publicación digital e impresa
Alejandro Corda, Ernesto Cortés,
Diego Piñol Arriagada
2019

• Documentos 55

**ACCESO, PROMOCIÓN Y
PERMANENCIA DE NIÑOS, NIÑAS
Y ADOLESCENTES MIGRANTES
EN EL SISTEMA EDUCATIVO
COLOMBIANO. Avances,
retos y recomendaciones**

Publicación digital e impresa
Silvia Ruiz Mancera,
Lucía Ramírez Bolívar,
Valentina Rozo Ángel
2020

• Documentos 56

**ENTRE LA BATA Y LA TOGA:
el rol de los tribunales
de ética médica en la
garantía de los derechos
sexuales y reproductivos**

Publicación digital e impresa
María Ximena Dávila,
Nina Chaparro
2020

• Documentos 57

**LA IMAGINACIÓN MORAL EN
EL TRÁNSITO HACIA LA PAZ**

Publicación digital
Ivonne Elena Díaz García
2020

• Documentos 58

**FESTÍN DE DATOS. Empresas
y datos personales en
América Latina**

Publicación digital e impresa
Coordinadores académicos:
Vivian Newman Pont,
Juan Carlos Upegui,
Daniel Ospina-Celis
2020

• Documentos 59

**CATASTRO PARA LA PAZ.
Tensiones, problemas,
posibilidades**

Publicación digital e impresa
Felipe León, Juana Dávila Sáenz
2020

• Documentos 60

¿RESTITUCIÓN DE PAPEL? Notas sobre el cumplimiento del posfallo

Publicación digital
Cheryl Morris Rada,
Ana Jimena Bautista Revelo,
Juana Dávila Sáenz
2020

• Documentos 61

¿A QUIÉNES SANCIONAR? Máximos responsables y participación determinante en la Jurisdicción Especial para la Paz

Publicación digital e impresa
Sabine Michalowski,
Michael Cruz Rodríguez,
Hobeth Martínez Carrillo
2020

• Documentos 62

DISCRIMINACIÓN DE GÉNERO EN EL FÚTBOL. Construir una caja de herramientas para una igualdad de género en el juego bonito

Publicación digital
Rachel Davidson Raycraft,
Rebecca Robinson, Jolena Zabel
2020

• Documentos 63

LOS PUEBLOS ÉTNICOS DE COLOMBIA. Derechos territoriales y reparaciones. Módulo de formación para procuradores y servidores del Ministerio Público

Publicación digital e impresa
María Paula Tostón Sarmiento
2020

• Documentos 64

LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL SECTOR EXTRACTIVO EN COLOMBIA

Publicación digital e impresa
Fabio E. Velásquez
2021

• Documentos 65

LA GUERRA EN MOVIMIENTO. Tomas guerrilleras y crímenes de guerra en la ejecución del plan estratégico de las FARC-EP en el Tolima (1993-2002)

Publicación digital e impresa
Juana Dávila Sáenz,
Felipe León, Bibiana Ramírez,
Ricardo Cruz, Juan Diego Restrepo
2021

• Documentos 66

OMISIONES QUE MATAN. Estándares en seguridad vehicular y calidad del aire, su impacto en los derechos humanos

Publicación digital e impresa
Paula Angarita Tovar,
Johnnatan García,
Diana Guarnizo Peralta
2021

• Documentos 67

DERECHOS HUMANOS POR LA IGUALDAD SOCIOECONÓMICA

TERRITORIO WAYÚU: entre distancias y ausencias. Pobreza alimentaria, malnutrición y acceso a agua potable en los entornos escolares de Uribia

Publicación digital e impresa
Julián Gutiérrez-Martínez,
Ana María Narváez Olaya,
Johnnatan García Ruiz,
Diana Guarnizo Peralta
2021

• Documentos 68

DERECHOS HUMANOS POR
LA IGUALDAD SOCIOECONÓMICA**MUJERES, CALLE Y
PROHIBICIÓN: Cuidado
y violencia a los dos
lados del Otún**

Publicación digital e impresa
Isabel Pereira Arana,
María Ximena Dávila Contreras,
Mariana Escobar Roldán,
David Filomena Velandia,
Angélica Jiménez Izquierdo,
Hugo Castro Cortés
2021

• DOCUMENTOS 69

DERECHOS HUMANOS POR
LA IGUALDAD SOCIOECONÓMICA**DERECHOS HUMANOS POR LA
IGUALDAD SOCIOECONÓMICA
LA DESIGUALDAD QUE
RESPIRAMOS. Una mirada
desde a justicia ambiental a la
política de descontaminación
del aire en Bogotá 2010-2020**

Publicación digital e impresa
Diana León Torres, Sebastián
Rubiano, Vanessa Daza Castillo
2021

• DOCUMENTOS 70

DERECHOS HUMANOS POR
LA IGUALDAD SOCIOECONÓMICA**DERECHOS HUMANOS
POR LA IGUALDAD
SOCIOECONÓMICA EDUCACIÓN
Y CLASES SOCIALES EN
COLOMBIA. Un estudio sobre
apartheid educativo**

Publicación digital e impresa
Mauricio García Villegas,
Leonardo Fergusson
2021

• DOCUMENTOS 71

DERECHOS HUMANOS POR
LA IGUALDAD SOCIOECONÓMICA**DERECHOS HUMANOS POR LA
IGUALDAD SOCIOECONÓMICA
DESIGUALDADES DIGITALES.
Aproximación sociojurídica al
acceso a Internet en Colombia**

Publicación digital e impresa
Víctor Práxedes Saavedra
Rionda, Daniel Ospina-Celis,
Juan Carlos Upegui Mejía,
Diana C. León Torres
2021

• DOCUMENTOS 72

**¿CÓMO CONTRIBUIR A LA PAZ
CON VERDAD Y JUSTICIA? Aportes
a la verdad y reconocimiento
de responsabilidad por quienes
serán seleccionados en la
Jurisdicción Especial para la Paz**

Publicación digital e impresa
Sabine Michalowski,
Michael Cruz Rodríguez,
Hobeth Martínez Carrillo
2021

DOCUMENTOS 73

**NORMAS, VEHÍCULOS Y
USUARIOS: un análisis
constitucional de
siniestralidad y seguridad
vehicular en Colombia**

Publicación digital e impresa
Paula Angarita Tovar Diana,
Guarnizo Peralta
2021

• DOCUMENTOS 74

**SEGURIDAD VEHICULAR Y
DERECHO INTERNACIONAL
ECONÓMICO: preguntas y
respuestas para Colombia**

Publicación digital e impresa
René Uruña Hernández,
Paula Angarita Tovar,
Diana Guarnizo Peralta
2021

• DOCUMENTOS 75

¿BARRERAS INSUPERABLES?

Un análisis de la etapa administrativa del proceso de restitución de tierras

Publicación digital e impresa

Aarón Alfredo Acosta,

Nelson Camilo Sánchez

2021

• DOCUMENTOS 76

TOAR ANTICIPADOS Y

SANCIONES PROPIAS: reflexión informada para la Jurisdicción Especial para la Paz

Publicación digital

Clara Sandoval Villalba, Hobeth

Martínez Carrillo, Michael

Cruz Rodríguez, Nicolás

Zuluaga Afanador, Juliana

Galindo Villarreal, Pilar Lovelle

Moraleda, Juliette Vargas

Trujillo, Adriana Romero

Sánchez, Andrea Rodríguez Daza

2021

• DOCUMENTOS 77

¿LA PAZ AL MENOR COSTO?

Análisis presupuestal de la implementación de la paz territorial y el sistema integral

Publicación digital

Alejandro Rodríguez Llach,

Hobeth Martínez Carrillo

2022

• DOCUMENTOS 78

DERECHOS HUMANOS POR
LA IGUALDAD SOCIOECONÓMICA

DERECHOS HUMANOS POR LA IGUALDAD SOCIOECONÓMICA RENTA BÁSICA FEMINISTA: de la utopía a la necesidad urgente para la Paz

Publicación digital e impresa

María Ximena Dávila, Nina

Chaparro, Alejandro Rodríguez

Llach, Diana León

2022

• DOCUMENTOS 79

MÁS ALLÁ DE LOS MÁXIMOS RESPONSABLES. Los partícipes no determinantes en los crímenes más graves y representativos ante la Jurisdicción Especial para la Paz

Publicación digital

Sabine Michalowski,

Michael Cruz Rodríguez

2022

• DOCUMENTOS 80

SER MIGRANTE Y TRABAJAR EN COLOMBIA: ¿cómo va la inclusión laboral de las personas provenientes de Venezuela?

Publicación digital e impresa

Lucía Ramírez Bolívar,

Lina Arroyave Velásquez,

Jessica Corredor Villamil

2022

• DOCUMENTOS 81

REFLEXIONES SOBRE LA REMISIÓN TEMPRANA DE COMPARECIENTES A LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y ACUSACIÓN. El caso fundacional de Almarío Rojas

Publicación digital

Sabine Michalowski,

Michael Cruz Rodríguez

2022

• DOCUMENTOS 82

JUSTICIA RESTAURATIVA, DIÁLOGO, REPARACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS DE ACTORES ECONÓMICOS EN COLOMBIA

Publicación digital

Aarón Alfredo Acosta, Ema Gómez

Jaramillo, Alejandro Jiménez

Ospina, María José León Marín,

Michael Monclou Chaparro, Laura

Natalia Torres Acosta

2022

• DOCUMENTOS 83

**TRANSPARENTE COMO
EL AIRE. NI INFORMACIÓN,
NI CALIDAD, NI DERECHOS**

Publicación digital e impresa
Laura J. Santacoloma Méndez,
Daniel Bernal Bolaños, Alba
Cecilia Sandoval Dueñas,
Daniela del Pilar Cardona
Arciniegas
2022

• DOCUMENTOS 84

**CUANDO LO ESENCIAL
ES INVISIBLE AL ESTADO:
DERECHOS FUNDAMENTALES
Y MEGAMINERÍA**

Publicación digital e impresa
Laura J. Santacoloma Méndez
2022

• DOCUMENTOS 85

**JUSTICIA ANCESTRAL EN
LOS CONSEJOS COMUNITARIOS
DEL NORTE DEL CAUCA:
COMPORTAMIENTO
DURANTE LA PANDEMIA**

Impreso y digital
César Valderrama Gómez,
Sofía Forero Alba
2023

• DOCUMENTOS 86

**LAS REPARACIONES, ¿ES
IMPOSIBLE PAGARLAS? EL CASO
DE LA POLÍTICA DE REPARACIÓN
A SOBREVIVIENTES DE
VIOLENCIA SEXUAL Y VÍCTIMAS
DEL CONFLICTO ARMADO EN
COLOMBIA IMPRESO Y DIGITAL**

Impreso y digital
Diana Esther Guzmán,
Paula Valencia Cortés,
Randy Villalba,
Paola Molano Ayala
2023

• DOCUMENTOS 87

**PRINCIPALES IMPLICADOS: LA
SELECCIÓN DE LOS MÁXIMOS
RESPONSABLES Y PARTÍCIPES
NO DETERMINANTES
EN LA JURISDICCIÓN
ESPECIAL PARA LA PAZ,
LECCIONES DEL CASO 03**

Digital
Sabine Michalowski,
Jorge Parra Norato,
Tatiana Piñeros Rodríguez
2024

Derecho a la atención en salud para las personas migrantes en situación Irregular en Colombia: entre estándares normativos y barreras prácticas

Cerca de ocho millones de personas han salido de Venezuela en los últimos ocho años a causa de la emergencia humanitaria compleja por la que atraviesa este país y el 37% de esta población se encuentra en Colombia, lo que lo convierte en el principal país receptor.

Las personas migrantes llegan a Colombia con una serie de necesidades básicas insatisfechas relacionadas con sus derechos fundamentales, como la salud, la alimentación y la educación, y una vez en Colombia siguen enfrentando barreras para que se les garanticen sus derechos. Estas barreras se agravan en el caso de las personas que han tenido que migrar informalmente y que no pueden acceder a un estatus migratorio regular y estable. Por ejemplo, las personas migrantes en situación irregular no pueden acceder a servicios de salud, en teoría, a excepción de las atenciones de urgencias.

En este contexto, la investigación “Derecho a la atención en salud para las personas migrantes en situación irregular en Colombia: entre estándares normativos y barreras prácticas” analiza el alcance del derecho a las atenciones en salud para esta población y formula recomendaciones que contribuyan a ampliar y fortalecer su acceso más equitativo a los servicios de salud. Para alcanzar el objetivo, este documento ofrece un análisis en dos perspectivas: una normativa y otra práctica, así como una mirada transversal desde la interseccionalidad, que incluye una atención particular a la situación de grupos históricamente discriminados, como las mujeres y los niños, niñas y adolescentes y un enfoque diferencial para la formulación de las recomendaciones.